



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DE LA DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO EN EL ÁMBITO LABORAL

Kattia Bucknor Johnson *

Resumen.

La primera barrera con el medio ambiente que protege contra sustancias nocivas y organismos es la piel. Las actividades humanas son sumamente diversas y muchas de los trabajos pueden actuar en detrimento de esta barrera natural provocando enfermedades dermatológicas asociadas con la dinámica laboral. El 90% de todas las dermatopatías laborales son dermatitis de contacto, la cual puede ser irritativa o alérgica. En la mayoría de los casos se trata de un eczema en zonas expuestas del cuerpo y con cierta frecuencia en las manos. El diagnóstico se basa en una historia clínica y examen físico detallados, conocimiento de las sustancias que permita diferenciar los irritantes de los alérgenos y una correcta interpretación de las pruebas de alergia. Este es conocimiento básico para peritar en el ámbito médico legal.

Palabras clave:

dermatosis ocupacional, dermatitis de contacto, incapacidad permanente.

Abstract.

The skin is the primary interface with external environment and performs quite efficiently as a barrier against noxious chemicals or living organisms. The range of human activities is extremely diversified and many occupations can lead to break down of the epidermal barrier, with subsequent development of work-related dermatoses. Occupational contact dermatitis accounts for 90% of all causes of work-related cutaneous disorders. It can be divided into irritant contact dermatitis, which occurs in 80% of cases and allergic contact dermatitis. In most cases, both types will present as eczematous lesions on exposed parts of the body, notably the hands. Accurate diagnosis relies on meticulous history taking, thorough physical examination, careful distinguishing between irritants and allergens, and comprehensive patch testing to confirm or ruled out allergic sensitization. This is a basic review to issue a forensic professional judgement.

Key words:

occupational dermatitis, contact dermatitis, permanent impairment.

* Médico residente de Medicina Legal, Departamento de Medicina Legal, Costa Rica. Correo electrónico: kbucknor@poder-judicial.go.cr



Introducción

Toda dermatitis producida por la actividad ocupacional es considerada importante por la limitación física y laboral que puede producir. Se afectan las actividades habituales, alteran la calidad de vida y esto tiene un efecto negativo en la productividad, además son sujetas a indemnización en el ámbito laboral. Por tal razón es importante revisar el tema para tener claro cómo proceder al momento de peritar casos de este tipo.

Las dermatosis profesionales son aquellas afecciones de la piel en las que puede demostrarse que el trabajo es su causa fundamental o un factor que contribuye a ella, y que además se encuentran contempladas como tales en la legislación, tal como ocurre en el Código de Trabajo de Costa Rica donde dice: "... Para los efectos de esta ley, se adopta la siguiente tabla de enfermedades de trabajo: ... Dermatitis. Enfermedades de la piel provocadas por agentes mecánicos, físicos, químicos, inorgánicos, que actúan como irritantes primarios o sensibilizantes, o que provocan quemaduras químicas, que se presentan generalmente bajo las formas eritematosa, edematosa, vesiculosa, eczematosa o costra. ..." (1, 2) Seguidamente, se ofrece una lista de distintas dermatosis en cuanto al agente causal, sea este químico, físico o biológico.

Con frecuencia puede observarse en los trabajadores de la construcción que se exponen al cemento que contiene cromo, níquel y cobalto, o a otros materiales y sustancias como el caucho y los aditivos. En la industria agrícola y ganadera por el contacto con los compuestos de los pesticidas, fertilizantes, plantas, madera, sustancias químicas, agentes biológicos, radiación ultravioleta, etcétera. En los mecánicos expuestos a lubricantes y aditivos entre ellos los biocidas y antioxidantes, además de otros elementos como el cobalto, cromo y el níquel. En la industria alimentaria por contacto con proteínas animales y vegetales, agentes biológicos y por la constante humedad en las manos y uso de jabones detergentes entre otros productos. (2) Los trabajadores del área de la salud por el contacto con glutaraldehído y formaldehído, acrilatos, cromo, níquel y el látex, por ejemplo. En los trabajadores del área de la belleza que manipulan tintes, formol, compuestos volátiles, fragancias, tioglicolatos, níquel, resorcinol, productos acrílicos, látex, entre otros. Diversos estudios indican que las dermatosis profesionales son poco más del 30% de todas las enfermedades profesionales. Existen dos tipos de dermatitis que tienen mayor incidencia: la dermatitis de contacto irritativa que constituye cerca del 80% de ellas y la dermatitis de contacto alérgica. Ambas también se encuentran incluidas en la legislación costarricense y tienen características particulares. (1, 3)

Los elementos causantes de la dermatitis de contacto pueden clasificarse en mecánicos (vibraciones, cuerpos extraños, berilio, carbón, hierro, plata...), físicos, químicos, vegetales, biológicos y otras formas tales como la baja humedad por el uso prolongado del aire acondicionado, por ejemplo.

