

Capítulo 2

ECZEMAS, TIPOS DE ECZEMAS Y SU IMPORTANCIA EN DERMATOLOGÍA PROFESIONAL

Concepto eczema

Dentro del campo de la Dermatología el término eczema tiene gran importancia debido a que serán múltiples los cuadros clínicos en los que se cite este término para la descripción de las lesiones clínicas del proceso.

Existe de formas muy común una confusión en la utilización del término eczema y el de dermatitis, teniendo en muchas ocasiones una misma significación.

La palabra eczema deriva del griego y significa hervir, ebullición. Willam y Bateman (1808) emplearon este término en su clasificación de las dermatosis, colocándola dentro del grupo de enfermedades ampollosas. Willam (1813) da una primera definición diciendo que se trata de un proceso apirético, no infeccioso, caracterizado por una erupción en distintas partes de la piel de pequeñas vesículas, generalmente muy próximas, rodeadas de poca o ninguna inflamación y determinadas por el efecto de la irritación de origen externo o interno, en sujetos cuyo tegumento es constitucionalmente irritable y que se encuentran causas en los agentes irritantes más variados.

Bazin (1861) divide los eczemas en internos y externos. Los factores externos actuarían por irritación directa, y los internos debido a la existencia de una diátesis o predisposición. Hebra (1872) piensa que no es necesaria la predisposición y que se puede inducir eczema en cualquier persona mediante aceite de croton. Define el eczema como todo aquello que parece eczema. Unna (1894) aporta el posible origen microbiano del eczema y describe la lesión histológica fundamental: la espongiosis.

Desde el Congreso de Copenhague en 1930, la mayoría de autores piensan que el eczema es un proceso alérgico aceptándose formas exógenas (de contacto) y endógenas (Atópico). En años sucesivos sigue debatiéndose los límites y definición de esta entidad. Sulzbberger y Wolf (1952) señalan que cada definición depende de la escuela de formación de cada dermatólogo. Pillsbury (1952) afirma que la palabra eczema nunca ha sido definida.

Lever (1977) apunta que las denominaciones eczema y dermatitis son utilizadas por los dermatólogos indistintamente. Sin embargo Ackerman y Ragaz (1983) proponen la eliminación de la palabra eczema y que se sustituya por la de dermatitis espongíptica. Desde entonces se abren dos tendencias, una sostenida por la mayoría de dermatólogos europeos que son partidarios de mantener el término eczema ya que es un concepto clínico, mientras que dermatitis es demasiado amplio y ambiguo, y el término de dermatitis espongíptica sería un término histológico. La opinión contraria es mantenida por la escuela americana de Dermatología y muchos anatomopatólogos que piensan que la dificultad en la definición clínica del término eczema justifica su sustitución.

Nosotros somos de la opinión que debe utilizarse la palabra eczema ya que el término de dermatitis abarca un concepto más amplio de enfermedades inflamatorias de la piel, muchas de las cuales no guardan relación con el eczema, por tanto podríamos definir al eczema como:

“Eczema es un término clínico que designa un tipo de reacción inflamatoria cutánea a diferentes estímulos tanto exógenos como endógenos en los que se suceden una serie de fases. La fase aguda se caracteriza por la aparición de lesiones eritematosas y edematosas muy pruriginosas sobre las que paulatinamente van apareciendo vesículas que se rompen fácilmente dejando costras. En la fase subaguda disminuye el componente vesículo-exudativo y empieza a presentarse descamación. En la fase crónica no hay vesículas y predomina la descamación y la liquenificación. El proceso puede desaparecer sin dejar lesiones residuales. Histológicamente la reacción se caracteriza por la presencia de espongiosis.

Eczema Irritativo de Contacto (EIC)

Es una reacción inflamatoria no alérgica desencadenada en la piel por la aplicación de un producto químico y que se manifiesta con una reacción eczematosa. Aparece en todas las personas si la concentración del agente irritante y el tiempo de aplicación del mismo es el adecuado.

Existen dos tipos de eczema irritativo de contacto (EIC). El EIC agudo está producido por una aplicación única del irritante el tiempo de aparición de las lesiones es de menos de 24 horas tras el contacto con el irritante.

El EIC de tipo crónico o acumulativo es consecuencia de la exposición continuada de una zona de la piel a un agente irritante leve. Aunque aparece en todas las personas si la exposición es suficientemente prolongada, en ocasiones puede estar facilitado por una predisposición personal (atopia).

