

# **CONSENSO DE DERMATITIS POR CONTACTO**

**2008**

**SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA**  
**Comisión Directiva**  
**2007-2008**

PRESIDENTE	Mario A. Marini
SECRETARIO GENERAL	Raúl Valdez
SECRETARIO CIENTÍFICO	Oswaldo Stringa
TESORERA	Rita García Díaz
SECRETARIO DE ACTAS	Javier Ubogui
ORGANO DE FISCALIZACIÓN: Miembros Titulares:	Alberto Woscoff León Jaimovich Daniel Ballesteros
	Miembro Suplente: Amira Lehrer
DIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA:	Graciela Pizzariello
DIRECTORA DE ASUNTOS GREMIALES Y LEGALES:	Mónica Prida
DIRECTORA DE RELACIONES CON LA COMUNIDAD E INTERNACIONALES	María del Carmen Boente
DIRECTOR DE PUBLICACIONES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Roberto Escalada
DIRECTORA REGIONAL ÁREA 1:	Mónica Recarte
DIRECTORA REGIONAL ÁREA 2:	Lucía Iturre de Aguirre
DIRECTORA REGIONAL ÁREA 3:	Graciela del Carmen Vidal
DIRECTORA REGIONAL ÁREA 4:	Pablo Pagano
DIRECTORA REGIONAL ÁREA 5:	Nélida Raimondo
DIRECTORA REGIONAL ÁREA 6:	Ada Jalaris de Daroda

SECCIONES: SOC. ARG. DE LEPROLOGÍA: Pte. Elisa Petri de Odriozola, BAHÍA BLANCA: Pte. Susana Barrera, BONAERENSE: Pte. Susana E. Aguilar; COMAHUE: Pte. Silvina D. Maldonado, CÓRDOBA: Pte. María E. González, CORRIENTES: Pte. Miguel Scappini, CHACO: Pte. Lilian Grassl, CHUBUT: Pte. Juana Vera, JUJUY: Pte. Beatriz Ferreyra, LA PLATA: Pte. María F. Schifini, LITORAL: Pte. Alicia García, MAR DEL PLATA: Pte. Roberto Dobrinin, MENDOZA: Pte. Rosa M. Ciancio, MISIONES: Pte. Adriana M. Prado, ROSARIO: Pte. Susana M. Margasin, SALTA: Pte. Elsa Aguaisol de Cáceres, SAN JUAN: Pte. Armando G. Campos, SANTIAGO DEL ESTERO: Pte. Leonor S. Mercado de Scaglione, TUCUMAN: Pte. Beatriz Gómez.

DELEGACIONES: CATAMARCA: Dgda. Ana L. Brunner, SAN LUIS: Dgdo. Sergio Lombardi, SANTA CRUZ: Dgda. Roxana E. Luna, TIERRA DEL FUEGO: Dgda. María M. Pages de Calot.

# CONSENSO DE DERMATITIS POR CONTACTO

Coordinadora

Alicia B. Cannavó

Colaboradores

Augusto Casalá

Carlos Consigli

Elena Kvitko

Marta La Forgia

## **DEFINICIÓN DE LAS DERMATITIS POR CONTACTO**

Las dermatitis por contacto (DxC) son un conjunto de patrones de respuesta inflamatoria de la piel que ocurren como resultado del contacto de la misma con factores externos como alérgenos e irritantes.

La palabra dermatitis sugiere un criterio amplio de dermatosis inflamatoria, ya que se trata de un espectro que excede al eczema. De todas maneras las manifestaciones clínicas más frecuentes de las Dermatitis por Contacto Irritativa y Alérgica son las formas eczematosas y su etiología sólo puede dilucidarse en base a la conjunción de los antecedentes y las pruebas del parche.

## **SINONIMIA**

Los términos eczema y dermatitis son sinónimos en la lengua española. Sin embargo, la palabra dermatitis se emplea más frecuentemente cuando median factores exógenos, mientras que eczema se prefiere para factores endógenos.

