

Dermatitis por contacto

Sara Valderrama Arnay⁽¹⁾, Ana Morales Tirado⁽²⁾, Javier López de Haro de Torres⁽³⁾

⁽¹⁾Grupo de Trabajo de Dermatitis Atópica SEICAP. Profesora Honorífica. Universidad Rey Juan Carlos. Unidad de Alergia y Neumología Infantil. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

⁽²⁾Profesora Honorífica. Universidad Rey Juan Carlos. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

⁽³⁾Profesor Asociado. Universidad Europea de Madrid. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villaviciosa de Odón. Madrid

Valderrama Arnay S, Morales Tirado A, López de Haro de Torres J. Dermatitis por contacto. Protoc diagn ter pediatri. 2019;2:177-84.



RESUMEN

La dermatitis de contacto (DC) representa la respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes exógenos. Existen dos subtipos de dermatitis de contacto: la dermatitis de contacto alérgica y la dermatitis de contacto irritativa, la segunda es la forma más frecuente de dermatitis en todos los grupos de edades, principalmente en lactantes y niños pequeños (dermatitis del pañal). La dermatitis atópica (DA) predispone a padecer dermatitis por irritantes. La DC irritativa está causada por el daño tóxico directo de la sustancia sobre la piel, sin que medie mecanismo inmunológico, mientras que la DC alérgica está mediada por un mecanismo de hipersensibilidad retardada tipo IV, el níquel es la fuente de sensibilización más frecuente en la edad pediátrica.

Para el diagnóstico son fundamentales la historia clínica y la exploración física. Siempre debe formar parte del diagnóstico diferencial de cualquier tipo de dermatitis crónica, persistente, o que empeora a pesar de tratamientos adecuados.

El tratamiento se basa en dos pilares fundamentales; la evitación del desencadenante y el tratamiento farmacológico, generalmente con corticoides tópicos, una vez establecidas las lesiones ecematosas.

Palabras clave: dermatitis por contacto; irritantes; alergia; eccema; níquel; pruebas epicutáneas; corticoides.

Contact dermatitis

ABSTRACT

Contact dermatitis (DC) refers to an inflammation of the skin responding to a wide range of environmental agents. It is divided into two categories: allergic contact dermatitis and irritant contact dermatitis. The second one is the most frequent dermatitis, especially in infants and toddlers (diaper dermatitis). Children with atopic dermatitis (DA) are prone to suffer irritant contact dermatitis. Irritant contact dermatitis results from direct cytotoxic effect without immunologic mediators, unlike allergic contact dermatitis, caused by a delayed hypersensitivity reaction (type IV). Nickel is the most common contact allergen in children.

The diagnosis is based on the medical history and physical examination. The differential diagnosis includes any chronic or persistent dermatitis, and those that do not improve despite a correct treatment.

Avoidance of contact with the allergen/offending irritant is the main management of dermatitis, but pharmacological treatment is often required, normally using topical corticosteroids for localized eczemas.

Key words: contac dermatitis; irritant; allergic; eczema; nickel; patch test; corticosteroids.

1. INTRODUCCIÓN

La dermatitis de contacto representa la respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes exógenos. Existen dos subtipos de dermatitis de contacto: la dermatitis de contacto alérgica y la dermatitis de contacto irritativa. En algunas guías se incluyen también las reacciones fototóxicas y fotoalérgicas.

La dermatitis de contacto irritativa es causada por el daño tóxico directo a la piel, sin que medie mecanismo inmunológico. Se caracteriza porque todo aquel expuesto a la sustancia tóxica en cantidad suficiente va a desarrollarla. Es la forma más frecuente de dermatitis en todas las edades. Los niños, sobre todo los lactantes, se encuentran entre los más vulne-

rables a los irritantes. La dermatitis atópica también predispone a sufrir dermatitis por irritantes.

La dermatitis de contacto alérgica es una reacción inflamatoria a alérgenos que penetran en la piel, siendo más frecuente en adultos y está mediada por un mecanismo de hipersensibilidad retardada tipo IV. La sensibilización requiere un tiempo de contacto generalmente prologando (meses o años). Una vez producida la sensibilización, las lesiones suelen desencadenarse en 24-48 horas tras la exposición a un alérgeno. Su incidencia exacta se desconoce, varía en función de la geografía y las prácticas culturales, aunque se estima que afecta aproximadamente al 20% de los niños con dermatitis en edad escolar.

Siempre debemos tener en cuenta que una misma sustancia puede producir dermatitis de contacto por ambos mecanismos.

