



Dermatitis alérgica de contacto a clorhexidina en dos pacientes pediátricos

Allergic Contact Dermatitis Due to Chlorhexidine in 2 Pediatric Patients

Sr. Director:

La dermatitis alérgica de contacto en niños presenta una incidencia creciente en los últimos años¹. Este ascenso parece ser resultado de una mayor exposición a alérgenos en edades tempranas, cambios en los hábitos de uso de cosméticos y una mayor sospecha diagnóstica junto con la realización de más pruebas epicutáneas en esta población.

Caso 1. Una niña de 5 años de edad, sin antecedentes de atopia, que presentó un brote de lesiones vesiculoampollosas, eritematosas, pruriginosas en rodilla derecha a las 24 h de la aplicación de Cristalmina® alcohólica (diguconato de clorhexidina, alcohol bencílico y polisorbato 80), como antiséptico en una herida traumática (fig. 1). Los padres negaban la aplicación de otros productos tópicos ni apósitos de ningún tipo y referían la aparición de lesiones similares en varias ocasiones en que habían aplicado el mismo antiséptico, en los últimos 2 años. Se pudo tratamiento con ácido fusídico y betametasona tópicos con desaparición total en pocos días. A la semana de la resolución de las lesiones, la paciente presentó una reactivación en la misma localización, coincidiendo con la exposición solar en la playa, sin aplicación previa de ningún producto.

Se realizaron pruebas abierta y semiabierta con Cristalmina® observándose positividad de ambas a las 96 h (fig. 2). Las pruebas epicutáneas con la batería están-



Figura 1 Lesiones vesiculosas exudativas en rodilla (caso 1).



Figura 2 Pruebas abierta (superior) y semiabierta (inferior) positivas (caso 1).

dar del GEIDAC y con los componentes de la Cristalmina® por separado (clorhexidina 0,5% en vaselina, alcohol bencílico 1% en vaselina y polisorbato 80 10% en vaselina) solo fueron positivas para clorhexidina 0,5% en vaselina a las 96 h. El prick test con clorhexidina al 0,5% y al 2% fue negativo y la intradermorreacción con clorhexidina al 0,5% diluida 1/1000 fue positiva en lectura inmediata y retardada a la semana. Se realizaron test de intradermorreacción en tres controles que fueron negativos. Con el diagnóstico final de eccema alérgico de contacto por Cristalmina® con sensibilización inmediata y retardada a clorhexidina, los padres rechazaron completar el estudio mediante fotoparches para valorar un posible fotoagravamiento del cuadro.

Caso 2. Un niño de 2 años de edad, con hipotiroidismo congénito y sin antecedentes de atopia, que presentaba brotes de lesiones papulosas eritematosas, pruriginosas, en zonas de venopunción, que aparecían 24 h después del procedimiento y desaparecían espontáneamente en los días posteriores (fig. 3). Previo a la extracción de sangre le aplicaban como antiséptico Clorhexidina Latco®, una solución acuosa de digluconato de clorhexidina al 2%. Se realizaron pruebas abierta y semiabierta con Clorhexidina Lainco® que fueron positivas a las 48 h. Posteriormente se realizaron pruebas epicutáneas con alcohol isopropílico al 2,5, 5 y 10% en agua y digluconato de clorhexidina al 0,5% en agua, observando solo positividad a las 48 y 96 h a la clorhexidina. Al suspender el uso de antisépticos con clorhexidina el paciente no ha vuelto a presentar lesiones. Los padres rechazaron continuar el estudio.



Figura 3 Pápulas eritematosas en zona de venopunción (caso 2).

La clorhexidina es un antiséptico tópico de acción bactericida y fungicida ampliamente utilizado desde 1954 en el ámbito sanitario, habitualmente en forma de digluconato, en soluciones acuosas o alcohólicas². La clorhexidina se usa para el lavado de manos, la higiene de los pacientes ingresados, los baños antisépticos preoperatorios, la desinfección del área quirúrgica, previo a la colocación y cuidado de catéteres y sondas y puede estar impregnando numerosos dispositivos médicos (cánulas, apósitos y sondas)³. Además en los últimos años la clorhexidina está incluyéndose como biocida, cada vez en más productos cosméticos de todo tipo⁴.

