



109 ¹M^a. Dolores Azúa Blanco
²Juan Piñol Monserrat
³Margarita Navarro Lucía

¹Profesora Titular de Enfermería Geriátrica. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza.
²Jefe de Sección de la Unidad de Alergia Dermatológica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
³Médico Adjunto. Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Correspondencia:

M^a. Dolores Azúa Blanco
 Parque de Roma F 11, 3^o E. 50010-Zaragoza
 Tfno.: 976 345 952
 E-mail: neka@unizar.es

RESUMEN

La dermatitis de contacto (DAC) es una de las patologías ocupacionales o no más frecuentes, pudiendo constituir del 3% al 5% de las consultas de dermatología. El diagnóstico se realiza en base a la clínica presentada y a la realización de pruebas epicutáneas, pudiéndose demostrar con éstas la sustancia causante de esta enfermedad y valorar la prevalencia y la relevancia de las positividades de los alérgenos estudiados para hacer una buena prevención. Todos los paciente fueron estudiados mediante la serie estándar GEIDC (Grupo Español de Investigación de Dermatitis de Contacto) (29 alérgenos) y con alérgenos homologados elaborados por Martitor España. La técnica de aplicación y lectura de los parches se realizó siguiendo las recomendaciones del GEIDC. Se estudiaron pacientes de 65 años y más, registrados durante 9 años en la sección de alergia HCU Lozano Blesa Área Sanitaria 3, con las siguientes variables: número de pacientes con pruebas (+), edad, sexo, patología presentada, localización de las lesiones, profesiones, positividades a cada alergia. Se estudiaron 1.559 pacientes y, de ellos, a 1.309 (el 83,96%) se les diagnosticó DAC, 551 varones (42,1%) y 758 mujeres (57,9%); de este grupo tan sólo 50 personas (el 3,8%) tenían más de 64 años, 17 varones y 33 mujeres. Revisando los datos de este estudio vemos que la alergia más prevalente es a medicamentos tópicos en 39 pacientes (37,14%), 26 mujeres y 13 varones, usados para el tratamiento de diversas afecciones dermatológicas. Pensamos que estos datos son interesantes y deben ser tenidos en cuenta al prescribir un tratamiento al paciente geriátrico, ya que podemos evitar el uso de determinadas sustancias con capacidad sensibilizante intensa (caínas, neomicina, etc.) sustituyéndolas por otros fármacos.

PALABRAS CLAVE

Inmunidad, dermatitis, contacto, persona mayor.

Estudio epidemiológico de la dermatitis de contacto en personas mayores de 65 años

135

Epidemiological study of the allergic contact dermatitis in people over 65 years old

SUMMARY

Allergic Contact Dermatitis (CAD) is one of the most common pathologies of an occupational or non-occupational nature, making up from 3% to 5% of all dermatology consultations. Diagnosis is made from the presented clinical symptoms and by means of epicutaneous tests to identify the substance causing the condition, and to allow the prevalence and relevance of positive reactions to the studied allergens to be assessed in order to take suitable preventive action. All of the patients were studied with the standard Spanish Contact Dermatitis Research Group (GEIDC) skin tests and standard approved allergens produced by Martitor España guidelines. The study was made of patients aged 65 and over registered with the Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Area 3 Dermatological Allergy Unit for 9 years, with the following variables: number of patients with (+) test results, age, sex, pathology presented, location of lesions, occupation and positive reactions to each allergen. A total of 1.559 patients were studied. Of these, 1.309 (83.96%) were diagnosed with ACD, 551 males (42.10%) and 758 females (57.90%). Only 50 individuals from this group were over 64 years of age, 17 males and 33 females. On review of the data from the study, it was seen that the most prevalent allergy is to topical medications used for the treatment of a number of dermatological conditions in 39 patients (37.14%), 26 women and 13 males. We believe that these data are interesting and should be taken into account when prescribing treatments to geriatric patients. In this way, the use of specific substances with intense sensitizing capacities (cainas, neomycin, etc.) can be avoided and replaced with other drugs.

KEY WORDS

Immunity, dermatitis, contact, greater person.

OBJETIVOS

Los objetivos fundamentales que se propone este estudio son:

1. Realizar una exhaustiva revisión de los casos de dermatosis de contacto (DC), en personas de 65 años o más mayores, registradas durante 9 años en la Sección de Alergia Dermatológica del Hospital Clínico Universitario (Área Sanitaria 3).

2. Analizar en número de casos diagnosticados de DC, en relación al sexo y a la edad de los paciente afectados y el total de casos evaluados.

3. Estudiar la distribución y localización de las diferentes zonas afectadas del organismo.

4. Evaluar los grupos etiológicos más frecuentes implicados en esta patología y su incidencia por sexo, edad y posible actividad profesional.