El eczema se clasifica con criterios morfológicos y evolutivos en agudo, subagudo y crónico. La forma aguda se manifiesta como eritema, edema, vesículas, secreción serosa, la forma subaguda presenta eritema, xerosis y descamación, siendo característica de la variante crónica la sequedad, descamación, fisuras, liquenificación, hiperqueratosis y ausencia de vesiculización.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS DxC**

Las dermatitis por contacto comprenden a:

- 1- Dermatitis irritativa por contacto (DIC)
- 2- Dermatitis alérgica por contacto (DAC)
- 3- Reacciones inmediatas por contacto (RIC)
- 4- Reacciones fotoalérgicas y fototóxicas por contacto (FAxC y FTxC)
- 5- Reacciones no eczematosas por contacto (RNEC)
- 6- Dermatitis por contacto sistémica (DCS)

### **1-DERMATITIS IRRITATIVA POR CONTACTO (DIC)**

Puede definirse (DIC) como una reacción inflamatoria no específica de la piel ocasionada por la exposición de la misma a agentes irritantes. Se define como **irritante** a aquella sustancia capaz de provocar un daño por acción intrínseca de la misma en la piel. La predicción de potencial de irritación se basa en el conocimiento estadístico más que en la comprensión del mecanismo de acción. Si bien resulta razonable la previsión de corrosividad para ácidos y bases fuertes en base su Ph, sabemos que todos los químicos son irritantes en algún grado. Si bien las formas eczematosas son las más frecuentes, el espectro clínico de las reacciones a irritantes es tan amplio que incluye desde la respuesta irritativa subjetiva y sensorial hasta la quemadura química. La sintomatología puede ser variable como su presentación: dolor, ardor, prurito, quemazón.

La mayoría de las DIC se localizan en las manos y por ese motivo se relacionan con el trabajo. Tanto en la población general como laboral las Dermatitis por Contacto irritativas son más frecuentes que las que tienen un mecanismo inmunológico.

Pueden ser clasificadas como:

- DIC Aguda que incluye la quemadura química

- Reacción Irritante tienen por un patrón más monomorfo, que incluye descamación, eritema, vesículas, fisuras o erosiones
- DIC Acumulativa que se manifiesta como eczema y que resulta difícil de distinguir de la DAC
- Dermatitis Irritativa Pustular y Acneiforme
- Dermatitis de Contacto Irritativa o Sensorial no objetivable clínicamente

## **2- DERMATITIS ALÉRGICA POR CONTACTO (DAC)**

Se define como reacción inmunológica específica frente a un hapteno devenido alergeno y puede ser interpretada como prototipo de hipersensibilidad retardada de acuerdo a la clasificación de Turk y Gell y Coombs (tipo IV). Depende primariamente de la activación de células T específicas sensibilizadas.

Con respecto al sexo, al menos experimentalmente las mujeres no parecen ser más sensibles a la sensibilización, y la edad tiene poca influencia en la capacidad de sensibilizarse.

Las lesiones aparecen, inicialmente en el sitio en contacto con el agente causal, y sus características (más acotadas que las de la DIC) suelen correlacionar con los estadios del eczema (agudo, subagudo y crónico) siendo en estos casos prácticamente indistinguibles de las manifestaciones eczematosas de la DIC. En ciertas localizaciones como párpados y escroto el eritema puede ser la manifestación de la entidad. Con el paso del tiempo puede perderse la referencia al sitio inicial del contacto, por generalización de las lesiones.

La asociación entre el contactante y el área anatómica donde se presenta la dermatitis favorecen el diagnóstico. El prurito constituye el síntoma capital.

## **3- REACCIONES INMEDIATAS POR CONTACTO (RIC)**

Las reacciones inmediatas de contacto (RIC) son un grupo heterogéneo de reacciones inflamatorias cutáneas de aparición muy rápida, minutos a una hora del contacto con el ofensor, y que duran unas pocas horas.

En este grupo se incluye a la Urticaria por Contacto y a la Dermatitis por Contacto Proteica. El concepto de reacción inmediata no aclara la clínica de la reacción ya que la Urticaria por Contacto que puede ser tanto alérgica como irritativa, tiene como lesión elemental al habón, mientras que la Dermatitis por Contacto a proteínas que es causada por material proteico o proteináceo y que también puede ser tanto alérgica como irritativa, tiene las características clínicas de eczema agudo o crónico.

Pueden ser de tipo inmunológico (RICI): requieren previa sensibilización, que no necesariamente se produce por vía cutánea, siendo el agente generalmente una proteína, *tipo alérgico*: o no inmunológicas, (RICNI): sin sensibilización previa, son las más comunes, *tipo irritación inmediata*. En la práctica la distinción o el reconocimiento de ambas resulta difícil.