Dermatitis, dermatosis o eczema.

La palabra "dermatitis" significa inflamación de la piel. Es un concepto muy amplio que hace referencia a diferentes procesos inflamatorios de la piel que no necesariamente se relacionan con el eczema. En sus acepciones dermatitis de contacto y dermatitis atópica si es sinónimo de eczema, no así en otros casos.

El término "eccema" o "eczema" en la forma más clásica significa "ebullición hacia afuera", haciendo referencia a la morfología del proceso en la fase aguda en la que la piel está cubierta de vesículas semeando el agua en ebullición. (4)

El término "dermatosis" abarca más que la fase aguda de inflamación de la piel, sino que incluye aquellas patologías donde ya no hay inflamación, como en la fase de cronicidad.

Para efectos de esta revisión se empleará el término dermatitis, si bien cualquiera de las tres formas es correcta. Por tratarse de un tema de dermatología analizado desde una perspectiva médico legal, cabe aclarar que se las lesiones a las que se hará referencia son aquellas de relevancia semiológica en la especialidad de dermatología.



Dermatitis alérgica de contacto.

La dermatitis de contacto es una enfermedad inflamatoria aguda de la piel inducida por la exposición frente a un agente ambiental donde su principal síntoma es el prurito (picazón) y la lesión histológica más característica es la espongiosis (edema entre las células de la epidermis). (2, 5) En aproximadamente un 20% de los casos es alérgica y en un 80% irritativa. Hay distintos aspectos que van a determinar la morfología, localización y gravedad de las lesiones (semiología dermatológica) que definitivamente deben tenerse en cuenta y son las siguientes: potencia del alérgeno o grado de irritación, el lugar y nivel del contacto, la integridad de la piel expuesta, el tiempo de exposición, la inmunocompetencia del sujeto y las condiciones ambientales.

Este tipo de dermatitis se debe a la activación de una inmunidad adquirida específica de antígeno que conduce al desarrollo de células T efectoras, se trata de una hipersensibilidad tipo IV por inmunidad retardada o celular. El alérgeno es aquella sustancia que puede inducir esta activación. Son moléculas llamadas haptenos que se unen a proteínas de la epidermis (una de las capas de la piel) que lo transportan e inducen a los queratinocitos epidérmicos activados a liberar citoquinas proinflamatorias (sustancias que generan la inflamación). (6, 7)

Para que las manifestaciones clínicas ocurran, es necesario que el sujeto este previamente sensibilizado a esta sustancia y este proceso requiere de 10 a 15 días (fase de sensibilización en la que se hace alérgico). Posteriormente, si se da una nueva exposición bajo ciertas condiciones el sujeto puede manifestar un cuadro clínico florido (se manifiesta una dermatitis). La literatura describe que esto sucede entre las 24 y 72 horas posteriores al nuevo contacto con el alérgeno. Esto es lo que ocurre en la mayoría de los casos, sin embargo, hay evidencia clínica que demuestra la posibilidad de que un único contacto con un hapteno (alérgeno) de gran intensidad o potencia puede desencadenar este tipo de dermatitis. A esto se le conoce como dermatitis de contacto alérgica primaria. (5, 6)

Cuadro clínico.

En cuanto a la historia de la enfermedad, la persona evaluada va a referir síntomas en la piel asociados al contacto con alguna sustancia o elemento de los ya expuestos, o va a hacer referencia a algo particular en el ambiente laboral. Debe procurarse obtener la etiqueta o el nombre del producto para poder investigarlo y con esto saber si está descrito como un irritante o como un alérgeno. (3)

En la clínica el sujeto presentará pápulas y vesículas sobre una piel eritematosa y edematosa y evolutivamente habrá descamación y resequedad de la piel, predominando en cada caso una forma aguda o crónica al momento en que se valora a la persona. Al inicio (fase aguda) hay eritema y edema muy intenso, en las siguientes horas vesículas muy pruriginosas las cuales pueden confluir hasta formar ampollas, luego están se rompen y vierten un exudado seroso que se seca y forma costra, luego se da la descamación y en pocas semanas se da la resolución del cuadro sin dejar cicatrices. Si el alérgeno no es muy agresivo la dermatitis puede continuarse en el tiempo disminuyendo el componente inflamatorio dejando una piel engrosada y rugosa (liquenificación) con prurito, lo cual corresponde a una fase crónica. La literatura también describe algunas formas clínicas en las que no se observa lo descrito anteriormente, y les llaman formas especiales no eccematosas, estas son la forma eritema multiforme like donde las lesiones se edematizan formando placas urticariales muy pruriginosas con lesiones satélite, la forma liquenoide en la mucosa oral y la forma linfomatoide. (6)

