



Universidad de Valladolid

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Ana Zulema Arranz Urdiales

Tutores:

Dra. Pilar Manchado López

Dra. Alba Sofía Santamarina Albertos

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología

Facultad de Medicina.

Universidad de Valladolid



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
1.- INTRODUCCIÓN	4
1.1.- CLASIFICACIÓN.....	4
1.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	5
1.3.- DIAGNÓSTICO	5
2.- PACIENTES Y MÉTODOS	10
3.- RESULTADOS.....	11
3.1.- RESULTADOS DE LA MUESTRA	11
3.2.- ÍNDICE MOAHLFA.....	15
4.- COMENTARIOS Y DISCUSIÓN	16
4.1.- COMPARATIVA DE POSITIVIDADES MÁS FRECUENTES EN LA SERIE ESTÁNDAR CON OTROS ESTUDIOS NACIONALES.....	16
4.2.- COMPARATIVA EL INDICE MOAHLFA CON OTROS ESTUDIOS.....	18
5.- BIBLIOGRAFÍA	20
6.- ANEXOS	21



RESUMEN

Introducción.

El estudio mediante pruebas epicutáneas es fundamental en el diagnóstico de la dermatitis de contacto. El eczema de contacto es un importante problema de salud pues presenta una elevada prevalencia en la población, causando un impacto a nivel personal, social y económico.

Objetivos.

- 1) Obtener una visión panorámica acerca de la epidemiología de las pruebas alérgicas de contacto realizadas durante 5 años en el Servicio de Dermatología.
- 2) Realizar una comparativa con otros estudios similares en el entorno nacional utilizando el índice MOAHLFA que valora entre otros: sexo, edad, influencia ocupacional, presencia de atopia y eczema en diversas localizaciones.
- 3) Valorar cuáles son las alergias de contacto más frecuentes en nuestro medio e intentar establecer hipótesis sobre en qué medida influyen en estos resultados las distintas variables recogidas en el estudio.

Pacientes y métodos.

Estudio retrospectivo que parte de los datos obtenidos de la historia clínica de los pacientes a los que se han realizado pruebas alérgicas de contacto en el Servicio de Dermatología del HCUV durante los años 2016 a 2020, ambos inclusive. Tras ello se realizará un sencillo estudio estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados.

El perfil de paciente más atendido fue mujer de más de 40 años, con eczema de manos, sin antecedentes de atopia y sin sospecha de relación con ocupación laboral.

PALABRAS CLAVE:

Dermatitis de contacto, pruebas epicutáneas, batería estándar.



ABSTRACT

Background.

The study through epicutaneous patch testing is key in the diagnostic of contact dermatitis. Contact eczema is a significative medical condition, since it presents a high prevalence in the population, causing a negative impact in an individual, collective and economic level.

Objectives.

- 1) Acquire a panoramic outlook on the epidemiology of contact allergic testing undertaken during the last 5 years by the Dermatology Unit.
- 2) Carry out a comparison with other similar national studies, making use of the MOAHLFA index, which assesses amongst others: gender, age, occupation, presence of atopy and eczema in diverse localized areas.
- 3) Value which are the most frequent contact allergies in our environment and attempt to stablish hypothesis on how those results are influenced by the different variables included in the study.

Patients and methods.

Retrospective study based on the data obtained from the clinical records of several patients which have been tested with allergic contact tests by the Dermatology Unit of the HCUV from 2016 to 2020, inclusive. Following on, we include a straightforward statistic study making use of the program SPSS.

Conclusions.

The most common patient profile was; woman over 40 years old, with hand eczema, no records of atopy and non-occupational-related.

KEY WORDS:

Contact dermatitis, epicutaneous patch testing, standard series.



1.- INTRODUCCIÓN

La dermatitis de contacto (“DC”) se define como una inflamación aguda de la piel que es causada por agentes irritantes y alérgenos, cuyo síntoma principal es el prurito.

Presenta una morfología clínica que varía entre el eritema y la formación de ampollas y ulceración, a menudo localizada en las manos. No es contagiosa, ni pone en peligro la vida del paciente, sin embargo, puede llegar a ser muy molesta.

Es un importante problema de salud pues afecta a un porcentaje elevado de la población, causando un impacto a nivel personal, social y económico. Su prevalencia ronda entre el 1 y el 10% de la población general.¹

1.1.- CLASIFICACIÓN

Se pueden distinguir dos grandes grupos:

DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA (DCI)	DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA (DCA)
<ul style="list-style-type: none">- No desencadenada por mecanismo inmunológico.- Reacción inespecífica a sustancias que entran en contacto con la piel.- 80% de los casos de dermatitis de contacto.- Más frecuente en pacientes con atopia- Clínica depende de las propiedades del agente irritativo, del ambiente, así como de factores individuales.- Puede ser aguda o crónica.- Dermatitis fototóxica es una variante que ocurre solamente tras exposición lumínica.- Más dolorosa que pruriginosa.	<ul style="list-style-type: none">- Inmunomediada, reacción de hipersensibilidad tipo IV, que tiene 2 fases: una fase previa de sensibilización a un antígeno y una respuesta alérgica tras la reexposición.- Aparece 24-96 horas después de la exposición del alérgeno, en el lugar del contacto, aunque puede haber propagación.- Puede haber sensibilización cruzada.- Hay 2 subtipos: DAC sistémica (vía oral, inhalada, parenteral o tópica) y DAC aerotransportada (sustancias vehiculizadas en aire ambiental)- El prurito es el síntoma predominante.

Tabla 1. Características diferenciales de DCI y DCA.

