

Dermatitis de contacto

Fecha de la última revisión: **15/06/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se clasifica?](#)
3. [Aproximación diagnóstica](#)
4. [Diagnóstico diferencial](#)
5. [Tratamiento](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

La dermatitis de contacto es una reacción de la piel como respuesta a agentes externos que actúan como irritantes o sensibilizantes (Bourke J, 2009). La fase aguda se caracteriza por eritema y vesículas y la fase crónica por liquenificación y fisuración (Bourke J, 2009).

¿Cómo se clasifica?

Dermatitis de contacto irritativa

La dermatitis de contacto irritativa es la respuesta cutánea frente a la exposición a sustancias que causan irritación física, mecánica o química de la piel. Suele estar causada por exposiciones repetidas a sustancias comunes, como agua jabonosa, limpiadores o alcohol. Otros irritantes (lejía, ácidos fuertes y álcalis) pueden producir dermatitis graves tras una única exposición (Goldner R, 2017).

Es la causa más frecuente de dermatitis de contacto y del eczema de manos. Representa el 80% de la dermatitis de contacto ocupacional (DynaMed, 2016).

Cualquier persona puede desarrollarla aunque existe un mayor riesgo en personas con dermatitis atópica, sequedad cutánea o piel clara (Weston WL, 2017).

Factores predisponentes (Brasch J, 2014; Goldner R, 2017; DynaMed, 2016):

- Dependientes del huésped: edad (mayor prevalencia en menores de 30 años), sexo (predomina en mujeres pero por mayor exposición doméstica a detergentes y a la humedad), localización (cara, dorso de manos y espacios interdigitales más frecuentemente afectados), atopia, factores genéticos.
- Factores ambientales: temperaturas altas o bajas, flujos de aire, humedad y la oclusión de la piel (sudoración por el uso prolongado de guantes oclusivos por ejemplo).

Irritantes más frecuentes (DynaMed, 2016; Goldner R, 2017):

- Químicos: agua, trabajo húmedo, detergentes, disolventes, agentes oxidantes, ácidos y álcalis.
- Físicos: microtraumas o fricción crónica, herramientas de metal, madera, fibra de vidrio, plantas, papel y polvo o tierra.

Dermatitis de contacto alérgico

La dermatitis alérgica de contacto es una reacción de hipersensibilidad de tipo retardado (tipo IV) provocada por el contacto de la piel con una sustancia química en los individuos previamente sensibilizados a dicha sustancia.

El proceso de sensibilización requiere aproximadamente de 10 a 14 días. La inducción de la dermatitis en un individuo sensibilizado ocurre entre 12-48 horas tras la reexposición al antígeno desencadenante (Weston WL, 2017).

Factores de riesgo (Yiannias J, 2016):

- Ocupación: mayor riesgo en profesionales de la salud, trabajadores de la industria química, esteticistas y peluqueros, maquinistas y trabajadores de la construcción.
- Edad: la sensibilización comienza en la primera infancia y la incidencia aumenta con la edad. La exposición repetida y prolongada a potenciales sensibilizadores puede explicar la alta tasa en adultos mayores.
- Comorbilidades médicas: antecedentes de atopia, dermatitis de estasis y úlceras venosas.

Irritantes más frecuentes (DynaMed, 2016; Brod BA, 2016): materiales con látex, equipos de protección, jabón y productos de limpieza, resinas, acrílicos, metales, fragancias, antibióticos tópicos, conservantes, sustancias químicas incluidas en productos para el cuidado del cabello, corticoides tópicos, colas, plásticos y caucho.

Dermatitis fotoinducidas (Bourke J, 2009): dos variantes, la dermatitis fototóxica como consecuencia de la exposición a sustancias con efecto tóxico cuando se exponen a la luz y la dermatitis fotoalérgica por mecanismo inmunológico de hipersensibilidad retardada que requiere sensibilización previa. Ambas formas ocurren principalmente en áreas expuestas a la luz solar.

Aproximación diagnóstica

La presentación clínica de la dermatitis de contacto es muy variable, depende del irritante o sensibilizante, de la parte del cuerpo afectada y de la duración de los síntomas. En un paciente sin historia previa de dermatitis que presenta un cuadro de dermatitis aguda hay que sospechar una dermatitis de contacto (Guillet G, 2015).

