

# Dermatitis de contacto en pediatría

## Introducción

La dermatitis de contacto representa la respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes exógenos. Existen dos subtipos de dermatitis de contacto: la dermatitis de contacto alérgica y dermatitis de contacto irritativa.

La dermatitis de contacto irritativa es la causada por el daño tóxico directo a la piel, sin que medie mecanismo inmunológico. Se caracteriza porque todo aquel expuesto a la sustancia tóxica en cantidad suficiente va a desarrollarla. Es la forma más frecuente de dermatitis en todas las edades. Los niños, sobre todo los lactantes, se encuentran entre los más vulnerables a los irritantes. La dermatitis atópica también predispone a sufrir dermatitis por irritantes.

La dermatitis de contacto alérgica es una reacción inflamatoria a alérgenos que penetran en la piel, mediada por un mecanismo de hipersensibilidad retardada tipo IV. La sensibilización requiere un tiempo de contacto generalmente prologando (meses o años). Una vez producida la sensibilización, las lesiones suelen desencadenarse en 24-48 horas tras la exposición a un alérgeno. Su incidencia exacta se desconoce, varía en función de la geografía y las prácticas culturales, aunque se estima que afecta aproximadamente al 20% de los niños con dermatitis en edad escolar.

## Clínica dermatitis de contacto alérgica

Las lesiones de eczema pueden observarse en tres fases: aguda, subaguda y crónica. Las lesiones más características son las propias de la fase aguda, predominando el eritema, la vesiculación y la exudación serosa con formación de costras, que suelen circunscribirse a las zonas en las que se produce el contacto con los alérgenos, aunque pueden producirse erupciones generalizadas. El prurito en esta fase es un hallazgo constante. En la fase crónica predomina el engrosamiento cutáneo con hiperqueratosis, liquenificación y fisuración cutánea.

## Factores predisponentes para el desarrollo de dermatitis de contacto alérgica

- Capacidad de la sustancia para penetrar la piel y producir alergia.
- Daño previo de la piel (más frecuente en niños con dermatitis atópica, psoriasis, etc. que ya presentan una alteración de la barrera cutánea de base).
- Grado de sequedad o hidratación de la piel.

- Predisposición genética.
- Humedad y temperatura ambientales.

## Sustancias responsables del desarrollo de dermatitis de contacto con mayor frecuencia

Lista de los 10 alérgenos más comunes en niños (según publicaciones de EE.UU., Canadá, Europa y Brasil).

- Sulfato de níquel: más frecuente en niñas (principal fuente de sensibilización es la perforación de los lóbulos de las orejas para colocar pendientes). Se encuentra en joyas, botones, broches, gafas, materiales de ortodoncia, teléfonos móviles, llaves y monedas.
- Neomicina: antibiótico tópico empleado para el tratamiento de infecciones cutáneas, heridas y quemaduras.
- Myroxylon pereirae (bálsamo de Perú): se encuentra en perfumes y cosméticos, crema dental, enjuagues bucales, agentes saborizantes y salsas de tomate.
- Timerosal: utilizado como conservante en vacunas, cosméticos y antisépticos.
- Dicromato de potasio: es un metal que se encuentra en el cuero teñido, cerillas, cemento e implantes dentales.
- Cobalto: asociado a la sensibilización al níquel, se encuentra en joyas, botones, broches, cerámicas, cemento y vitamina B12.
- Mezcla de tiuranes (acelerador de caucho): utilizados en la elaboración de gomas y plásticos, se encuentran en elásticos de la cintura de la ropa, medias, trajes de baño, zapatos, guantes y pesticidas.
- Lanolina: se encuentra en emolientes, ceras para la prevención del óxido, jabones y bálsamos labiales.
- Formaldehído y productos que liberan formaldehído: champús, lociones y cosméticos.
- Parafenilendiamina: es cada vez más frecuente la dermatitis de contacto alérgica por esta sustancia debido a los tatuajes temporales de henna negra. También se encuentra en tintes para el cabello. Su importancia radica en que además pueden presentar reactividad cruzada con otros grupos químicos similares como las sulfonamidas (antibióticos, hipoglucemiantes y fármacos para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal).

