

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CENTRO DERMATOLÓGICO "DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

DERMATOLOGÍA

DERMATITIS POR CONTACTO EN PÁRPADOS.

EXPERIENCIA EN 73 CASOS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR

DRA. ANA CECILIA RODAS DÍAZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA

DIRECTOR: DR. FERMÍN JURADO SANTA CRUZ

**Asesor clínico: DRA. MARIA DE LOURDES ALONZO-ROMERO
PAREYÓN**

Asesor metodológico: DRA. MARÍA LUISA PERALTA PEDRERO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DERMATITIS POR CONTACTO EN PÁRPADOS.

EXPERIENCIA EN 73 CASOS

Dra. Ana Cecilia Rodas Díaz

Vo. Bo.

Dr. Fermín Jurado Santa Cruz

Profesor Titular del curso de Especialización en Dermatología

Vo. Bo.

Dr. Daniel Alcalá Pérez

Jefe de Enseñanza e Investigación

DERMATITIS POR CONTACTO EN PÁRPADOS.
EXPERIENCIA EN 73 CASOS

Dra. Ana Cecilia Rodas Díaz

Vo. Bo.

Dra. María de Lourdes Alonzo-Romeron Pareyón

Asesora de Tesis

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme el don de la vida.

A mi padre Marco Antonio y a mi madre Ana Jeannette por ser mi principal ejemplo a seguir y hacerme quien soy hasta el día de hoy brindándome todo el apoyo requerido desde el inicio de este camino para lograr todos mis sueños.

A mi hermano Marco Antonio por apoyarme en todo momento.

A mi esposo José David por brindarme siempre su amor y comprensión.

Al Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” y a todos mis maestros por permitirme completar mi sueño de ser dermatóloga, brindándome los conocimientos médicos y humanos de esta especialidad.

Y por último pero no menos importante a mis compañeros y amigos, que sin ellos este camino no hubiera sido el mismo.

INDICE

I.	RESUMEN.	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	9
V.	OBJETIVOS.	10
VI.	TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	11
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS	12
	Universo de Trabajo y Tamaño de Muestra.....	12
	Criterios de inclusión y Exclusión.....	13
	Procedimiento.....	13
VIII.	DEFINICIÓN DE VARIABLES	14
IX.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	16
X.	RESULTADOS.....	17
XI.	DISCUSIÓN	27
XII.	ANEXOS	32
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

I. RESUMEN

Antecedentes: La dermatitis por contacto representa una causa importante de la consulta dermatológica; esta se clasifica en irritativa, alérgica, fototóxica y fotoalérgica. En la región de los párpados constituye un problema debido a al alto grado de absorción característica de esta zona, combinado con el transporte del alérgeno, que se toca con las manos y que después es llevado a los párpados .

Material y Métodos: Estudio ambiepectivo, transversal descriptivo. Se revisaron los expedientes de la clínica de Dermatosis Reaccionales del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” que acudieron a cita de primera vez del 1 de marzo del 2010 al 31 de julio del 2012.

Resultados: En 570 expedientes revisados, 73 pacientes presentaron dermatitis por contacto de párpados La principal causa fue la dermatitis por contacto alérgica (57.53%) , seguida de la irritativa (42.47%).

Conclusiones: En el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”, coincidiendo con otros estudios, la principal causa de dermatitis de párpados la constituye la dermatitis por contacto alérgica.

Palabras Clave: dermatitis, contacto, párpados, irritativa, alérgica.

II. ANTECEDENTES

La dermatitis por contacto es una de las enfermedades de la piel más frecuentes en la consulta dermatológica. Afecta a todas las razas, se observa en ambos sexos, puede presentarse a cualquier edad y en cualquier topografía. (1)

Comprende dos procesos inflamatorios distintos causados por la exposición de la piel a múltiples agentes químicos. El primero de estos procesos es la dermatitis por contacto irritativa y el segundo daría lugar a la dermatitis por contacto alérgica. Estas entidades patológicas tienen frecuentemente características clínicas indistinguibles.

Se clasifica de acuerdo a su mecanismo etiopatogénico y al tiempo de evolución en cinco formas principales:

- 1) Dermatitis por contacto irritativa, aguda y crónica
- 2) Dermatitis por contacto alérgica, aguda y crónica
- 3) Dermatitis por contacto fotosensible: fototóxica y fotoalérgica.
- 4) Síndrome de urticaria por contacto.

Dermatitis por contacto no eccematosa.

La dermatitis de contacto de tipo irritativa se define como una reacción inflamatoria no inmunológica, debida al contacto con una sustancia irritante, donde las circunstancias mecánicas, térmicas y climáticas son cofactores muy importantes en su desencadenamiento. No necesita contacto previo y puede aparecer en cualquier persona. (1)

Dentro de su fisiopatología se menciona que el agente irritante es una

sustancia capaz de provocar un efecto citotóxico directo, ya sea desde el primer contacto o bien por agotamiento gradual de la capa córnea, desnaturalización de la queratina y alteración de la capacidad de la piel para retener agua y así, cuando la frecuencia de exposición del irritante es alta en relación con el tiempo de recuperación de la piel provocará una dermatitis de contacto irritativa a la que se ha denominado de desgaste. En este proceso van a intervenir factores endógenos y exógenos. (2)

Clínicamente puede ser de tipo agudo o crónico. En la fase aguda se observa predominantemente lesiones eritematosas con edema, vesículas, ampollas e incluso necrosis, y en las formas subagudas se evidencia la presencia de costras melicéricas y hemáticas, mientras en la fase crónica las lesiones pueden variar desde una descamación fina poco adherente hasta la liquenificación, algunas ocasiones se pueden presentar fisuras. (2)

Por otra parte la dermatitis por contacto alérgica, ya sea en su forma aguda o crónica es resultado de exposiciones repetidas por un tiempo muy variable a compuestos químicos de peso molecular bajo, denominados haptenos que penetran a la epidermis y al sistema inmunológico. (3)

Se trata de una reacción de hipersensibilidad retardada o tipo IV de la clasificación de Gell y Coombs, desencadenada por el contacto con una sustancia sensibilizante (alérgeno), cuyo contacto subsecuente resultara en la expresión clínica de dermatitis. (4,5)

Esta última involucra dos fases; la primera conocida como la fase de sensibilización en la cual se incluye el primer contacto con el alérgeno hasta que el individuo queda sensibilizado, siendo este inmunológicamente capaz de

producir una reacción frente a la exposición repetida de dicho alérgeno. La segunda fase es la de desencadenamiento o eferente la cual se inicia con la reexposición del alérgeno, que penetra el estrato córneo y va a corresponder clínicamente a la reacción local en el lugar de reexposición al alérgeno en un individuo previamente sensibilizado; en un tiempo aproximado de 24 a 48 horas. (4,6)

El aspecto clínico de la dermatitis de contacto alérgica es similar a la de la irritativa.