INTRODUCCIÓN

La DC se define como un padecimiento de tipo agudo o crónico que se produce por contacto directo de la piel con irritantes químicos o de otro tipo.

Las lesiones se localizan más frecuentemente en las zonas expuestas a la luz. En 4/5 partes de los casos, el proceso se debe a la exposición excesiva y a los efectos acumulativos de irritantes conocidos o universales, por ejemplo: jabones, detergentes, solventes orgánicos, etc. El resto, es el resultado de sensibilizaciones.

Las sustancias sensibilizantes o antígenos son múltiples. También se denominan alérgenos de contacto. Entre ellas hay que destacar los compuestos químicos simples como sales metálicas (níquel, cromatos, zirconio, berilio, cobalto, uranio, etc.) componentes de los perfumes y otros cosméticos, componentes del caucho, así como medicamentos (antisépticos, anestésicos, antihistamínicos, penicilina, neomicina, sulfamidas) o los excipientes que acompañan a las preparaciones medicamentosas como estabilizadores (etilendiamina) o conservantes (1).

Los alérgenos pueden formar parte de las prendas de vestir, guantes y otros objetos de uso personal u ocupacional, incluyendo en estos últimos las gomas, resinas, metales, productos de metalurgia, etc.

Como más representativos de las sustancias alergizantes por contacto podemos citar estos tres grupos:

1. **Metales.** Entre otros, níquel, cobalto, cromo y mercurio.

2. **Resinas.** Pueden pertenecer a diferentes grupos: a) resinas naturales, como los bálsamos, colofonia, etc.; b) resinas oleosas de las plantas (hiedra, roble). Actualmente, el uso de las resinas es muy frecuente siendo generalmente de origen artificial o plásticos. De más a menos alergizantes, podemos indicar: resina *epoxi*, resina de formaldehído, resina acrílica, resina de poliéster, resina de poliuretano, etc.

3. **Gomas.** La "goma" en sí contiene tanto alérgenos de proteínas de látex como los diversos productos quími-

cos que se le añaden —estabilizantes, vulcanizantes, etc.— (110) ("Thiuranes" utilizados principalmente como acelerantes de la vulcanización, pero también se emplean para la protección de madera, como germicida, fungicida, pesticida, igualmente como desinfectantes en jabones y *spray* quirúrgicos (nobecután) entre otros usos; "Carbamatos" utilizados en insecticidas, ropa, zapatos, preservativos, etc.; "Tioureas" que actúan como vulcanizantes y antioxidantes, pudiéndose encontrar en guantes de goma, trajes de buzo, zapatillas deportivas, neoprenos, etc. siendo los más importantes: dietiltiourea, difeniltiourea, dibutiltjourea; "Derivados del PPD" utilizados preferentemente como antioxidantes.

4. **Medicamentos de uso tópico.** Antibióticos, anti-sépticos, etc.

Se encuentran muchas más sustancias en dependencia de la profesión, uso personal, etc., que son frecuentes causas de DC: en cosmética, fármacos, metalurgia y demás. Son frecuentemente causa de DC en ancianos, sobre todo los utilizados en úlceras y heridas.

Existen básicamente tres diferentes tipos de mecanismos por contacto:

1. **Mecanismos irritativos (2, 3).** La DC de produce por la acción reiterada y relativamente prolongada de sustancias con capacidad irritante, pero que no son capaces de causar lesión cutánea mediante una única exposición.

2. **Mecanismos Alérgicos.** Los componentes específicos químicos, por simples, constituyen antígenos de naturaleza hapténica, es decir, incapaces por sí mismos de inducir a una respuesta inmune pero que, al penetrar en la piel, se unen de forma conveniente con una proteína portadora del propio organismo formando un complejo "hapteno-portador" que tiene poder inmunológico y puede inducir a un estado de sensibilización (o respuesta inmune primaria) (4).

3. **Mecanismos Fotoalérgicos.** Algunos antígenos requieren para su transformación, la energía captada de fotones de luz ultravioleta formándose así un fotoantígeno que es el responsable de la sensibilización alérgica, siguiéndose un proceso similar al anterior. Son mecanismos fotoalérgicos.

La DC puede ser definida como una reacción inflamatoria de la piel secundaria a un efecto irritante, o bien a una respuesta del sistema inmunológico frente a una sustancia específica que actúa de sensibilizante. Las manifestaciones clínicas fundamentalmente incluyen prurito, ardor, sensación de aguijonamiento que son, a menudo, intensos y distribuidos en las partes expuestas o en patrones asimétricos extravagantes y las lesiones objetivas están constituidas por máculas eritematosas, pápulas y vesículas; en la zona afecta frecuentemente aparece caliente y tumefacta con exudados, costras e infección secundaria. La distribución de la erupción puede ser diagnóstico de la causa que la produzca.