## Diagnóstico

Su base son una buena historia clínica y exploración física, siempre debe formar parte del diagnóstico diferencial de cualquier tipo de dermatitis crónica, persistente o que empeora a pesar de tratamientos adecuados.

Las pruebas epicutáneas o pruebas del parche son consideradas el “patrón oro” para el diagnóstico y se deben realizar cuando exista sospecha clínica, consistentes en la aplicación de los supuestos alérgenos responsables sobre la piel del paciente. Generalmente se mantienen en contacto con la piel durante 48 horas, pasado ese tiempo se retiran los alérgenos, realizándose una primera lectura a las 48 horas y una segunda a las 72-96 horas. Consideramos la prueba positiva cuando aparece una reacción eczematosa en la zona de aplicación y su periferia.

Alérgenos recomendados para el estudio sistemático mediante pruebas epicutáneas por el Grupo Español para la Investigación de Dermatitis de Contacto: Sulfato de Níquel, alcoholes de la lana, sulfato de neomicina, dicromato potásico, benzocaína, mezcla de fragancias, colofonia, resina epoxi, clioquinol, bálsamo del Perú, diclorhidrato de etilendiamina, cloruro de cobalto, resina de p-terc-butifenol formaldehído, mezcla de parabenos, mezcla de carbas, fenilisopropil-para-fenilendiamina, khaton CG, Quaternium 15, mercaptobenzotiazol, para-fenilendiamina, formaldehído, mezcla de percaptos, tiomersal, mezcla de tiuranes, mercurio, mezcla de lactonas serquiterpénicas, pivalato de tixocortol.

## Diagnóstico diferencial

- Dermatitis de contacto irritativa, dermatitis atópica (presentan las mismas lesiones).
- Celulitis (infección de la dermis profunda y tejido celular subcutáneo, que se manifiesta como áreas de eritema, edema y aumento del calor local, suele cursar con fiebre y leucocitosis).
- Infección por virus herpes simple, herpes zóster e impétigo (en fase de lesiones vesiculosas).
- Dermatitis inducida por medicamentos (típicamente recurre en la misma localización).

## Tratamiento

Se basa en dos pilares fundamentales:

- Evitación del alérgeno.
- Tratamiento farmacológico.

## Evitación del alérgeno

El principal elemento del tratamiento es evitar el contacto con la sustancia responsable de la dermatitis. Así como de todas aquellas sustancias con las que se produzca reactividad cruzada.

Es importante advertir a los padres que no es posible la desensibilización mediante vacunas u otros métodos, pero que la evitación prolongada del contacto con el alérgeno puede hacer que desaparezca la hipersensibilidad.

## Tratamiento farmacológico

- Corticoides tópicos: disminuyen la respuesta inflamatoria al contacto con el alérgeno.
- Inhibidores de la calcineurina tópicos: tacrolimus (experiencia limitada en ensayos clínicos, parece tener una eficacia similar a corticoides de potencia media) y pimecrolimus (Pomada al 1% aprobada para el tratamiento de la dermatitis atópica moderada en niños menores de 2 años) (potencial alternativo a corticoides tópicos).
- Antihistamínicos: para disminuir el picor.
- Fomentos o soluciones antisépticas secantes: en caso de gran componente exudativo (sulfato de cobre, sulfato de zinc, etc.).
- Antibióticos tópicos u orales: en casos de sobreinfección o impetiginización.
- Corticoides orales: indicada cuando la dermatitis de contacto se extiende a más del 20% de la superficie corporal y/o cuando afecta a la cara para una resolución rápida de la clínica.

## Bibliografía:

- Weston WL, Contact dermatitis in children, UpToDate, updates: Mar 07, 2017.
- Fonseca Capdevilla E, Dermatitis por contacto, Protocolos AEPED, 2ª edición 2007.
- Castanedo-Tardan MP, Matiz C, Jacob SE, Dermatitis por contacto en Pediatría: revisión de opiniones actuales, Actas Dermosifiliogr 2011;102:8-18 - Vol. 102 Núm.1 DOI: 10.1016/j.ad.2009.12.028.