² DCI: dermatitis de contacto irritativa. DCA: dermatitis de contacto alérgica



1.2.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se debe hacer diagnóstico con estas entidades fundamentalmente:

- **Psoriasis:** caracterizada por la aparición de lesiones escamosas eritematosas y descamativas preferentemente en rodillas, codos y cuero cabelludo, aunque también cabe la posibilidad de afectar a las uñas y a las articulaciones. Es originada por una disfunción del sistema inmune. Por lo tanto, las características que comparte con la dermatitis de contacto son el eritema y la descamación pero suele ser poco pruriginosa mientras que el prurito es un síntoma principal en las dermatitis de contacto.
- **Dermatitis seborreica:** afección cutánea descamativa, habitualmente con una descamación más untuosa, cuya localización más frecuente son aquellas zonas donde existe un mayor número de glándulas sebáceas (cuero cabelludo, zona retroauricular, a ambos lados de la nariz, etc.). Sin embargo, es un tipo de eczema endógeno, por tanto, no está desencadenado por ningún tipo de agente externo.
- **Dermatitis atópica:** enrojecimiento de la piel y picor. Comparte muchas características clínicas con la dermatitis de contacto, por lo que es difícil su diferenciación.

La dermatitis de contacto puede aparecer en todas ellas, incluso agravando la situación.

1.3.- DIAGNÓSTICO

Debido al gran impacto que tiene, es fundamental su diagnóstico mediante **una historia clínica** detallada en la que se incluyen:

- La anamnesis (datos del paciente, antecedentes personales y familiares de atopia, exposición laboral; serie de criterios referidos en la Tabla 2).

CRITERIOS DE MATHIAS ³
<ul style="list-style-type: none">- ¿Es la clínica compatible con dermatitis de contacto?- ¿Existe exposición laboral a potenciales irritantes o alérgenos cutáneos?- ¿Es la distribución anatómica de la dermatitis compatible con la exposición cutánea en el trabajo?- ¿El tiempo entre exposición e inicio es compatible con dermatitis de contacto?- ¿Se han excluido las exposiciones no laborales como posibles causas?- ¿Existe mejoría de la dermatitis al retirar la exposición?- ¿Las pruebas epicutáneas implican una exposición laboral específica?

Tabla 2. Criterios de Mathias. 7 criterios que permiten establecer una posible relación entre un eczema de contacto y una actividad laboral concreta.

- La exploración física (tipo de lesión, localización: las manos son la más frecuente (20-30%), siguiéndose de la cara):



Figura 1. Paciente con lesiones eczematosas en pulpejos y dorso de dedos.



Figura 2. Eczema facial parcheado, afectando borde de implantación frontal de cuero cabelludo, párpados, pliegues nasogenianos y laterales de cuello, simétrico.

La localización centroracial y de borde de implantación de cuero cabelludo obligaría a hacer diagnóstico diferencial con dermatitis seborreica, aunque al estar afectado también el cuello nos orienta más hacia una dermatitis de contacto.

- Y la realización de unas pruebas complementarias entre las que destacan las **pruebas epicutáneas**. Dichas pruebas se realizan con la idea de obtener un dato objetivo que confirme o rechace el diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto. Consiste en reproducir en un individuo previamente sensibilizado lesiones eczematosas de forma controlada, mediante la aplicación de una batería de sustancias sobre la piel, normalmente en la espalda con parches durante 48 horas.⁴ La primera lectura se realiza habitualmente pasadas 48 horas, al retirar los parches y la segunda lectura, que suele ser la definitiva a las 96 horas tras la aplicación.

Este tipo de pruebas suelen denominarse como “parches” y su aplicación a los pacientes a menudo se denomina en lenguaje abreviado de alergólogos y dermatólogos “parchear”.



Figura 3. Aplicación de batería de sustancias sobre la piel, localización más frecuente en la espalda.



El TRUE test ® es un apósito adhesivo preformado para pruebas de provocación con alérgenos, que lleva impregnada cada sustancia a testar en el propio soporte. Es un ejemplo de batería estándar que cuenta con 35 alérgenos o mezclas de alérgenos (**Anexo 1**), contiene 3 paneles.

Figura 4. TRUE TEST ®.

Cada soporte o parche para aplicar los alérgenos tienen propiedades y características diferentes, existen otros dispositivos disponibles en el mercado que permiten la aplicación de los alérgenos cargando en ella sólo los productos que se desea testar.

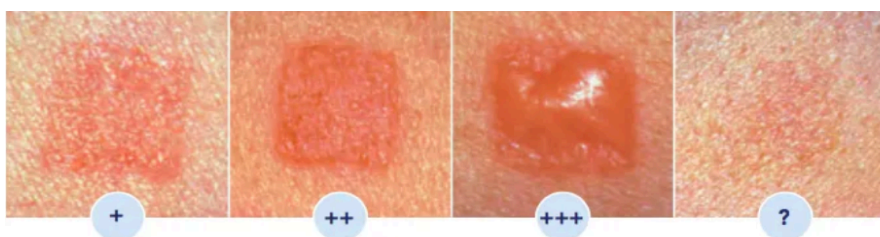


Figura 5. Reacciones cutáneas tras empleo True Test ®.

Según las recomendaciones del International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG) se califican las positividades obtenidas en la lectura según la escala^{3,5}:

INFORME	LECTURA	INTERPRETACIÓN
+?	Eritema débil	Dudoso
+	Eritema palpable, y posiblemente pápulas	Positivo débil
++	Vesículas <50 % de superficie	Positivo
+++	Vesículas y ampollas en totalidad del parche	Positivo fuerte
-	No reacción cutánea	Negativo

Tabla 3. Interpretación de los resultados de las pruebas del parche.



Figura 6. Níquel ++.

Para una correcta interpretación, sería necesario determinar si se trata de un resultado alérgico o irritativo:

- Alérgico: in crescendo. El resultado presenta más intensidad a las 96 horas que en la primera lectura realizada, habitualmente a las 48 horas.
- Irritativo: in descrescendo. El resultado es más evidente a las 48 horas y posteriormente a las 96 horas se debilita o negativiza.

En esta prueba también podríamos obtener **falsos positivos y negativos**:

- Los falsos positivos pueden ser causados debido a una alta concentración de alérgeno en el parche, dermatitis activa, reacción al adhesivo entre otros.



