

Dermatitis alérgica de contacto en pacientes con dermatitis atópica

Miriam Corral, Carmen Vidaurrezaga, Elena Vera, Marta Bergón, Marcos Hervella y Mariano Casado

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Resumen.—*Introducción.* La incidencia de dermatitis alérgica de contacto en sujetos atópicos es una cuestión ampliamente debatida, con estudios que apoyan la necesidad de realizar pruebas epicutáneas a estos pacientes y otros que no encuentran beneficios clínicos con esta técnica diagnóstica. *Material y métodos.* En nuestro estudio parcheamos un total de 594 enfermos, de los cuales 164 presentaban dermatitis atópica. Presentaban pruebas positivas 98 pacientes con dermatitis atópica (59 %). A la hora de interpretar los resultados, prestamos especial atención a la relevancia presente, pasada o desconocida de las pruebas.

Resultados. En los pacientes con dermatitis atópica y pruebas positivas; 47 pacientes (28,6 %) tenían pruebas con relevancia presente, 25 (15 %) con relevancia pasada y 26 (15,8 %) relevancia desconocida. Estos resultados indican que el 43 % de los enfermos con dermatitis atópica tuvieron en algún momento de su vida, dermatitis alérgica de contacto. La prueba positiva más frecuente fue el níquel, aunque su relevancia presente fue mínima. De las pruebas positivas con relevancia presente, la más frecuente fue el cromo, le siguieron kathon, fragancias mixtas, parafenilendiamina, grupo mercapto y carbas.

En cuanto a localización de las lesiones, el porcentaje mayor de sensibilizaciones aparece en enfermos con lesiones en el dorso de los pies, siendo la causa el cromo del calzado. En enfermos con lesiones en dorso de manos los alérgenos implicados fueron el kathon, fragancias mixtas presentes en cosméticos y el grupo mercapto en los guantes de goma. Los pacientes con eczema en cara y párpados presentaron pruebas alérgicas de contacto positivas de forma excepcional. *Conclusión.* Nuestro estudio apoya la necesidad de parchear a los pacientes atópicos con lesiones en dorso de pies y dorso de manos por el alto grado de sensibilizaciones encontradas.

Palabras clave: dermatitis alérgica de contacto, dermatitis atópica.

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

Abstract.—*Introduction.* The incidence of allergic contact dermatitis (ACD) in atopic individuals is a widely debated issue, with some studies supporting the need to carry out skin testing on these patients and others that do not find any clinical benefits with this diagnostic technique.

Material and methods. We conducted skin testing on a total of 594 patients, 164 of whom presented with atopic dermatitis (AD). We interpreted the results based on the current, past or unknown relevance of the tests.

Results. Ninety-eight patients with atopic dermatitis (59 %) had positive tests. Of those patients with AD and positive tests, 47 (28.6 %) had tests with current relevance, 25 (15 %) with past relevance and 26 (15.8 %) unknown relevance. These results indicate that 43 % of the AD patients had ACD at some time in their lives. The most frequent positive test was nickel, although its current relevance was minimal. Of the positive tests with current relevance, the most frequent one was chromium, followed by kathon, fragrance mix, paraphenyldiamine, mercapto group and carba mix. With regard to the location of the lesions, the most sensitizations appeared in patients with lesions on the dorsa of the feet, due to chromium in footwear. In patients with lesions on the dorsa of the hands, the allergens involved were kathon, the mix of fragrances present in cosmetics, and the mercapto group in rubber gloves. Patients with eczema on the face and eyelids had an exceptional incidence of positive contact allergy tests.

Conclusion. Our study supports the need to perform skin testing on atopic patients with lesions on the dorsa of the feet and hands, because of the high level of sensitizations found.

Key words: allergic contact dermatitis, atopic dermatitis.