## **4- REACCIONES FOTOALÉRGICAS Y FOTOTÓXICAS POR CONTACTO (F<sub>Ax</sub>C y F<sub>Tx</sub>C)**

Son inducidas por la aplicación tópica de un compuesto seguido de irradiación ultravioleta. En el caso de las fotoalérgicas el compuesto se comporta como un prehapteno siendo la clínica similar a la DAC con pápulas y vesículas: mientras que en las fototóxicas el agente es un preirritante y la reacción tiene el aspecto de quemadura solar.

Las F<sub>Ax</sub>C localizan en sitios de exposición solar y por lo general afecta cara, cuello, dorso de manos y antebrazos respetando el área submentoniana, párpados superiores y región retroauricular, y a diferencia de la F<sub>Tx</sub>C que sólo la piel expuesta tanto al compuesto como a la radiación, puede extenderse y/o generalizarse.

## **5- REACCIONES NO ECZEMATOSAS POR CONTACTO (RNE<sub>x</sub>C)**

Como se expresó previamente las DxC no se manifiestan exclusivamente siguiendo el patrón clásico de eczema y han sido descriptos diferentes patrones de inflamación en relación a contactantes.

En algunos casos se presume un mecanismo de reacción retardada (confirmado por prueba del parche), pero no en todos los casos.

Se han asociado a contactantes: erupciones símil eritema multiforme, purpúrica, erupción liquenoide, erupción ampollar, erupción granulomatosa y dermatosis hiper o hipopigmentadas entre otras.

## **6. DERMATITIS SISTÉMICA POR CONTACTO (DSC)**

La dermatitis sistémica por contacto puede ocurrir en aquellas personas sensibilizadas que se exponen al hapteno por vía oral, transcutánea, endovenosa o inhalatoria.

La expresión clínica puede ser indistinguible de otros tipos de dermatitis por contacto y ocurrir tanto en los sitios de aparición previa de la dermatosis o de la aplicación del parche, como en los sitios no previamente afectados.

Se expresa como eczema vesicular de las manos (dishidrosis); dermatitis flexural; erupción maculopapular (toxidermia); síndrome *Baboon* o SDRIFE (acrónimo de symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema, exantema simétrico intertriginoso y flexural relacionado con drogas) y lesiones tipo vasculitis. Los síntomas generales incluyen dolor de cabeza, decaimiento, artralgias, diarrea y vómitos y fiebre.

## **DIAGNOSTICO**

Los pilares del diagnóstico de las Dermatitis por Contacto son la historia clínica, el examen físico y las pruebas del parche.

### **1) HISTORIA CLINICA**

La valoración de la Dermatitis de Contacto se inicia con la historia clínica. Al paciente se le debe indagar acerca de la exposición tanto a alérgenos como a irritantes en el ámbito ocupacional, doméstico, pasatiempos o hobbies y otras actividades. No debemos olvidar de preguntar acerca de uso de productos de cuidado para la piel, medicamentos tópicos y las medidas de protección que realiza.

La historia personal o familiar de atopía, así como la historia de otras dermatosis es relevante en la evaluación de estos enfermos

Cuanto más precoz resulte la anamnesis mejor será la posibilidad de identificar al agente causal, ya que la DAC, por ejemplo, tiende a generalizarse con el paso del tiempo

### **2)EXAMEN FÍSICO**

Incluye las áreas afectadas y las no afectadas resultando de interés la posible relación de cada área con sus posibles contactantes.

### **3)PRUEBAS DEL PARCHE**

Las Pruebas del parche (PP) (patch test) también llamadas pruebas epicutáneas, son un método simple y accesible para poder arribar al diagnóstico de DAC. El objetivo de las PP es reproducir en “miniatura” una reacción eczematosa al aplicar alérgenos bajo oclusión ya que este estudio reproduce su fisiopatogenia. Tienen una lectura demorada por tratarse de una reacción de inmunidad retardada y han sido estandarizadas.

