

Dermatitis alérgica de contacto no profesional a propóleo

María Antonia Pastor, Lucía Martín, María Elena Gatica, Jorge Angulo, Inmaculada Vargas-Machuca, María del Carmen Fariña y Luis Requena

Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Resumen.—El propóleo es un producto elaborado por las abejas a partir de la resina de determinadas especies vegetales. La dermatitis alérgica de contacto al propóleo fue originalmente una enfermedad profesional descrita en apicultores. En la actualidad, sin embargo, afecta fundamentalmente a pacientes que usan productos «naturales» que contienen propóleo con fines cosméticos o terapéuticos.

Se presenta un caso de dermatitis alérgica no profesional a propóleo en una mujer de 44 años de edad. La paciente se trató un herpes simple labial aplicándose una solución de propóleo. Pocas horas después desarrolló un ecema agudo en el labio y piel perioral próxima. La prueba epicutánea con la solución comercial de propóleo fue muy positiva (+ + +) a las 48 y las 96 h. La prueba de parche con True-Test® fue positiva para bálsamo de Perú entre otros. Este resultado puede deberse a una reacción cruzada ya que el bálsamo de Perú y el propóleo tienen varios componentes en común.

En España, el uso creciente de productos destinados para uso tópico como cosméticos y medicinas «naturales» podría condicionar con el tiempo un incremento en la frecuencia de sensibilización al propóleo.

Palabras clave: dermatitis alérgica de contacto, no profesional, propóleo, bálsamo de Perú.

Pastor MA, Martín L, Gatica ME, Angulo J, Vargas-Machuca I, Fariña MC, Requena L. Dermatitis alérgica de contacto no profesional a propóleo. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(3):188-90.

NONOCCUPATIONAL ALLERGIC CONTACT DERMATITIS FROM PROPOLIS

Abstract.—Propolis is produced by bees from the resinous secretion of some vegetal species. Allergic contact dermatitis from propolis was originally reported as an occupational disease affecting beekeepers but today involves patients who use «natural» products containing propolis with cosmetic or therapeutical purposes.

A case of nonoccupational allergic contact dermatitis from propolis affecting a 44-year-old woman is reported. The patient treated a labial herpes simplex with a solution containing propolis. Some hours later she developed an acute dermatitis on the lip and perioral area. Patch test with the commercial propolis solution was very positive (+ + +) at 48 and 96 hours. Patch test with True Test® showed a positive reaction to balsam of Peru among others. This result may be due to cross reaction, since balsam of Peru shares some components with propolis.

The increasing use of topical products marketed as natural cosmetics and drugs could induce a higher frequency of sensitization to propolis in Spain.

Key words: allergic contact dermatitis, nonoccupational, propolis, balsam of Peru.

INTRODUCCIÓN

Las abejas recolectan la resina de los álamos y otras especies vegetales para elaborar el propóleo, una sustancia lipofílica de consistencia cerosa que, si se calienta, se transforma en un material viscoso. Las abejas lo emplean para sellar la entrada de la colmena y para «embalsamar» a los insectos que penetran en el interior preservándolos de la descomposición¹. El propóleo ha sido un remedio ampliamente utilizado en la medicina naturista por sus múltiples propiedades como antiséptico, antimicótico, espasmolítico, antiinflamatorio y anestésico. Por vía tópica se ha usado en el tratamiento de quemaduras, dermatitis de contacto, úlceras, psoriasis o herpes simple. También se ha utilizado en forma de colutorio o pasta dentífrica para el tratamiento de gingivitis,

queilitis o estomatitis¹. Además, el propóleo es un componente muy común en los cosméticos denominados «naturales» como lociones, cremas, bálsamos, aceites de masaje, champúes, jabones, barras de labios o filtros solares².