INTRODUCCIÓN

Mientras que la mayoría de autores coinciden en atribuir una mayor incidencia de dermatitis irritativa de contacto en los pacientes con dermatitis atópica, la relación entre la dermatitis alérgica de contacto y la dermatitis atópica ha sido mucho más controvertida. Así pues, nos encontramos en la literatura médica estudios que muestran un menor grado de sensibilización en los

pacientes con dermatitis atópica¹⁻⁴, mientras que otros⁵⁻⁸ sólo encuentran una menor incidencia de dermatitis alérgica de contacto en aquellos enfermos con dermatitis atópica grave; cada vez es mayor el número de estudios que avalan una capacidad de sensibilización de los individuos atópicos similar al de la población general^{6,9-14}, que afecta entre un 29 y un 44 % de los pacientes atópicos. El reconocimiento de estos pacientes será de gran interés, pues facilitará en gran medida el manejo de eczemas recalcitrantes, disminuyendo la necesidad de utilizar fármacos potencialmente tóxicos^{10,15}.

Nuestro estudio se basa en la realidad de nuestro medio, y trata de responder a las preguntas que plantea la clínica diaria acerca de parchear o no a los enfermos

Correspondencia:

Miriam Corral.
Villa de Marín, 40, 2.º A. 28029 Madrid. España.
micocalle@hotmail.com

Recibido el 13 de febrero de 2003.

Aceptado el 19 de enero de 2004.

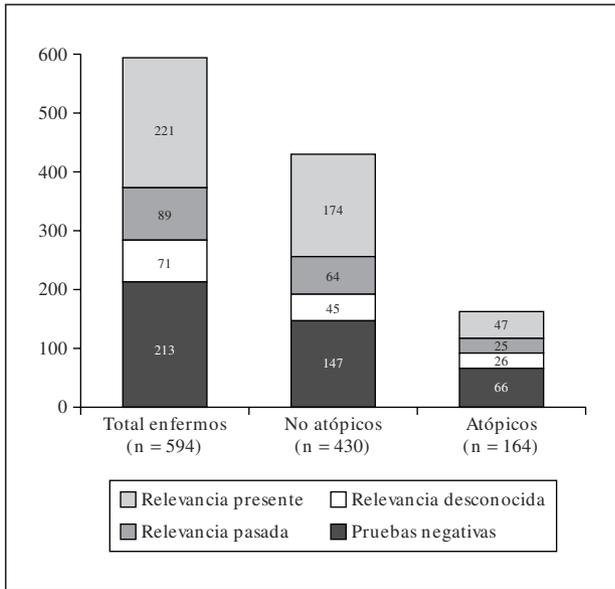


Fig. 1.—Resultados de las pruebas: positivas (relevancia presente, pasada y desconocida) y negativas.

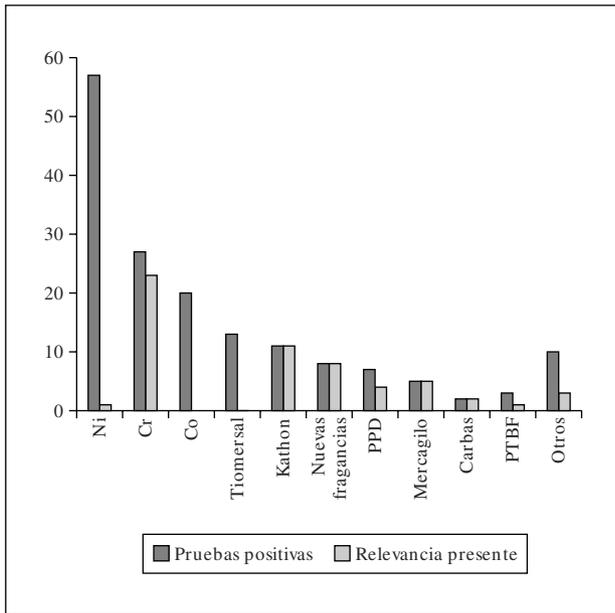


Fig. 2.—Pruebas positivas y pruebas con relevancia presente en enfermos con dermatitis atópica. Ni, níquel; Cr, cromo; Co, cobalto; PPD, parafenilendiamina; PTBF, paraterbutilfenol.