#### **Indicaciones**

Se debe testificar a un paciente:

1. Cuando se sospecha DAC: para confirmar un alérgeno aunque sea obvio (Ej. Dermatitis del lóbulo de la oreja por el níquel de los aros), para evidenciar un alérgeno desconocido, cuando el trabajo está implicado (ante litigios laborales) y cuando la DAC puede ser la complicación de otras dermatosis.
2. Cuando, si bien no se sospecha DAC, el paciente padece un eczema refractario, particularmente si es adquirido para descartar DAC. Ej.: eczema crónico de miembros inferiores.

#### Materiales

##### a) Parches o Unidades de Aplicación

Los parches o unidades de aplicación se encuentran disponibles en el mercado. La mayoría de ellos son cámaras o copas de aluminio o de plástico polipropileno aplicados sobre un soporte de adhesivo hipoalérgico. Alérgenos

##### b) Alérgenos

En todo el mundo desde los años 80, los Grupos Nacionales e Internacionales de Investigación en Dermatitis de Contacto recomiendan el uso de Series Estandarizadas de alérgenos. Los principales vehículos son la vaselina, el agua, la acetona y el alcohol. (Tabla N°1). La Batería Estándar de alérgenos incluye los alérgenos más comunes que se encuentran en el ambiente, si bien se comercializan baterías específicas de acuerdo a la actividad que realice el paciente.

#### Aplicación de los Parches

Luego de aplicada una pequeña cantidad de alérgeno en las cámaras de aluminio o de plástico, las mismas se adhieren a piel en la parte superior del dorso y se fijan adicionalmente con tela adhesiva hipoalérgica.

#### Instrucciones a los pacientes

Para realizar este estudio es necesario que el paciente comprenda la naturaleza de la prueba, provea los materiales propios rotulados, no se haya aplicado corticoesteroides sistémicos inyectables de depósito en el último mes ni que haya tomado esta medicación en dosis mayores equivalentes a 20 mg. diarios de meprednisona. El dorso debe estar libre de lesiones y no debe presentar quemadura solar reciente. Se le debe recomendar al paciente no ducharse, ni realizar ejercicios violentos, que favorezcan la sudoración intensa para evitar que los soportes se desprendan.

No conviene testificar a aquellos pacientes con expectativas irrazonables o temerosos de las consecuencias del estudio; que no puedan cumplir con las indicaciones precedentes; que buscan compensación económica o con dermatosis activa aguda.

#### Lectura de las reacciones

Luego de 48 horas de oclusión los parches se retiran, se marca el contorno con un rotulador y se realiza la primera lectura a los 30 minutos. Se vuelve a evaluar las pruebas a las 96 horas de su colocación aunque algunos recomiendan una segunda lectura a las 72 horas. Cuando se sospeche alergia por contacto a sustancias que reaccionan tardíamente como neomicina y parafenilendiamina se aconseja realizar, además una tercera lectura a los siete días.

#### Lectura de la PP

Se realiza siguiendo el score o puntuación propuesto por Wilkinson y Cols. (Tabla N° 2).

La significación de una prueba positiva se conoce como relevancia y consiste en valorar dicha positividad en relación con la patología actual por la que consulta el paciente. La relevancia entonces puede ser presente (explica la patología actual), o pasada.

### Complicaciones del PP

Incluyen: hiperpigmentación, hipopigmentación, fenómeno de Koebner, sensibilización activa, reacciones de irritación, infección bacteriana y viral y las reacciones anafilactoides que, si bien han sido reportadas, pueden ser consideradas excepcionales.

### OTROS EXAMENES COMPLEMENTARIOS

La realización de estudios histopatológicos poco contribuyen al estudio de las DxC, ya que las diferencias histológicas entre los diferentes tipos de eczema son conceptuales y de poca utilidad práctica.

#### Procedimientos de Testeo Adicionales

Existen algunas variaciones de esta técnica que permiten arribar al diagnóstico y mejorar su rendimiento.

#### Prueba de Contacto sin Oclusión

Se recomiendan para iniciar el estudio de sustancias de origen desconocido o bien con el fin de reproducir las condiciones de uso en el caso de medicamentos o cosméticos.

#### Prueba Abierta de aplicación repetida (ROAT -Repeated Open Application Test-)

Consiste en aplicar aproximadamente 0,1 a 0,5 ml. de la sustancia a estudiar dos veces al día durante 10 días en un sitio predeterminado que puede ser el brazo, fosa antecubital o en el dorso Se emplea para evaluar productos comerciales en especial cosméticos.

