

Dermatitis de Contacto alérgica

La dermatitis de contacto alérgica (DCA) es una inflamación común de la piel causada por una reacción alérgica del sistema inmunológico tras el contacto con ciertos alérgenos. A diferencia de la dermatitis irritativa, que daña la piel por sustancias químicas, la DC ocurre tras la sensibilización a un alérgeno y se manifiesta con eritema, inflamación, vesículas y prurito, generalmente entre 24 y 72 horas después de la exposición.

Fisiopatología

La DCA está mediada principalmente por una respuesta inmune que involucra linfocitos T. Cuando la piel se expone por primera vez a un alérgeno, el sistema inmunológico procesa la sustancia y activa los linfocitos T auxiliares, que a su vez estimulan a los linfocitos T citotóxicos para producir citocinas inflamatorias. Estas citocinas inician una cascada de eventos que conducen a la inflamación de la piel, formación de ampollas y daño cutáneo. Esta respuesta retardada generalmente alcanza su punto máximo entre las 48 y 72 horas posteriores a la exposición. La reacción puede continuar durante varios días y empeorar con la exposición continua al alérgeno.

Alérgenos comunes

Numerosas sustancias pueden actuar como alérgenos y causar dermatitis de contacto alérgica. Algunos de los alérgenos más comunes incluyen:

- **Níquel:** Una de las causas más frecuentes de DCA. El níquel está presente en diversos objetos metálicos, como joyería, cremalleras, botones y hebillas de cinturones. En personas sensibles al níquel, el contacto directo con estos objetos puede causar dermatitis, el lóbulo de la oreja se ve especialmente afectado por el uso de aretes con aleaciones de níquel. La dermatitis inducida por níquel suele empeorar con el sudor y el sarpullido puede aparecer tras la exposición a la transpiración en climas cálidos.
- **Caucho y látex:** Las alergias al látex son comunes, sobre todo en profesionales médicos que usan guantes de caucho con frecuencia. Estos guantes pueden causar reacciones inmediatas como picazón, enrojecimiento e urticaria, así como dermatitis retardada en individuos más sensibles. Los guantes alternativos hechos de materiales sintéticos como el vinilo pueden ayudar a prevenir estas reacciones.
- **Parafenilendiamina (PPD):** Comúnmente utilizada en tintes permanentes para el cabello, es un alérgeno conocido. La sensibilidad a la PPD puede causar dermatitis de contacto y, en casos severos, reacciones sistémicas. Se recomienda que las personas con antecedentes de sensibilidad a la PPD eviten los tintes permanentes y opten por tintes temporales o vegetales.
- **Cromatos:** Estos compuestos que contienen cromo se encuentran frecuentemente en cemento, cuero y ciertas pinturas. La exposición ocupacional a cromatos es común en industrias como la soldadura, la construcción y el trabajo con metales. La “dermatitis del zapato” puede ocurrir en personas que usan calzado curtido con cromo, y la condición puede manejarse usando productos de cuero curtidos con vegetales.

- **Hiedra venenosa, roble y zumaque:** Estas plantas contienen urushiol, un aceite que provoca dermatitis de contacto alérgica al entrar en contacto con la piel. Las personas sensibles pueden desarrollar sarpullidos vesiculares a lo largo de las líneas donde la planta rozó la piel. También puede haber reactividad cruzada con sustancias relacionadas, como la cáscara del mango o el lacado obtenido del árbol japonés de laca.

Diagnóstico

El diagnóstico de dermatitis de contacto suele basarse en una historia clínica detallada, enfocándose en la exposición a posibles alérgenos en el trabajo, el hogar o diferentes situaciones de la vida. Identificar el alérgeno específico a menudo requiere pruebas epicutáneas (patch test), que son la herramienta diagnóstica clave para la DCA. Durante estas pruebas, se aplican pequeñas cantidades de alérgenos sospechosos en la piel bajo oclusión durante 48 horas, seguidas de evaluaciones a las 72 y 96 horas para detectar reacciones alérgicas. Los alérgenos comúnmente evaluados incluyen níquel, compuestos de caucho, fragancias, conservantes y tintes.