- Y por otro lado los falsos negativos se pueden deber a una baja concentración del alérgeno, una lectura precoz, mala adhesión, sudoración, exposición a tratamiento de corticoides previos.

A) Criterios de derivación:

INDICACIÓN DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE ALERGIA CUTÁNEA ⁶
<ul style="list-style-type: none">- Eczemas agudos graves.- Eczemas crónicos que no responden a ningún tratamiento anterior.- Eczemas subagudos repetitivos.- Eczema de párpados o genital en paciente sin atopia.- Eczema dishidrótico con lesiones fuera de manos y pies.- Dermatitis irritativa que no mejora tras tratamiento con una duración de 3-6 meses.- Eczematización de úlceras venosas.- Aumento de inflamación de una lesión en la piel tratada con un corticoide tópico.- Refuerzo clínico en el manejo del enfermo.- Pacientes con atopia y lesiones eccematosas más graves en otras localizaciones que no sean ni los codos ni las rodillas.- Motivo laboral o legal.

Tabla 4. Recomendaciones de derivación para estudio en Unidad de Alergia Cutánea.

Recoge situaciones en las que un paciente puede beneficiarse de ser valorado por estas pruebas.

B) Recomendaciones para la prueba:

- No mojar la espalda durante el tiempo en el que se realice la prueba.
- No tomar corticoides orales ni ningún inmunomodulador las 2 semanas de antes.
- No corticoides tópicos en la zona donde se realice la prueba.
- No aplicar crema hidratante en la zona unos días antes.
- Evitar exposición solar intensa dos semanas antes.
- Evitar el exceso de calor, la sudoración y el ejercicio físico.
- Evitar rascarse durante la prueba.
- Si existiera excesivo vello, rasurar 3 días antes.



C) Complicaciones:

- Síndrome de la piel excitada: las reacciones que son muy intensas pueden provocar la positividad de otros cercanos, provocando así un falso positivo.
- Reactivación de la dermatitis.
- Sensibilización activa a algún alérgeno.
- Reacción positiva persistente.
- Hiperpigmentación/hipopigmentación.
- Cicatrices y queloides (poco frecuentes).

2.- PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, epidemiológico de los pacientes estudiados en la Unidad de Alergia Cutánea por el Servicio de Dermatología del Edificio Rondilla Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el periodo comprendido entre Enero de 2016 hasta Diciembre de 2020.

En dicho trabajo se han incluido 249 personas estudiadas mediante pruebas epicutáneas. Todos ellos fueron parcheados con alérgenos homologados, usando True Test ®, añadiendo algunos alérgenos para adaptarlo a la batería estándar española vigente en el año 2016 (**Anexo 1**) y en algunas ocasiones una serie de baterías específicas según cada caso requiriese.

Se elaboró una historia clínica protocolizada que recogieron, entre otras, las siguientes variables sociodemográficas y clínicas:

- Sexo (F/M).
- Edad (>/< 40 años) y dato de edad numérico.
- Fecha de realización.
- Localización de la dermatitis (manos/ región facial/ piernas).
- Antecedentes personales de atopia(sí/no).
- Un posible origen ocupacional (sí/no).

Estas variables corresponden al índice MOAHLFA, que se utilizará como método de referencia para la posterior comparación con otros estudios.

Se llevó a cabo la técnica de aplicación y lectura de los parches de las pruebas epicutáneas según las normas de la ICDRG (International Contact Dermatitis Research Group)².

La primera lectura se llevó a cabo a las 48 horas y la segunda a las 96 horas. Fueron consideradas respuestas positivas aquellas en las que se evidenció una lesión eritematosa, papulosa o vesiculosa u otros criterios antes referidos para la lectura del parche en la Tabla 3.

Todos los pacientes incluidos, manifestaron su asentimiento para la realización de dichas pruebas, recogándose por escrito en un documento de consentimiento informado específico (**Anexo 2**).

La recogida de datos fue realizada mediante una tabla en el programa Microsoft Excel 2015 y el análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS, con la colaboración de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Se han calculado las frecuencias tanto relativas como absolutas (%) para todas las variables y la media y desviación típica (DT) para la variable edad.

Para el análisis de frecuencia de positividades se han tenido en cuenta únicamente los positivos de la serie estándar, como se comentará a continuación.

3.- RESULTADOS

3.1.- RESULTADOS DE LA MUESTRA

A) Sexo y edad:

De los 249 pacientes que han sido estudiados, 156 fueron mujeres que corresponden al 62.7 % y 93 fueron hombres (37.3%), con lo cual se constata una gran prevalencia de mujeres.

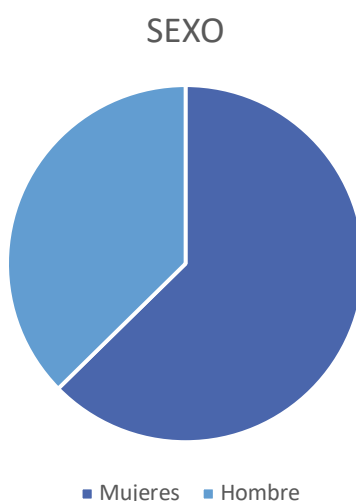


Figura 7. Distribución según sexo del paciente.

La edad media (+/-DT) de la muestra está en 52 años (+/-17,4) y el rango comprende una edad mínima de 7 años hasta una máxima de 98 años. De los 249 pacientes, un 73,9 % (n=184) fueron mayores de 40 años.