#### Prueba del fotoparche (FOTOPATCH TEST)

Esta prueba difiere de la PP en el requerimiento de exposición del alérgeno a la radiación ultravioleta en un momento del procedimiento. Los alérgenos se aplican en la espalda por duplicado y se cubren con material opaco. Se remueve la cobertura opaca de una de las series duplicadas luego de 24 horas de oclusión y se irradia con 5J/cm<sup>2</sup> con luz ultravioleta A (UVA), la otra tira permanece cubierta con el material opaco y no es irradiada. Cuarenta y ocho horas después de la aplicación se realiza la primera lectura tanto de las sustancias irradiadas como no irradiadas Cuando la reacción ocurre duplicada, con la sustancia irradiada como no irradiada, se considera la respuesta como alérgica y no fotoalérgica (no precisa inducción UV).

## RELACIÓN DE LAS DERMATITIS POR CONTACTO CON LAS DERMATOSIS OCUPACIONALES

Las dermatosis relacionadas con el trabajo, constituyen una de las causas prevalentes de las enfermedades ocupacionales. El 90.95% corresponden a dermatitis por contacto, sobre todo entre los trabajadores industriales y están localizadas en las manos en su mayoría, tanto únicamente como en combinación con otra localización.

## PRONÓSTICO

Dependerá del agente causal y de la posibilidad de evitar la exposición repetida al mismo. Por ello es crucial hacer todos los esfuerzos para realizar un diagnóstico correcto e implementar las medidas de evitación adecuadas.

El pronóstico de la DxC parece haber mejorado en los últimos años posiblemente debido al mejor entendimiento de la naturaleza de esta afección, disponibilidad de realizar mejores procedimientos de diagnóstico y educación sanitaria, así como también por la implementación de medidas preventivas.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento de las DxC requiere la remoción de la causa y cuando no se conoce o no se sospecha, se debe evitar el contacto con todas aquellas sustancias potencialmente sensibilizantes o irritantes, llegando incluso a modificar los hábitos del paciente, por ejemplo, disminuyendo tiempo y frecuencia de contacto con el agua e indicando el uso de sustitutos del jabón.

Si se identificaran el/los alérgenos responsables, se debería proporcionar al paciente además una hoja informativa donde conste: nombre de la sustancia química, posibles sinónimos, usos de los productos manufacturados que la contengan, formas de evitar la exposición y sustitutos, si existieran. Se debe instruir al paciente sobre como leer las etiquetas de productos en uso o sobre aquellos que desee usar en el futuro. Si no las tuviera, se debe desaconsejar su empleo para evitar exposiciones riesgosas.

Tener en cuenta que, incluso si se están evitando los alérgenos responsables, la remisión completa y prolongada del cuadro puede llevar varias semanas. En el caso de las manos, la manifiesta tendencia a la cronicidad facilita su permanencia más allá de la remoción del agente causal.

## **TRATAMIENTO SINTOMÁTICO**

El tratamiento de las DxC expresadas como eczema dependerá del estadio evolutivo (agudo, subagudo y crónico), la intensidad, localización y extensión del mismo.

### **Eczema agudo y subagudo**

Cuando las lesiones fueran exudativas serán necesarias compresas húmedas con soluciones antisépticas como solución de Burow, baños de sulfato de cobre o zinc al 1% varias veces al día.

En todos los casos, al menos en forma temporal, pueden ser necesarios los corticoides tópicos cuyos niveles de potencia y vehículos (lociones, cremas, pomadas o ungüentos) serán adecuados a localización y estadio evolutivo.

En cualquiera de ellos y debido al amplio uso de los esteroides tópicos, siempre deberá tenerse en cuenta la posibilidad, por otro lado cada vez más frecuente, de la aparición de sensibilización a los mismos, por ejemplo en casos donde la dermatitis se agrava con el tratamiento.

### **Eczemas Crónicos**

La asociación con emolientes es imperiosa en este estadio evolutivo. Debe recordarse que, aún en casos de dermatitis leves, la función barrera cutánea está dañada, y la piel permanece vulnerable por varias semanas luego de una aparente curación clínica, por lo el uso de cremas restauradoras de la función barrera o cuya composición sea ceramida dominante está indicada.