Los agentes que pueden ocasionar el EIC son múltiples y variados, los más importantes son:

- Agua
- Limpiadores cutáneos
- Detergentes, surfactantes, agentes humectantes y emulsionantes
- Alcalis
- Ácidos
- Aceites
- Agentes oxidantes
- Disolventes orgánicos
- Agentes físicos



Atopia adulto flex piernas



Atopia adulto dorso pie



Atopia adulto eczema pezón



Descamación aereas

- Medicamentos tópicos
- Plantas y maderas
- Productos animales

- Clínica

Según la intensidad del cuadro y la localización podemos encontrarnos desde un eritema con una descamación furfurácea y poco adherida de la piel (pitiriasis simple), a un eczema propiamente dicho. Aunque ocasionalmente puede presentarse de forma aguda con vesiculación y exudación con formación de costras, habitualmente lo hace de forma crónica predominando la liquenificación y la descamación, generalmente acompañada de fisuración. Las lesiones se localizan en el área en contacto con el irritante, siendo la más frecuente las manos seguidas del resto de áreas expuestas.

Eczema Alérgico de Contacto (EAC)

El EAC es una reacción de hipersensibilidad de tipo retardado (tipo IV de la clasificación de Gell y Coombs), que se presenta como una dermatosis eczematosa y está producida por el contacto cutáneo o de las mucosas con una sustancia a la que el paciente está previamente sensibilizado.

El EAC se produce cuando la piel contacta con una sustancia a la que previamente ha sido sensibilizada. Aunque dicho contacto puede ser tanto exógeno como hematógeno, esta segunda variedad es porcentualmente muy reducida y es lo que se denomina EAC o dermatitis alérgica de contacto por administración sistémica del alérgeno o EAC inducido sistémicamente.

Entre el primer contacto exógeno y el desarrollo de la sensibilización a dicha sustancia hay un periodo refractario de duración variable y que puede durar años o iniciarse tras pocas horas de contacto.

- Fase de sensibilización o inducción

La mayoría de alérgenos de contacto son sustancias que tienen un peso molecular bajo y unas características físico-químicas que les permiten penetrar fácilmente en la epidermis. Aquí se unen a determinadas proteínas (receptores de membrana que se ha demostrado son moléculas HLA de clase II, HLA-DR) de las células presentadoras de antígeno (células de Langerhans (CL)). Dichas células migran por vía linfática hasta los ganglios linfáticos regionales en las primeras 24 horas. En la región paracortical de los ganglios se produce la presentación de los antígenos procesados por las CL (probablemente por ruptura proteolítica) a los linfocitos T que se transforman, activan y quedan sensibilizados. Los linfocitos sensibilizados son CD4+ y se unen al HLA-DR y al antígeno mediante su receptor específico que se haya en las proximidades del CD3. En este proceso parece esencial la secreción de interleucina 1 (IL-1) por parte de las células de Langerhans. Posteriormente dichos linfocitos T regresan por vía hematógena a la piel. Estos linfocitos T CD4+ constituyen la memoria inmunológica del sujeto y son los responsables una respuesta más rápida e intensa frente a una ulterior exposición al antígeno.

El periodo mínimo empleado en el proceso de sensibilización es de 4 días y el medio de 2 semanas.

- Fase de desencadenamiento o reacción

En presencia de nuevos contactos con el alérgeno los linfocitos T sensibilizados desencadenarán la reacción eczematosa. Tras la reexposición al hapteno hay una nueva presentación de antígeno que en esta ocasión encuentra linfocitos T específicos de dicho antígeno en la piel. La unión CL-linfocito T específico desencadenaría una respuesta inflamatoria que se pone en marcha con la IL-1. La IL-1 de las CL aumentaría la producción de IL-2 e interferón g (IFN-g) por parte de los linfocitos T. La IL-1 y el IFN-g facilitarían la expresión de moléculas de adhesión en los queratinocitos y las células endoteliales (ICAM-1, ELAM-1, VCAM-1, etc). Dichas moléculas de adhesión se unen a los ligandos de la superficie de los linfocitos T (no solo los específicos) de forma que se favorece el acúmulo, reclutamiento y la quimiotaxis de linfocitos T, macrófagos y células NK (fenómeno de "Homing"). El número total de linfocitos T específicos del antígeno dentro del conjunto de células inflamatorias es muy bajo (probablemente menor del 1 %). El IFN-g sería el responsable de la expresión por parte de los queratinocitos de moléculas de superficie HLA-DR e ICAM-1. Estas moléculas producirían una aposición de linfocitos y células NK que con sus linfoquinas o de forma directa serían los responsables del daño histológico epidérmico. A su vez el queratinocito puede producir IL-1, IL-6, IL-8, GM-CSF y eicosanoides que amplificarían aún más la respuesta inflamatoria.