La topografía inicial de la dermatosis puede contribuir junto con su morfología y el patrón clínico de expresión, a la identificación del agente causal.

La dermatitis por contacto en párpados siempre es un reto de diagnóstico y tratamiento para el dermatólogo, a pesar de la historia clínica y el examen físico; las causas incluyen no solo una dermatitis por contacto de tipo irritativa o alérgica, se deben tomar en cuenta otros diagnósticos diferenciales como la dermatitis atópica, la dermatitis seborreica, la dermatomiositis, infecciones diversas, rosácea y urticaria, entre otras. (7,8)

La piel de los párpados es muy susceptible debido al grosor que presenta (0.55 mm comparado con otras áreas faciales de 2 mm); esto permite que la penetración de alérgenos sea más fácil. (9,10)

La dermatitis por contacto en párpados predomina en el sexo femenino, aproximadamente del 79-90%, lo cual lleva a suponer que el uso de cosméticos es un factor predisponente. (2)

A pesar de que la dermatitis de contacto en párpados afecta una pequeña área

corporal y no compromete la vida, esta dermatosis disminuye la calidad de vida de los pacientes, debido a su curso crónico, sus recaídas, y el impacto que tiene en el aspecto estético. (11)

Estudios previos de pacientes con diagnóstico de dermatitis por contacto en párpados han demostrado que la causa más frecuente es la dermatitis de tipo alérgico; demostrando una prevalencia variable de 46%, 65% y 72%. (7)

Pocos estudios han determinado la etiología de la dermatitis por contacto en párpados; sin embargo en algunos estudios los que se han visto involucrados son el níquel, antibióticos de tipo aminoglucósidos (neomicina, gentamicina), conservadores (tiomersal), algunos otros medicamentos como la fenilefrina. Otros estudios han demostrado que las cremas faciales, sombras de ojo, la mezcla de fragancias también son factores desencadenantes. (8,12) En cuanto a las fragancias se ha establecido que causan 30-45% de las dermatitis por contacto secundarias a cosméticos. (13)

Cuando la causa se debe a productos oftalmológicos, identificar el alérgeno relacionado puede ser difícil, debido a varias razones: a) los oftalmólogos cambian el medicamento sin investigar una posible sensibilización a los compuestos del producto, b) falta de existencia de pruebas de parche estandarizadas para productos oftalmológicos c) las pruebas de parche convencional pueden no detectar que exista dermatitis de contacto en párpados. (14)

Para establecer el diagnóstico de dermatitis por contacto se deberá elaborar una historia dirigida hacia: tiempo de evolución, ocupación, uso de medicamentos tópicos y cosméticos, dermatosis previas, alergias conocidas,

historia familiar de enfermedades cutáneas, sintomatología. (1)

La identificación de la sustancia que ha producido la reacción cutánea por contacto siempre implica cierta dificultad, sin embargo, existen algunos patrones clínicos que permiten dirigir la investigación hacia determinados grupos de sustancias.

Clínicamente las lesiones de la dermatitis de contacto irritativa pueden ser indistinguibles de las de la alérgica, por lo que es importante la realización de pruebas epicutáneas, que en este caso ofrecen resultados negativos o no relevantes. (15,16)

Las pruebas epicutáneas son el único método práctico para demostrar la dermatitis por contacto alérgica. Consisten en exposición experimental, realizada en condiciones controladas, de una sustancia sospechosa sobre la piel del paciente que reproduce la dermatosis original contra un alérgeno, en forma limitada, poniendo de manifiesto la existencia de sensibilidad retardada. Estas pruebas tienen una sensibilidad y especificidad del 70% al 80% . (17)

Para que las pruebas resulten útiles es necesario utilizar materiales a concentraciones adecuadas, en vehículos uniformes, debidamente estandarizadas; aplicadas e interpretadas por personal calificado con lo que los resultados son comparables de un autor a otro, no importando el lugar del mundo donde se practiquen. (18) Las pruebas epicutáneas están indicadas, para corroborar una dermatitis por contacto por sensibilizantes y demostrar el alérgeno causante.

La topografía habitual donde se colocan es el tronco posterior, por la

disponibilidad de espacio, sin embargo las extremidades principalmente la cara externa de los brazos también se puede utilizar. (17)

La lectura de dichas pruebas se realiza a las 48 y 96 horas de su aplicación, la primera lectura será efectuada por lo menos una hora después de retirar los parches para evitar que el eritema traumático de lecturas falsas positivas.