111 El diagnóstico de las dermatitis alérgicas por contacto (DAC) se realiza fundamentalmente mediante los test epicutáneos o *Patch Test* en el que la piel del enfermo está sensibilizada en su totalidad de manera latente frente al contactante. Cualquier punto de ella reaccionará, por tanto, con una placa de eccema cuando se le aplique el producto sensibilizante (5).

La prueba epicutánea se hace generalmente bajo oclusión (*Patch Test*) (4) aunque de ella hay diversas variantes: test abierto, test de uso, ROAT test, fotoparche, etc.

La región cutánea ideal para efectuar las pruebas parece ser, para la mayoría de los autores, las zonas paravertebrales, dorsales, donde la adherencia es mejor durante las cuarenta y ocho horas necesarias para el éxito de la prueba. Otras zonas posibles son la cara interna del brazo, la cara externa, la cara de flexión del antebrazo y la cara externa del muslo. Los test se desparcean normalmente a las 48 horas y se valoran entonces y a las 72 ó 96 horas aunque hay pruebas, tales como la neomicina que pueden valorarse a los 15 ó 30 días.

Este tipo de pruebas debe practicarse fuera de todo brote ecematoso agudo o intenso y en ausencia de terapia inmunosupresora o corticoidea (3), y antihistamínicos 48 horas antes.

La aplicación del fotoparche básicamente es la misma del *Match Test*, pero se realiza en doble colocación de alérgenos y de forma simétrica, a las 24 horas se levanta una zona irradiada con luz UV a dosis previamente establecidas por test fotobiológico en cada enfermo, protegiendo el resto del test y cuerpo del paciente. Esta prueba puede ser necesaria en casos en los que se sospecha de DC por fotosensibilidad. La lectura se realiza a los 30 minutos y 24 horas, de la zona irradiada comparando lecturas a las 48 y 96 horas de ambas zonas (3).

Desde Blumenthal y Jaffe se da la respuesta en número de cruces (3):

- +: reacción dudosa, sólo ligero eritema.
- 1++: eritema.
- 2+ ++: eritema y edema y/o vesículas.
- 3+ +++: eritema, infiltración, vesículas y vesiculoampollas.
- 4+ ++++: igual que el anterior pero con aparición de ampollas.

No irradiado	Irradiado
- -	No alergia ni fotoalergia.
+ -	Alergia, no fotoalergia.
++ +	Alergia y fotoalergia.
- +	No alergia y sí fotoalergia.

Se considera una **respuesta alérgica** (2) a aquella que reproduce una imagen clínica de eccema con presencia de vesículas francas, asociadas a eritema, edema o exudación, según la intensidad de la respuesta.

La base de un tratamiento correcto es la evitación del contactante y, si ello no es posible, la protección adecuada para cada caso.

En cualquier caso, el tratamiento es necesario porque la remisión espontánea es muy lenta. Se hará a base de curas locales adaptadas al momento evolutivo del eccema. Cuando la separación del alérgeno se ha conseguido con seguridad, se pueden dar corticoides por vía oral (6), antihistamínicos para el picor, antibióticos para la sobreinfección, etc. en dosis cortas y durante un plazo limitado. 137

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante 9 años, fueron estudiadas 1.559 personas en el Servicio de Alergia Dermatológica del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, comprendiendo el grupo 672 varones (43,11%) y 887 mujeres (56,89%), todos ellos con posible DC.

Pacientes estudiados con posible DC

- Total pacientes estudiados: 1.559.
 - Varones: 672 (43,11%).
 - Mujeres: 887 (56,89%).
- Pacientes estudiados > 64 años.
 - Varones: 23 (3,43%).
 - Mujeres: 44 (4,96%).

De ellos, sólo 67 personas (4,29%) tenían una edad de 65 años y más, siendo 23 varones (3,43%) y 44 mujeres (4,96%).

El diagnóstico les fue realizado mediante una historia clínica exhaustiva y la realización de pruebas epicutáneas, tal como se explicó anteriormente.

Las sustancias (test responsables) utilizadas para diagnosticar las diferentes causas patológicas cutáneas por contacto fueron diferentes en dependencia de la historia clínica realizada. En principio, se utilizaron las denominadas "Baterías Estándar Europeas" y "Baterías Especiales" para medicamentos, gomas, plásticos prótesis, etc.

RESULTADOS

De todas las personas visitadas (1.559), al 83,96%, es decir 1.309 personas, se les diagnosticó patología cutánea por contacto, siendo el grupo de 551 varones (42,1%) y 758 mujeres (57,9%) (Tabla 1).

De ellos, sólo 50 (3,81%) tenían 65 años y más, siendo este grupo de 17 varones (el 34% del grupo de mayores diagnosticados) y 33 mujeres (66% de este grupo de mayores diagnosticados) (Tablas 2 y 3).