Historia clínica y exploración física

Investigar historia de exposición ocupacional a irritantes o alérgenos, antecedentes de dermatitis atópica, episodios previos similares de dermatitis, secuencia temporal entre exposición y aparición de las lesiones, localización y morfología de las lesiones, síntomas asociados, etc.

Dermatitis de contacto irritativa aguda (Goldner R, 2017): en general se presenta con eritema, edema, vesículas, bullas y exudado. La reacción se limita habitualmente a la zona de contacto y se asocia a sensación de escozor o ardor. Los casos leves pueden presentar sólo eritema transitorio.

Dermatitis de contacto irritativa crónica o acumulativa (Goldner R, 2017): se caracterizan por eritema, descamación, liquenificación, hiperqueratosis y fisuración. Las lesiones se localizan sobre todo en dorso de manos, yemas de los dedos y zonas interdigitales. La cara puede estar afectada en individuos expuestos a irritantes volátiles o cosméticos.

Otras formas de presentación de la dermatitis de contacto irritativa menos frecuentes serían: acneiforme o pustulosa, ulcerativa, asteatótica y la no eritematosa (Brasch J, 2014; Guillet G, 2015).

Dermatitis de contacto alérgica aguda (Yiannias J, 2016): se presenta como placas eritematosas induradas y descamativas. Podrían observarse vesículas y ampollas en casos graves. El edema puede ser prominente en áreas de piel delgada como párpados, labios y genitales. El síntoma predominante es el prurito intenso, pudiendo asociar además sensación de ardor o dolor.

Dermatitis de contacto alérgica crónica (Yiannias J, 2016): sequedad cutánea con descamación y piel engrosada. En una fase posterior pueden desarrollarse liquenificación y fisuración de la piel. El prurito intenso es el síntoma más importante.

Pruebas diagnósticas

Patch test o pruebas del parche (Johansen JD, 2015; Guillet G, 2015): está indicada en caso de eczema persistente cuando sospechamos una dermatitis de contacto alérgica, para identificar el alérgeno o alérgenos implicados. Los alérgenos seleccionados para realizar el test se determinan en función de la historia clínica del paciente. También existen baterías de prueba que incluyen los alérgenos más frecuentes. Los parches habitualmente se aplican en la parte superior de la espalda.

El patch test debería posponerse en pacientes con dermatitis activa severa o generalizada, tratamiento inmunosupresor, dermatitis en la parte superior de la espalda o en la localización seleccionada para aplicar parches, tratamiento reciente con corticoides tópicos (esperar al menos 7 días), reciente exposición UVA.

La lectura del resultado se realiza en dos tiempos, el primero a las 48 horas de la aplicación de los parches y el segundo entre las 72 horas y 1 semana tras la aplicación. La especificidad y sensibilidad de esta prueba rondan el 85%. Los resultados se clasifican en:

- +/-: resultado dudoso, tenue eritema.
- +: eritema, infiltración, posibles pápulas.
- ++: eritema, infiltración, pápulas y vesículas.
- +++: eritema intenso, infiltración y ampollas.
- IR: reacción irritativa.

ROAT test (*Repeated Open Application Test*) (Johansen JD, 2015; Guillet G, 2015): se utiliza cuando el resultado del patch test es dudoso y tenemos una alta sospecha de dermatitis de contacto alérgica. Se aplica el alérgeno sospechoso dos veces al día durante 2-4 semanas en la cara anterior del antebrazo.

Open test (Johansen JD, 2015): indicado como test inicial en los casos en los que no está bien definida la sustancia o el producto sospechoso como por ejemplo los que aporta el paciente. Se aplica en la cara anterior del antebrazo la sustancia disuelta en agua, se deja secar sin ocluir la zona. La lectura se realiza a intervalos regulares durante los primeros 30-60 minutos y una segunda lectura se debería realizar al 3º-4º día tras la aplicación.

Photopatch test (Johansen JD, 2015): indicado en el estudio de la dermatitis fotoalérgica, donde la exposición UV es necesaria para inducir la reacción de hipersensibilidad. Se duplica la batería de alérgenos, se aplican en dos zonas de la espalda y se ocluyen durante 1-2 días. Posteriormente se irradia una de las zonas manteniendo protegida de la exposición la segunda zona. La lectura se realiza antes de la irradiación, inmediatamente después de la irradiación y a los dos días de la misma. Un resultado positivo únicamente en la zona irradiada se interpretaría como dermatitis fotoalérgica pero si el resultado es positivo en ambas zonas nos encontraríamos ante una dermatitis de contacto alérgica.