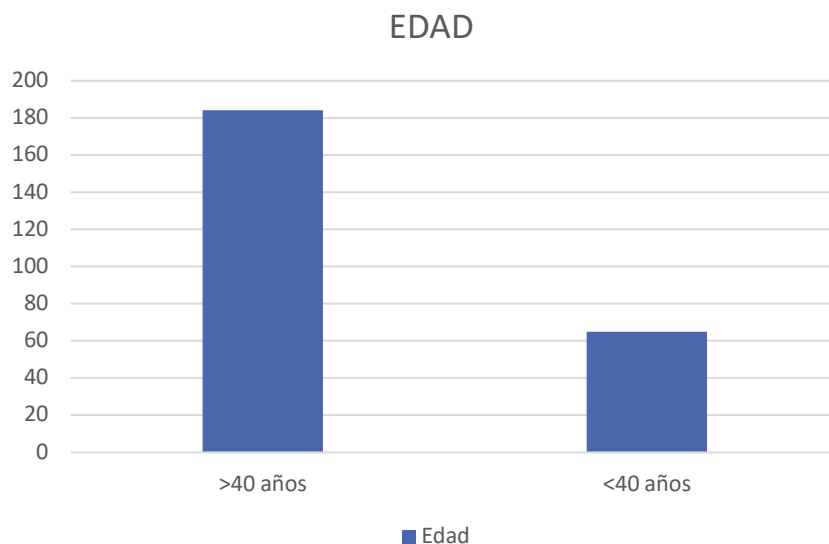


Figura 8. Edad de los pacientes estudiados.

B) Antecedentes dermatológicos:

Del total de pacientes atendidos, solo 30 de los 249 presentaba atopía, representando un porcentaje del 12% frente al 88% que no presentaba atopía.

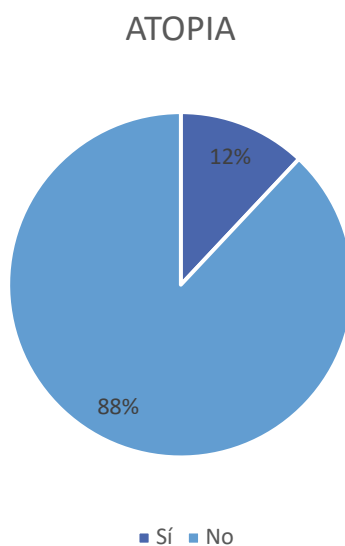


Figura 9. Antecedentes de atopía.

C) Ocupación:

Se consideró un probable origen ocupacional en 32 pacientes (12.9%).

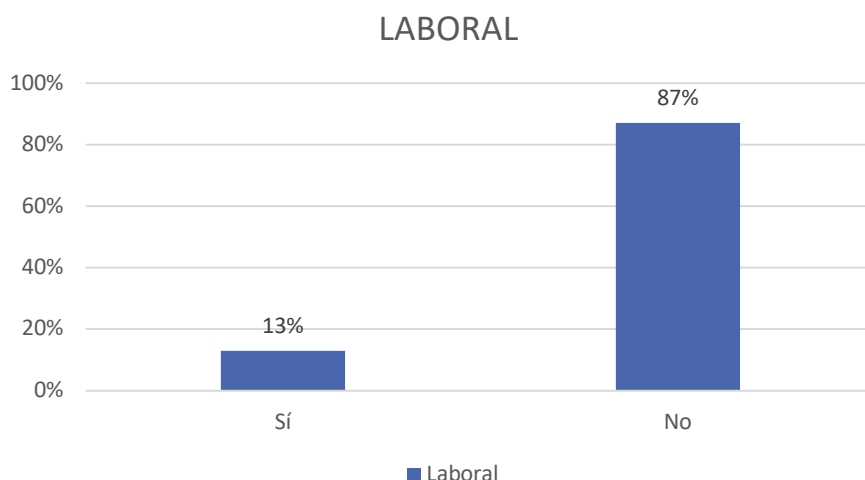


Figura 10. Ocupación laboral.

D) Localización:

La localización más frecuente de la patología motivo de estudio fue en las manos, en un 52.6 % de pacientes, seguidos de la zona facial con un 35.3% (con afectación preferente de párpados) y por último las piernas con un 12%. Hubo otras localizaciones, aunque en un porcentaje menor entre ellas, los pies y los glúteos.

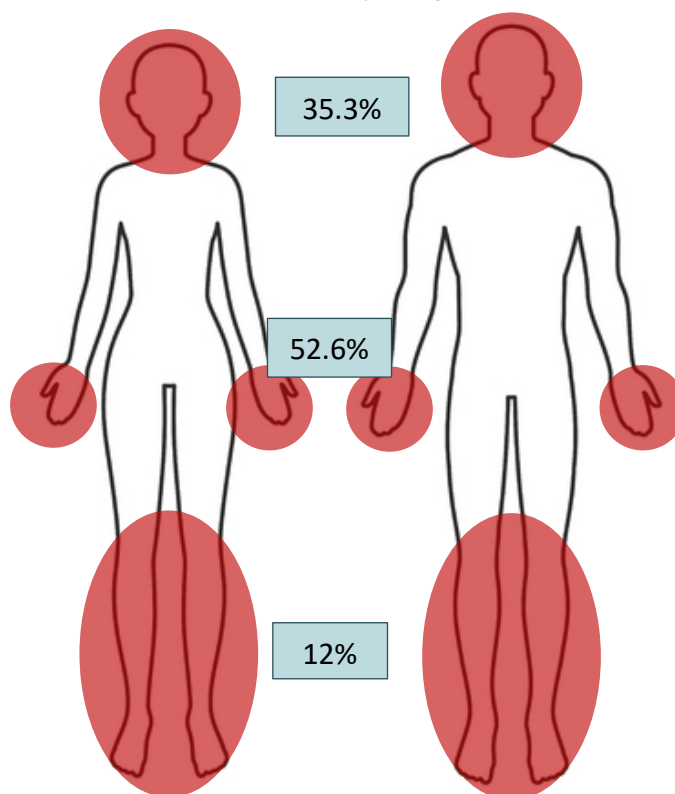


Figura 11. Localización de la dermatitis de contacto. Esta figura representa los lugares más frecuentes de esta afección.