Algunas ocasiones merecerán el uso racional de corticoides sistémicos. En los casos graves refractarios al tratamiento se ha propuesto el uso de los inmunosupresores (azatioprina, ciclosporina), dapsona como inmunomodulador, fototerapia: PUVA, banda angosta.

Ante prurito pueden utilizarse antihistamínicos sistémicos.

También mediante la evaluación clínica adecuada, se detectará la presencia de infección cutánea, considerándose el empleo de antibióticos tópicos o sistémicos, evitando los de mayor poder de sensibilización (por ejemplo Neomicina).

### **Últimas avances**

En base a estudios experimentales les cabe a los inmunomoduladores de la calcineurina tópicos un rol potencial en el tratamiento de las DxC.

### **Drogas en Proceso de Experimentación**

Recientes avances terapéuticos incluyen al Alitretionin, un retinoide con efectos inmunomoduladores y antiinflamatorios en el tratamiento de la DxC crónica de manos.

## **PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN HACIA LOS PACIENTES**

La tarea de prevención es uno de los principales objetivos médicos. A través de los años las medidas de prevención de las DxC se concentraron en regular el ambiente que protege al trabajador y a identificar el riesgo de los alergenicos.

Las medidas individuales de prevención (consejos a brindar a los pacientes) comprenden una triple estrategia:

*a- Uso de prendas y/o cremas protectoras adaptadas a casa tipo de actividad:* La ropa protectora debe ser diseñada para cada tipo de trabajo. Algunas son para evitar el frío, calor, contacto con álcalis y para evitar también el contacto con sustancias específicas o resistentes al fuego, álcalis o ácidos. La misma comprende a los adecuados al tipo de tarea. Debe tenerse en cuenta que éstos, en no pocos casos, pueden transformarse en agravantes del proceso si provocan excesiva sudoración o incluyen sustancias potencialmente sensibilizantes en su composición.

Otros elementos de protección incluyen máscaras, barbijos, guardapolvos y mamelucos. No se debe olvidar la protección solar adecuada.

*b- Una correcta higiene de la piel:* debe incluir el uso de limpiadores con bajo potencial de irritación y enjuagar bien la piel luego del uso de los mismos.

*c- Uso de productos de cuidado de la piel luego de finalizada la jornada:* emplear cremas protectoras al finalizar la higiene cutánea que no contengan agentes irritantes o sensibilizantes conocidos.

**Tabla N°1****BATERÍA DE ALERGENOS DEL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACION EN DERMATITIS DE CONTACTO**

<b>Descripción</b>	<b>%</b>	<b>Vehículo</b>
Alcoholes de lana	30%	vaselina
Bálsamo del Perú	25%	vaselina
Budesonide	0,01%	vaselina
Butilfenol formaldehído resina, p-ter	1%	vaselina
Cainas Mix	7%	vaselina
Carbas Mix	3%	vaselina
Clioquinol (Vioformo)	5%	vaselina
Cobalto cloruro	1%	vaselina
Colofonia	20%	vaselina
Epoxi resina	1%	vaselina
Etilendiamina clorhidrato	1%	vaselina
Euxyl K-400 (Fenoxietanol+Dibromo-dicianobutano)	0,1%	vaselina
Fenilenodiamina, p- (PPD)	1%	vaselina
Fenilisopropil-p-fenilendiamina (IPPD)	0,1%	vaselina
Formaldehído	1%	agua
Fragancias Mix	8%	vaselina
Kathon CG	100 ppm	agua
Lactonas Mix	0,1%	vaselina
Mercapto Mix	2%	vaselina
Mercaptobenzotiazol (MBT)	2%	vaselina
Mercurio	0,5%	vaselina
Neomicina sulfato	20%	vaselina
Niquel sulfato	5%	vaselina
Parabenos Mix (Metil, Etil, Propil, Butil al 4 %)	16%	vaselina
Potasio dicromato	0,5%	vaselina
Quaternium 15	1%	vaselina
Tiomersal (Timerosal, Mertiolate)	0,1%	vaselina
Tiuram Mix	1%	vaselina
Tixocortol pivalato	1%	vaselina

## Tabla N°2

### LECTURA DE PRUEBAS EPICUTANEAS DE ACUERDO A WILKINSON Y COLS.

- Reacción negativa
- ?+ Reacción dudosa. ( \* )
- + Débil. Reacción no vesiculosa ( \*\* )
- ++ Reacción fuerte.( \*\*\* )
- +++ Reacción extrema: (\*\*\*\*)
- NT no testado
- IR reacción irritante