con dermatitis atópica y bajo qué criterios, valorando qué pruebas resultan positivas, si esta positividad tiene relevancia y estableciendo las etiologías responsables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período comprendido entre octubre de 2000 y febrero de 2002 (17 meses), fueron seguidos

en el Servicio de Dermatología del Hospital La Paz, un total de 594 enfermos con sospecha de dermatitis alérgica de contacto. A todos ellos se les sometió a una minuciosa anamnesis, en la cual se incluían, entre otros, datos sobre antecedentes personales y familiares, edad, sexo, profesión, aficiones, localización de lesiones y evolución clínica. Tras la anamnesis, 164 pacientes fueron diagnosticados de dermatitis atópica, según criterios mayores de Hanifin y Rajka¹⁶; estos pacientes presentaban una edad media de 27 años, y eran 106 mujeres y 58 varones.

A todos ellos se les aplicó la batería estándar de alérgenos del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto (GEIDC) (consistente en el True-test, más mercurio, mezcla de lactonas y pivalato de tixocortol), suplementada con otras baterías, en función de la sintomatología, así como los productos empleados por el paciente. El estudio se iniciaba los lunes, haciéndose lecturas a las 48 y 96 h, según normas del Grupo Internacional de Investigación en Dermatitis de Contacto (ICDRG), y se interpretaron todos los resultados por el mismo dermatólogo. Cuando las pruebas fueron positivas se prestó especial atención a la relevancia de éstas, clasificándola en relevancia presente, pasada o desconocida¹⁷. A todos los pacientes se les realizó un seguimiento para confirmar la relevancia de los resultados.

RESULTADOS

Del total de los enfermos parcheados, se obtuvieron pruebas positivas con relevancia presente o pasada en el 52 % y relevancia desconocida en el 12 %. Entre los no atópicos existía relevancia presente y pasada en el 55 % de los casos, pero la relevancia era desconocida en el 10,5 %. En los atópicos el porcentaje de relevancia conocida era del 43 % (presente en 28,6 %, pasada en 14,4 %) y el de relevancia desconocida era del 15,8 %. Así, casi la mitad de los enfermos con dermatitis atópica parcheados en nuestro servicio habían presentado en algún momento de su vida dermatitis alérgica de contacto (fig. 1).

En pacientes con dermatitis atópica la prueba positiva más frecuente fue la del níquel, aunque en la mayoría de los casos no presentaba relevancia presente. El cromo fue la sustancia que mayor relevancia actual presentó, muy por encima del resto de alérgenos, y además fue la segunda en frecuencia absoluta. En cuanto a lo que se refiere a relevancia, al cromo le siguieron kathon, mezcla de fragancias, parafenilendiamina, mercapto y carbas (fig. 2).

En cuanto a la etiología el calzado fue la causa más frecuente de dermatitis alérgica de contacto en sujetos con dermatitis atópica (54 % de los casos), los cosméticos en el 24 %, las dermatosis profesionales en el 14 % (sobre todo peluquería, también trabajadores de la construcción y por último personas

en contacto laboral con gomas), las gomas (en usuario) en el 6% y los fármacos en el 2% (fig. 3).

Analizando los resultados en función de las localizaciones de las lesiones, observamos que de los 40 enfermos con dermatitis atópica y lesiones en dorso del pie, el 60% presentaba dermatitis alérgica de contacto debida, mayoritariamente, al cromo (solo o asociado a otras sustancias), en relación con el calzado, existiendo un único caso debido a paraterbutilfenol (PTBF) sin asociarse a cromo (tabla 1). De los 13 pacientes con dermatitis atópica y eczema en plantas, el 30,7% fueron alérgicos, todos ellos debidos al calzado (un caso por grupo mercapto y el resto por cromo); estos pacientes presentaban también lesiones en el dorso del pie (tabla 2). De los 52 atópicos con lesiones en dorso de manos, el 38,5% presentaron sensibilización, en primer lugar a cosméticos (kathon, mezcla de fragancias y parafenilendiamina), con 5 casos de dermatosis profesionales, seguidos por las gomas (carbas y mercapto) y el cromo del cemento (tabla 3).

