

Dermatitis alérgica de contacto

Rosmin Marroquín¹

RESUMEN

La dermatitis alérgica de contacto es una condición asociada a personas que muestran una mayor sensibilidad a ciertos alérgenos presentes en algunos productos, materiales o sustancias. Los agentes causantes de la dermatitis alérgica de contacto deben ser investigados mediante pruebas de parche. Sin embargo, estas pruebas no siempre se encuentran disponibles en los servicios de salud pública, como en el caso de Guatemala, y la población de escasos recursos no puede costearla, lo que limita el acceso a esta prueba. Es ahí en donde el juicio y análisis clínico toma un lugar importante para poder realizar un diagnóstico apropiado basado en las manifestaciones clínicas del paciente y su historia de la enfermedad. A continuación, se presenta el caso de una paciente de 31 años con diagnóstico clínico de dermatitis alérgica de contacto secundaria al uso de sandalias de hule.

PALABRAS CLAVE: Alérgenos del calzado; Calzado; Dermatitis alérgica de contacto; Goma; Pies.

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS

SUMMARY

Allergic dermatitis is a condition associated with people with greater sensitivity to certain allergens in some products, materials, or substances. The etiologic agents of allergic dermatitis should be investigated by patch test. However, these tests are not available in public health services in Guatemala, and the poor population cannot afford them, limiting access to this test. This is where clinical judgment and analysis play a key role to make an appropriate diagnosis base on the clinical manifestations of the patient and his history of the disease. The following is the case of a 31-year-old patient with a clinical diagnosis of allergic contact dermatitis secondary to the use of rubber sandals.

KEY WORDS: Allergic dermatitis; Foot; Footwear; Rubber; Shoe allergens.

1. Universidad Rafael Landívar, Guatemala, Guatemala. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7908-0853>

Correspondencia: Rosmin Marroquín-Remón; **email:** rosmin.mrem@gmail.com

Recibido: 04/05/21; **aceptado:** 15/03/22

Cómo citar: Marroquín, R. Dermatitis alérgica de contacto. Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol 29(4): octubre - diciembre, 2021, 314-318.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1603>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 31 años, originaria y residente de Fraijanes, Guatemala, sin antecedentes de importancia, quien consultó por presentar lesiones pruriginosas en forma de placa, de semanas de evolución, en el dorso de ambos pies. Al interrogatorio, la paciente negó el consumo de medicamentos orales y confirmó el uso de antifúngicos tópicos en esas áreas.

En la evaluación, la paciente presentaba una dermatosis localizada en los dorsos de ambos pies, bilateral y simétrica, caracterizada por placas liquenificadas pruriginosas que abarcaban todo el ancho del dorso, de color rosa pálido en sus bordes y marrón en el centro, con presencia de escamas blanquecinas en sus bordes. Se observó también la presencia de ampollas y costras serosanguinolentas; las lesiones tenían límites bien

definidos (**Figura 1**). El resto de los anexos se encontraban normales.

Con base en estos hallazgos, se interrogó a la paciente sobre el tipo de calzado que utilizaba, a lo cual refirió que hace aproximadamente un mes empezó a utilizar sandalias de hule de banda ancha, las cuales nunca había usado, y que inicialmente le aparecieron lesiones de tipo vesículas, pruriginosas, que evolucionaron hasta las placas. De acuerdo con la evaluación clínica y el interrogatorio, y ante la falta de insumos y recursos médicos para realizar la prueba de parche, se hizo el diagnóstico clínico de dermatitis alérgica por contacto con el hule de las sandalias. El tratamiento de la paciente consistió en la aplicación de hidrocortisona tópica al 1 % en capa fina, dos veces al día, durante un período de dos semanas, con interconsulta para seguimiento. También se le brindó plan educacional a la



Figura 1. Dermatitis alérgica de contacto con el hule.

paciente sobre suspender el uso de ese tipo de calzado de hule.

