

CASOS CLÍNICOS

Dermatitis de contacto por ajo usado con fines medicinales

Resumen.—Se describen los casos de dos pacientes varones de 21 y 65 años con dermatitis de contacto al ajo, en quienes el trastorno apareció después de usarlo como remedio tópico. Las lesiones eran diferentes de aquellas de la dermatitis de contacto al ajo típico que habitualmente aparece como pulpitis fisurada debida a la manipulación del ajo para cocinar. En un paciente en quien el ajo fue aplicado en cura oclusiva la erupción fue intensa, semejando una quemadura química.

El ajo es un irritante potente bajo oclusión; su uso como agente medicinal tópico debería ser desaconsejado.

Palabras clave: Ajo. Dermatitis de contacto irritativa. Quemadura cutánea.

FRANCISCO URBINA G.
EMILIO SUDY M.
*Unidad de Dermatología Occidente.
Universidad de Chile.
Hospital San Juan de Dios.
Santiago de Chile (Chile).*

Correspondencia:

FRANCISCO URBINA G. Algeciras 583. Las Condes. Santiago de Chile (Chile).

Aceptado el 4 de diciembre de 2000.

INTRODUCCIÓN

La sensibilidad de contacto al ajo es un problema bien conocido en amas de casa (1), cocineros (2) y manipuladores de alimentos (3) en su empleo como ingrediente de cocina. Las lesiones que produce consisten en placas hiperqueratósicas con escamas y fisuras que característicamente aparecen en los dedos pulgar, índice y medio de la mano con que se sujeta el ajo (generalmente la izquierda) y en la punta del pulgar de la otra mano con la que se utiliza el cuchillo y que contacta con el ajo al cortarlo.

Por otra parte, por sus propiedades medicinales, el ajo es también comúnmente utilizado como medicina popular con diversos fines, originando cuadros dermatológicos que difieren de su forma clásica de presentación (4).

Se describen dos casos de dermatitis por ajo de este tipo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Caso 1

Varón de 21 años, sin antecedentes de alergia, que presentaba un quiste epidermoide de varios meses de evolución en la región interescapular. Habiéndose inflamado su lesión sin causa aparente, su padre le aplicó ajo molido en la zona y lo cubrió con gasa, curación que fue mantenida durante dos días, al cabo de

los cuales sus molestias habían aumentado, por lo que acudió a consulta.

En la exploración se apreció en la región interescapular un grupo de ampollas confluentes y tensas, formando una placa de 10 cm de diámetro mayor, que asentaban sobre piel normal (Fig. 1). Dichas lesiones



FIG. 1.—Grupo de ampollas confluentes en región interescapular tras 2 días de uso de ajo molido en cura oclusiva.

fueron eliminadas con un paño estéril, quedando una superficie erosiva e hipopigmentada, bajo la cual se apreciaba un quiste epidermoide inflamado. Se procedió a la extirpación quirúrgica del quiste y se dejó un drenaje durante un par de días. Posteriormente se le indicó un corticoesteroide tópico local, mejorando sin problemas pero con hipopigmentación residual.

El paciente fue entonces parcheado con una loncha fina de ajo en la cara interna de un brazo en forma oclusiva. No hubo reacción a su lectura a las 48 y 72 horas.

Caso 2

Varón de 65 años, sin antecedentes de interés, que consultó por lesiones en la región antecubital derecha de 20 días de evolución. El paciente refería que 3 semanas antes, por recomendación de una vecina, para aliviar una neuralgia facial izquierda se había aplicado en dicha zona antecubital una pasta de ajo que permaneció allí durante toda la noche; al día siguiente el dolor facial había desaparecido, pero presentaba molestias en la zona donde se había aplicado el ajo, las que persistieron hasta su consulta.

Al examen presentaba en la fosa antecubital derecha una placa eritematosa erosionada, bien delimitada, de 4 por 2 cm, con descamación superficial (Fig. 2).

Fue tratado con un corticoesteroide tópico, remitiendo su lesión en pocos días. No se realizó prueba de contacto.

DISCUSIÓN

El ajo (*Allium sativum*) es una planta originaria de oriente cuyo bulbo comestible se emplea como condimento. Constituye una causa importante de dermatitis de contacto en España, India y Portugal, pro-



FIG. 2.—Placa eccematosa en región antecubital derecha tras aplicar pasta de ajo durante una noche.

blemente por su frecuente uso como ingrediente en la cocina de estos países (5). Puede provocar dermatitis de contacto alérgicas o irritativas, ambas atribuibles al alérgeno dialilsulfuro y alguno de sus derivados (6); más raramente puede producir dermatitis de contacto sistémica tras su ingesta, con aparición de una dermatitis vesiculosa de manos tipo pónfolix (7).

Las pruebas de contacto pueden realizarse con el ajo mismo (aunque es un irritante potente bajo oclusión) en forma de una loncha delgada o preferiblemente como extracto sin diluir (8); también puede emplearse el dialilsulfuro al 1 ó 5% en vaselina (9).