En el resto de localizaciones el porcentaje de sensibilizados fue mucho menor; de los 13 enfermos con dermatitis atópica y lesiones en palmas, sólo 2 eran alérgicos (15,4%). Cuando la localización de las lesiones era la cara, de los 24 atópicos dos presentaron sensibilización (8,3%); iguales datos se obtuvieron para los pacientes con dermatitis atópica y eczema en párpados. Y para los 29 atópicos con lesiones en tronco, en 2 casos se obtuvieron pruebas alérgicas de contacto positivas (6,9%).

DISCUSIÓN

Tras realizar una revisión bibliográfica hemos encontrado que el porcentaje de incidencia de dermatitis alérgica de contacto en pacientes con dermatitis atópica hallado en nuestro estudio, coincide con el de otras series publicadas (29-44%)^{6,9,10,18}. Sin embargo, estos resultados son difícilmente comparables debido a las importantes diferencias metodológicas y a la falta de unificación de variables como son los grupos de población estudiados, los criterios para diagnosticar la dermatitis atópica, las baterías empleadas, la interpretación de relevancia, y otras¹⁸. A la dificultad en la comparación, se debe unir la prudencia en su interpretación, sobre todo debido a la dificultad para hallar una población representativa de pacientes con dermatitis atópica; son muchos los que no acuden al médico y los que son tratados por el médico de atención primaria sin acceder al especialista en dermatología. Nuestro propio estudio se basa en la experiencia clínica de aquellos pacientes que llegan a nuestro servicio.

Los alérgenos más frecuentes hallados en estos estudios previos fueron níquel, cromo, cobalto y tiomersal, seguidos de fragancias mixtas, bálsamo de

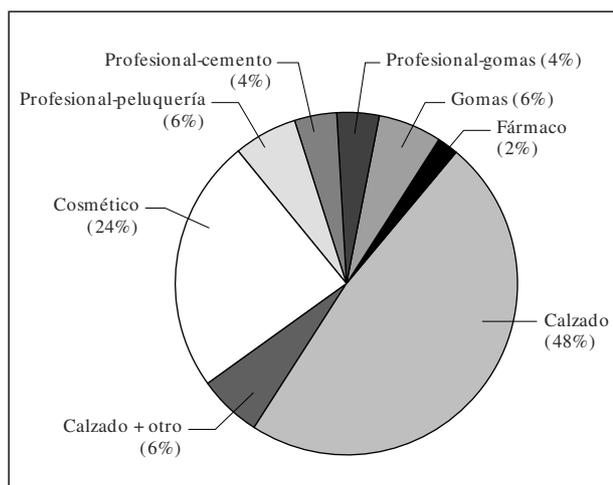


Fig. 3.—Etiologías de la dermatitis alérgica de contacto en los pacientes con dermatitis atópica.

TABLA 1. ALERGENOS POSITIVOS EN DORSO DE PIE

Pruebas positivas	Relevancia presente
16 (níquel)	0
24 (cromo)	23
9 (tiomersal)	0
4 (kathon)	1
2 (paraterbutilfenol)	2
1 (mercaptomix)	1

TABLA 2. ALERGENOS POSITIVOS EN PLANTA

Pruebas positivas	Relevancia presente
4 (níquel)	0
5 (cromo)	3
1 (mercaptomix)	1

TABLA 3. ALERGENOS POSITIVOS EN DORSO DE MANO

Pruebas positivas	Relevancia presente
14 (níquel)	0
7 (kathon)	7
6 (fragancias mixtas)	6
5 (tiomersal)	0
5 (carbas, mercapto)	5
3 (parafenilendiamina)	3
6 (cromo)	2

Perú, lanolina y neomicina, entre otros. En nuestra serie, la prueba positiva más frecuente ha sido el níquel (quizás influido por el mayor número de mujeres presentes en nuestro estudio, con una mayor posibilidad de sensibilización por el uso de bisutería), aunque con mínima relevancia actual, seguida del cromo, con máxima relevancia. Además las sensibilizaciones al kathon superaron a la mezcla de fragancias, en contra de lo hallado en publicaciones de otros países.

