

## Eccema alérgico de contacto

*Sr. Editor:*

La mayoría de los estudios consideran que la frecuencia de la dermatitis alérgica de contacto en niños se sitúa entre un 10 a un 70%, según se trate de población general o población sospechosa. Esta enorme variabilidad refleja la escasa homogeneidad en las muestras de pacientes, así como la falta de análisis de la relevancia clínica de los resultados de las pruebas de contacto, dato clave para el diagnóstico<sup>1</sup>. En general, se admite que el ec-

TABLA 1. Distribución por edades\*

Grupo de edad (años)	Número	Porcentaje
0-5	1	4
6-10	9	33
11-16	17	63

\*La máxima incidencia corresponde al grupo de mayor edad.

TABLA 2. Diagnósticos finales\*

	Número	Porcentaje
Dermatitis atópica	11	40,7
Eccema alérgico de contacto	7	26
Eccema irritativo	4	15
Dermatitis seborreica	2	7,4
Eccema no filiado	2	7,4
Dermatitis plantar juvenil	1	3,7

\*La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de dermatitis atópica. El segundo lugar fue para el eccema alérgico de contacto.

cema alérgico en los niños aumenta con la edad, sobre todo a partir de la primera década, y que los alérgenos más frecuentes son los metales y los derivados mercuriales.

El objetivo de esta comunicación ha sido analizar las características de una cohorte de casos sospechosos de eccema alérgico.

Se han estudiado 27 pacientes (20 niñas y 7 niños), entre 0 y 16 años, con sospecha de eccema alérgico de contacto. En todos ellos se recogieron datos de sus antecedentes, historia clínica actual así como de las pruebas epicutáneas (según el Grupo Español de Investigación de las Dermatitis de Contacto, GEIDC). Todos los pacientes se testaron con el True-Test® (Alk Abelló, Hilleroid, Dinamarca) con alérgenos adicionales de Chemotechnique® (Malmö, Suecia) sobre cazoletas tipo Finn Chambers® (Epitest, Tunsala, Finlandia). Las pruebas se colocaron sobre piel sana en la parte superior de la espalda durante 48 h, realizando las lecturas de los resultados a las 48 y 96 h.

El eccema alérgico predominó en el sexo femenino (74%) y en el grupo de mayor edad: de 11 a 16 años (63%) (tabla 1). El 85% de los pacientes presentaron una historia familiar de atopía y el 37% unos antecedentes personales compatibles. Las localizaciones más frecuentes fueron los pies (33,3%), la cara (29,6%), los brazos (26%), las manos (18,5%), los pliegues (18,5%) y las piernas (11%).

El 55,56% de los niños mostraron una o más pruebas positivas aunque sólo en un 26% fue posible demostrar la relevancia presente con la sintomatología. Los alérgenos más frecuentes fueron el níquel (33,3%), thiomersal (20%), mercurio metal (20%), colofonia (13,3%) y gomas negras (13,3%). Sólo en 2 pacientes positivos para el mercurio metal se pudo demostrar la relevancia con los síntomas que presentaban. Otras positividades observadas fueron colorante disperse y PPD (por tatuaje), resina de toluensulfonamida-formaldehído (por laca de uñas), alcoholes de la lana, mezcla de fragancias y amerchol L101 (por cosméticos), propilgalato (barra de labios), bálsamo del Perú y la mezcla de lactonas sesquiterpénicas.

Finalmente, el diagnóstico mayoritario fue la dermatitis atópica seguido por el eccema alérgico de contacto, según se muestra en la tabla 2. Los casos de eccema de contacto correspondieron a cosméticos (4 casos), exantemas mercuriales (2) y tintes de tatuaje (1).

En general, el eccema de contacto en los niños muestra unas características bastante similares al de los adultos, aunque con ciertas peculiaridades como su menor frecuencia (menor exposición a alérgenos ambientales), menor capacidad de sensibilización de la piel infantil por su inmadurez inmunológica, su mayor capacidad de irritación (falsos positivos), así como la menor colaboración del paciente para realizar las pruebas.

La mayoría de los autores coinciden en realizar pruebas alérgicas en aquellos niños con sospecha de eccema alérgico de contacto por su historia clínica o porque presenten un eccema persistente a pesar de seguir un tratamiento correcto<sup>2</sup>, y en utilizar las mismas baterías de pruebas que en los adultos, aunque existen algunos que siguen empleando series más cortas<sup>3</sup> o de menor concentración<sup>4</sup>.

El eccema alérgico infantil predomina en el sexo femenino y en localizaciones como pies, manos y cara. Suelen ser frecuentes los antecedentes atópicos<sup>5</sup>. Generalmente, los alérgenos más comunes en niños son los metales (níquel, cobalto), los compuestos mercuriales (antisépticos, vacunas, termómetros)<sup>6</sup>, la mezcla de fragancias y el bálsamo del Perú (productos de higiene personal, medicamentos), las gomas y el dicromato potásico (calzado) y los medicamentos (sobre todo la neomicina). Por todo esto, la mayoría de las series dan como principales causas de dermatitis alérgica infantil: la bisutería, los metales (hebillas, botones, corchetes, ortodoncia), el calzado, los medicamentos tópicos, cosméticos, plantas y juguetes<sup>7</sup>.

Los datos de nuestra serie, considerando población infantil seleccionada como sospechosa, muestran unos resultados bastante similares a los de las series más amplias publicadas sobre este tema<sup>8,9</sup>, aunque sitúan como principales causas a los cosméticos y los compuestos mercuriales. Creemos que las pruebas de contacto son un método útil, seguro y reproducible en niños con una sintomatología sospechosa o un eccema persistente, de manera similar y con los mismos alérgenos que en los adultos: la batería estándar propuesta por el GEIDC.

**M. A. Segurado Rodríguez, F. J. Ortiz de Frutos  
y A. Guerra Tapia**

Servicio de Dermatología.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Correspondencia:** Dra. M.ª A. Segurado Rodríguez.  
General Yagüe, 5. 28020 Madrid. España.  
Correo electrónico: m\_segurado\_yahoo.es

## BIBLIOGRAFÍA

- Mortz CG, Andersen KE. Allergic contact dermatitis in children and adolescents. *Contact Dermatitis* 1999;41:121-30.
- Shah M, Lewis FM, Gawkrödger DJ. Patch testing in children and adolescents. Five years of experience and follow-up. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:964-8.
- Roul S, Ducombs G, Taieb A. Usefulness of European Standard series for patch testing in children. A 3-year single-centre study of 337 patients. *Contact Dermatitis* 1999;40:232-5.
- Fisher AA. Nickel dermatitis in children. *Cutis* 1992;47:19-21.
- Romaguera C, Alomar A, Giménez-Camarasa JM, García-Bravo B, García-Pérez A, Grimalt F, et al. Contact dermatitis in children. *Contact Dermatitis* 1985;12:283-4.

6. Wantke F, Hemmer W, Jarisch R, Götz M. Patch test reactions in children, adults and the elderly: A comparative study in patients with suspected allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1996;34:316-9.
7. Romaguera C, García-Bravo B. Dermatitis de contacto en niños. En: Giménez Camarasa JM, editor. *Dermatitis de contacto*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1999; p. 117-23.
8. García-Bravo B, Rodríguez E. Dermatitis de contacto en la infancia. *Piel* 2000;15:316-23.
9. Brasch J, Geiger J. Patch test results in schoolchildren. *Contact Dermatitis* 1997;37:286-93.