Esta técnica ha variado año con año, haciendo difícil la comparación de los resultados obtenidos en los diferentes centros dermatológicos y en épocas también diferentes. Los estudios sistemáticos han demostrado que el sitio de la prueba, el tamaño y el material de prueba, así como la oclusión, son factores muy importantes que influyen en los resultados. (18)

El factor más importante para la mejoría del paciente es la eliminación de los alérgenos. (10) El tratamiento de elección para la dermatitis de párpados hasta ahora han sido los corticoesteroides tópicos, sin embargo su uso prolongado se ha asociado a efectos adversos como atrofia, telangiectasias, aumento de la presión intraocular y catarata. (19)

Se han realizado estudios para determinar la eficacia de otros tratamientos como los inhibidores de calcineurina; entre ellos el tacrolimus. Este se ha demostrado que también inhibe la expresión de genes para la producción de citoquinas; inhibe la activación de linfocitos T y células de Langerhans. Los inhibidores de calcineurina no presentan como efectos adversos la atrofia que se observa con el uso indiscriminado de los corticosteroides y controla de manera efectiva el eritema y el edema. La seguridad de este medicamento lo hace una opción terapéutica para la dermatitis de párpados. (19)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pocos estudios han demostrado la frecuencia y la etiología de la dermatitis por contacto en párpados. A reserva de esto la literatura internacional menciona que la causa más frecuente es la dermatitis de tipo alérgica, del 46 al 72%; existen enormes variaciones dependiendo de los centros de estudio, que condiciona variabilidad en los recursos materiales de estudio, la capacitación de los médicos y el tipo de población; se dice que el índice de pruebas positivas varía de manera proporcional a la frecuencia de búsqueda. En cuanto a la etiología los estudios han mostrado que los alérgenos que se han visto más involucrados son el níquel, la mezcla de fragancias, antibióticos de tipo aminoglucosidos (neomicina, gentamicina), conservadores (tiomersal) y algunos otros medicamentos como la fenilefrina, y los utilizados en el tratamiento de glaucoma.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la frecuencia de Dermatitis por contacto irritativa y alérgica en párpados y que alérgenos están involucrados en los pacientes que acudieron en los últimos 28 meses al servicio de dermatosis reaccionales del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”?

IV. JUSTIFICACIÓN

La dermatitis por contacto en párpados representa una causa importante de la consulta dermatológica. A pesar de esto se cuentan con pocos datos a nivel mundial sobre la frecuencia y los alérgenos relacionados en esta entidad. En México no se cuentan con datos estadísticos de esta patología. Es por ello que es de suma importancia realizar estudios para determinar la frecuencia tanto de dermatitis por contacto irritativa y alérgica en párpados así como las causas relacionadas. De esta forma, se puede tener un mejor conocimiento de la patología, tanto para nosotros en forma individual como para el resto de los dermatólogos del país; el beneficio final de este conocimiento será establecer un diagnóstico certero y prescribir el tratamiento adecuadamente. El Centro Dermatológico Pascua constituye uno de los centros mas importantes en la ciudad de México de referencia de pacientes con enfermedades de la piel, por lo que es un lugar apto para realizar el estudio debido al gran número de pacientes y la diversidad de patologías que se atienden anualmente, además de que se tiene un Servicio de Dermatitis Reaccionales en donde se estudian exhaustivamente estas dermatosis con personal capacitado y pruebas epicutáneas.

V. OBJETIVOS

Objetivo Primario

Determinar la frecuencia de dermatitis por contacto irritativa y alérgica en párpados y los alérgenos involucrados en los pacientes que acudieron en los últimos 28 meses al servicio de dermatosis reaccionales del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”

Objetivo Secundario

Identificar los factores que contribuyen al desarrollo de la dermatitis por contacto irritativa y/o alérgica en párpados

VI. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio retrospectivo y prospectivo, observacional, descriptivo y transversal para determinar, la frecuencia de dermatitis por contacto irritativa y alérgica en párpados así como los alérgenos involucrados, en los pacientes enviados al servicio de dermatosis reaccionales del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”, con el diagnóstico de dermatitis por contacto en párpados

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

570 expedientes de primera vez de la Clínica de Dermatitis Reaccionales del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” cuya fecha de registro fue del 1 de Marzo del 2010 al 31 de Julio del 2012. Del total de pacientes que acudió al servicio, 100 no correspondieron a diagnóstico de dermatitis por contacto.

Nuestro universo de trabajo resultante estuvo constituido por 98 pacientes que presentaban afección de párpados. De estos 13 fueron eliminados ya que su estudio no había sido completado y no contaban con diagnóstico final.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Nuestra muestra de estudio quedo conformada por 73 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes enviados al servicio de Dermatitis Reaccionales con el diagnóstico de Dermatitis por Contacto en párpados

Expedientes que incluyeran el diagnóstico presuntivo de dermatitis por contacto en párpados.

Expedientes completos de pacientes de ambos sexos.

Expedientes completos de pacientes de cualquier edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes embarazadas o lactando

Pacientes con inmunosupresión

Pacientes que no cumplieron con las citas para la lectura de las pruebas epicutáneas.

Expedientes sin diagnóstico final.

Pacientes tomando algún medicamento que disminuya la reactividad de las pruebas epicutaneas

PROCEDIMIENTO

Manejo de expedientes: Con cada uno se llevo a cabo lo siguiente

1. Revisión de Historia clínica de dermatosis reaccionaes para recabar datos de edad, sexo, ocupación, antecedentes de atopía y níquel, topografía afectada, diagnóstico final, y medicación oftálmica relacionada.
2. Revisión de los resultados de las pruebas epicutáneas para determinar tipo de dermatitis y alérgenos implicados.

Manejo de Pacientes:

1. Elaboración de Historia clínica de dermatosis reaccionaes para recabar datos de edad, sexo, ocupación, antecedentes de atopía y níquel, topografía afectada, diagnóstico final, y medicación oftálmica relacionada
2. Aplicación de pruebas epicutáneas de la serie estándar, de párpados y de conservadores, determinando la variabilidad del tipo de serie por las características clínicas del paciente; previa lectura y firma de consentimiento bajo información.
3. Lecturas a las 48 y 96 horas con registro escrito y fotográfico de los resultados obtenidos.

VIII. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables de interés

Generales: Sexo, Edad

Ocupación

Antecedentes de atopia e intolerancia al níquel

Serie de alérgenos: estándar, de párpados, de conservadores, acrilatos y productos propios.