En algunos casos, puede ser necesaria una evaluación más extensa, especialmente si se sospecha reactividad cruzada entre alérgenos. Las pruebas epicutáneas ayudan a guiar estrategias para evitar el alérgeno específico, fundamental para prevenir episodios futuros de dermatitis.

Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de la dermatitis de contacto alérgica incluye:

- **Eritema:** Apariencia característica de piel roja e inflamada en el sitio de contacto con el alérgeno.
- **Vesiculación:** Formación de pequeñas o grandes ampollas, que pueden romperse y dar lugar a costras y descamación.
- **Prurito:** Picazón intensa que puede afectar significativamente la calidad de vida.
- **Dermatitis crónica:** Si no se trata, la piel puede volverse engrosada, áspera y agrietada, especialmente en áreas de exposición repetida.

El sarpullido suele aparecer entre 24 y 72 horas después de la exposición, aunque en algunas personas puede tardar hasta una semana en manifestarse. Diferenciar la DCA causada por alergias de otras afecciones cutáneas, como la dermatitis de contacto irritativa o el eczema, es importante para un tratamiento eficaz.

Tratamiento

El manejo de la dermatitis de contacto alérgica se centra en evitar el alérgeno y aliviar los síntomas. Las principales medidas incluyen:

- **Corticosteroides tópicos:** Se prescriben comúnmente para reducir la inflamación y controlar los síntomas. Los casos leves a moderados suelen tratarse con corticosteroides de baja potencia, mientras que los casos más severos pueden requerir preparados de potencia media a alta.
- **Corticosteroides orales:** Para brotes más extensos o graves, puede ser necesario el uso de corticosteroides sistémicos para controlar la inflamación y prevenir la diseminación.
- **Hidratación:** El uso regular de emolientes y humectantes ayuda a restaurar la función de barrera de la piel y a reducir la sequedad y descamación, especialmente después de la fase aguda.
- **Antihistamínicos:** Aunque no son efectivos para tratar la inflamación de la DCA, pueden aliviar el prurito, mejorando el confort del paciente.

- **Estrategias de evitación:** La forma más efectiva de controlar la DCA es evitar el alérgeno causante. La educación sobre alérgenos comunes y la sustitución por materiales no sensibilizantes son pasos cruciales en el manejo a largo plazo. Por ejemplo, pacientes sensibles al níquel deben evitar joyería que contenga níquel y usar ropa con cierres no metálicos.

Conclusión

La dermatitis de contacto alérgica es una condición común pero a menudo subdiagnosticada que puede afectar significativamente la calidad de vida de quien la padece. El diagnóstico temprano, usualmente mediante pruebas epicutáneas, es fundamental para un manejo efectivo. El tratamiento se basa en la evitación del alérgeno y el uso de terapias antiinflamatorias como los corticosteroides. Con la disponibilidad de alternativas sintéticas a alérgenos comunes como el caucho y el níquel, la mayoría de los pacientes con DCA pueden controlar su condición exitosamente con las precauciones adecuadas.

Referencias

- ❖ Kraft, C. S., Tarlton, R., & Norton, T. (2021). *Allergic contact dermatitis: A review of common allergens and diagnostic approaches*. *American Journal of Clinical Dermatology*, 22(3), 331-344. <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00575-2>
- ❖ Mansouri, S., Ghanizadeh, M., & Mahmoudi, S. (2021). *Clinical and therapeutic aspects of allergic contact dermatitis*. *Dermatology Research and Practice*, 2021, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2021/8831309>
- ❖ Niven, R., Millington, A., & Breuer, J. (2021). *Latex allergy and rubber sensitivity in healthcare workers*. *Clinical and Experimental Dermatology*, 46(5), 866-875. <https://doi.org/10.1111/ced.14756>
- ❖ Zhou, S., Zhang, L., & Li, Y. (2020). *Allergic contact dermatitis: Etiology, clinical features, and management strategies*. *Journal of Clinical Dermatology*, 28(2), 125-134. <https://doi.org/10.1007/s11874-020-00513-x>