A la consulta de seguimiento posterior al tratamiento indicado y la evitación de calzado de hule, la paciente obtuvo una mejora clínica significativa respecto a los síntomas y a la apariencia del dorso de ambos pies (**Figura 2**).

Con la sospecha clínica se debió aplicar prueba de parche batería estándar, idealmente de calzado, para corroborar el alérgeno implicado y realizar un diagnóstico etiológico.

Ambas pruebas son las indicadas para la realización/confirmación del diagnóstico. Lamentablemente, el servicio donde la paciente fue diagnosticada no cuenta con los recursos e insumos médicos para realizarlas. El alto costo de la prueba de parche en Guatemala también limita el acceso de los pacientes de escasos re-

ursos a esta, dejándonos únicamente con el recurso humano y las habilidades clínicas para poder realizar el diagnóstico.

DISCUSIÓN

La dermatitis alérgica de contacto es común y se presenta en 1 de cada 5 personas ⁽¹⁾. Cabe resaltar que las manifestaciones son más intensas en las áreas de contacto directo con la piel, aunque pueden extenderse y la forma de la erupción puede indicar su causa ⁽¹⁾. Clínicamente se caracteriza por grados variables de eritema, vesiculación, descamación y liquenificación, signos que también están presentes en otros procesos eczematosos tales como el eccema atópico, el eccema seborreico, el eccema de contacto alérgico, irritativo y el eccema dishidrótico. Debido a que las características clinicopatológicas de todos estos procesos son similares, las principales herramientas que tenemos



Figura 2. Dermatitis alérgica de contacto con el hule resuelta. Hiperpigmentación post inflamatoria en el dorso de ambos pies.

para su clasificación son la anamnesis y la exploración física, haciendo hincapié en la localización de las lesiones ⁽²⁾. Se requieren pruebas de parche para confirmar el diagnóstico ⁽¹⁾.

En cuanto al pie, esta es una región particularmente susceptible a la dermatitis alérgica de contacto con el calzado debido a la concurrencia de eventos locales como sudoración, maceración y oclusión, todo lo cual favorece la penetración de alérgenos ⁽³⁾. La dermatitis por el calzado es una condición médica que consiste en una forma de dermatitis causada por el contacto del pie con partes del calzado y las sustancias químicas que lo componen ⁽⁴⁾. Hoy en día, la dermatitis por el calzado puede ocurrir en una persona que sea sensible a la goma o a los componentes elásticos del calzado, plantillas o pegamentos elásticos usados para unir sus partes. Otras causas identificables de dermatitis por el calzado son cementos, dicromatos, colorantes, agentes antimoho, formaldehído y ojales de níquel o soportes para el arco, entre otros ⁽⁴⁾. Una vez que la piel se vuelve sensible o alérgica a alguna sustancia causante, cualquier exposición producirá una erupción que puede comenzar al cabo de horas o incluso semanas después. La historia de aparición de los síntomas, la ausencia de antecedentes de enfermedades de la piel y la posible relación temporal con el uso de zapatos nuevos pueden ayudar al profesional a distinguir la dermatitis por el calzado de otras enfermedades dermatológicas ⁽⁴⁾.

Por lo general, esta dermatitis aparece como enrojecimiento, hinchazón y ampollas de agua, las cuales pueden romperse y formar costras y escamas. Sin tratamiento, la piel puede oscurecerse y volverse seca y agrietada. Los síntomas clínicos pueden variar de leves, como sarpullido con picor, a severos, como hinchazón y pequeñas ampollas ⁽⁴⁾. El sitio más frecuente de aparición de la dermatitis por el calzado es la superficie dorsal del *hallux* (dedo gordo) y el empeine, y posteriormente se extiende por difusión a los otros dedos y la cara dorsal del pie ⁽⁴⁾, porque son áreas en contacto más estrecho con los zapatos y donde el estrato córneo es más delgado ⁽³⁾. Los patrones clínicos de la dermatitis alérgica de contacto en los pies incluyen: a) patrón de calzado; b) patrón plantar; y c) patrón localizado ⁽²⁾. El patrón de calzado es el más común y se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino ⁽²⁾.