E) Positividads de serie estándar:

Alérgeno	Frecuencia	Porcentaje
Sulfato de níquel	51	20,50%
Metil isotiazolinona 2000 ppm aq. 0,02%	21	8,40%
Cloruro de cobalto	20	8,00%
p-fenilendiamina (PPD)	10	4,00%
Mezcla perfumes	7	2,80%
Bálsamo del Perú	5	2,00%
Tiomersal	5	2,00%
Mezcla de Fragancias II (14% pet.)	4	1,60%
Resina de p-tert-butilfenol formaldehído (PTBF)	3	1,20%
Dicromato potásico	3	1,20%
Mexcla caínas	3	1,20%
Colofonía	3	1,20%
Resina epoxi	3	1,20%
Cl Me Isotiazolinona (Kathon CG)	3	1,20%
Quaternium 15	3	1,20%
Sulfato de neomicina	2	0,80%
Clorhidrato de etilendiamina	2	0,80%
Tixocortol-21-pivalato	2	0,80%
Tiosulfato sódico de oro	2	0,80%
Imidazolidinil urea (Germall 115)	2	0,80%
Budesonida	2	0,80%
Hidroclortisona-17-butirato	2	0,80%
Mercaptobenzotiazol	2	0,80%
Mezcla carbas	1	0,40%
Mezcla gomas negras	1	0,40%
Parthenolide	1	0,40%
Disperse Blue 106	1	0,40%
Alcoholes de lana	0	N/A
Mezcla parabenos	0	N/A
Control negativo	0	N/A
Metildibromo glutaronitrilo	0	N/A
Formaldehído	0	N/A
Mezcla mercapto	0	N/A
Mezcla Tiuramio	0	N/A
Diazolidinil urea (Germall II)	0	N/A
Mexcla de quinoleínas	0	N/A
Bacitracina	0	N/A
Bronopol	0	N/A

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de las positividads de cada alérgeno.

ALÉRGENOS MÁS FRECUENTES

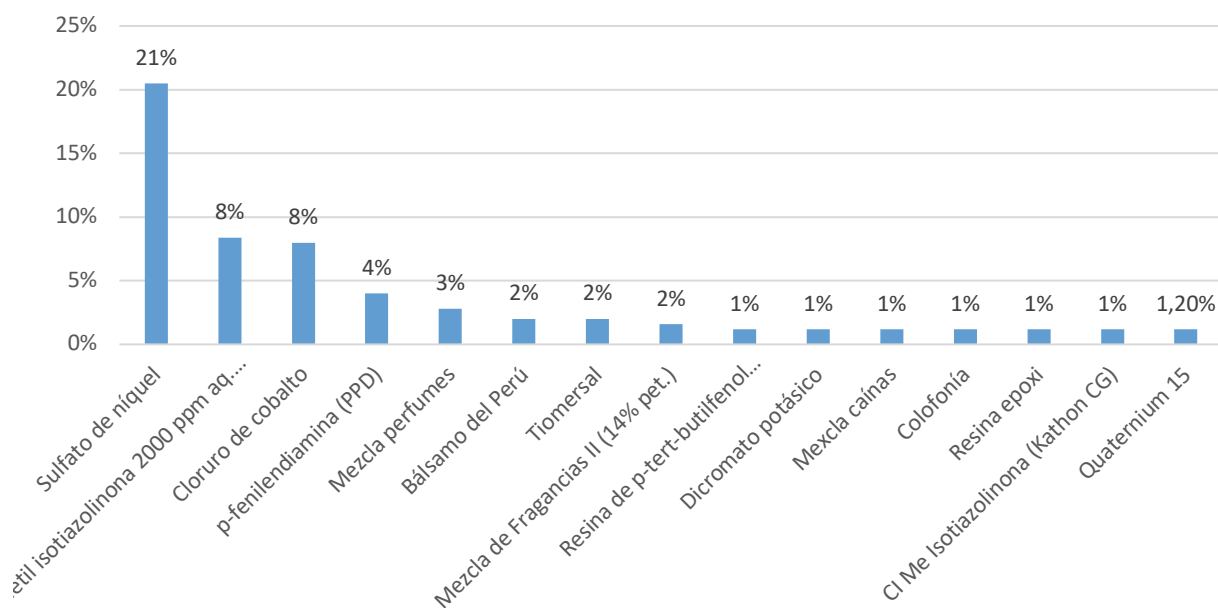


Figura 12. Porcentaje de las positividades de los alérgenos más frecuentes.

3.2.- ÍNDICE MOAHLFA⁸

Es un índice comparativo que nos permite ver las características de cada serie y posibles similitudes o diferencias con otras poblaciones de otros estudios.

- Índice MOAHLFA:

M: sexo masculino (*male*);

O: ocupacional (*occupational dermatitis*);

A: antecedentes de atopia (*atopic dermatitis*);

H: localización en las manos (*hand*);

L: localización en las piernas (*leg*);

F: Localización en la cara (*face*);

A: Edad mayor de 40 años (*age 40 +*).

Recogemos los datos de nuestra serie en la siguiente tabla:

n=249	M	O	A	H	L	F	A
Pacientes	93	32	30	131	30	88	184
%	37.3%	12.9%	12%	52.6%	12%	35.3%	73.9%

Tabla 6. Datos clínicos de nuestros pacientes del estudio.



Por tanto, en nuestro caso **el perfil de paciente más atendido fue mujer de más de 40 años, con eczema de manos, sin antecedentes de atopia y sin sospecha de relación con ocupación laboral.**

Realizamos una comparativa con estudios similares realizados en el ámbito nacional en los últimos años y que recogieran también el índice MOAHLFA, obteniendo los siguientes datos que mostramos a continuación:

	Valladolid (2016- 2020)	Salamanca ⁹ (2016-2020)	Valladolid ² (2000- 2005)	Nacional 2008 ⁵	Nacional ¹⁰ (2019- 2020)
M	37.3%	30.8%	38.4%	36.3%	29.7%
O	12.9%	25.9%	21.2%	14.6%	17.9%
A	12%	12.9%	15.0%	10.9%	16.4%
H	52.6%	33.2%	39.7%	28.7%	30.1%
L	12%	8.6%	4.4%	9.3%	5.5%
F	35.3%	20.8%	7.3%	15.2%	25.4%
A	73.9%	70.7%	50.2%	65.5%	69.6%

Tabla 7. Comparativa con otros estudios.