Las edades de estas personas estaban comprendidas entre los 65 años y los 82 años (Tabla 4), presentando más incidencia en las personas de 65, 66 y 68 años, con 8, 7 y 6 personas respectivamente, es decir, en estas tres edades diferentes se diagnosticaron a 21 personas (el 42%).

Mujeres

Fueron atendidas por DC un total de 33 mujeres, de las cuales 23 presentaban eccemas en diversas localizaciones; las patologías de boca escaldada, eritema y prurito se presentaron en tres ocasiones respectivamente, mientras que

Tabla 1. Total de personas diagnosticadas de DC

Sexo	Pacientes de 0 a 82 años ambos inclusive	Pacientes de 65 a 82 años ambos inclusive
Varones	551 (42,1%)	17 (34% de mayores) (3,08% varones diagnosticados)
Mujeres	758 (57,9%)	33 (66% de mayores) (4,35% mujeres diagnosticadas)
Total	1.309 (100%)	50 (100% de mayores) (3,81% del total diagnosticados)

Tabla 2. Funciones deficitarias de la piel involutiva

<ul style="list-style-type: none"> • Barrera epidérmica • Recambio celular • Depuración dérmica • Secreción sudoral • Secreción sebácea • Respuesta vascular • Respuesta a traumatismos 	<ul style="list-style-type: none"> • Producción de Vitamina D • Termorregulación • Recepción sensorial • Respuesta inmune • Protección mecánica • Aclaración química
--	--

Tabla 3. Algunos agentes fotosensibilizantes responsables de reacciones fotoalérgicas

<p>1. Fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fenotiacinas • Sulfamidas. Quinolonas • Clorosalicilamida • Diclorofeno • Dihidroxi-dicloro-difenilsulfuro <p>2. Quininas</p> <p>3. Agentes antimicrobianos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salicilanilida de cloro • Salicilanilida de bromo <p>4. Filtros solares digaloiloleato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paraaminobenzoatos • Benzofenonas

el edema sólo hizo acto de presencia en dos situaciones; el resto: eritrodermia, exantema, úlcera, urticaria y vasculitis linfocitaria en una ocasión cada una de ellas (Tabla 5 y Tabla 7).

Los agentes causales fueron variados, siendo los más frecuentes el níquel, en 9 ocasiones, seguido de los PPD en 7 ocasiones y las cainas y perfumes mix en 6 ocasiones cada una (Tabla 9).

Tabla 4. Edades de mayores afectados de DC

Edad	Mujeres	Varones	Total
65	6	2	8
66	4	3	7
67	3	0	3
68	5	1	6
69	1	3	4
70	2	2	4
71	2	1	3
72	4	0	4
73	1	0	1
74	1	1	2
75	1	1	2
76	0	1	1
77	1	0	1
78	0	1	1
79	0	1	1
80	0	0	0
81	1	0	1
82	1	0	1
Total	33	17	50

Varones

Fueron atendidos durante los 9 años de estudio y diagnosticados de DC, un total de 17 varones de 64 años y más edad, de los cuales el 70,58%, es decir 12, presentaba eccema en diversas localizaciones, si bien principalmente se ubicaron en piernas (5 veces); seguidos de urticaria en tres casos (2 diseminada y 1 en brazos); edema en un varón que presentaba también eccema; exantema y eccema polimorfo en una ocasión, respectivamente, es decir el 5,88% en cada una (Tabla 6 y Tabla 7).

Se contabilizaron 30 agentes causales de estas DC, siendo los de mayor incidencia el IDU en 3 ocasiones (10%), seguido de las cainas, cromo, neomicina, peróxido de benzoylo y PPD en 2 ocasiones (6,66%) cada agente causal. El resto de agentes se encontraron tan sólo en una ocasión (3,33%) cada uno de ellos (Tabla 9).

DISCUSIÓN

La población general de Europa Occidental en estos últimos lustros está sufriendo un progresivo envejecimiento. España, y más concretamente la Comunidad Autónoma de Aragón, no fue una excepción en este proceso general durante este estudio, baste para ello examinar las estadísticas: según las cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (7) en el año 2000, Aragón tenía una población censada de 1.189.909 habitantes, de los cuales el 50,75% era mujer, es decir 603.787 y 586.122 varones, el 49,25%. El Índice de Envejecimiento (IE) se