Clásicamente se ha igualado el término dermatitis por contacto al de eccema de contacto, dado que esta es su forma clínica más habitual, aunque podemos encontrar otros patrones clínicos: urticariforme, liquenoide, eritema exudativo multiforme, etc.

2. DERMATITIS POR CONTACTO IRRITATIVA

Es la causada por el daño tóxico directo a la piel por el irritante sin que medie mecanismo inmunológico; todo aquel expuesto a dicha sustancia en cantidad suficiente va a desarrollarla. Es la forma más frecuente de dermatitis en todas las edades, principalmente en lactantes y niños pequeños, en los que las formas más comunes son la dermatitis del pañal y la xerosis. La dermatitis atópica predispone a sufrir dermatitis por irritantes.

2.1. Clínica

En la DC irritativa, las lesiones se localizan en la zona donde se produce el contacto de la piel con el irritante. Existen dos tipos de patrones clínicos, las formas agudas con gran componente exudativo (pápulas, lesiones eccematosas, vesículas, exudación, erosiones y costras) y las formas acumulativas o crónicas en las que predominan lesiones descamativas y liquenificadas, con formación de grietas y fisuras en la epidermis.

Los síntomas más habituales son escozor, quemazón y dolor, el prurito es menos frecuente que en la DC alérgica. Los principales desencadenantes son la orina y las heces en lactantes

y niños pequeños que provocan dermatitis del pañal (**Figura 1**) y la saliva en niños más mayores (queilitis descamativa, xerosis del pulgar por succión). Otros irritantes frecuentemente implicados son jabones, detergentes, pinturas, tizas, plantas, arena, disolventes, maderas y soluciones azucaradas.

Los niños atópicos, dado que tienen la barrera cutánea alterada, tienen mayor propensión a sufrir dermatitis irritativa por alimentos, principalmente tomate (natural y ketchup), vinagres, cítricos, piña, fresa y tejidos como la lana.

3. DERMATITIS POR CONTACTO ALÉRGICA

Consiste en una reacción inflamatoria a alérgenos que penetran en la piel mediada por un mecanismo de hipersensibilidad retardada tipo IV. La sensibilización a estos alérgenos en la mayoría de los casos requiere un tiempo prolongado (meses, incluso años), por lo que es una patología más frecuente en la edad adulta que en Pediatría, siendo el níquel el más frecuentemente implicado (**Tabla 1**) y la principal vía de sensibilización la perforación de los lóbulos de las orejas en edad pediátrica.

Figura 1. Dermatitis del pañal



Tabla 1. Lista de los 10 alérgenos más comunes en niños (según publicaciones de EE. UU., Canadá, Europa y Brasil)

Sulfato de níquel	Joyas, botones, broches, gafas, materiales de ortodoncia, teléfonos móviles, llaves y monedas
Neomicina	Antibiótico tópico, tratamiento de infecciones cutáneas, heridas y quemaduras
<i>Myroxylon pereirae</i> (bálsamo de Perú)	Perfumes, cosméticos, crema dental, enjuagues bucales, agentes saborizantes y salsas de tomate
Timerosal o tiomersal	Conservante en vacunas, cosméticos y antisépticos
Dicromato de potasio	Cuero teñido, cerillas, cemento e implantes dentales
Cobalto	Asociado a sensibilización a níquel. Joyas, botones, broches, cerámicas, cemento y vitamina B ₁₂
Mezcla de tiuranes (acelerador de caucho)	Elaboración de gomas y plásticos, elásticos de ropa, medias, trajes de baño, zapatos, guantes y pesticidas
Lanolina	Emolientes, ceras, jabones y bálsamos labiales
Formaldehído y productos que liberan formaldehído	Champús, lociones y cosméticos
Parafenilendiamina (PPD)	Tatuajes temporales de henna negra (Figuras 2 y 3), tintes para el cabello. Pueden presentar reactividad cruzada con las sulfonamidas

Factores predisponentes para el desarrollo de dermatitis de contacto alérgica:

- Capacidad de la sustancia para penetrar la piel y producir alergia.
- Daño previo de la piel (más frecuente en niños con dermatitis atópica, psoriasis, etc. que ya presentan basalmente una alteración de la barrera cutánea).
- Grado de sequedad o hidratación de la piel.
- Predisposición genética.
- Humedad y temperatura ambientales.