Si a una piel sensibilizada se le aplica de nuevo un antígeno se produce una reacción eczematosa en el sitio de contacto. El eczema se inicia a las 12 horas, alcanzando su máximo entre las 48 y 96 horas. Cuando no hay contacto con el alérgeno la sensibilidad puede gradualmente ir declinando, pero puede mantenerse de por vida.

- Clínica

Los hallazgos clínicos dependen de la naturaleza del alérgeno, la localización del contacto, la cantidad de sustancia, el tiempo de contacto y el grado de sensibilización del paciente. Si el grado de sensibilización es alto y la cantidad y tiempo de exposición son elevadas las lesiones eczematosas dejan de aparecer en la zona exclusiva de contacto, generalizándose, dicho proceso puede llegar a desembocar, en casos excepcionales, en una eritrodermia.

Las zonas de piel más gruesa, como las palmas y las plantas reaccionan de forma mucho menor que otras de piel fina como la cara o el cuello, esto es incluso más evidente a nivel de los párpados y de los genitales.

En los pacientes con suficiente grado de sensibilización la administración sistémica (oral o parenteral) del alérgeno conduce a una reacción eczematosa, dicha reacción adopta diferentes morfologías. En ocasiones sólo reaparece en las zonas previas de EAC por vía exógena, en otras hay también una



Forma aguda construcción



Eczemas placas pie



DSCN 2551



Dermis seborréica

reactivación de la zona del parche positivo a dicha sustancia, la más frecuente es un tipo de reacción eczematosa simétrica que aparece fundamentalmente en nalgas, genitales, cuello, párpados, dedos de manos y pies y flexuras, cuando aparece fundamentalmente en nalgas y genitales suele denominarse síndrome del mandril (Baboon Syndrome), son múltiples los productos que lo pueden ocasionar destacando de todos ellos el Mercurio.

La sustancia más conocida y probablemente la que mayor número de problemas produce por administración sistémica es el níquel, a este tipo de reacciones se les atribuye un tercio de los eczemas dishidróticos. Otros alérgenos en los que se ha demostrado EAC por vía sistémica son el cobalto, el cromo, la canela, las sulfamidas, algunos antibióticos, la hidroxiquinoleína, los parabenos, algunos tiuranes, la quinina, los antihistamínicos y el bálsamo del Perú. Por lo general la agravación de las lesiones aparece a las pocas horas de la administración del alérgeno.

- Los alérgenos

Aunque se han descrito más de 2000 sustancias como alérgenos la gran mayoría de casos se producen por un número relativamente pequeño de productos que no supera la cifra de 30. En la consulta general los grupos de alérgenos más frecuentes son los metales, los cosméticos, los fármacos, las gomas, los productos textiles, las resinas o pegamentos y las plantas y maderas. Su índice de sensibilidad depende de factores como sexo, profesión, país, costumbres etc.

- Diagnóstico

Es fundamental la realización de una historia clínica muy detallada, en la que además de los datos habituales, tendremos que hacer hincapié en la historia laboral anterior y actual, puesto de trabajo, productos que maneja, composición de los mismos, protección que realiza, medicación que ha realizado y actual, etc. Posteriormente deberá realizarse una exploración completa del enfermo observando la posible existencia de lesiones similares o de otra características en zonas cubiertas o no accesibles, todo ello acompañado si es necesario de pruebas complementarias (estudio micológico, biopsia oct..) de las que destacaremos por su importancia las pruebas epicutáneas o pruebas del parche que nos servirá para confirmar en ocasiones el diagnóstico clínico realizado anteriormente.

- Otros eczemas

Son varias las clases de eczema que pueden estar involucradas en el diagnóstico de una Dermatitis Profesional, y en la mayoría de los casos exceptuando los de EAC y las formas irritativas pueden no tener ninguna relación laboral.

Lo que si es importante conocer es que muchas de estas formas no profesionales pueden estar mantenidas, condicionadas o empeoradas por el trabajo o por los múltiples productos o sustancias que se utiliza. Por ello a continuación resumiremos las formas más frecuentes y sus características principales.