Tabla 5. Mujeres mayores con DC

Edad	Manifestación	Localización	Test responsable	Ocupación
65	Eccema	Cuero cabelludo y párpados	Cañas, PPD (tinte Hg.)	SL
	Eccema Edema	Párpados Diseminado	Formol Gel Sánex	SL
	Eccema	Pabellón auditivo	Níquel	SL
	Eccema	Párpado y ojos	Neomicina. cobalto	SL
	Eccema	Manos	Níquel. cobalto	SL
	Eccema Exantema	Abdomen Diseminado	Merthiolate Penicilina	SL
66	Eccema	Manos y pies	PPD mix, IPPD, CPPD, níquel, breas, maderas	SL
	Boca escaldada	Encías	Níquel, cobalto	SL
	Eccema	Tronco y espalda	Tromantadida 1%, IDU 2%	SL
	Eccema	Pabellón auditivo y manos	Níquel	SL
67	Urticaria	Hombro derecho	Percutalín	SL
	Vasculitis linfocitaria	General	Verapamilo	SL
	Eccema	Pierna y antebrazo	PPD, AAS, pirazonas, aminoglucósido	SL
68	Eccema	Cuero cabelludo y pabellón auditivo	PPD (tinte de pelo)	SL
	Eccema	Tronco y cara	PPD, cañas, thiuranes, perfumes mix	SL
	Eritema Prurito Piernas	Escote Crema hidratante con filtro (Mc Cluny)	Fenotiazina	SL
	Boca escaldada	Boca	RF, formol, breas madera, perfumes mix, níquel	SL
	Úlcera	Encías	Níquel	SL
70	Boca escaldada	Boca	Hg	SL
	Eccema	Cuero cabelludo, antebrazo y brazos y muslos	Paraminofenilendiamina, PPD mix, perfumes mix	SL
71	Eccema	General	PPD, cañas, cromo	SL
	Eccema prurito y eritema	Cara y párpados	Neomicina, alcoholes lana, alcohol estearílico-Tiovalone	SL
72	Eccema	Piernas	Feparil gel	SL
	Eccema	Muñecas y pies	Cromo, níquel	SL
	Eccema	Piernas	DDM, PPD, perfumes mix	SL
	Edema, prurito y eritema	Párpados	Cañas, Neomicina	SL
73	Eccema	Diseminado	Cobalto, Fenegan	SL
74	Eccema	General y ojos	PPD, cañas	SL
75	Eccema	Pies	PPD mix, resina <i>epoxi</i> , níquel	SL
77	Eritrodermia	Generalizada	Cinarizina	SL
81	Eccema	Piernas	Bálsamo Perú, breas madera, perfumes mix, colonia, parabenos, Aureomicina pom., Feparil gel y Tulgrasum AB	SL
82	Eccema	Piernas	Perfumes mix	SL

situaba en el 21,68%, es decir 256.076 personas eran mayores de 64 años, de las cuales 144.873 eran mujeres y 111.203 varones.

Ciñéndonos a Zaragoza y su provincia, la población total era de media anual, durante este estudio, de 848.006 personas, de las cuales 434.004, el 51,2% eran mujeres,

y 414.002 varones, es decir, el 48,8%; siendo el IE de 22,36% (189.639), correspondiendo un 51,72% a mujeres (98.095), y el resto (91.544), es decir, 48,27% varones.

El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza pertenece a la red del Servicio Aragonés de la Sa-

Tabla 6. Varones mayores con DC

Edad	Manifestación	Localización	Test responsable	Ocupación
65	Urticaria	Generalizada	Ajo Cebolla	Jubilado
	Eccema	Ingles, muñecas	Calzoncillo	Jubilado
66	Urticaria aguda	Generalizada	Parabenos, IDU	Agricultor
	Eccema	Piernas	Propielinglicol pomada	Jubilado
	Eritema polimorfo	Boca y piel	Peroxido de Benzoilo	Jubilado
68	Eccema	Brazos y manos	Peróxido de Benzoilo (usado como blanqueador aceite)	Aceitero
69	Eccema	Generalizado	Ampicilina, Estreptomicina	Jubilado
	Eccema	Párpados	PPD	Agricultor
	Edema	Maleolar	Cainas	
70	Eccema	Manos y tronco	Níquel, cromo, cobalto	Agricultor
	Eccema	Piernas Diseminado	Glaan, Quaterminum 15, BHA, cromo, perfumes mix	Jubilado
	Eccema	Pierna izquierda	IDU 1%	Jubilado
71	Eccema	Piernas	Neomicina, bainas	Agricultor
74	Urticaria	Brazos	Merthiolate	Jubilado metalurgia
75	Eccema	Cadera	PPD	Jubilado
76	Eccema	Piernas	Neomicina, blastoestimulina, bálsamo del Perú	Jubilado
78	Eccema	Fronto-parietal	IDU	Agricultor
79	Exantema	Diseminado	Codeína	Agricultor

lud –SALUD–, siendo el hospital de referencia del Área III; dicho centro atiende a un total de 316.942 pacientes, de los cuales 159.211 son mujeres y 157.731 varones. Esta área está integrada por tres sectores: 3, 6 y 7. El sector 3 comprende diferentes poblaciones rurales, así como el sector 7; mientras que el sector 6 se divide en zona rural y zona urbana, integrada esta última por varios barrios de Zaragoza El IE del Área III era de un 21% aproximadamente, siendo en las zonas rurales algo mayor que en las zonas urbanas (8).