4.- COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

4.1.- COMPARATIVA DE POSITIVIDADES MÁS FRECUENTES EN LA SERIE ESTÁNDAR CON OTROS ESTUDIOS NACIONALES

El sulfato de Níquel fue la sensibilización alérgica más frecuente en nuestra serie, así como en otros trabajos nacionales ^{1,2,4,5,9,10}. Continúa siendo un alérgeno muy prevalente en nuestro medio y aunque el encontrar un resultado positivo no siempre significa que exista relación con el proceso cutáneo en estudio (lo que llamamos relevancia) es necesario informar de su existencia ante la posible realización futura en el paciente de posibles prótesis o implantes que puedan contenerlo ^{2,9}.

El alérgeno cuya positividad está en segunda posición en frecuencia es la Metilisotiazolinona (MI) a 2000 ppm, conservante empleado en múltiples productos de



higiene personal y limpieza que llegó a generar un grave problema, casos en los primeros años del SXXI tanto en Europa como en EEUU.

García Castro ⁹ también encuentra como segundo alérgeno más frecuente la sensibilización a Isotiazolinonas, en concreto la mezcla conocida como kathon seguida estrechamente de la MI 2000ppm.

En nuestra serie el tercer alérgeno en frecuencia de positivos fue el cloruro de cobalto, sustancia cuya sensibilización a menudo va asociada a una positividad a níquel, por su uso conjunto frecuente en aleaciones en distintas piezas de metal ⁹.

El estudio previo realizado en Valladolid mostró que se trataba de la tercera positividad en frecuencia, a menudo con implicación laboral y con asociación estadísticamente significativa con un origen profesional ². También se encontró en tercera posición en frecuencia de positividad en el estudio multicéntrico español llevado a cabo en 2008⁵.

En cuarta y quinta posición respectivamente, están la PPD y la mezcla de perfumes, similar a lo expuesto en los trabajos de García Castro ⁹ y de García Gavín ⁵ (en los que presentan orden inverso) y también muy similar a lo obtenido en el estudio previo de Valladolid ², en el que la mezcla de perfumes I y la PPD correspondían al cuarto y quinto lugar en frecuencia, como en el estudio salmantino. Resulta especialmente interesante este estudio ⁹ para la comparativa ya que corresponde prácticamente al mismo periodo temporal de la recogida de nuestra muestra, en la misma comunidad autónoma (Salamanca), y consideramos que los datos de la población de la muestra sean muy similares en cuanto a sexo, distribución de edad en pirámide poblacional, etc.

La PPD corresponde a un componente habitual en los tintes del cabello, lo cual supone la principal fuente de sensibilización en nuestro entorno ⁹, aunque en ocasiones también puede tener implicaciones laborales por su presencia en tintes textiles o de otro origen.

Las mezclas de perfumes, tanto la llamada Mezcla I como Mezcla II corresponden a un primer filtro para la detección de sensibilizaciones de contacto a fragancias. Precisamente estos compuestos son considerados la segunda causa más frecuente de dermatitis alérgica de contacto después de los metales ⁹. En la serie estándar, aparte de estas mezclas están incluidos otros elementos como el bálsamo del Perú o la colofonia, productos de origen vegetal que también pueden ser origen de alergia de contacto. Según los resultados obtenidos en la serie de García Castro ⁹ las fragancias son una fuente frecuente de sensibilización en personas mayores de 65 años, originada en materiales de cura de úlceras o productos de higiene personal.



4.2.- COMPARATIVA EL INDICE MOAHLFA CON OTROS ESTUDIOS

Todos los estudios comparados muestran unos porcentajes entre el 30 y 40% de varones en los trabajos analizados, lo cual indica que hay mayor porcentaje de positividad en mujeres y que el eccema alérgico de contacto es una patología que afecta predominantemente al sexo femenino.

El factor ocupacional presenta mayor variabilidad en los estudios comparados, desde un mínimo de 12,9% de alergias de contacto consideradas con posible relación laboral en nuestra serie hasta un 25,9% en Salamanca⁹. Varios factores pueden influir en estos datos, desde la edad media de la muestra hasta la mayor o menor facilidad para poder demostrar el origen profesional de la sensibilización alérgica.

El porcentaje de sujetos considerados atópicos varía entre un 10,9 y un 15%, con lo cual nuestra serie presenta un porcentaje similar de atópicos con respecto a los otros estudios.

Todos los trabajos presentan un mayor porcentaje de afectación de manos como localización preferente de la dermatosis motivo de estudio, aunque nuestra muestra destaca por presentar más de un 50% de pacientes con afectación en manos, frente a porcentajes de entre el 28-40% de los otros. Podría deberse a un mayor énfasis en preguntar presencia de lesiones en manos a la hora de realizar la historia clínica de los pacientes, ya que el eccema crónico de manos persistente es uno de los motivos de derivación para estudio con pruebas alérgicas de contacto⁶.

Tanto en el caso de las piernas como de la zona facial son mayores los porcentajes de afectación en nuestro trabajo comparativamente con los otros, desconocemos el motivo, posiblemente se deba a un mayor hincapié en la búsqueda activa de lesiones en estas zonas al realizar la exploración física.

Por último, con respecto a la variable edad, la mayoría de los trabajos presentan un porcentaje de individuos mayores de 40 años entre un 65 y un 74%, solamente la primera serie de Valladolid presentaba una población más joven (aproximadamente la mitad de sujetos mayores de 40 años), lo cual podría deberse a que se realizó en un periodo anterior. Sería preciso comprobar las variaciones en la pirámide poblacional de esos años (2000-2005) comparativamente con los años sucesivos, para poder valorar la influencia de un porcentaje mayor de tramos de edad más jóvenes en la población de esos años.