( \* ) Mácula no palpable. Leve eritema

( \*\* ) Eritema palpable, sugestivo de una leve reacción edematosa

( \*\*\* ) Edematosa y vesiculosa

(\*\*\*\*) Ampollar y ulcerada

## **BIBLIOGRAFIA**

Ancona- Alayon A y Alonso Pareyón L. Dermatitis irritativas, en Conde-Salazar Gómez L y Ancona-Alayon A .Dermatosis Profesionales. Editorial Signament. Madrid, 2000: 41-45.

Ancona-Alayon A, Blancas Espinoza R y Conde-Salazar L. Pruebas epicutáneas o Patch test, en Conde-Salazar Gómez L y Ancona-Alayon A .Dermatosis Profesionales. Editorial Signament. Madrid, 2000: 47-54.

Ancona-Alayon A y Conde-Salazar L. Pruebas epicutáneas o Patch test, en Conde-Salazar Gómez L y Ancona-Alayon A. Dermatología Profesional. Grupo Aula Médica, Madrid, 2004:51-67.

Ancona-Alayon A y Conde-Salazar L. Tabla de alergenos. Suministradores de material, en Conde-Salazar Gómez L y Ancona-Alayon A .Dermatología Profesional. Grupo Aula Médica, Madrid, 2004:69-88.

Ancona-Alayon A y Alonso Pareyón L. Tabla de alergenos. Suministradores de material, en Conde-Salazar Gómez L y Ancona-Alayon A .Dermatología Profesional. Grupo Aula Médica, Madrid, 2004:41-50.

Ancona-Alayon A y Conde-Salazar L. Estudio de las dermatosis profesionales (historia clínica). Visita a las empresas, en Conde-Salazar Gómez L y Ancona-Alayon A. Dermatología Profesional. Grupo Aula Médica, Madrid, 2004:439-447.

Ortiz de Frutos F.J y Giménez Camarasa J.M. Mecanismos inmunológicos en la dermatitis alérgica de contacto, en Giménez Camarasa J.M. Dermatitis de Contacto. Grupo Aula Médica, Madrid, 1999: 1-18.

Giménez Camarasa J.M. Urticaria de contacto, en Giménez Camarasa J.M. Dermatitis de Contacto. Grupo Aula Médica, Madrid, 1999: 31-38.

Ortiz de Frutos F.J y De la Cuadra Oyanguren J. Fotodermatitis de contacto, en Giménez Camarasa J.M. Dermatitis de Contacto. Grupo Aula Médica, Madrid, 1999: 39- 51.

García Pérez A y Alomar Muntañola A. Manifestaciones clínicas del eccema, en Giménez Camarasa J.M. Dermatitis de Contacto. Grupo Aula Médica, Madrid, 1999: 31- 59.

Ortiz de Frutos F.J. Prevención de la dermatitis de contacto, en Giménez Camarasa J.M. Dermatitis de Contacto. Grupo Aula Médica, Madrid, 1999: 393-400.

Guimaraens Juanena. D. Tratamiento de la dermatitis de contacto, en Giménez Camarasa J.M. Dermatitis de Contacto. Grupo Aula Médica, Madrid, 1999: 401-403.

Wilkinson J.D. y Rycroft R.J. Contact Dermatitis, en Rook, Wilkinson y Ebling. Textbook of Dermatology. Blackwell Scientific Publications Fifth edition, Australia, 1999:611-715

Harvell J.D. , Lammintausta, K.H y Maibach H. Irritant contact dermatitis, en Guin J.D.Practical Contact Dermatitis. Mc Graw Hill, New York,1995:7-18

Guin, J. Treatment of contact dermatitis, en Guin J.D. Practical Contact Dermatitis. Mc Graw Hill, New York, 1995:673-686.

Bruze M. Patch testing, en Guin J.D. Practical Contact Dermatitis. Mc Graw Hill, New York, 1995:41-62.

Rietschel R.L, Conde-Salazar L, Goossens A and Veien N.K. Patch test and prick test techniques en Rietschel R.L, Conde-Salazar L, Goossens A and Veien N.K. Atlas of Contact Dermatitis .Martin Dunitz, United Kingdom, 1999:21-38.