- Eczema numular

También llamado eczema numular microbiano o eczema discoide. Es un eczema focal de aspecto numular o de moneda de diferentes tamaños, bien delimitado y con formación de grandes vesículas más visibles en los bordes lesionados, producción de

un gran exudado y costras. Su evolución es crónica, muy recidivante y resistente al tratamiento. Se afectan mas lo adultos entre 50 y 70 años de edad. Es mas frecuente en varones. La etiología es desconocida Hay casos de eczema numular como expresión muy particular de ciertas dermatitis alérgicas de contacto profesionales, con epicutáneas relevantes específicas. Hay controversia con la relación con la dermatitis atópica aunque no es infrecuente en atópicos ver brotes de eczema morfológicamente de tipo numular.



Eczema craquele

- Eczema dishidrótico

Para referirnos al eczema dishidrótico (ED) o dishidrosis se utiliza con cierta frecuencia el termino de ponfóliz o burbuja.

Se trata de un eczema localizado en caras laterales de los dedos, palmas de las manos y plantas de los pies, cuya lesión elemental y característica es una vesícula de pequeño tamaño que se puede observar debajo la gruesa capa córnea de estas zonas. El proceso es eruptivo, con abundantes lesiones similares a la descrita. A menudo se asocia a hiperhidrosis, pero no es un hecho constante.



Eczema típico

En general se considera que la dishidrosis se observa con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de dermatitis u otras manifestaciones de atopia y aunque es cierto que se ha descrito una alta prevalencia de atopia, esto no significa que sea este el único factor etiológico.

- Queratolisis exfoliativa, dishidrosis laminar o descamación áreas

Existe una forma menor del eczema dishidrótico llamada "queratolisis exfoliativa" o "dishidrosis laminar", caracterizada por pequeñas lesiones superficiales descamativas en palmas y plantas y ausencia de alteraciones inflamatorias que aparecen en verano.



Eczema en fase residual

La descamación blanquecina se extiende de forma gradual periféricamente. No se aprecian las características vesículas y el prurito suele ser discreto.

- Eczema atópico

Su etiología es desconocida, aunque existe una susceptibilidad genética determinada, traducida en la predisposición para presentar alguna de las formas de Atopia (rinitis alérgica, asma bronquial) y que condicionan una gama de alteraciones que afectan la función de barrera de la piel y sobre todo una reactividad inmunológica anormal. Presenta varias fases una primera en los lactantes que decrece con el tiempo y que incluso llega a regresar por completo, luego existe una fase juvenil y la del adulto, en esta ultima las lesiones pueden localizarse



Eczema numular

en cualquier parte del cuerpo en forma recidivante y con aspecto de descamación e incluso liquenificación, una de las zonas mas frecuentes de localización suelen ser las manos. Factores ambientales así como el estrés suelen tener gran influencia.

- Eczema seborreico

La causa es desconocida aunque su etiopatogenia se encuentran factores relevantes hereditarios, así como una probable respuesta inmunológica anormal al N.FURFUR. se distingue por su evolución crónica y recidivante, en el adulto las lesiones se localizan principalmente en cuero cabelludo, cara (área centro facial), tronco (área preesternal e interescapular e intertrigo). Puede estar desencadenada por stress y como factores favorecedores el calor, la sequedad, etc.

- Eczema palmar hiperqueratósico

Se caracteriza por lesiones secas queratósicas, en palma de manos, con fisuración y acompañado de picor intenso. No existen lesiones en resto del cuerpo. El diagnóstico diferencial se realizara con el Psoriasis o con los procesos atópicos. La histopatología es inespecífica y los cultivos son negativos. Son formas resistentes a todo tipo de tratamiento, siendo el mas efectivo el PUVA.