Resultado de las pruebas epicutáneas (positivo o negativo)

Medicación oftálmica relacionada

Variable (índice/indicador)	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Calificación	Fuente (forma genérica)
Sexo	Constitución orgánica que distingue masculino y femenino		Nominal	0: masculino 1: femenino	Expediente
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde el nacimiento		Continua	años	Expediente
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	Indicación por escrito en el expediente	Nominal		Expediente
Antecedentes de atopia e intolerancia al níquel	Circunstancia del pasado que influye en hechos posteriores	Indicación por escrito del expediente electrónico de la presencia o ausencia del antecedente.	Nominal	0: ausente 1: presente	Expediente
Alérgenos	sustancia que puede inducir una reacción de hipersensibilidad en personas susceptibles, que han estado en contacto previamente con el alérgeno	Indicación por escrito del expediente electrónico de la positividad de los alérgenos en las pruebas epicutáneas	Nominal	S. estándar P: párpados Conservadores Acrilatos Productos Propios	Expediente
Pruebas epicutáneas	Exposición experimental de una sustancia sospechosa sobre la piel del paciente mantenida en contacto por 48-96 horas para determinar presencia o ausencia de sensibilidad cutánea.	Indicación por escrito del expediente electrónico de la aplicación o no de pruebas epicutáneas	Nominal	0: negativo 1: positivo	Expediente

IX. ANALÍISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico STATA /SE V12.0 para el análisis general de resultados. Las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartil, y las variables categóricas como porcentaje. Las diferencias en las variables continuas entre los grupos se analizó con la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney. La comparación de las variables categóricas se realizó con la prueba de Chi cuadrada.

X. RESULTADOS

El total de pacientes vistos de primera vez en el servicio de Dermatitis Reaccionales en el período de estudio (28 meses) fue de 570. De estos, 98 fueron enviados de la consulta general con el diagnóstico de dermatitis por contacto en párpados; fueron excluidos 13 por no cumplir con los criterios de inclusión, con un universo final de trabajo de 85 pacientes.

De los 85 pacientes estudiados al finalizar su protocolo de estudio se encontró que 73 fueron dermatitis por contacto de párpados; lo que constituye el 15.53% del total de las dermatitis por contacto vistas en el servicio en el período de estudio. 12 pacientes correspondieron a otros diagnósticos. (Tabla 1)

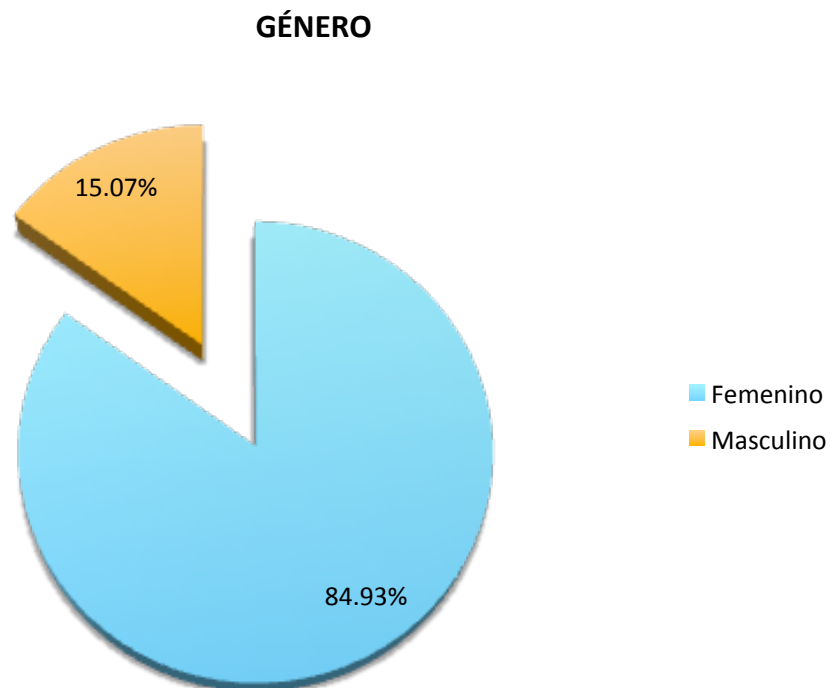
Tabla 1. Otros Diagnósticos

DIAGNÓSTICO	Casos	(%)
D. atópica	9	(10.59)
Corticoestropo	1	(1.18)
LEC	1	(1.18)
D. seborreica	1	(1.18)
Total	12	(14.11)

GÉNERO

De los 73 pacientes portadores de dermatitis por contacto en párpados 62 (84.93%) fueron mujeres y 11 (15.07%) hombres. La edad promedio fue de 50 años (38-59). (Figura 1)