Hemos observado una fuerte relación entre las lesiones en dorso de pie en individuos atópicos y la dermatitis alérgica de contacto, en su mayoría debida al cromo que se emplea en curtir la piel. Freeman et al¹⁵ encontraron un 43 % de atópicos entre los pacientes con dermatitis alérgica de contacto al calzado y, más recientemente, Rivera y Ortiz¹⁹ hablan de hasta un 78 % de atópicos afectados. En más de la mitad de los casos el eczema se inició en verano, en probable relación con el aumento de la sudoración. En nuestro estudio, el hallazgo de pruebas positivas en pacientes que presentaban lesiones en palmas y plantas, prácticamente sólo se produjo cuando existían lesiones en dorso. Por último, el porcentaje de sensibilizados en cara y párpados ha sido mucho menor al de otros estudios.

Las principales etiologías implicadas han sido el calzado (por cromo), los cosméticos (con lesiones en dorso de manos), las dermatosis profesionales y las gomas (que resultaron positivas casi por igual en profesionales que en usuarios).

Nuestro estudio indica que, dado el importante porcentaje de atópicos afectados de dermatitis alérgica de contacto, se debería parchear a éstos con los mismos criterios que a los no atópicos, realizando pruebas epicutáneas a todos aquellos con lesiones en dorso de pie, al igual que a los que presentan lesiones eczematosas en dorso de manos^{6,18} y a todos los que ejerzan profesiones de riesgo, como pueden ser sanitarios, peluqueros, amas de casa, y otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rostenberg A Jr, Sulzberger MB. Some results of patch tests. *Arch Dermatol* 1937;35:433-54.
2. Jones HE, Lewis C, MCMarlin SL. Allergic contact sensitivity in atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1973;107:117.
3. Palacios J, Fuller EW, Blaylock WK. Immunological capabilities of patients with atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 1966;47:484.
4. Rees J, Friedmann PS, Matthews JNS. Contact sensitivity to dinitrochlorobenzene is impaired in atopic subjects. Controversy revisited. *Arch Dermatol* 1990;126:1173-5.
5. Uehara M, Sawai T. A longitudinal study of contact sensitivity in patients with atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1989;125:366-8.
6. Ingordo V, D'Andria G, D'Andria C. Clinical relevance of contact sensitization in atopic dermatitis. *Contact Dermatitis* 2001;45:239-40.
7. Cronin E, Mc Fadden JP. Patients with atopic eczema do become sensitized to contact allergens. *Contact Dermatitis* 1993;28:225-8.
8. Giordano-Labadie F, Pellegrin F, Bazex J. Frequency of contact allergy in children with atopic dermatitis: Results of a prospective study of 137 cases. *Contact Dermatitis* 1999;40:192-5.
9. Klas PA, Corey G, Storrs FJ. Allergic and irritant patch test reactions and atopic disease. *Contact Dermatitis* 1996;34:121-4.
10. Lever R, Forsyth A. Allergic contact dermatitis in atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereol* 1992;176:95-8.
11. Cronin E, Bandemann HJ, Calnan CD, Fregert S. Contact dermatitis in the atopic. *Acta Dermato-Venereol* 1970;50:183-7.
12. Epstein S, Mohajerin AH. Incidence of contact sensitivity in atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1964;90:284-7.
13. Schöpf E, Baumgarten A. Patch testing in atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:860-2.
14. Lammintausta K, Kalimo K, Fagerland V-L. Patch test reactions in atopic patients. *Contact Dermatitis* 1992;26:234-40.
15. Freeman S. Shoe dermatitis. *Contact Dermatitis* 1997;36:247-51.
16. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereol* 1980;92:44-7.
17. Lachapelle JM. A proposed relevance scoring system for positive allergic patch test reactions: Practical implications and limitations. *Contact Dermatitis* 1997;36:39-43.
18. Withmore SE. Should atopic individuals be patch tested? *Dermatol Clin* 1994;12:491-9.
19. Rivera R, Ortiz FJ. Eczema alérgico de contacto por calzado. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93:170-4.