3.1. Clínica

Las lesiones de eccema pueden observarse en tres fases: aguda, subaguda y crónica. Las

lesiones más características son las propias de la fase aguda, predominando el eritema, la vesiculación y la exudación serosa con formación de costras, que suelen circunscribirse a las zonas en las que se produce el contacto con los alérgenos, aunque pueden producirse erupciones generalizadas. El prurito en esta fase es un hallazgo constante. En la fase crónica predomina el engrosamiento cutáneo con hiperqueratosis, liquenificación y fisuración cutánea (Figuras 2 y 3).

4. DERMATITIS POR CONTACTO FOTOTÓXICA

Son aquellas reacciones irritativas o tóxicas que se producen tras el contacto con una sustancia fotoactiva con posterior exposición a la luz solar. No requieren sensibilización previa, ya que no están mediadas inmunológicamente. Su presentación clínica más habitual consiste en

Figura 2. Dermatitis de contacto por PPD tras realización de tatuaje temporal con henna negra



Figura 3. Dermatitis de contacto por PPD tras realización de tatuaje temporal con henna negra



la aparición de una reacción ecematososa aguda con eritema, edema, vesículas y ampollas, en esta fase el prurito o quemazón son un hallazgo prácticamente constante. Puede aparecer de forma inmediata o varias horas tras el contacto y exposición a la luz solar. En ocasiones puede dejar una pigmentación persistente en la piel.

Las sustancias más frecuentemente implicadas son las furocumarinas que se encuentran en algunas plantas (higueras, naranjos, perejil, geranios...), lo que se conoce como “dermatitis de los prados”.

También puede producirse por medicamentos (psoralenos, tetraciclinas...) y antisépticos (hexaclorofeno).

Otra forma clínica, más frecuente en adolescentes y edad adulta, es la dermatitis de berloque, producida por el aceite de bergamota contenido en algunas colonias, en la que podemos ver pigmentaciones con la disposición del líquido que se ha desplazado sobre la piel.

5. DERMATITIS POR CONTACTO FOTOALÉRGICA

A diferencia de las reacciones fototóxicas, sí que está mediada por mecanismo inmunológico y requiere exposición previa. Está provocada por el contacto con una sustancia fotosensibilizante y la exposición a la radiación lumínica. Clínicamente podemos ver un patrón ecematoso, con inflamación, eritema y, en ocasiones, vesículas en las zonas expuestas, aunque algunas veces las lesiones pueden rebasar las áreas de contacto con la sustancia responsable.

Causa más frecuente: uso de antiinflamatorios, anestésicos y antihistamínicos tópicos. Otros causantes: plantas que contienen furocumarinas, sulfamidas, tetraciclinas, benzofenonas, hexaclorofeno y algunos perfumes.

Siempre debemos recordar que todas las sustancias que tienen capacidad fotosensibilizante también tienen potencial fototóxico.

6. DIAGNÓSTICO

Es importante una historia clínica detallada y una buena exploración física; siempre debe formar parte del diagnóstico diferencial de cualquier tipo de dermatitis crónica, persistente o que empeora a pesar de tratamientos adecuados. Es muy importante identificar al alérgeno responsable, ya que la evitación de este va a ser el pilar fundamental del tratamiento.

Las pruebas epicutáneas o pruebas del parche son consideradas el patrón oro para el diagnóstico y se deben realizar cuando exista sospecha clínica. Consisten en la aplicación de los supuestos alérgenos responsables sobre la piel del paciente (**Tabla 2**). Generalmente se mantienen en contacto con la piel durante 48 horas, pasado ese tiempo se retiran los alérgenos, realizándose una primera lectura a las 48 horas y una segunda a las 72-96 horas. Consideramos la prueba

positiva cuando aparece una reacción eczematosa en la zona de aplicación y su periferia.

6.1. Diagnóstico diferencial

- Celulitis (infección de la dermis profunda y tejido celular subcutáneo, que se manifiesta como áreas de eritema, edema y aumento del calor local, suele cursar con fiebre y leucocitosis).
- Infección por virus herpes simple, herpes zóster e impétigo (en fase de lesiones vesiculosas).
- Dermatitis inducida por medicamentos (típicamente recurre en la misma localización).

7. TRATAMIENTO

El tratamiento de la DC, tanto irritativa como alérgica, se basa en dos pilares fundamentales:

Tabla 2. Alérgenos recomendados para el estudio sistemático mediante pruebas epicutáneas por el Grupo Español para la Investigación de Dermatitis por Contacto

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

- Evitación del desencadenante (irritante o alérgeno).
- Tratamiento farmacológico.