Se presenta un caso de ecema alérgico de contacto que afectaba al labio inferior y la piel perioral próxima de una paciente con un herpes simple en que se aplicó, como tratamiento, una solución de propóleo adquirida en un herbolario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 44 años de edad con antecedentes personales de rinoconjuntivitis polínica de más de 20 años de evolución. En 1994 se le realizó un estudio en el Servicio de Alergia de otro centro, que incluyó pruebas de contacto con True-Test® detectándose positividad para la mezcla de caínas. La paciente consultó porque había tenido un episodio de herpes

Correspondencia:

María Antonia Pastor. Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Clínica de Nuestra Señora de la Concepción. Avda. Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid. España.

Aceptado el 31 de octubre de 2002.

simple labial que se había tratado por su cuenta con Betadine®, solución dérmica antiséptica y una solución de propóleo en propilenglicol (gotas de la marca Soria Natural® que pueden ingerirse). Este preparado lo había tomado previamente por vía oral sin problemas y decidió aplicárselo en la zona afectada por el herpes, presentando a las pocas horas unas lesiones pruriginosas que afectaban a la semimucosa del labio inferior y piel perioral próxima. Las lesiones, consistentes en vesículas, erosiones y costras sobre una base eritematoedematosa, correspondían a un eccema agudo (fig. 1). Se suspendió el uso de propóleo, observándose la resolución de las lesiones eczematosas pocos días después.

Se realizaron pruebas de parche con True-Test® y solución comercial de propóleo, así como mercurio, pivalato de tixocortol y lactonas mix-complementarias del GEIDC-, propilenglicol al 2% en agua y Betadine® solución dérmica antiséptica comercial. Se detectaron las siguientes positividades a las 48 y a las 96 h: a la solución de propóleo, ++; a mezcla de caínas, ++; a sulfato de níquel, ++; a colofonia, ++ y a bálsamo de Perú, ++. Se realizaron pruebas de parche con anestésicos locales con los siguientes resultados: ametocaína o tetracaína, ++, a las 48 y 96 h; benzocaína, cincocaína, lidocaína y procaína negativas. La paciente rechazó pruebas de contacto posteriores con propóleo al 10% en vaselina. Se realizaron pruebas de parche con la solución comercial de propóleo en propilenglicol de la marca mencionada en 10 individuos sanos que actuaron como controles, con resultados negativos en todos los casos.

DISCUSIÓN

Tradicionalmente, la dermatitis alérgica de contacto al propóleo constituía una dermatosis profesional descrita principalmente en apicultores con afectación de manos por contacto directo o de la región cervicofacial por contacto indirecto o aerotransportado. Sin embargo, en la actualidad es un proceso que afecta preferentemente a pacientes que hacen uso de productos «naturales» por vía tópica con fines cosméticos o terapéuticos¹. La composición del propóleo está sometida a variaciones regionales y estacionales. Su capacidad sensibilizante se atribuye principalmente a dos de sus componentes: el «LB-1», constituido en el 86,8% por una mezcla de 3 isómeros de pentenil cafeato (3-metil-2-butenil cafeato en el 54,2%; 3-metil-3-butenil cafeato en el 28,3%, y 2-metil-2-butenil cafeato en el 4,3%) y el feniletil cafeato, cuantitativamente menos importante. El bencil salicilato es otro componente del propóleo considerado un alérgeno de moderada capacidad sensibilizante³. Un estudio comprobó que la



Fig. 1.—Vesículas, erosiones y costras en el labio inferior y la piel peribucal adyacente.

frecuencia de sensibilización a una solución alcohólica de propóleo al 10% en una serie de 605 pacientes procedentes de Praga fue del 4,2% (25 pacientes)⁴. Sin embargo, la tasa de sensibilización al propóleo en una serie posterior de 2.660 pacientes austríacos fue del 1,3%⁵. El propóleo tiene al menos 13 componentes en común con el bálsamo de Perú. De éstos, el bencil isoferulato constituye el contactante principal⁶. Un estudio ha demostrado que en pacientes sensibilizados al propóleo la frecuencia de sensibilización simultánea a bálsamo de Perú es 6 veces superior a la frecuencia de sensibilización simultánea al níquel ($p < 0,01$)⁷.

