

Los alérgenos más famosos de los últimos cuatro años

Natalia Hernández M.

RESUMEN

Se practica una revisión de los alérgenos elegidos por un comité de expertos de dermatitis de contacto, como los más importantes de los últimos cuatro años.

Palabras clave: dermatitis de contacto, tintas azules dispersas, oro, timerosal, bacitracina.

INTRODUCCIÓN

Cada año un comité de expertos en dermatitis de contacto, con la dirección de la Asociación Norteamericana de Dermatitis de Contacto, elige el alérgeno que a su juicio reúne los requisitos para ser nombrado alérgeno del año, basándose en la frecuencia de positividad en diferentes estudios, publicaciones en el año o años anteriores y en su impacto en la morbilidad de los pacientes.

En los últimos cuatro años los siguientes alérgenos fueron considerados ganadores: año 2000, tintas azules dispersas; 2001, oro; 2002, timerosal; 2003, bacitracina. Esta revisión se basa en cada uno de estos alérgenos y en su importancia en el estudio de la dermatitis de contacto.

TINTAS AZULES DISPERSAS

La frecuencia real de dermatitis de contacto a tintas textiles es desconocida; los reportes varían entre 0.05% y 15.9%. Este amplio rango es debido a que algunos son reportes en pacientes con sospecha de dermatitis por texti-

les, mientras que otros son hechos en personas con cualquier tipo de dermatitis de contacto. Lo cierto es que, a menos que el dermatólogo tenga una gran sospecha clínica, rara vez se hacen pruebas y usualmente son subdiagnosticadas y subreportadas.¹

Dentro de las baterías estándar europea y americana no están incluidas las tintas textiles, mientras que la tinta que está incluida en ellas, que es la para-phenyl-diamina (PPD), es un método de tamizaje pobre para esta positividad.²

Los textiles son hechos de fibras sintéticas o naturales, solas o en combinación. Las fibras naturales son celulósicas (algodón o lino), o proteináceas (seda o lana); las hechas por el hombre son polímeros de celulosa (rayón y acetato) o polímeros sintéticos (nylon, poliéster, acrílico y spandex). Las fibras son usualmente no alérgicas, mientras que las responsables son generalmente las tintas usadas para dar color a las prendas, las resinas de formaldehído adicionadas para volver la prenda resistente a las arrugas, lograr planchado permanente o rápido secado. Otros alérgenos son los aditivos del caucho, metales (níquel o cromo), gomas, removedores de manchas, fijadores de tintas y suavizantes. Se ha comprobado que las tintas, principalmente las azules dispersas, son los principales agentes desencadenantes de alergias cutáneas.¹

La clasificación química de las tintas textiles es extensa y complicada, y se basa en el tipo químico, dentro de las cuales las que más frecuentemente causan dermatitis alérgica de contacto son las azoicas (blue 106 y 124) seguidas de antraquinonas, indigoides, ázoes insolubles, estibenos y trifenilmetanos. Los químicos expertos en tintas prefieren clasificarlas según el modo de aplicación, siendo las más alérgicas las del grupo disperse. Estas tintas son parcialmente solubles en agua, se utilizan para teñir fibras sintéticas como poliéster y acetato y algunas veces nylon, se sueltan fácilmente de la fibra principalmente por el roce y entran en contacto con la piel.¹

La distribución de la dermatitis corresponde al sitio en que hay un roce estrecho con la prenda: en los hombres en

Natalia Hernández Mantilla, Dermatóloga, subespecialista en Alergia y Dermatitis de Contacto; docente Universidad Militar Central, Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Calle 60-A No 5-54, consultorio 402, teléfonos: 211 2419, 620 0156. E-mail: laignelh@colomsat.net.co

Los alérgenos más famosos de los últimos cuatro años

el cuello, en las mujeres típicamente en los pliegues axilar anterior y posterior (respetando usualmente el hueco axilar), la vulva y el área suprapúbica; en ambos sexos pueden afectarse la cara anterior e interna de muslos, huecos poplíteos, nalgas y cintura. Es peor en áreas de fricción o sudoración. En casos de autoeccematización las lesiones pueden diseminarse. En contactos ocupacionales pueden verse comprometidas las manos y la cara.