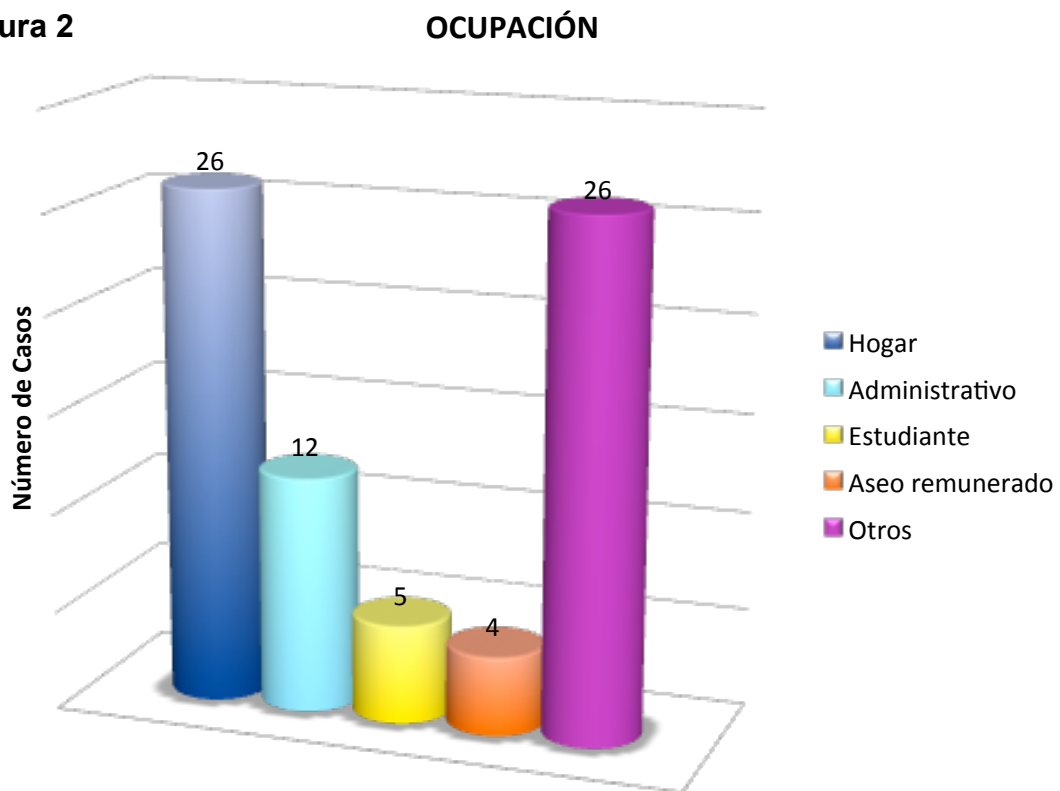
Figura 1



OCUPACIÓN

En nuestro grupo de estudio, las ocupaciones que se encontraron con más frecuencia fueron las relacionadas al hogar, administrativo, estudiantes y aseo remunerado. (Figura 2)

Figura 2



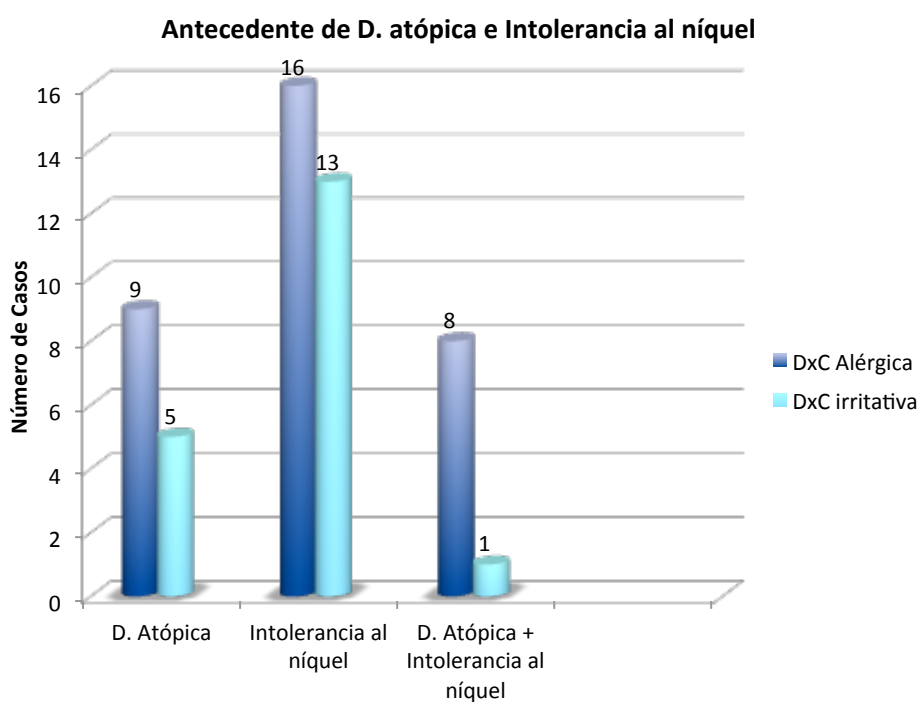
ATOPIA/ INTOLERANCIA AL NÍQUEL

En el grupo de dermatitis por contacto alérgica 9 pacientes tenían antecedente de dermatitis atópica y 16 de ellos intolerancia a níquel, y en 8 pacientes hubo la coincidencia de ambos antecedentes. En el grupo de dermatitis por contacto irritativa 5 pacientes tenían dermatitis atópica, 13 intolerancia al níquel y 1 ambos antecedentes. (Tabla 2 y figura 3)

Tabla 2. Antecedentes clínicos

DIAGNÓSTICO	Antecedente		
	Dermatitis Atópica	Intolerancia al níquel	Dermatitis Atópica e intolerancia al níquel
DxC Alérgica	9 (12.32)	16 (21.92)	8 (10.95)
DxC Irritativa	5 (6.85)	13 (17.80)	1 (1.36)
Total	14 (19.16)	29 (39.72)	9 (12.31)

Figura 3



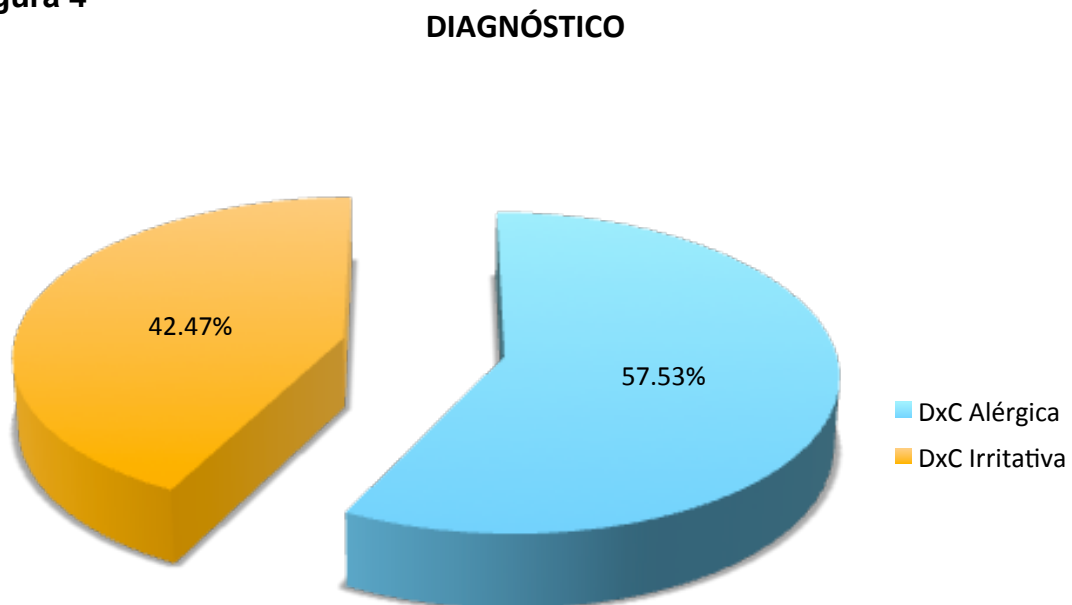
TIPO DE DERMATITIS

Del universo de estudio (73) 42 pacientes tuvieron dermatitis por contacto alérgica y 31 irritativa. (Tabla 3 y figura 4)