De todas estas personas estudiadas por posible DC (1.559), fueron 1.309 (83,96%) los diagnosticados de DC; de todos ellos, tan sólo 50 personas (3,81%) eran mayores de 64 años (65 años y más) –17 varones y 33 mujeres–. Estos índices son muy bajos y coincidentes con otros estudios (9, 10).

El predominio de los eccemas en estos pacientes es acentuado (Tabla 5 y 6), en 45 pacientes (90%) –23 mujeres y 12 varones–. En algunas ocasiones, estos pacientes no se limitaban a presentar una sola patología causada por el contacto con diversas sustancias. Igualmente, las localizaciones de las patologías fueron diversas y polilocalizadas coincidiendo con las diversas utilizaciones-contacts de los agentes causales (Tablas 5-8).

Es evidente que las personas mayores de 64 años consultan poco por este tipo de patologías, que muchas veces

se detectan de forma indirecta al estudiar inicialmente al paciente por otras causas: insuficiencia y úlceras varicosas, picores, alteraciones metabólicas, etc., existiendo un amplio número de pacientes que no son detectados.

Es por esto que cada vez son más necesarios los estudios sobre los diversos aspectos de la patología geriátrica y en la investigación realizada sobre la patología dermatológica de contacto de pacientes geriátricos se han podido comprobar diversos aspectos de la misma.

Todos los autores (9-11) coinciden en indicar que las características de las reacciones alérgicas de contacto en el anciano suelen ser de mayor lentitud en su presentación, pudiendo deberse, en parte, a la deficiente circulación que condiciona el retraso en el tiempo de depuración dérmica de diversas sustancias (1), mayor duración y menor intensidad del picor que en los adultos jóvenes, al igual también que su incidencia es menor, debido al deterioro que se sufre con la edad del sistema inmunológico, principalmente en la función timo-dependiente, que es fundamentalmente responsable de dichas reacciones alérgicas por contacto. En las personas de edad la respuesta inmune está deprimida. Los linfocitos T pueden perder su habilidad para alojarse en los ganglios linfáticos y para responder a los antígenos específicos. La disfunción de los linfocitos B se evidencia por el incremento de anticuerpos y de los niveles de las inmunoglobulinas A y G.



Tabla 7. DC por patologías y localizaciones en ambos sexos*

Patología	Localización	M (%)	V (%)	Total localizaciones (%)
Boca escaldada	Cavidad bucal	3 (5,26)		3 (3,7)
Eccema	Abdomen	1 (1,75)		1 (1,23)
	Antebrazos	2 (3,5)		2 (2,46)
	Brazos	1 (1,75)	1 (4,16)	2 (2,46)
	Cadera		1 (4,16)	1 (1,23)
	Cara	2 (3,5)		2 (2,46)
	Cuero cabelludo	3 (5,26)		3 (3,7)
	Diseminado	3 (1,75)	2 (8,33)	5 (3,7)
	Espalda	1 (1,75)		1 (1,23)
	Fronto-parietal		1 (4,16)	1 (1,23)
	General	2 (3,5)		2 (2,46)
	Ingle		1 (4,16)	1 (1,23)
	Maleolar		1 (4,16)	1 (1,23)
	Manos	3 (5,26)	2 (8,33)	5 (6,17)
	Muñecas	1 (1,75)	1 (4,16)	2 (2,46)
	Muslos	1 (1,75)		1 (1,23)
	Ojos	2 (3,5)		2 (2,46)
	Pabellón auditivo	3 (5,26)		3 (3,7)
	Párpados	4 (7,01)	1 (4,16)	5 (6,17)
	Pies	2 (5,26)		3 (3,7)
Piernas	5 (8,77)	5 (20,83)	10 (12,34)	
Tronco	2 (3,5)	1 (4,16)	3 (3,7)	
Eccema polimorfo	Boca		1 (4,16)	1 (1,23)
	Piel		1	1
Edema	Maleolar		1 (4,16)	1 (1,23)
	Párpados	2 (3,5)		2 (3,7)
Eritema	Cara	1 (1,75)		1 (1,23)
	Párpados	2 (3,5)		2 (2,46)
	Piernas	1 (1,75)		1 (1,23)
Eritrodermia	Generalizado	1 (1,75)		1 (1,23)
Exantema	Diseminado	1 (1,75)	1 (4,16)	2 (2,46)
Prurito	Cara	1 (1,75)		1 (1,23)
	Escote	1 (1,75)		1 (1,23)
	Párpados	2 (3,5)		2 (2,46)
	Piernas	1 (1,75)		1 (1,23)
Úlcera	Encías	1 (1,75)		1 (1,23)
Urticaria	Brazos		1 (4,16)	1 (1,23)
	Generalizada		2 (8,33)	2 (2,46)
	Hombro	1 (1,75)		1 (1,23)
Vasculitis	Generalizada	1 (1,75)		1 (1,23)
Total		57	24	81

*El hecho de que existan más patologías y localizaciones se debe a que algunas personas presentaban diferentes patologías y con diferentes localizaciones.

