

Dermatitis de contacto por alcanfor contenido en un líquido rubefaciente

J. Vilaplana^a, C. Romaguera^{a,b} y L. Campderros^c

^aUnidad de Alergia Cutánea. Hospital Clínico. Barcelona.

^bUniversidad Rovira i Virgili. Reus.

^cPuig Research Center. Barcelona.

Describimos una dermatitis de contacto alérgica por alcanfor, contenido en un líquido rubefaciente usado por una mujer de 58 años. Es el primer caso descrito en nuestra Unidad de Alergia y el segundo en la literatura. El alcanfor es una sustancia química contenida en numerosos productos y puede que se haya infravalorado como causa etiológica de dermatitis de contacto alérgicas, al no disponer del alérgeno en las baterías preparadas para la detección de dichas dermatitis.

Palabras clave: alcanfor, mentol, eucalipto, trementina, metil salicilato y dermatitis de contacto alérgica.

CONTACT DERMATITIS BY ALCAMPHOR PRESENT IN A FLUSHING SOLUTION

Abstract. We report a case of allergic contact dermatitis due to alcanphor present in a flushing solution used by a 58-year-old woman. It is the first case described in our Division of Allergy and the second one reported in the literature. Alcanphor is a chemical substance present in many products that may have been underestimated as the causative agent of contact allergic dermatitis as the allergen is not available in the standard patch test batteries.

Key words: alcanphor, menthol, eucalyptus, trementine, methyl salicylate, contact allergic dermatitis.

Introducción

El alcanfor se extrae de las plantas de *Cinnamomum camphora* y en medicina se usa por sus propiedades antisépticas, rubefacientes, estimulante de la circulación sanguínea, mejorando los niveles de lípidos y glucosa en la diabetes tipo 2; en el tratamiento de las conjuntivitis, diarreas, como calmante de sistema nervioso y en EE. UU. es usado como ingrediente activo en múltiples productos OTC (especialidad farmacéutica publicitaria) que van desde las lacas de uñas, aceites de baño, cremas hidratantes hasta colorette.

En nuestro medio esta sustancia no forma parte de las baterías habituales para el estudio de las dermatitis de contacto alérgicas y aunque forma parte de 60 productos que se dispensan en nuestras farmacias, solo se ha descrito dos veces como alérgeno y es el primer caso que vemos en nuestra Unidad de Alergia y el segundo descrito en la literatura.

Caso clínico

Mujer de 58 años, asiática, ama de casa, que sufrió un accidente doméstico que tuvo como consecuencia una fuerte contusión en el brazo derecho en enero del año 2005.

Los dolores musculares fueron tratados con piroxicam oral en dosis de 20 mg tres veces al día. Después de 7 días de tratamiento el cuadro clínico había mejorado y la paciente decide dejar el tratamiento prescrito por el médico de cabecera iniciando un tratamiento local con un líquido rubefaciente de origen asiático.

La paciente utiliza el producto rubefaciente en forma de masaje dos veces al día y después de un mes suspende su aplicación porque nota prurito en la zona de aplicación y a los dos días aparecen eritema y pápulas.

Con el diagnóstico probable de eczema de contacto alérgico debido al líquido que utilizaba fue tratada con clobetasol tópico y clorhidrato de hidroxicina presentando una mejoría a los 12 días de tratamiento.

En nuestra Unidad de Alergia cutánea la paciente fue estudiada con la batería estándar europea, la batería de plantas de Chemotecnique, la batería de cosméticos de Chemotecnique y se practicó foto *patch* test con la serie del GEF (Grupo Español de Fotobiología), siendo todos ellos negativos a las 48 y a las 96 horas.

Correspondencia:
Juan Vilaplana.
Aragón 465-467. 08013 Barcelona.
12164jvv@comb.es

Aceptado el 13 de septiembre de 2006.

Tabla 1. Componentes de la solución y resultado del *patch* test a las 48 y 96 horas

a. o.: aceite de oliva; vas.: vaselina; alc.: alcohol.

La paciente fue citada un mes más tarde para realizarle pruebas epicutáneas con los componentes del líquido rubefaciente que había utilizado con el resultado que se muestra en la tabla 1.

Veinte controles voluntarios fueron negativos.

Discusión

Existe solo un caso descrito en la literatura de sensibilidad al alcanfor contenido en unas gotas otológicas, pero la paciente presentó además sensibilidad al thiomersal y al euxyl K-400¹.

En nuestro caso la paciente presenta una única sensibilidad a esta sustancia.

En España es cada vez más frecuente atender pacientes de otros países y otras culturas y en particular los pacientes asiáticos están aumentando de forma considerable. Estos pacientes están familiarizados en el tratamiento con extractos de plantas, considerándolos muy efectivos e ino- cuos². En ocasiones además los usan de forma concomitante junto con otros prescritos por su médico de cabecera.

En nuestro país existen tratamientos tópicos similares, pero no se han referido casos de sensibilización a esta sustancia química³.

Otro hecho que nos llama la atención en este caso es que el filtro solar (4-methylbenzylidene camphor) que contiene un grupo alcanfor en su estructura, y que ha sido ampliamente descrito como alérgico y fotoalérgico dio resultado

negativo al foto-*patch* test en nuestra paciente, por lo que podemos afirmar que a pesar de poseer un anillo alcanfor no ha existido reacción cruzada⁴⁻⁶.

Químicamente el alcanfor contiene diferentes cantidades de terpenos y sesqui-terpenos, sin embargo la batería de plantas de Chemotecnique, que contiene estos alérgenos, fue negativa⁷.

El hecho de que la mayoría de las Unidades de Alergia cutánea no dispongamos de alcanfor para la realización de *patch* test de forma más o menos rutinaria puede explicar el que no haya sido casi referido como alérgeno, pero debemos pensar en él cuando estemos ante un paciente que utilice algunos de los múltiples productos de nuestra farmaco- pea que lo contienen y pensemos clínicamente en un eczema de contacto alérgico.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stevenson OE, Finch TM. Allergic contact dermatitis from rectified camphor oil in Earex ear drops. *Contact Dermatitis*. 2003;49:51.
2. Ernst E. Adverse effects of herbal drugs in dermatology. *Br J Dermatol*. 2000;143:923-9.
3. Aguirre A, Oleaga JM, Zabala R, Izu R, Díaz-Pérez JL. Allergic contact dermatitis from Reflex spray. *Contact Dermatitis*. 1994;30:52-3.
4. Mancel E, Drouet M, Sabbah A, Avenel-Audran M. Allergy to sunscreens. *Allerg Immunol (Paris)*. 1999;31:195-9.
5. Marrot L, Belaidi JP, Chaubo C, Meunier JR, Pérez P, Agapakis-Causse C. An in vitro strategy to evaluate the photo- toxicity of solar UV at the molecular and cellular level: application to photoprotection assessment. *Eur J Dermatol*. 1998; 8:403-12.
6. Schmidt T, Ring J, Abeck D. Photoallergic contact dermatitis due to combined UVB (4-methylbenzylidene camphor/octyl methoxycinnamate) and UVA (benzophenone-3/butyl methoxydibenzoylmethane) absorber sensitization. *Dermatology*. 1998;196:354-7.
7. Christensen LP, Jakobsen HB, Paulsen E, Hodal L, Andersen KE. Airborne Compositae dermatitis: monoterpenes and no parthenolide are released from flowering Tanacetum parthenium (feverfew) plants. *Arch Dermatol Res*. 1999;291: 425-31.