El uso de clorhexidina puede producir irritación local, siendo más rara la aparición de otros efectos adversos como discoloración de los dientes³ o exantema fijo medicamentoso⁵. La clorhexidina, además, es una causa potencial de dermatitis alérgica de contacto, fotosensibilidad⁶, urticaria y anafilaxia⁴. Algunos pacientes presentan tanto reacciones de hipersensibilidad inmediata como retardada, por lo que cuadros incluso leves-moderados de dermatitis alérgica de contacto pueden indicar un riesgo potencial de reacción de tipo inmediato grave en las sucesivas exposiciones a clorhexidina en estos pacientes⁷.

La capacidad sensibilizante de la clorhexidina, no obstante, es muy escasa considerando lo frecuente de su uso. En algunas series de pacientes estudiados mediante pruebas epicutáneas entre el 0,5⁸ y 13,1%⁹ están sensibilizados a clorhexidina, aunque una prevalencia del 1% es más real en Europa¹⁰. La concentración adecuada para testar la clorhexidina no está bien establecida, probablemente al 0,5% sea más adecuada que al 1% por presentar menos reacciones irritativas¹⁰.

Presentamos dos niños con dermatitis alérgica de contacto a clorhexidina, en uno de los cuales además se demostró sensibilización de tipo inmediata. En pacientes con pruebas epicutáneas positivas a clorhexidina se reco-

mienda completar el estudio con pruebas cutáneas para valorar una posible alergia inmediata. Además en el estudio de un cuadro de urticaria o anafilaxia durante procedimientos médicos u odontológicos, se debe incluir la clorhexidina como una posible causa junto al látex, los anestésicos y otros medicamentos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ortiz JM, Esteve A, Subiabre D, Victoria AM, de la Cuadra J, Zaragoza V. Dermatitis alérgica de contacto pediátrica Estudio clínico-epidemiológico en un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:571–8.
2. Milstone AM, Passaretti CL, Perl TM. Chlorhexidine: expanding the armamentarium for infection control and prevention. *Clin Infect Dis.* 2008;46:274–81.
3. Lim KS, KAM PAC. Chlorhexidine—pharmacology and clinical applications. *Anaesth Intensive Care.* 2008;36:502–12.
4. Silvestri DL, McEnery-Stonelake M. Chlorhexidine: uses and adverse reactions. *Dermatitis.* 2013;24:112–8.
5. Moghadam BK, Drisko CL, Gier RE. Chlorhexidine mouthwash-induced fixed drug eruption: Case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991;71:431–4.
6. Wahber JE, Wennersten G. Hypersensitivity and photosensitivity to chlorhexidine. *Dermatologica.* 1971;143:376–9.
7. Aalto-Korte K, Mäkinen-Kiljunen S. Symptoms of immediate chlorhexidine hypersensitivity in patients with a positive prick test. *Contact Dermatitis.* 2006;55:173–7.
8. Hasan T, Rantanen T, Alanko K, Harwima RJ, Jolanki R, Kalimo K, et al. Patch test reactions to cosmetic allergens in 1995–1997 and 2000–2002 in Finland—a multicentre study. *Contact Dermatitis.* 2005;53:40–5.
9. Knudsen BB, Avnstorp C. Chlorhexidine gluconate and acetate in patch testing. *Contact Dermatitis.* 1991;24:45–9.
10. Opstrup MS, Johansen JD, Zachariae C, Garvey LH. Contact allergy to chlorhexidine in a tertiary dermatology clinic in Denmark. *Contact Dermatitis.* 2015;74:29–36.

S. Córdoba^{a,*}, T. Sanz-Sánchez^b, E. Mohedano-Vicente^c y J. Borbujo^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^c Servicio de Alergia, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: scordoba.hflr@salud.madrid.org (S. Córdoba).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.10.018>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.