En los macrófagos se advierte menor participación durante la fase inductora de la respuesta inmune y pérdida parcial de la capacidad fagocitaria. La respuesta al *Radioallergoabsorbent test* (RAS) y a las pruebas cutáneas de tipo inmediato están deprimidas (12). Los datos que se han obtenido en el presente estudio son incidentes con estas opiniones, ya que la frecuencia de pacientes estudiados por posibles DC de todas las edades fue durante estos 9 años de 1.559 personas, de las cuales sólo 67, es decir, casi el 4,3%, tenía más de 64 años.

Las sensibilizaciones fueron provocadas, en su mayor parte, por el uso de medicamentos tópicos (Tablas 9 y 10) para el tratamiento de diversas afecciones en 39 ocasiones, lo que supone que los fármacos fueron los causantes en el 37,14% de las ocasiones (26 ocasiones en mujeres y 13 en varones). Siguiendo en importancia causal, los cosméticos en 23 ocasiones, el 21,9%, siendo esta causa preferentemente en mujeres, en 18 ocasiones frente a 5 en varones.

Otras causas fueron los metales y las gomas en 21 y 14 ocasiones, respectivamente, seguidos a considerable dis-

Tabla 8. Localizaciones más frecuentes y agentes causales de alergia de contacto (diagnóstico topográfico)	
Antebrazos	Telas enceradas, barnices muebles
Ano	Medicamentos antihemorroidales, supositorios
Axilas	Desodorantes, depilatorios, antisépticos, textiles
Cara	Formaldehído, trementina, resina epoxi, antibióticos, plantas, gafas, productos cosméticos, perfumes
Codos	Metales, cementos, textiles, maderas exóticas
Cuello	Horquillas, collares, perfumes, textiles, pieles, laca de uñas
Cuero cabelludo	Tintes, champús, lociones capilares, pinzas, horquillas, postizos, adhesivos para fijación, cascos protección
Dedos	Anillos, detergentes retenidos por ellos
Dorso de mano	Guantes de caucho, cuero
Frente	Cuero de sombreros, cascos
Muñecas	Joyas, brazaletes, reloj, cemento
Muslos	Níquel y caucho de ligas, objetos de bolsillo (llaves, monedero, etc.)
Nalgas	Asiento de retrete, papel higiénico
Orejas	Pendientes (níquel), tintes, gotas óticas, varillas de las gafas, auriculares de radio, dictáfonos, estetoscopios, audífonos, cabezas de fósforos
Palma de la mano	Objetos niquelados, caucho
Párpados	Esmalte de uñas, rímel, tintes para el pelo, colirios, pomadas oftálmicas, pinzas
Pene, escroto	Preservativos, rojo de labios, maderas exóticas
Perilabiales	Barra de labios, dentífricos, boquillas, condimentos, piel de naranja, instrumentos musicales (níquel)
Piernas	Calcetines y sus elásticos, medias, depilatorios, plantas, medicamentos, botas
Pies	Calcetines, zapatos, antifúngicos, antisudorales, caucho de las botas, caucho de las suelas
Pulpejos	Resinas, novocaína, trementina, bulbos de tulipán
Región inguinal	Slips, bragueros, pomadas
Tórax	Sujetador, hebillas, tirantes, joyas
Tronco	Textil, sábanas, cinturones, hebillas, botones metálicos
Vulva, vagina	Óvulos, desodorantes, perfumes, contraceptivos