Son escasos los artículos publicados por autores españoles acerca de la dermatitis alérgica de contacto al propóleo. En 1975, Giménez Camarasa⁸ presentó el caso de una mujer con un eccema crónico de las palmas. La paciente utilizaba cera de abeja para elaborar unos moldes que otros artistas empleaban para modelar metales inertes. La prueba epicutánea con la cera que utilizaba fue intensamente positiva. La prueba de contacto con cera al 20% en vaselina fue igualmente positiva, siendo negativa en 30 pacientes sanos que actuaron como controles. En 1990, Ratón et al⁹ publicaron el caso de una paciente con una costilla rota que se automedicaba aplicándose una pomada con propóleo al 5%. Pocos días después la paciente desarrolló una dermatitis eritematovesiculosa en el tronco. La prueba epicutánea con propóleo al 5% en vaselina fue positiva a las 48 y 72 h. En 1995, García et al¹⁰ presentaron un nuevo caso de dermatitis alérgica de contacto al propóleo en una paciente lactante que usaba protectores de cera para los pezones. Las lesiones comenzaron 2 semanas después de empezar a utilizar estos protectores; afectaban inicialmente a las areolas y se extendieron posteriormente a la espalda, extremidades y párpados. La paciente presentó también estomatitis y faringitis. Las pruebas epicutáneas fueron positivas para el preparado

comercial de propóleo, de la cera y varios componentes de la batería de propóleo suministrada por el Dr. Hausen.

Nuestra paciente presentó una dermatitis alérgica de contacto no profesional al propóleo, con pruebas epicutáneas intensamente positivas a las 48 y a las 96 h. La prueba epicutánea con True-Test® fue igualmente positiva para el bálsamo de Perú, sin relevancia clínica conocida por lo que este resultado se atribuyó a una reacción cruzada con el propóleo. Se realizaron pruebas de contacto con el preparado comercial de propóleo en 10 voluntarios sanos que actuaron como controles, con resultados negativos en todos ellos, por lo que consideramos que el resultado positivo observado en nuestra paciente fue manifestación de una alergia de contacto y no una mera respuesta irritativa.

Aunque la dermatitis alérgica de contacto al propóleo parece ser poco frecuente en España, creemos que el creciente uso de los llamados «productos naturales» puede hacer que el número de casos se incremente de forma progresiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hausen BM, Wollenweber E, Senff H, Post B. Propolis allergy (I). Origin, properties, usage and literature review. *Contact Dermatitis* 1987;17:163-70.
2. Hausen BM, Wollenweber E, Senff H, Post B. Propolis allergy (II). The sensitizing properties of 1,1-dimethylallyl caffeic acid ester. *Contact Dermatitis* 1987;17:171-7.
3. Hausen BM, Wollenweber E. Propolis allergy (III). Sensitization studies with minor constituents. *Contact Dermatitis* 1988;19:296-303.
4. Machackova J. The incidence of allergy to propolis in 605 consecutive patients patch tested in Prague. *Contact Dermatitis* 1988;18:210-2.
5. Wöhrl S, Hemmer W, Focke M, Götz M, Jarish R. The significance of fragrance mix, balsam of Peru, colophony and propolis as screening tools in the detection of fragrance allergy. *Br J Dermatol* 2001;145:268-73.
6. Hausen BM, Evers P, Stüwe HT, König WA, Wollenweber E. Propolis allergy (IV). Studies with further sensitizers from propolis and constituents common to propolis, poplar buds and balsam of Peru. *Contact Dermatitis* 1992;26: 34-44.
7. Rudzki E, Rebandel P, Jaworski E. Comparison of the eliciting properties of 3 different propolis samples. *Contact Dermatitis* 1998;39:142-3.
8. Giménez Camarasa JM. Occupational dermatitis from beeswax. *Contact Dermatitis* 1975;1:124.
9. Ratón JA, Aguirre A, Díaz-Pérez JL. Contact dermatitis from propolis. *Contact Dermatitis* 1990;22:183.
10. García M, Del Pozo MD, Díez J, Muñoz D, Fernández de Corrés L. Allergic contact dermatitis from a beeswax nipple-protective. *Contact Dermatitis* 1995;33:440.