Biopsia cutánea (Goldner R, 2017): el examen histológico podría ser de utilidad cuando el diagnóstico no está claro con la historia clínica, examen físico y los test descritos previamente.

Diagnóstico diferencial

Tabla 1. Características de la dermatitis de contacto irritativa y alérgica. (Goldner R, 2017)		
	DC Irritativa	DC Alérgica
Etiología	Sustancias irritantes	Alérgenos
Mecanismo	No inmunológico	Hipersensibilidad retardada tipo IV
Localización	Áreas de contacto	Áreas de contacto y puede extenderse
Síntomas	Quemazón, escozor y dolor El prurito puede estar presente	Prurito intenso
Comienzo	Después del 1º contacto Minutos a horas si irritante fuerte 24 horas-1 semana si irritante débil	Requiere sensibilización previa 24-72 horas después de la exposición
Clínica aguda	Eritema, edema, vesículas y ampollas En casos graves necrosis y ulceración	Eritema, edema y vesículas
Clínica crónica	Fisuración, hiperqueratosis y descamación	Fisuración, hiperqueratosis y descamación
Patch test	Negativo	Positivo

Otras dermatosis que deberíamos tener en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial son (Guillet G, 2015; Goldner R, 2017; DynaMed, 2016):

- Dermatitis atópica: las lesiones están localizadas generalmente en flexuras, cara, párpados y manos. Antecedentes personales o familiares de atopia (asma, rinitis alérgica) deberían hacernos sospechar.
- Eczema dishidrótico: se caracteriza por vesículas y ampollas de localización exclusiva en palmas, plantas y espacios interdigitales.
- Psoriasis: la psoriasis con afectación palmoplantar no pustulosa es difícilmente diferenciable de la dermatitis de contacto. Debemos pensar en ella si observamos placas eritematosas descamativas en codos y rodillas o afectación ungueal.
- Eczema numular: lesiones descamativas, pruriginosas y en forma de moneda distribuidas simétricamente más comúnmente en extremidades inferiores.
- Tiña manum y pedis: lesiones asimétricas y unilaterales en manos o pies. El examen de las escamas con KOH puede darnos el diagnóstico.
- Otros: escabiosis, rosácea, dermatitis seborreica, liquen plano, etc.

Tratamiento

El abordaje se basa en la identificación y evitación del irritante o alérgeno, el tratamiento de la inflamación de la piel, la restauración de la barrera epidérmica y la prevención de futuras exposiciones (Goldner R, 2017; Brod BA, 2016).

Las medidas preventivas son comunes a los dos tipos de dermatitis de contacto. Los guantes y las cremas barrera combinados con un buen cuidado de la piel son las medidas más importantes para prevenir la dermatitis de contacto (Brasch J, 2014). El uso de equipos de protección personal como máscaras faciales, gafas de protección y trajes específicos pueden ser también beneficiosos para prevenir la exposición (Goldner R, 2017; Brod BA, 2016).

Para el tratamiento sintomático del prurito se utilizan frecuentemente antihistamínicos orales, aunque no resultan muy efectivos (DynaMed, 2016).

En el caso de sobreinfección o impetiginización secundaria al rascado debería considerarse el uso de tratamiento antibiótico tópico y/o sistémico (Guillet G, 2015).

Dermatitis de contacto irritativa (Goldner R, 2017)

Corticoides tópicos:

- En formas agudas severas o crónicas con liquenificación que no afecten a cara y flexuras se recomienda utilizar corticoides de potencia muy alta 1 o 2 veces al día durante 2-4 semanas.
- Formas más leves que no afecten a cara ni flexuras podrían tratarse con corticoides tópicos de potencia alta 1 o 2 veces al día durante 2-4 semanas.
- Para la afectación tanto aguda como crónica de cara y flexuras se recomienda utilizar corticoides tópicos de potencia baja-media 1 o 2 veces al día durante 1-2 semanas.

Emolientes o hidratantes: cumplen la doble función de disminuir la inflamación de la piel y ayudar a restaurar la barrera cutánea. Dado que sólo son eficaces cuando están en contacto con la piel, se deben aplicar varias veces al día, especialmente tras el lavado de manos y después de trabajar.

Dermatitis de contacto alérgica

Corticoides tópicos: son la 1ª línea de tratamiento, con las mismas recomendaciones que en la dermatitis de contacto irritativa (Brod BA, 2016).