El empleo del ajo con fines medicinales se una práctica muy difundida en diversos países desde hace siglos. Tradicionalmente se le atribuyen propiedades expectorantes, desinfectantes, diuréticas y espasmolíticas, así como efectos cardiovasculares beneficiosos, con acción fibrinolítica e hipolipemiente. Sus cualidades antimicrobianas radican en sus componentes orgánicos azufrados, que además son responsables de su sabor característico (9).

En Hong-Kong el ajo es comúnmente empleado para tratar infecciones de la piel, forúnculos, etc. (4). La práctica más difundida consiste en pelar un diente de ajo fresco y cortarlo por la mitad, para luego frotar su porción interna en la lesión a tratar, proceso que se repite dos o tres veces al día durante varios días hasta que se forme una costra; luego se espera de 2 a 3 semanas para que remita la reacción inflamatoria y esperanzadamente la infección original (4). En una serie de ocho pacientes que emplearon este método (4) la reacción eccematosa aguda apareció entre 1 y 3 días después, dependiendo de la intensidad con que se frotó el ajo; en todos los casos las lesiones consistían en placas eritematoexudativas o costrosas de límites bien definidos y sólo en dos casos se detectó descamación, escoriación y liquinificación. Las pruebas de contacto fueron positivas para el ajo mismo, no así su extracto, confirmando que se trataba de dermatitis de contacto de tipo irritativo (4).

En otros casos, tal como ocurrió en el primero de los nuestros, la reacción que se ha producido es una verdadera quemadura química, con formación de ampollas e incluso úlceras con tejido de granulación (10). La intensidad de la reacción es proporcional al tiempo de exposición y concentración del ajo empleado, aunque pueden influir otros factores como la zona anatómica afectada, el trastorno dermatológico existente de base y la frescura del bulbo utilizado (10). En los casos descritos en que la reacción inflamatoria ha sido de tipo quemadura, el ajo había sido aplicado y cubierto con vendas o tela adhesiva, permaneciendo varias horas (11-13).

Por ser un irritante potente (en especial bajo oclusión) el uso del ajo como agente medicinal tópico debiera ser desaconsejado.

Abstract.—We describe the cases of two male patients, 21 and 65 years of age, with contact dermatitis to garlic in whom the condition developed after using it as a topical remedy. The lesions were different from those of typical contact dermatitis to garlic that usually appears as a fissured pulpitis due to handling garlic for cooking. In one patient, in which garlic was employed in an occlusive fashion, the eruption was intense and seemed a chemical burn.

Garlic is a potent irritant under occlusion; its use as a topical medicinal agent should be dissuaded.

Urbina G. F, Sudy M. E. Contact dermatitis provoked by garlic used for medicinal purposes. Actas Dermosifiliogr 2001;92:109-111.

Key words: Garlic. Irritant contact dermatitis. Cutaneous burn.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sinha SM, Pasricha JS, Sharma RC, Kandhari KC. Vegetables responsible for contact dermatitis of the hands. *Arch Dermatol* 1977;113:776-9.
2. Bleumink E, Doeglas HMG, Klokke AH, Nater JP. Allergic contact dermatitis to garlic. *Br J Dermatol* 1972;87:6-9.
3. Hjorth N, Roed-Petersen J. Occupational protein contact dermatitis in food handlers. *Contact Dermatitis* 1976;2:28-42.
4. Lee TY, Lam TH. Contact dermatitis due to topical treatment with garlic in Hong-Kong. *Contact Dermatitis* 1991;24:193-6.
5. García-Pérez A. Dermatitis producidas por manejo de alimentos. En: García-Pérez A, Conde-Salazar L, Jiménez Camarasa JM, eds. *Tratado de dermatosis profesionales*. Madrid: Eudema, SA; 1987. p. 427-43.
6. Papageorgiou C, Corbet JP, Menezes-Brandao F, Pecegueiro M, Benezra C. Allergic contact dermatitis to garlic (*Allium sativum* L.). Identification of the allergens: the role of mono-di and trisulfides present in garlic. *Arch Dermatol Res* 1983;275:229-34.
7. Burden AD, Wilkinson SM, Beck MH, Chalmers RJG. Garlic-induced systemic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1994;30:299-315.
8. Pasricha JS, Guru B. Preparation of an appropriate antigen extract for patch tests with garlic. *Arch Dermatol* 1979;115:230.
9. Bojs G, Svensson A. Contact allergy to garlic used for wound healing. *Contact Dermatitis* 1988;18:179-81.
10. Roberge RJ, Leckey R, Spence R, Krenzelok EJ. Garlic burns of the breast. *Am J Emerg Med* 1997;15:548.
11. Garty BZ. Garlic burns. *Pediatrics* 1993;91:658-9.
12. Farrel AM, Staughton RCD. Garlic burns mimicking herpes zoster. *Lancet* 1996;347:1195.
13. Canduela V, Mongil I, Carrascosa M, Docio S, Cagigas P. Garlic: always good for health? *Br J Dermatol* 1995;132:161-2.