Tabla 9. Agentes causales en ambos sexos*			
Agente causal	M	V	Total (%)
Ajo		1	1 (0,95)
Alcohol estearílico	1		1 (0,95)
Alcoholes lana	1		1 (0,95)
Aminoglucósidos, otros	1		1 (0,95)
Ampicilina		1	1 (0,95)
Aureomicina	1		1 (0,95)
Bálsamo Perú	1	1	2 (1,9)
ASS	1		1 (0,95)
BHA		1	1 (0,95)
Blastoestimulina		1	1 (0,95)
Breas madera	3		3 (2,85)
Cainas	5	2	7 (6,66)
Cebolla		1	1 (0,95)
Cinarizina	1		1 (0,95)
Cobalto	4	1	5 (4,76)
Codeína		1	1 (0,95)
Colofonia	1		1 (0,95)
CPPD	1		1 (0,95)
Crema Mac Cluny	1		1 (0,95)
Cromo	2	2	4 (3,8)
DDM	1		1 (0,95)
Estreptomina		1	1 (0,95)
Fenergan	1		1 (0,95)
Fenotiazina	1		1 (0,95)
Feparil	2		2 (1,9)
Formol	2		2 (1,9)
Gel Sánex	1		1 (0,95)
Glaan crema		1	1 (0,95)
IDU	1	3	4 (3,8)
IPPD	1		1 (0,95)
Mercurio	1		2 (1,9)
Merthiolate	1	1	2 (1,9)
Neomicina	3	2	5 (4,76)
Níquel	9	1	10 (9,52)
Parabenos	1	1	2 (1,9)
Paraminofenilamina	1		1 (0,95)
Penicilina	1		1 (0,95)
Perfumes mix	6	1	7 (6,66)
Percutain	1		1 (0,95)
Peróxido de benzoilo		2	2 (1,9)
Pirazononas	1		1 (0,95)
PPD	7	2	9 (8,57)
PPD mix	3		3 (2,85)
Propilenglicol		1	1 (0,95)
Quatermiun 15		1	1 (0,95)
Resina <i>epoxi</i>	1		1 (0,95)
Textil		1	1 (0,95)
Thiuranes	1		1 (0,95)
Tiovalone	1		1 (0,95)
Tromantadine	1		1 (0,95)
Trograsum	1		1 (0,95)
Verapamilo	1		1 (0,95)
Total	75	30	105 (100)

*El hecho de que existan más agentes responsables que personas afectas se debe a que en varias ocasiones los agentes responsables de la dermatosis eran varios.



117 tancia por los plásticos y los alimentos en 5 y 2 ocasiones, respectivamente, y en una ocasión por elementos textiles.

Pensamos que estos datos son interesantes y que deben ser tenidos en cuenta cotidianamente al atender médicamente o realizarse otro tipo de tratamiento al paciente geriátrico, sobre todo al efecto de dermatosis previa, úlcera de éxtasis, viriasis cutánea, etc., ya que podemos evitar el uso de determinadas sustancias con capacidad sensibilizante intensa, tales como cainas, neomicinas, etc., sustituyéndolas por otras con dicha capacidad nula o muy débil y, en el caso de que tras la aplicación de un tratamiento tópico, un vendaje, etc. el paciente geriátrico nos relate un

aumento de picor local o aparición del mismo, así como la aparición de lesiones clínicas más agudas de forma progresiva, o úlceras que aumentan de tamaño a pesar de un tratamiento correcto, debemos pensar inmediatamente que todas aquellas alteraciones pueden ser debidas al tratamiento aplicado, debiendo ser retirado lo antes posible y cambiado por otro que no contenga las mismas sustancias químicas. Con ello queremos conseguir una adecuada profilaxis de estas frecuentes sensibilizaciones alérgicas por contacto medicamentoso en los enfermos geriátricos y contribuir a una mejor y más rápida curación, así como a que su estancia en los centros hospitalarios sea menor. 143

BIBLIOGRAFÍA

1. García Pérez A. *Dermatología Clínica*. Salamanca: Gráficas Cervantes 1978.
2. Bruze M, Emmett EA. Occupational Exposures to irritants. En: *Irritant Contact Dermatitis*, New Cork: M. Dekker, INC 1990. pp. 81-106.
3. Senent Sánchez CJ. *Dermatitis de contacto*. En: *Alergología*. Madrid: Luzán 1985. Cap. XVIII.
4. Fregert S. *Manual de Dermatitis por Contacto*. Barcelona: Salvat 1977.
5. Fritz K, Weston W. Tropical Corticosteroides. *Annals of Allergy* 1983; 50: 68-76.
6. Cronin E. *Contact Dermatitis*. Edinburg London and New York: Churchill Livingstone 1980.
7. BOE, RD. 3491/2000 de 29 de Diciembre del 2000, publicado en BOE. el 26 de Enero de 2001.
8. www.hculblesa.es/mem2001/Lblesa_datosgenerales/10_hm/11_index.html
9. Fisher A. *Contact Dermatitis* (3^a ed.). Philadelphia: LEA and FABRIGER 1986. pp. 58-61.
10. Grimalt F. *Exploración*. En: *Dermatitis de Contacto*. Barcelona: Fontana 1980. Cap. 5.
11. Laiman E, Stoudemayer T, Grove G, Kligman AM. Age differences in poisoniv dermatitis. *Contact Dermatitis* 1984; 11: 163-9.