Inhibidores de la calcineurina tópicos (**tacrolimus** o **pimecrolimus**): indicados como alternativa a los corticoides tópicos en dermatitis de contacto alérgico resistente a los corticoides tópicos, afectación de cara o zonas intertriginosas o en los casos inducidos por corticoides tópicos. Se aplican dos veces al día hasta la resolución del cuadro (Brod BA, 2016; Guillet G, 2015).

Corticoides orales: indicados de inicio si está afectada más del 20% de la superficie corporal o en cuadros agudos con afectación facial, genital, manos o pies en los que sea precisa una rápida resolución. Se recomienda comenzar con dosis de 0,5-1 mg/Kg/día (máximo 60 mg/día) durante 1 semana, posteriormente reducir la dosis en un 50% durante 5-7 días y continuar con dosis decrecientes durante las siguientes 2 semanas (Brod BA, 2016).

Fototerapia: debe considerarse una alternativa en casos que no respondan a tratamiento con corticoides tópicos u orales (Guillet G, 2015).

Alitretinoína e inmunosupresores orales (**azatioprina** y **ciclosporina**): último escalón de tratamiento en la dermatitis de contacto alérgica crónica de las manos cuando los tratamientos previamente descritos no han sido efectivos o están contraindicados (NICE, 2009; Guillet G, 2015).

Bibliografía

- Bourke J, Coulson I, English J; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. Br J Dermatol. 2009;160(5):946-54. PubMed **PMID: 19302065. Texto completo**
- Brasch J, Becker D, Aberer W, Bircher A, Kräne B, Jung K, et al. Guideline contact dermatitis: S1-Guidelines of the German Contact Allergy Group (DKG) of the German Dermatology Society (DDG), the Information Network of Dermatological Clinics (IVDK), the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Working Group for Occupational and Environmental Dermatology (ABD) of the DDG, the Medical Association of German Allergologists (AeDA), the Professional Association of German Dermatologists (BVDD) and the DDG. Allergo J Int. 2014;23(4):126-38. PubMed **PMID: 26146602. Texto completo**
- Brod BA. Management of allergic contact dermatitis. En: Fowler J, Corona R, editors. UpToDate; 2016 [consultado 13-12-2016]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com/contents/management-of-allergic-contact-dermatitis>**
- DynaMed (EBSCO). Contact Dermatitis. En: Rossi AM, Ostrovsky DA, Fedorowicz Z, Ehrlich A, editors [consultado 10-1-2017]. Disponible en: **<https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114930/Contact-dermatitis>**
- Goldner R, Tuchinda P. Irritant contact dermatitis in adults. En: Rossi AM, Ostrovsky DA, Fedorowicz Z, Ehrlich A, editors. UpToDate; 2017 [consultado 16-2-2017]. Disponible en: **<http://ultra-medica.net/Uptodate21.6/contents/UTD.htm?28/20/29001/abstract/54>**
- Guillet G. Contact Dermatitis. London: BMJ Publishing Group Ltd.; 2015 [consultado 4-7-2016]. Disponible en: **bestpractice.bmj.com**
- Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, Andersen KE, Bircher A, Bruze M, et al. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing - recommendations on best practice. Contact Dermatitis. 2015;73(4):195-221. PubMed **PMID: 26179009. Texto completo**
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alitretinoin for de treatment of severe chronic hand eczema. NICE; 2009. **Texto completo**
- Weston WL, Howe W. Overview of dermatitis. En: Dellavalle RP, Corona R, editors. UpToDate; 2017 [consultado 16-2-2017]. Disponible en: **<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-dermatitis>**
- Yiannias J. Clinical features and diagnosis of allergic contact dermatitis. En: Fowler J, Corona R, editors. UpToDate; 2016 [consultado 13-12-2016]. Disponible en: **<http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?15/0/15375?source=HISTORY>**

Más en la red

- Na CR, Wang S, Kirsner RS, Federman DG. Elderly adults and skin disorders: common problems for nondermatologists. South Med J. 2012 Nov;105(11):600-6. PubMed [PMID: 23128804](#)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alitretinoin for de treatment of severe chronic hand eczema. NICE; 2009. [Texto completo](#)
- Rashid RS, Shim TN. Contact dermatitis. BMJ. 2016 Jun 30;353:i3299. PubMed [PMID: 27364956](#)

Autoras

- Andrea Larraz Garbizu Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- Laura García Avís Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Gipuzkoa, España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