Tabla 3. Tipo de Dermatitis

DIAGNÓSTICO	Casos	(%)
DxC Alérgica	42	(57.53)
DxC Irritativa	31	(42.47)
Total	73	(100)

Figura 4



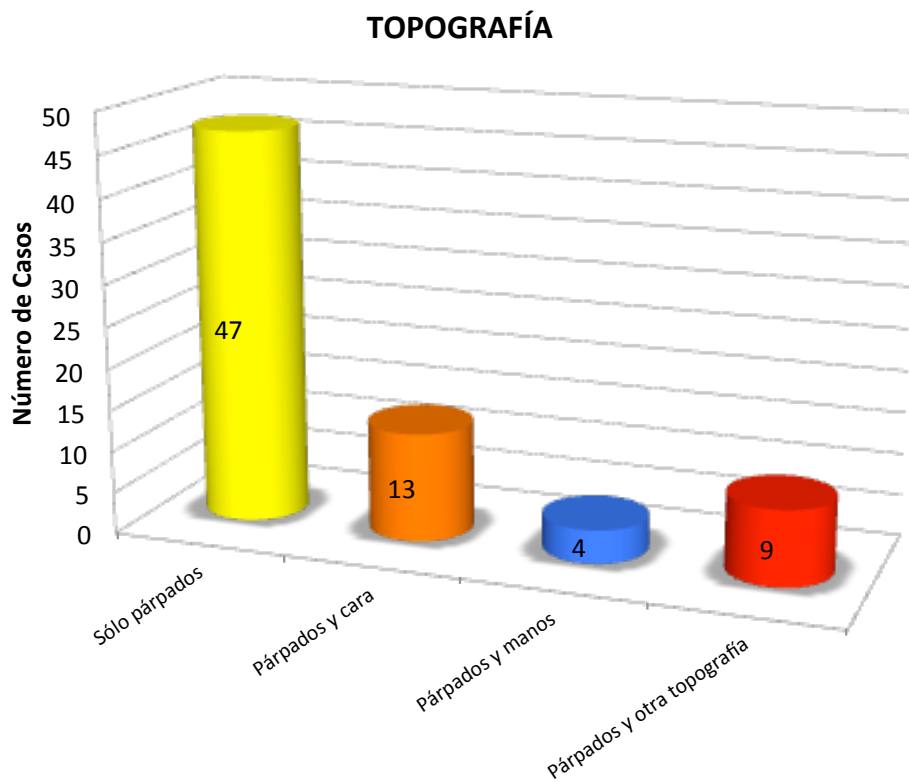
TOPOGRAFÍA

La topografía exclusiva de párpados se observó en la mayoría de los pacientes (47) seguido de 13 pacientes con afección de párpados y cara. (Tabla 4, Figura 5)

Tabla 4. Topografía

Topografía	Casos n=73	(100%)
Sólo Párpados	47	(64.38)
Párpados y cara	13	(17.81)
Párpados y manos	4	(5.48)
Párpados y otra topografía	9	(12.33)

Figura 5



El número de pacientes con dermatitis alérgica e irritativa que solo afecta párpados fue igual, en tanto que las topografías más diseminadas predominaron en la dermatitis por contacto alérgica. (Tabla 5)

Tabla 5. Topografía relacionada al diagnóstico

	Sólo párpados		Párpados y Cara		Párpados y manos		Párpados y otra topografía	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
DxC Alérgica	23	(48.93)	9	(69.23)	3	(75)	7	(77.78)
DxC irritativa	24	(51.06)	4	(30.77)	1	(25)	2	(22.22)

En la mayoría de los casos (51) hubo afección bilateral y bpalpebral. No hubo diferencia entre el grupo de dermatitis por contacto alérgica e irritativa.

(Tabla 6)

Tabla 6. Párpados afectados

Dermatosis	Casos DxC alérgica		Casos DxC irritativa		Total de Casos	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Bilateral y Bipalpebral	28	(38.35)	23	(31.5)	51	(69.86)
Bilateral Superiores	9	(12.33)	5	(6.85)	14	(19.18)
Bilateral Inferiores	2	(2.74)	1	(1.37)	3	(4.11)
Superior Derecho	1	(1.37)	1	(1.37)	2	(2.74)
Superior Izquierdo	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Inferior Izquierdo	0	(0)	1	(1.37)	1	(1.37)
Inferior Derecho	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Bipalpebral Derecho	1	(1.37)	0	(0)	1	(1.37)
Bipalpebral Izquierdo	1	(1.37)	0	(0)	1	(1.37)
Total	42	(57.53)	31	(42.47)	73	(100)

OTRAS DERMATOSIS PRESENTES

Coincidiendo con la dermatitis por contacto sin ser la causa de las lesiones palpebrales encontramos diversas dermatosis en 13 pacientes. (Tabla 7)

Tabla 7. Otras dermatosis

Dermatosis	n	(%)
D. atópica	7	(9.59)
Psoriasis	2	(2.74)
Otras	4	(5.48)
Total	13	(17.81)

REALIZACIÓN DE PRUEBAS EPICUTÁNEAS

De 73 pacientes solo se aplicaron pruebas epicutáneas en 45, en quienes la sintomatología y las lesiones se mantuvieron presentes pese al tratamiento conservador; aquellos que curaron a corto plazo no se considero la aplicación de las pruebas. Las series aplicadas fueron la estándar, la de párpados, conservadores, acrilatos y productos propios. (Tabla 8 y 9)