La presentación clínica más frecuente es en forma de placas eccematosas, localizadas o generalizadas, generalmente indolentes; también puede presentarse como pústulas, pápulo-pústulas, máculas hiperpigmentadas, liquenificación, excoriaciones, púrpura o eritrodermia.³

En Israel se practicó un estudio retrospectivo en 55 pacientes con sospecha de dermatitis por textiles entre 1991 y 1997. Se les realizó pruebas de parche con la batería estándar europea y series de tintas y terminados de textiles (Chemotechnique Diagnostics, Malmoe, Suecia) y se encontró que 40% de los evaluados fueron positivos a tintas. Los alérgenos más frecuentes fueron disperse blue 124 (22.2%); disperse blue 106 (13.8%); disperse blue 85 (16.6%); y disperse red 17 (15%). La presentación más frecuente fue la eccematosa, seguida de la papulopustular.³ Cuatro de los pacientes tenían dermatitis ocupacional.

Otro estudio realizado en Ontario (Canadá) reportó 271 casos evaluados para descartar dermatitis a textiles con batería estándar y series de alérgenos de textiles. El 14.7% reaccionó positivamente a una o más tintas, encontrándose principalmente positivas la disperse blue 106 en 82.5% y la 124 en 80% de los pacientes. Diez de once pacientes fueron positivos en las pruebas con su propia ropa. Dos de los pacientes positivos presentaron reacciones tardías a las pruebas de parche (7 y 10 días respectivamente). El 87.5% de los pacientes positivos fueron mujeres, y en ellas un síntoma frecuente era prurito vulvar. Únicamente 20% del total de alérgicos reaccionó a la PPD, lo que reafirma que no es buen método de rastreo para alergia a tintas textiles.¹

Debido a que la dermatitis de contacto a las tintas textiles es frecuente y que clínicamente adopta patrones diversos según su localización o grado de sensibilización, debe sospecharse en todo paciente con dermatitis indolentes y crónicas. Dado que dentro de las baterías estándar no se encuentran estas tintas, deben ser evaluadas ante cualquier sospecha clínica, puesto que la PPD no es un marcador confiable de dermatitis de contacto a tintas textiles. Realizar pruebas con la tinta blue disperse 106 y 124 da un alto grado de sensibilidad diagnóstica.²

ORO

El oro ha mostrado una positividad creciente en las pruebas de parche realizadas por diferentes centros en el mundo; sin embargo, su relevancia sigue siendo controversial.

El grupo norteamericano de dermatitis de contacto (NA-CDG) realizó un estudio multicéntrico efectuando pruebas de parche con oro (tiosulfato sódico de oro al 0.5% en vaselina), además de otros 49 alérgenos en 4.101 pacientes en quienes se sospechaba dermatitis de contacto. De ellos, 388 fueron positivos (9.5%). El 90.2% de las pruebas positivas se dio en mujeres.⁴ Los sitios más comunes de dermatitis de contacto alérgica fueron las manos (29.6%); la cara (19.3%); y los párpados (7.5%). El níquel y el cobalto se encontraron también positivos en 33.5% y 18.3% respectivamente en individuos alérgicos al oro, mientras que se hallaron positivos en 14.2 y 9% de la población total. Se encontró como única positividad el oro en 15.2% de los pacientes. El grupo concluye que el oro es un alérgeno más común de lo que previamente se había reportado y puede causar dermatitis en cara y párpados; su hipersensibilidad está ligada al sexo femenino y puede presentarse en forma simultánea sensibilidad al níquel y al cobalto.⁴

La exposición al oro sucede en contacto con joyas, aparatos dentales, implantes orbitales, ocupacional y en tratamientos con Auranofina tópica para psoriasis. Las reacciones que se presentan pueden ser persistentes dérmicas, granulomatosas y liquenoides. Su distribución es usualmente en áreas de contacto, aunque la localización en la cara y los párpados no es fácil de explicar de esta manera; es posible que la piel más delgada de estas áreas reaccione con más facilidad al contacto con el alérgeno. Se ha comprobado la mejoría de la dermatitis en estas localizaciones al suspender la exposición.