PRINCIPALES FUENTES DE EXPOSICIÓN DE LOS ALERGENOS MÁS FRECUENTES EN ESPAÑA		
Alergenos	Industrial	Vida privada
NÍQUEL	Industria Metalúrgica, Baños electrolíticos	Bisutería, Objetos metálicos Prótesis dentarias ,Monedas
COBALTO	Industria de metales Artes gráficas (tintas) Cementos ,Cerámica Pinturas azules	Bisutería Objetos metálicos Prótesis dentarias Tatuaje
CROMO	Construcción (cemento) Ind.metalúrgica, Ind. Galvánica Artes gráficas .Pinturas Industria química, Ind.Textil Ind.Curtidos, Ind. Láctea	Bisutería Objetos metálicos Prótesis dentarias Calzado de cuero
PPDA	Tintes capilares Revelador de color Industria textil	Medicamentos Textil (ropa) Tinte pelo
THIOMEROSAL	Elaboración Vacunas	Medicamentos Productos de belleza
FRAGANCIAS	Industria cosméticos Industria Farmacéutica	Cosméticos, cremas, Alimentos Medicamentos locales
KATHON	Industria metalúrgica Industria cosméticos	Cosméticos Productos de limpieza
TIURAN	Guantes protectores Industria Metalúrgica Sanitarios	Guantes de goma Zapatos y calzado deportivo Preservativos
NEOMICINA	Piensos compuestos	Medicamentos (cremas, gotas nasales y ópticas)
CARBAMATOS	Guantes protección Calzado protección Insecticidas, pesticidas	Guantes Preservativos Zapatos y calzado deportivo
RESINA EPOXY	Industria Electrónica, Aeronáutica; Informática	Bricolaje; Obturación dentarias Sprays pinturas

LAS PROFESIONES CON MAYOR RIESGO EN ESPAÑA		
PROFESIÓN	ALERGENO	FUENTE EXPOSICIÓN
CONSTRUCCIÓN	CROMO GOMAS: (Tiuran; Carba; Mercapto) SISTEMA EPOXY EPOXY-ACRILATOS	CEMENTO, MAQUINARIA GUANTES, BOTAS SUELOS INDUSTRIALES ANCLAJES
PELUQUERÍA	PPD FORMOL GLICOLATOS, PERSULFATOS NÍQUEL	TINTES CHAMPUS LIQ. PERMANENTES INSTRUMENTAL
METALÚRGICOS	ANTIOXIDANTES FORMOL TIURANES	FLUIDOS DE CORTE
IND. PLÁSTICA	RESINA EPOXI RESINA EPOXY-ACRILATO DDM	ENDURECEDORES SELLANTES
SANITARIOS	GOMAS (Tiuran; Carba; Mercapto) LATEX RESINAS (EPOXY, ACRILATOS) FORMOL	GUANTES GUANTES PRÓTESIS ANTISEPTICOS
ARTES GRÁFICAS	CROMO, COBALTO RESINAS (EPOXY. ACRILATO)	TINTAS TINTAS FOTOSENSIBLES
FOTÓGRAFOS	PPD CD-2 - CD3-CD4 Cr	LÍQUIDO REVELADOR COLORANTES
HOSTELERIA Y ALIMENTACIÓN	GOMAS PROTEINAS ANIMALES AJO, CEBOLLA	GUANTES CARNES, PESCADOS VEGETALES

CAUSAS MAS FRECUENTES DE LOS E.A.C. SEGÚN LA LOCALIZACIÓN		
LOCALIZACIÓN	CAUSA MAS FRECUENTE	POSIBLE ALERGENO
Cabeza	Productos capilares: Tintes, Champus, Líquido permanente	P-fenilendiamina(PPDA) Cocamido PropilBetaina
Párpados y región	Cosméticos para los ojos, periorbitario cara, pelo o uñas, líquidos de lentillas, plantas, Alergenos aerotransportados	Me+Cl-isotiazolinona, fragancias, resina de toluensulfonamida formaldehido (RTSF), EDYTA, cloruro de benzalconio, tiomersal, lactonas sesquiterpénicas
Labios	Lápices de labios, dentífricos, lacas uñas, medicamentos Tópicos	Lanolina, filtros solares, antioxidantes, aromatizantes, RTSF
Orejas	Bisutería, gotas ópticas, Productos capilares	Níquel, neomicina, clioquinol PPDA
Axila	Desodorantes, ropa	Fragancias, Triclosan, resinas o colorantes textiles
Manos	Múltiples contactantes de origen laboral y extralaboral	En caso de dishidrosis: níquel
Tronco	Ropa. Metales en ropa (botones, monedas, mecheros). Cosméticos (lociones)	Colorantes, gomas, resinas Níquel. Me+Cl-isotiazolinona, textiles. fragancias, lanolina.
Piernas	Medicamentos tópicos para dermatitis gravitaciona	Neomicina, clioquinol, nitrofurazona, lanolina, fragancias, povidona yodada
Pies	Calzado, Medias, Calcetines Antitranspirantes	Cromo, gomas. Pegamento (resina de p-tert butilfenol formaldehido) Formaldehido, fragancias, Colorantes azoicos
Perianal	Medicamentos para prurito hemorroides. Papel perfumado	Neomicina, anestésicos tópicos, Me+Cl-isotiazolinona (Kathon CG).