Como **conclusiones** de este trabajo de fin de grado quisiéramos comentar que nuestro trabajo presenta en líneas generales características similares a otros ya publicados en el ámbito nacional, comparando los principales alérgenos de contacto causantes de patología y otras variables recogidas en el índice MOAHLFA.

Consideramos que es importante la realización de estudios de este tipo y continuar realizándolos en el futuro para poder detectar cambios en las tendencias de los productos con capacidad de generar eccema de contacto.

Precisamente, a raíz de estudios como el último realizado por Hernandez-Fernandez et al.¹⁰ se ha considerado que era necesario realizar modificaciones en las sustancias que forman parte de la batería estándar española, en línea también con otros hallazgos en el ámbito europeo. De esta manera se ha llegado a un consenso de cambio en la batería estándar española a aplicar desde enero de 2022, eliminando sustancias cuya sensibilización presentaba índices mínimos e incluyendo otras que podrían ayudar a diagnosticar más casos de dermatitis alérgicas de contacto con mayor precisión.



5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Bernier MA-, Bernal-Ruiz AI, Rivas-Ruiz F, Fernández-Morano MT, de Troya-Martín M. Sensibilización de contacto a alérgenos de la serie estándar en el Hospital Costa del Sol: Estudio retrospectivo (2005-2010). *Actas Dermo-Sifiliográficas*. abril de 2012;103(3):223-8.
2. Bordel-Gómez MT, Miranda-Romero A, Castrodeza-Sanz J. Epidemiología de la dermatitis de contacto: prevalencia de sensibilización a diferentes alérgenos y factores asociados. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. enero de 2010;101(1):59-75.
3. Granados Rincón C, Machado Benavides N, Rodrigues-Barata AR, Conde-Salazar Gómez L. Las pruebas epicutáneas de contacto en medicina laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. marzo de 2013;59(230):74-84.
4. García-Bravo B, Conde-Salazar L, De la Cuadra J, Fernández-Redondo V, Fernández-Vozmediano JM, Guimaraens D, et al. Estudio epidemiológico de la dermatitis alérgica de contacto en España (2001). *Actas Dermo-Sifiliográficas*. octubre de 2004;95(1):14-24.
5. García-Gavín J, Armario-Hita JC, Fernández-Redondo V, Fernández-Vozmediano JM, Sánchez-Pérez J, Silvestre JF, et al. Epidemiología del eczema de contacto en España. Resultados de la Red Española de Vigilancia en Alergia de Contacto (REVAC) durante el año 2008. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. marzo de 2011;102(2):98-105.
6. Borrego L. Indicaciones de derivación a una Unidad de Alergia Cutánea. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. julio de 2011;102(6):417-22.
7. García-Gavín J, Armario-Hita JC, Fernández-Redondo V, Fernández-Vozmediano JM, Sánchez-Pérez J, Silvestre JF, et al. Importancia de la vigilancia epidemiológica en el eczema de contacto. La Red Española de Vigilancia de Alergia de Contacto. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. enero de 2011;102(1):19-23.
8. Sánchez-Pujol MJ, Docampo-Simón A, Mercader P, González-Pérez R, Hervella-Garcés M, Sanz-Sánchez T, et al. Frequency of sensitization to the individual fragrances of fragrance mix I and II according to the factors included in the MOAHLFA index. *Contact Dermatitis*. junio de 2021;84(6):395-406.
9. García-Castro Rubén. Tesis doctoral: Estudio clínico-epidemiológico de las dermatitis de contacto en el área sanitaria de la provincia de Salamanca. Mayo 2021.
10. Hernández-Fernández CP, Mercader-García P, Silvestre Salvador JF, Sánchez Pérez J, Fernández Redondo V, Miquel Miquel FJ, et al. Alérgenos candidatos para ser incluidos en la serie estándar española a partir de los datos del Registro Español de Dermatitis de Contacto. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. octubre de 2021;112(9):798-805.




6.- ANEXOS


ANEXO 1

BATERIA ST 2016

Nº	ALERGENO	1ª LECTURA	2ª LECTURA
1	Sulfato de níquel		
2	Alcoholes de lana		
3	Sulfato de neomicina		
4	Dicromato potásico		
5	Mezcla caínas		
6	Mezcla perfumes		
7	Colofonía		
8	Mezcla parabenos		
9	Control negativo		
10	Bálsamo del Perú		
11	Clorhidrato de etilendiamina		
12	Cloruro de cobalto		
13	Resina de p-tert-butilfenol formaldehído		
14	Resina epoxi		
15	Mezcla carbas		
16	Mezcla gomas negras		
17	Cl Me Isotiazolinona (Kathon CG)		
18	Quaternium 15		
19	Metildibromo glutaronitrilo		
20	p-fenilendiamina		
21	Formaldehído		
22	Mezcla mercapto		
23	Tiomersal		
24	Mezcla Tiuramio		
25	Diazolidinil urea (Germall II)		
26	Mezcla de quinoleínas		
27	Tixocortol-21-pivalato		
28	Tiosulfato sódico de oro		
29	Imidazolidinil urea (Germall 115)		
30	Budesonida		
31	Hidrocortisona-17-butirato		
32	Mercaptobenzotiazol		
33	Bacitracina		
34	Parthenolide		
35	Disperse Blue 106		
36	Bronopol		
37	Metil isotiazolinona 2000 ppm aq. 0,02%		
38	Mezcla de Fragancias II (14% pet.)		

ANEXO 2


HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
Avda. Ramón y Cajal, 3
Tfno. 983 42 00 00
47005 - VALLADOLID
Servicio de Dermatología


Sacyl
SERVICIO DE CALIDAD

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS EPICUTÁNEAS

Nº HISTORIA _____
Don/Doña _____ de _____ años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en C/Av/ _____ Provincia _____
y D.N.I. nº _____
Don/Doña _____ de _____ años de edad.
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio en C/Av/ _____ Provincia _____
y D.N.I. nº _____
en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO


Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

adscrito al Servicio de Dermatología, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir PRUEBAS EPICUTÁNEAS.