La prueba con tiosulfato sódico al 0.5% es la ideal por su menor posibilidad de desencadenar irritación. En las pruebas de parche podemos tener reacciones retardadas (a la semana de aplicación) o persistentes (que duran un mes luego de la aplicación).

El oro es un material inerte; no obstante, las sales de oro pueden ser sensibilizantes. El cloro tiene una afinidad alta por el oro, por lo que se sugiere que las sales de oro puedan ser liberadas por el sudor o la saliva. Sin embargo, no siempre las reacciones positivas en las pruebas de parche se acompañan de síntomas clínicos; por ejemplo, en pacientes con piezas dentales de oro y reacciones positivas no se encuentran con frecuencia lesiones orales clínicas. En pacientes positivos a

Los alérgenos más famosos de los últimos cuatro años

las pruebas de parche se recomienda suspender el contacto con el oro, pero en los que tienen piezas dentales en oro y no presentan síntomas clínicos en la mucosa oral se sugiere no retirar sino observar.⁵

TIMEROSAL

El timerosal fue escogido como *no alérgeno* de contacto del año 2002, debido a la frecuente positividad pero rara relevancia en su test. En las estadísticas del NACDG fue el quinto alérgeno más común, e indujo reacciones alérgicas en 10.9% de los 4.087 pacientes a quienes se les practicó pruebas de parche; sin embargo, sólo el 16.8% de los pacientes sensibles a timerosal tuvieron una prueba considerada relevante para su cuadro clínico, lo que lo ubica en el puesto 50 de relevancia.⁶ Se ha interrogado si la reacción positiva es más irritativa que alérgica.⁷ Esta sustancia ya fue retirada de la batería estándar europea, pero persiste en el TRUE® test.

El timerosal es un preservativo usado comúnmente en medicamentos tópicos, gotas óticas, oftálmicas y nasales, soluciones para lentes de contacto, cosméticos, amalgamas y vacunas. Al igual que el mercurio cromo, hace parte de los mercuriales orgánicos. Contiene dos radicales que pueden ser alergizantes: el cloruro de etil mercurio y el ácido tiosalicílico; este último ha mostrado una reacción cruzada con un fotoproducto del piroxicam.⁸

La localización clínica de las lesiones depende del sitio de contacto, con frecuencia periocular o periótico. En pacientes que continúan el contacto puede haber procesos inflamatorios oculares con revascularización corneal.⁹ La prevalencia de sensibilización al timerosal ha aumentado en los últimos años y afecta a la gente joven. En Austria, por ejemplo, ha aumentado de 1% a 2% hasta 20% a 25%; esto se ha explicado por la vacunación obligatoria para fiebre transmitida por picadura de garrapata, que allí es endémica. En España reportan positividad del 5%. Los pacientes que han sido diagnosticados con positividad al timerosal u otros mercuriales deben evitar el contacto cutáneo con antisépticos que tengan mercuriales; sin embargo, la inyección de vacunas o inmunoglobulinas libres de timerosal es a menudo imposible, dado que en la mayoría de los casos ellas lo contienen. Por esta razón, un grupo de investigadores españoles realizó un estudio para determinar el riesgo de vacunación en personas sensibles al timerosal. Se reclutaron

125 pacientes con reacciones alérgicas al timerosal u otros mercuriales. El timerosal fue positivo en 57 pacientes, 78% positivos al mercurio amoniacal y reacciones cruzadas en la mayoría de los casos (100/125). La vacunación, el contacto con mercurio cromo, termómetros rotos y gotas tópicas fueron las principales fuentes de sensibilización. A todos los pacientes se les aplicó una inyección intradérmica de timerosal que fue positiva en 24 de 125 pacientes; a todos nuevamente se les colocó la inyección intramuscular que fue positiva sólo en 5 pacientes (4% del total y 9% del grupo sensible a timerosal); la reacción fue leve y local. Por lo tanto, dichos investigadores concluyen que la vacunación con vacunas o inmunoglobulinas que contengan timerosal es segura en pacientes sensibles al mismo. Para evitar la sensibilización se sugiere restringir el uso de termómetros y antisépticos mercuriales.⁸