7.1. Evitación del desencadenante

El principal elemento del tratamiento es evitar el contacto con la sustancia responsable de la dermatitis, así como de todas aquellas sustancias con las que se produzca reactividad cruzada.

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 puede hacer que desaparezca la hipersensibilidad.

En los casos de DC irritativas en los que no se puede evitar por completo el desencadenante (por ejemplo, dermatitis del pañal, queilitis por saliva) puede ser útil el uso de pastas u otros productos protectores que hagan función de barrera.

En niños con DA, más predispuestos a sufrir este tipo de lesiones, es muy importante mantener la integridad de la barrera cutánea con un buen tratamiento de base.

En las formas fotoexpuestas, además de la evitación del alérgeno, es muy importante la aplicación de fotoprotección.

7.2. Tratamiento farmacológico

Utilizado una vez establecidas las lesiones:

- Corticoides tópicos: disminuyen la respuesta inflamatoria al contacto con el alérgeno.

Generalmente se emplearán en las lesiones eccematosas agudas, 1 o 2 veces al día, durante un periodo inferior a dos semanas. En la **Tabla 3** se muestran algunos de los más utilizados.

- Inhibidores de la calcineurina tópicos: potencial alternativa al tratamiento con corti-

Tabla 3. Clasificación de los corticosteroides tópicos según su potencia

Baja	Hidrocortisona acetato al 0,5, 1 y 2,5% Fluocortina al 0,75%
Intermedia	Clobetasona butirato al 0,05% Flupametasona al 0,02% Fluocinolona acetónido al 0,01 y 0,025% Hidrocortisona butirato al 0,01%
Alta	Betametasona valerato al 0,1% Betametasona dipropionato al 0,05% Beclometasona dipropionato al 0,025% Budesonida al 0,025% Diflucortolona al 0,1% Flucorolona acetónido al 0,025% Fluocinolona acetónido al 0,025% Fluocinonido al 0,05% Fluocortolona monohidrato al 0,2% Hidrocortisona aceponato al 0,127% Metilprednisolona al 0,1% Mometasona al 0,1% Prednicarbato al 0,25%
Muy alta	Clobetasol al 0,05% Diforasona al 0,05% Diflucortolona vareato al 0,3% Fluocinolona acetónido al 0,2% Halcinónido al 0,1% Halometasona al 0,05%

coides tópicos, útil en el tratamiento de las lesiones localizadas en zonas sensibles como la cara. Actualmente existen dos preparaciones para su uso en Pediatría: tacrolimus pomada al 0,03% y pimecrolimus crema al 1%, aprobadas en Europa y EE. UU. para el tratamiento de la dermatitis en niños menores de 2 años. Deben aplicarse 2 veces al día durante un periodo máximo de 6 semanas.

- Antihistamínicos: tratamiento sintomático para disminuir el picor.
- Fomentos o soluciones antisépticas secantes: en caso de gran componente exudativo (sulfato de cobre, sulfato de zinc, etc.).
- Antibióticos tópicos u orales: en casos de sobreinfección o impetiginización.
- Corticoides orales: indicados cuando la dermatitis de contacto se extiende a más del 20% de la superficie corporal o cuando afecta a la cara para una resolución rápida de la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castanedo-Tardan MP, Matiz C, Jacob SE. Dermatitis por contacto en Pediatría: revisión de opiniones actuales. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(1):8-18.
2. Fonseca Capdevilla E. Dermatitis por contacto. En: *Protocolos AEP* [en línea] [consultado el 05/09/2018]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis_contacto.pdf
3. Hervella-Garcés M, García-Gavín J, Silvestre-Salvador JF. Actualización de la serie estándar española de pruebas alérgicas de contacto por el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) para 2016. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(7):545-624.
4. Spergel J, Lio P. Management of severe atopic dermatitis (eczema) in children. En: *UpToDate* [en línea] [consultado el 10/09/2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/managment-of-severe-atopic-dermatitis-eczema-in-children>
5. Weston WL, Howe W. Treatment of atopic dermatitis (eczema). En: *UpToDate* [en línea] [consultado el 10/09/2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-atopic-dermatitis-eczema>
6. Weston WL, MD. Contact dermatitis in children. En: *UpToDate* [en línea] [consultado el 05/09/2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/contact-dermatitis-in-children>
7. Yiannias J, MD. Clinical features and diagnosis of allergic contact dermatitis. En: *UpToDate* [en línea] [consultado el 10/09/2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-allergic-contact-dermatitis>