Tabla 8. Pruebas epicutáneas

Pruebas	n=73	(100%)
Epicutáneas		
SI	45	(61.6)
NO	28	(38.35)

Tabla 9. Tipo de Serie aplicada

Serie	n=73	(100%)
Estándar	10	(13.70)
Párpados	28	(38.36)
Propios	1	(1.37)
Estándar y Párpados	1	(1.37)
Párpados y Conservadores	3	(4.11)
Párpados y Acrilatos	1	(1.37)
Párpados y Propios	1	(1.37)
Ninguna	28	(38.36)

En 3 pacientes las lecturas fueron negativas, en los 42 restantes se obtuvieron las siguientes positividades. (Tabla 10)

Tabla 10. Pruebas epicutáneas positivas

Alérgenos	Relevantes	No relevantes
Níquel	24	1
Mezcla de Fragancias	11	0
Tiomersal	12	0
Bálsamo del Perú	7	0
Cromo	7	2
Formaldehído	7	0
Neomicina	7	0
Quaternium	3	0
Cobalto	3	2
Parabenos	2	0
Parafenilendiamina	2	1
Katon	2	0
Resina formaldehído	1	0
Resina epóxica	1	0
Lanolina	1	0
Pivalato de tixocortol	1	0
Hule negro	0	1

** Algunos pacientes tuvieron más de una positividad

OTROS ALÉRGENOS (Tabla 11)

Tabla 11. Alérgenos

Alérgenos	Relevantes	No relevantes
Cocamidopropilbetaina	3	0
Germal II	1	0
Germal 115	2	0
Merchol	1	0
Butanediol metacrilato	1	0
Timolol	1	0

11 pacientes utilizaban gotas oftálmicas de forma crónica. (Tabla 12)

Tabla 12. Gotas oftálmicas utilizadas por pacientes

Alérgenos	n
Timolol	5
Tobramicina	5
Cloranfenicol	4
Carboximetilcelulosa	3
Latanoprost	2
Prednisolona	2
Travoprost	2
Dorzolamida	2
Olopatadina	2
Hidroxiopropilmetilcelulosa	2
Otros	15

** Todos los pacientes utilizaban más de un tipo de gotas.

XI. DISCUSIÓN

Las dermatitis de párpados constituyen una causa frecuente de consulta, sin embargo sus cifras de presentación no están bien definidas; hasta el momento no conocemos ningún trabajo donde se especifique con precisión su frecuencia. En este grupo de enfermedades, la dermatitis por contacto asume especial importancia, debido a que un diagnóstico certero redundaría en tratamientos efectivos que solucionan el problema de salud del paciente, a diferencia de las dermatitis de origen endógeno cuya evolución siempre será incierta.

En México, no existe ningún trabajo previo, en relación a las dermatitis por contacto de ésta región; donde se aclare su frecuencia, formas clínicas y alérgenos relacionados. En nuestro Servicio, esta entidad representa un porcentaje significativo de las dermatitis por contacto, que aunque su observación cotidiana nos sugiera anecdóticamente las características de la dermatosis, exige un análisis más acucioso y sustentado desde el punto de vista estadístico.

Al analizar los resultados de los datos recabados en el periodo de estudio, encontramos que el predominio por sexo fue notoriamente mayor en mujeres en relación a los hombres, lo que en alguna literatura se ha vinculado con un mayor uso de productos cosméticos, que a diferencia de lo referido, en nuestra población de estudio no se corrobora, ya que más de la mitad de las mujeres no utilizaban productos cosméticos, de aplicación directa en los párpados. La dermatitis de párpados se observó fundamentalmente en adultos, no encontrándose pacientes menores de 17 años.

Es del conocimiento general que la sensibilidad a níquel se relaciona con una mayor frecuencia de dermatitis de manos, si se compara con la población general no sensible; pero no se ha establecido ésta relación en la dermatitis de párpados. En nuestro grupo de estudio, sí encontramos una diferencia significativa en relación a la población general, a diferencia de la atopia, en donde esta diferencia no fue significativa.

En el contexto general de las dermatitis por contacto se considera una mayor frecuencia para las dermatitis irritativas, concepto sustentado en la necesidad de una predisposición genética para el desarrollo de este tipo de respuestas, si bien es cierto también se ha señalado, que si se insiste en buscar alérgenos implicados en la génesis de la dermatitis, el número de diagnósticos de alergia de contacto se incrementa; en nuestros pacientes predominó la dermatitis alérgica claramente sobre la irritativa, lo que coincide con la literatura internacional, en lo que se refiere a las dermatitis de párpados.

En cuanto a las características clínicas, las lesiones localizadas de manera exclusiva en párpados correspondieron de manera indistinta a dermatitis alérgicas e irritativas, no importando si la afectación correspondía a uno o ambos párpados o si la dermatosis era unilateral o bilateral; en tanto que procesos que se extendían a cara y otras topografías, correspondieron en su mayoría a dermatitis alérgicas.

La presencia de otras dermatosis como la dermatitis atópica y la psoriasis, de manera concomitante, no se demostraron como un factor de riesgo para el desarrollo de dermatitis de contacto de párpados.

En cuanto al método de estudio, solamente se aplicaron pruebas epicutáneas en aquellos pacientes que clínicamente sugerían dermatitis alérgica, y en los pacientes con diagnóstico inicial de dermatitis irritativa, que o bien en el seguimiento a tres meses no curaron con tratamiento conservador y medidas generales, o en aquellos que habiendo curado a corto plazo, presentaron recaídas posteriores.

La decisión de restringir la aplicación de las pruebas, a los pacientes con más probabilidad de dermatitis alérgica, deriva de las dificultades en cuanto a disponibilidad de material, que tenemos en el servicio.

Lo anterior podría considerarse una debilidad de este trabajo, sin embargo consideramos que puede verse subsanada por la experiencia de los años de atención de pacientes en este Centro, lo que encuentra apoyo en los resultados del predominio de las dermatitis alérgicas sobre las irritativas, con una frecuencia similar a la literatura internacional.