La prueba del parche es el método de referencia para el diagnóstico de la dermatitis de contacto ⁽⁴⁾ y complementa el diagnóstico clínico para establecer la causa, particularmente en los casos de larga evolución ⁽³⁾. Respecto al tratamiento, en la dermatitis alérgica aguda

y crónica de contacto se administran corticosteroides tópicos de clase II-III, la mayoría de furoato de mometasona o betametasona. Una de las medidas más importantes en la prevención de la dermatitis alérgica de contacto es evitar el contacto con el alérgeno correspondiente ⁽⁵⁾.

CONCLUSIONES

La dermatitis alérgica de contacto es una condición que suele presentarse con erupciones, prurito e inflamación en la piel. Aunque parece sencillo identificar la causa de dichas reacciones, esta puede pasar desapercibida hasta por el mismo paciente y ser confundida o tratada erróneamente como otra patología. Realizar un interrogatorio clínico detallado y una adecuada exploración física nos orientará hacia un diagnóstico correcto. La prueba del parche no debe faltar como estudio complementario en los pacientes en quienes se sospeche dermatitis alérgica de contacto; esta herramienta es muy útil para poder hacer un diagnóstico etiológico. Sin embargo, en ciertas áreas de salud de algunos países como Guatemala, el acceso a esta prueba es limitado, de ahí la importancia para el médico de tener un adecuado conocimiento y realizar una historia clínica y evaluación física detalladas, para hacer un diagnóstico clínico apropiado.

REFERENCIAS

1. Adler BL, DeLeo VA. Allergic Contact Dermatitis. *JAMA Dermatol.* 2021;157(3):364. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5639>
2. Rozas-Muñoz E, Gamé D, Serra-Baldrich E. Dermatitis de contacto alérgica por regiones anatómicas. Claves diagnósticas. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2018;109(6):485-507. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.05.011>
3. Lazzarini R, Mendonca R, Hafner M. Allergic contact dermatitis to shoes: contribution of a specific series to the diagnosis. *An Bras Dermatol [online].* 2018;93(5):696-700. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187370>
4. Dadlani Ramchandani NM. Dermatitis de contacto por el calzado: una actualización. *Rev Int Ciencias Podol.* 2017;11(1):63-75. http://dx.doi.org/10.5209/rev_RICP.2017.v11.n1.54106
5. Kostner L, Anzengruber F, Guillod C, Recher M, Schmid-Grendelmeier P, Navarini A. Allergic Contact Dermatitis. *Immunol Allergy Clin N Am.* 2017;(37)1:141-52. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2016.08.014>

Puntos clave

- La dermatitis alérgica de contacto es un padecimiento asociado a personas que muestran una mayor sensibilidad a ciertos alérgenos presentes en productos, materiales o sustancias, además de ser un motivo de consulta frecuente.
 - El pie es una región susceptible a la dermatitis alérgica de contacto debido a la concurrencia de eventos locales como sudoración, maceración y oclusión; todo esto favorece la penetración de los alérgenos que pueden encontrarse en los distintos materiales que conforman el calzado.
 - Las manifestaciones clínicas, el tipo de lesiones y su localización orientan el diagnóstico. Idealmente deben realizarse pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto, como la prueba del parche. Sin embargo, en situaciones donde no se cuente con los recursos necesarios, será fundamental realizar una historia clínica completa y exhaustiva, además de brindar un seguimiento adecuado al paciente para evaluar su evolución. Aquí radica la importancia de que el médico realice una historia y exploración física completas para sugerir un diagnóstico clínico acertado.
 - Evitar el alérgeno una vez identificado es lo más importante y necesario para prevenir los cuadros o las exacerbaciones de la dermatitis alérgica de contacto. Tratar los síntomas del paciente para aliviar su malestar es fundamental. La administración de corticosteroides tópicos de clase II y III durante cortos períodos es un plan terapéutico eficaz. Es necesario llevar un seguimiento adecuado del paciente mientras se encuentre bajo tratamiento y después.
-