BACITRACINA

Antibiótico tópico de amplio uso, activo contra bacterias grampositivas y espiroquetas. Se halla disponible en forma de cremas, ungüentos, gotas óticas y oftálmicas. Aunque fue considerado inicialmente como un raro sensibilizante, su incidencia ha aumentado progresivamente desde 1980.¹⁰

El NACDG ha encontrado una positividad creciente: en 1990 fue del 1.5%, en 1994 del 7.8%, en 2002 del 9.2%. En pacientes con dermatitis por insuficiencia venosa crónica se ha reportado hasta en el 13%. Puede haber co-sensibilización con neomicina y polimixina. La prueba de parche se realiza con bacitracina al 20% y puede dar reacciones retardadas.¹¹ La razón de la positividad progresiva es su uso creciente, debido a que es el séptimo medicamento más vendido en Estados Unidos por su fácil disponibilidad. Es más frecuente encontrarlo en pacientes con pieles crónicamente enfermas como dermatitis por estasis, en las que clínicamente se pueden presentar como placas eccematosas, úlceras que no mejoran con tratamiento o infecciones crónicas. Sin embargo, se han reportado reacciones agudas cuando se utiliza en heridas abiertas o postoperatorios inmediatos, dando reacciones de urticaria de contacto o anafilaxia.¹¹ Debe evitarse su uso como medicamento profiláctico de infección. Los pacientes alérgicos deben portar una identificación con este aviso y evitar también el contacto con neomicina y polimixina.

Los alergenos más famosos de los últimos cuatro años

CONCLUSIÓN

A medida que se investigan nuevos alergenos van apareciendo nuevas positividadades, ampliando el horizonte de la dermatitis de contacto alérgica. Debemos estar atentos a los nuevos avances para tratar de brindar una ayuda más efectiva a los pacientes con dermatitis de contacto alérgica, trastorno que sigue siendo altamente frecuente y no siempre fácil de diagnosticar.

SUMMARY

Each year a committee of experts in contact dermatitis with the leadership of the North American Contact Dermatitis Group presents the allergen of the year. This paper makes an overhaul of the four last allergens.

Key words: contact dermatitis, disperse blue dyes, gold, thimerosal, bacitracin.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pratt M, Taraska V. Disperse Blue Dyes 106 and 124 are common causes of textile dermatitis and should serve as screening allergens for this condition. *Am J Contact Dermat* 2000; 11:30-41.
2. Storrs FJ. Disperse Blue Dyes. Contact allergen of the year. *Am J Contact Dermat* 2000; 11:1-2.
3. Lazarov A, Trattner A, David M, et al. Textile dermatitis in Israel: A retrospective study. *Am J Contact Dermat* 2000; 11:26-29.
4. Fowler J Jr. Gold. *Am J Contact Dermat* 2001; 12:1-2.
5. Fowler J Jr, Taylor J, Storrs S, et al. Gold allergy in North America. *Am J Contact Dermat* 2001; 12:3-5.
6. Belsito DV. Thimerosal: Contact (non) allergen of the year. *Am J Contact Dermat* 2002; 13:1-2.
7. Moller H. All these positive tests to thimerosal. *Contact Dermatitis* 1994; 31:209-213.
8. Audicana MT, Muñoz D, Del Pozo MD, et al. Allergic contact dermatitis from mercury antiseptics and derivatives: study protocol of tolerance to intramuscular injections of thimerosal. *Am J Contact Dermat* 2002; 13:3-9.
9. Marks JG, DeLeo VA. Thimerosal. En: *Edits Contact and Occupational Dermatology* 1997; 126-129.
10. Marks JG, DeLeo VA. Bacitracin. En: *Edits Contact and Occupational Dermatology* 1997; 188-190.
11. Belsito DV. Bacitracin. Contact allergen of the year. *Am J Contact Dermat* 2003; 14:1-2.