Consideramos la necesidad de ampliar los alérgenos de la serie estándar para mejorar nuestra frecuencia de diagnóstico, lo que se logró a partir de el año 2011 en que incrementamos nuestra variedad de alérgenos, con diversos conservadores.

Como en todos los reportes de la literatura encontramos que el alérgeno más frecuente fue el níquel, y hacemos énfasis en que la interpretación de esta positividad requiere correlación clínica, ya que la alta frecuencia de pruebas epicutáneas positivas a este metal en la población general, puede sobreestimar al alérgeno como agente causal.

La mezcla de fragancias y el bálsamo del Perú ocuparon un lugar importante como agentes sensibilizantes, inequívocamente relevantes; en tanto, el tiomersal, que también se encontró dentro de los alérgenos más frecuentes, siempre nos ofrece la dificultad de determinar acuciosamente la fuente de exposición, puesto que aún cuando sabemos que se utiliza como conservador de numerosas gotas oftálmicas, productos para limpieza y conservación de lentes de contacto así como otros productos de uso oftálmico, es también un alérgeno frecuentemente positivo en la población general, sin relevancia demostrada.

Los conservadores representaron también un grupo importante de alérgenos causantes de sensibilidad, que pueden estar presentes en muchos productos cosméticos no aplicados directamente en párpados, pero con un tránsito breve sobre la piel de ellos, como son los shampoos, acondicionadores de pelo, etc. En este grupo de alérgenos debemos tomar en cuenta como fuente importante de exposición a las toallas húmedas que se utilizan para limpieza facial.

Metales como el cobalto y cromo que también encontramos presentes, suelen ser parte de la composición de sombras de ojos, rímeles y delineadores; además de lo anterior, el níquel se relaciona con frecuencia al hábito de rizar las pestañas con una cuchara o con rizadores elaborados ex profeso, y en forma agregada por el transporte del alérgeno, que se toca con las manos y que después es llevado a los párpados (dermatitis ectópica).

Como era de esperar la neomicina estuvo presente como alérgeno relevante, sin embargo si comparamos la alta frecuencia de aplicación de este producto en nuestro medio, no se le encontró en un gran número de casos.

La cocamidopropilbetaina un aditivo de cosméticos usado desde hace muchos años, en algunas casuísticas representa un alérgeno de gran importancia, para nosotros solo constituyó el 4% de los casos.

Las gotas oftálmicas utilizadas por nuestros pacientes, aplicadas como productos propios, solo dieron respuesta positiva en uno de ellos.

XII. ANEXO

Hoja de recolección de Datos

FECHA _____

Nombre _____

Edad _____ Numero de expediente _____

Sexo _____

Ocupación principal

Otras actividades

Antecedentes de atopia SI _____ NO _____

Intolerancia a níquel SI _____ NO _____

Otras dermatosis:

Topografía predominante:

Padecimiento actual

Diagnóstico Final:

Realización de pruebas epicutáneas: SI _____ NO _____

Fecha de realización de pruebas:

Serie utilizada:

Resultados de pruebas epicutáneas:

Gotas oftálmicas utilizadas

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ancona A. Dermatitis por contacto. PAC dermatología. libro 3. 1ra edición. México:Galderma, 2001:7-18.
2. Amin KA, Belsito DV. The aetiology of eyelid dermatitis: a 10-year retrospective analysis. *Contact Dermatitis* 2006;55:280-285.
3. Schnuch A, Westphal G, Mossner R, et al. Genetic factors in contact allergy- review and future goal . *Contact Dermatitis* 2010;64:2-23.
4. Baeck M, De Potter P, Goossens A. Allergic Contact dermatitis following ocular use of corticosteroids. *Journal of ocular pharmacology and therapeutics*. 2011; 27(1):83-92.
5. Belsito DV. Mechanism of allergy contact dermatitis. *Inmunol Allergy Clin North Am* 1989; 9: 579-595.
6. Guin JD. Eyelid dermatitis: a report of 215 patients. *Contact Dermatitis* 2004;50:87-90.
7. Guin J. Eyelid Dermatitis: Experience in 203 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47(5):755-765.
8. Miyazato H, Yamaguchi S, Taira K, et al. Allergic Contact Dermatitis due to Diclofenac Sodium in Eye Drops. 2011;38:276-279.
9. Chuang TY, Li AHL, Yang MW, et al. Inadvertent Eyelid Irritant Contact Dermatitis from hypoallergenic Surgical Tape. *Chang Gung Med J* 2006; 29(4):25-28.
10. Temesvári E, Pónyai G, Németh I, et al. Periocular dermatitis: a report of 401 patients. *JEADV* 2009;23:124-128.
11. Landeck L, Schalock PC, Baden LA, et al. Periorbital Contact Sensitization. *American Journal of Ophthalmology* 2010;150(3):366-370.

12. Thyssen, JP, Linneberg A, Menné T, et al. No association between nickel allergy and reporting cosmetic dermatitis from mascara or eye shadow: a cross-sectional general population study. *JEADV* 2010;24:722-725.
13. Yazar K, Johnsson S, Lind ML, et al. Preservatives and fragrances in selected consumer- available cosmetics and detergents. *Contact Dermatitis* 2010;64:265-272.
14. Herbst RA, Uter W, Pirker C, et al. Allergic and non-allergic periorbital dermatitis: patch test results of the Information Network of the Departments of Dermatology during a 5- year period. *Contact Dermatitis* 2004;51:13-19.
15. Cronin E. Clinical patterns of hand eczema in women. *Contact Dermatitis* 1985;13:153-161.
16. Calman H, Bandmann J. Hand dermatitis in house wives. *Br J Derm* 1970;82:543-548.
17. Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *BJD* 2009;160:946-954.
18. Kanerva L, Estander T, Jolanki R, et al. False-negative patch test reactions due to a lower concentration of patch test substance than declared. *Contact Dermatitis* 2000;42:289-290.
19. Katsarou A, Armenaka M, Vosynioti V. Tacrolimus ointment 0.1% in the treatment of allergic contact eyelid dermatitis. *JEADV* 2009;23:382-387.