

## CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

### Dermatitis atópica del adulto de evolución tórpida

#### Treatment-Resistant Adult Atopic Dermatitis

#### Historia clínica

Mujer de 42 años, remitida para completar estudio de eczema atópico del adulto de evolución tórpida.

La clínica empezó en dorso de ambas manos, la zona peribucal y palpebral 5 años atrás. Pese al tratamiento secuencial con corticoides orales y antihistamínicos, ciclosporina y metotrexato combinado con esteroides sistémicos, la sintomatología persistió y se agravó.

Era cocinera desde hacía 8 años. Refería mejoría parcial de las lesiones en periodos vacacionales, empeorando al volver a trabajar. Asociaba clínica de síndrome de alergia oral (SAO) con ciertos alimentos.

#### Exploración física

Placas eritemato-eczematosas, liquenificadas, pruriginosas en la zona facial, cervical, el escote, los antebrazos y el dorso de manos. (figs. 1 y 2)

#### Exploraciones complementarias

Aportaba analítica con IgE total 11.198 UI/ml, e IgE específicas aumentadas para látex y diferentes neuroalérgenos y alimentos.

El *patch test* (batería estándar del GEIDAC) resultó negativo.



Figura 1

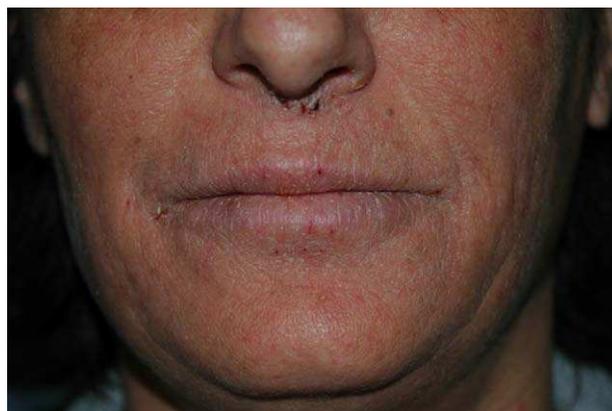


Figura 2



Figura 3

Se realizó *prick-by-prick* con alimentos que la paciente aportó por producirle prurito, siendo positivo con chipirón, sepia, pescadilla, tomate, harina de trigo y yema de huevo (fig. 3).

¿Cuál es el diagnóstico?

## Diagnóstico

Dermatitis de contacto alérgica por proteínas (DCP).

## Evolución y tratamiento

La paciente dejó el trabajo y evitó el contacto domiciliario con los alimentos a los que se encontraba sensibilizada. Fue tratada únicamente con pomada de tacrolimus 0,1%. En su visita a las 8 semanas se encontraba libre de lesiones por primera vez en 5 años.

## Comentario

La dermatitis de contacto por proteínas (DCP), descrita en 1976 por Hjorth y Roed-Petersen, es una dermatitis de contacto alérgica inmediata producida por la sensibilización a proteínas de alto peso molecular contenidas principalmente en alimentos.

Clínicamente se caracteriza por el prurito y por lesiones eczematosas agudas de 10 a 30 minutos tras el contacto con el alérgeno. Si se mantiene la exposición, se desarrolla la clínica típica de dermatitis subaguda y crónica, que se exacerba con cada contacto con el alimento responsable.

La localización predominante son las manos y/o los antebrazos, siendo la afectación difusa volar la más frecuente. También se han descrito pulpitis localizadas o paroniquias crónicas<sup>1</sup>. Si el alérgeno es volátil, o por contacto indirecto a través de las manos, podemos encontrar clínica eczematosa en zona facial, como en nuestra paciente.

Al ingerir el alérgeno responsable de la DCP, algunos pacientes pueden referir SAO, como en nuestro caso, pero no síntomas de alergia digestiva, urticaria generalizada o anafilaxia.

La DCP es una entidad predominantemente ocupacional, habiéndose descrito en cocineros, matarifes, veterinarios, y, en general, en manipuladores de alimentos, aunque también en aficionados a la pesca con gusano<sup>2</sup>.

En la literatura se recoge la asociación entre DCP y enfermedad atópica hasta en un 50% de los pacientes. También se ha observado su relación con otras dermatitis pre-existentes. Parece claro que la alteración de la integridad de la barrera cutánea desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la DCP<sup>3</sup>.

Su fisiopatología aún es discutida. Se trata de una dermatitis de contacto inmediata, mediada por IgE como la urticaria de contacto inmunológica, aunque con diferentes manifestaciones clínicas<sup>4</sup>.

La prueba diagnóstica fundamental en la DCP son las pruebas cutáneas de alergia<sup>5,6</sup>. Es preferible realizarlas con alimentos frescos (*prick by prick test*), que el paciente puede traer a la consulta. Otras técnicas son el *scratch-test* y el *rub-test*, que sólo es positivo si se realiza sobre piel afecta, o previamente afecta, lo que diferencia la DCP de una urticaria de contacto. En el caso de estar disponibles, sería posible identificar cifras altas de IgE en suero específica con respecto al alimento responsable. Las pruebas epicutáneas suelen ser negativas, o no relevantes.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el eczema crónico las de manos en general (irritativo, alérgico, endógeno...) y, como en nuestro caso, con la dermatitis atópica del adulto.

En conclusión, ante un eczema crónico de manos y/o antebrazos y/o cara en un manipulador de alimentos se debe sospechar una DCP. Su diagnóstico se basará en una anamnesis bien dirigida y en la realización de pruebas cutáneas de alergia. La evitación del contacto con los alérgenos responsables puede facilitar la curación completa de las lesiones.

## Bibliografía

1. Doutre M. Occupational contact urticaria and protein contact dermatitis. *Eur J dermatol.* 2005;15:419–24.
2. De la Cuadra Oyanguren J. Dermatitis de contacto proteicas. *Piel.* 2003;18:118–26.
3. Amado A, Jacob SE. Dermatitis de contacto por alimentos. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:452–8.
4. Gimenez-Arnau A, Maurer M, De la Cuadra J, Maibach M. Immediate contact skin reactions: an update on contact urticaria, contact urticaria syndrom and protein contact dermatitis-“a never ending history”. *Eur J Dermatol.* 2010;20:552–62.
5. Rodríguez-Serna M, De la Cuadra Oyanguren J, Conde Salazar L. La técnica del *prick test* en la consulta de dermatología. *Piel.* 2004;19:276–80.
6. Amaro C, Goossens A. Immunological occupational contact urticaria and contact dermatitis from proteins: a review. *Contact dermatitis.* 2008;58:67–75.

A. Esteve-Martínez<sup>a,\*</sup>, A. García-Rabasco<sup>a</sup>, J. Miralles<sup>b</sup> y J. de-la-Cuadra-Oyanguren<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup> Hospital Clínico San Juan de Alicante, Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aemder@gmail.com](mailto:aemder@gmail.com)

(A. Esteve-Martínez).