De Groot A, Allergic contact dermatitis, en Marks R. Eczema. Martin Dunitz, United Kingdom, 1992:103-128

Lachapelle, J.M; Maibach H.I. The methodology of patch testing Lachapelle, J.M and Maibach H.I. Patch Testing and Prick Testing. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Germany, 2003:27-66.

Lachapelle, J.M. The standard and additional series of patch test. Lachapelle, J.M and Maibach H.I. Patch Testing and Prick Testing. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Germany, 2003:71-94.

Lachapelle, J.M; Freeman.S. Photopatch testing Lachapelle, J.M and Maibach H.I. Patch Testing and Prick Testing. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Germany, 2003:95-100.

Giménez Camarasa J.M. Dermatitis por contacto, en García Pérez A., Conde-Salazar Gómez L. y Giménez Camarasa J.M. Tratado de Dermatosis Profesionales. Eudema, Madrid, 1995:67-88.

Giménez Camarasa J.M. Urticaria por contacto, en García Pérez A., Conde-Salazar Gómez L. y Giménez Camarasa J.M. Tratado de Dermatosis Profesionales. Eudema, Madrid, 1995:89-98.

Fisher A.A. Noneczematous contact dermatitis, en Contact Dermatitis, Fisher A.A, Lea Febiger, Philadelphia, 1986: 100-116.

Fisher A.A. The role of patch testing, en Contact Dermatitis, Fisher A.A, Lea Febiger, Philadelphia, 1986: 9-29.

Robert L Rietsche and Joseph F Fowler. Prognosis, en Robert L Rietsche and Joseph F Fowler. Fisher's contact dermatitis. Williams and Wilkins 4th edition, Baltimore. USA, 1995, 964-972.

Van der Valk P.G.M; Devos S.A and Coenraads P.J. Evidence-based diagnosis in patch testing. Contact Dermatitis 2003; 48: 121-125

Woo P.O, Hay I.C and Ormerod A.D. An audit of the value of patch testing and its effect on quality of life. Contact Dermatitis 2003; 48: 244-248

Devos S.A and Van der Valk G.M. Epicutaneous patch testing. Eur J Dermatol 2002; 12: 506-14

Saripalli Achen and Belsito. The detection of clinically relevant contact allergens using a standard screening tray of twenty three allergens. J Am Acad Dermatol 2003 (4): 65-69

Conde-Salazar Gómez L. y Guimaraens D. Técnicas de diagnóstico. Pruebas epicutáneas. *Piel* 1986; 1:41-49.

Thyssen JP, Linneberg A, Menné T, Johansen JD. The epidemiology of contact allergy in the general population--prevalence and main findings *Contact Dermatitis* 2007;5:287-99

Saripalli YV, Gadzia JE, Belsito DV. Tacrolimus ointment 0.1% in the treatment of nickel-induced allergic contact dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;3:477-82

Scheper RJ, Von Blomberg ME. Cellular mechanisms in allergic contact dermatitis. In: Rycroft RJG, Menné T, Frosch PJ, eds. *Textbook of Contact Dermatitis*. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 1995:11-27

Veien NK. Clinical features. In: Rycroft RJG, Menné T, Frosch PJ, eds. *Textbook of Contact Dermatitis*. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 1995: 154-204.

Wahlberg JE. Patch testing. In: Rycroft RJG, Menné T, Frosch PJ, eds. *Textbook of Contact Dermatitis*. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag, 1995: 241-268.

Diepgen TL, Coenraads PJ -The Epidemiology of Occupational Contact Dermatitis In Kanerva L; Elsner P; Wahlberg J.E & Maibach H. *Handbook of Occupational Dermatology*. Springer, 2004:3-17

Lepoittevin J.P Molecular aspects of allergic Contact Dermatitis. In Frosch PJ, Menné T, Lepoittevin J-P *Contact Dermatitis*. Springer, 2006:53- 68

Lisby S, Baadsgaard O Mechanisms of Irritant Contact Dermatitis. In Frosch PJ, Menné T, Lepoittevin J-P *Contact Dermatitis*. Springer, 2006: 69- 82

Lahti A, Basketter D Immediate contact reactions. In Frosch PJ, Menné T, Lepoittevin J-P *Contact Dermatitis* Springer, 2006 :83-96