1. El objetivo de la técnica es establecer y confirmar el diagnóstico clínico mediante la reproducción experimental de la reacción de la piel frente a un alérgeno/s pudiéndose poner de evidencia la existencia de una sensibilidad retardada.
La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
2. El médico me ha explicado que a lo largo del procedimiento deberé evitar la realización de ejercicios, deporte o esfuerzos y no podré mojar la zona de las pruebas.
3. El procedimiento consiste en la colocación de parches conteniendo sustancias potencialmente alérgicas en la espalda y su posterior valoración durante una semana.
4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de las pruebas y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como picor, enrojecimiento, irritación, despigmentación o hiperpigmentación, aparición de cicatrices o sensibilización activa (aparición de nuevas alergias).

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son: _____

5. En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.


Junta de Castilla y León

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTO

que se me realice PRUEBAS EPICUTÁNEAS.



En _____ (Lugar y fecha)
Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

RENUNCIA DEL PACIENTE A RECIBIR INFORMACIÓN

Cuando el facultativo responsable de mi intervención me propuso explicarme sus características, riesgos para la vida así como sus complicaciones, renuncié a recibir dicha información.

En _____ (Lugar y fecha)
Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña _____ de _____ años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en C/Av _____ Provincia _____

y D.N.I. nº _____

Don/Doña _____ de _____ años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en C/Av _____ Provincia _____

y D.N.I. nº _____

en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____ (Lugar y fecha)
Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: PRUEBAS ALÉRGICAS DE CONTACTO EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

UVa

Trabajo de fin de Grado
Ana Zulema Arranz Urdiales
zulemaarranz@gmail.com
UVa – Facultad de Medicina

Dirigido por:

Dra. Pilar Manchado López
Dra. Alba Sofía Santamarina Albertos
Departamento de Medicina,
Dermatología y Toxicología

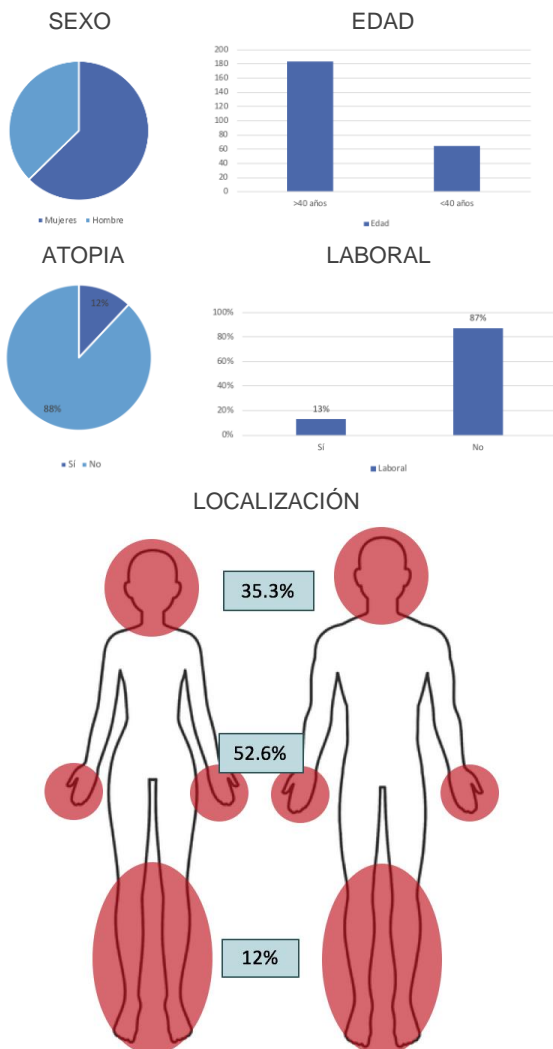
INTRODUCCIÓN

El estudio mediante pruebas epicutáneas es fundamental en el diagnóstico de la sensibilización de dermatitis de contacto. El eczema de contacto es un importante problema de salud pues presenta una elevada prevalencia en la población, causando un impacto a nivel personal, social y económico.

OBJETIVOS

- 1) Obtener una visión panorámica acerca de la epidemiología de las pruebas alérgicas de contacto realizadas durante 5 años en el Servicio de Dermatología.
- 2) Realizar una comparativa con otros estudios similares en el entorno nacional utilizando el índice MOAHLFA que valora entre otros: sexo, edad, influencia ocupacional, presencia de atopia y eczema en diversas localizaciones.
- 3) Valorar cuáles son las alergias de contacto más frecuentes en nuestro medio e intentar establecer hipótesis sobre en qué medida influyen en estos resultados las distintas variables recogidas en el estudio.

RESULTADOS



PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que parte de los datos obtenidos de la historia clínica de los pacientes a los que se han realizado pruebas alérgicas de contacto en el Servicio de Dermatología del HCUV durante los años 2016 a 2020, ambos inclusive. Tras ello se realiza un estudio estadístico mediante el programa SPSS.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil de paciente más atendido fue mujer de más de 40 años con eczema de manos, sin antecedentes de atopia y sin sospecha de relación con ocupación laboral. Nuestro trabajo presenta en líneas generales características similares a otros ya publicados en el ámbito nacional, comparando los principales alérgenos de contacto causantes de patología y otras variables recogidas en el índice MOAHLFA.

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

Bernier MA-, Bernal-Ruiz AI, Rivas-Ruiz F, Fernández-Morano MT, de Troya-Martín M. Sensibilización de contacto a alérgenos de la serie estándar en el Hospital Costa del Sol: Estudio retrospectivo (2005-2010). *Actas Dermo-Sifiliográficas*. abril de 2012;103(3):223-8.

García-Gavín J, Armario-Hita JC, Fernández-Redondo V, Fernández-Vozmediano JM, Sánchez-Pérez J, Silvestre JF, et al. Epidemiología del eczema de contacto en España. Resultados de la Red Española de Vigilancia en Alergia de Contacto (REVAC) durante el año 2008. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. marzo de 2011;102(2):98-105.