También se ha descrito una dermatitis alérgica de contacto aerotransportada la cual es causada por alérgenos que primero son liberados a la atmósfera en forma de aerosoles, gotas, polvo o humo, y que posteriormente se depositan en la piel. El eczema es simétrico y se localiza en áreas descubiertas como el rostro, cuello, parte superior del tórax y extremidades superiores. Por otra parte, también se menciona la diseminación del eczema de contacto o reacción "ides" que consiste en la aparición de áreas de eczema en otras partes del cuerpo que no se pusieron en contacto con el alérgeno. (7)



Otra variante es la fotosensibilidad de contacto o eczema fotoalérgico en el que ciertas sustancias presentes en la superficie cutánea se transforman en haptenos cuando actúan sobre ellas las radiaciones ultravioletas. Los fotoalérgenos más frecuentes son los antiinflamatorios no esteroideos, los antihistamínicos tópicos, protectores solares, fragancias, plantas y derivados del coaltar (alquitrán de hulla o alquitrán mineral).

En cuanto a la topografía, esta puede ser variada y va a depender de la zona de la piel donde actúe el alérgeno.

Diagnóstico.

Se basa en la anamnesis, examen físico y las pruebas epicutáneas (las llamadas pruebas de alergia).

En cuanto a la anamnesis, además de la historia de la enfermedad en cuestión hay que indagar sobre la historia laboral y los materiales y sustancias a las que se expone el trabajador en el ambiente laboral, ocupación actual y anterior y actividades habituales de la vida cotidiana. Antecedentes de atopia o sus equivalentes (asma, rinitis, dermatitis, conjuntivitis) lo cual es sumamente importante pues esta población tiene un mayor riesgo de desarrollar urticaria y eczema de contacto que clínicamente es muy difícil de diferenciar. Por último, al momento de la exploración física determinar la localización de las lesiones en las zonas concordantes con la historia médico legal.

La prueba epicutánea es un método ya establecido para diagnosticar la dermatitis de contacto alérgica, que corresponde a una reacción de hipersensibilidad retardada.

Consiste en aplicar una serie de alérgenos estandarizados en un vehículo que usualmente es vaselina, bajo un método oclusivo. Esta prueba sirve como screening en un 70-80% de los casos de sospecha de dermatitis por contacto alérgica, pero a nivel del tema que se aborda esta batería debe complementarse con los alérgenos presentes con más frecuencia de acuerdo a cada ocupación o con el producto del que se sospecha. Este estudio con tal especificidad no está disponible en Costa Rica. La prueba consiste en exponer al sujeto al alérgeno sospechoso bajo condiciones controladas. Es necesario investigar la sustancia en cuestión, indagar los datos toxicológicos, la lista de ingredientes y todos los detalles relevantes de fabricación. (3, 7)

Diagnósticos diferenciales.

Entre las diferencias iniciales básicas está delimitar una dermatitis de contacto irritativa de una alérgica. El tipo irritativo puede presentarse en cualquier persona, las lesiones suelen ser más leves que en el tipo alérgico, se localiza en la zona de contacto con el agente, los bordes son bien definidos, tienden a resolverse en pocos días, no dejan hiper o hipopigmentación residuales, la clínica es variable según la concentración y el tiempo de contacto con el agente, además de las características propias de cada paciente, las pruebas de alergia son negativas y la respuesta irritativa es inmediata. En cambio, la dermatitis alérgica de contacto solo ocurre en personas ya sensibilizadas, se extiende por la periferia con bordes mal definidos pudiendo generalizarse, siempre hay un eczema típico independientemente de la concentración del agente y la prueba de alergia será positiva. Además, las lesiones mejoran cuando cesa la exposición al alérgeno.

También pueden mencionarse algunas otras como los eczemas de origen endógeno: dermatitis atópica, eczema dishidrótico, eczema numular y psoriasis. Estos se presentan en forma de brotes a lo largo de los años en individuos predispuestos genéticamente. Los brotes no se relacionan claramente con una exposición laboral, no suelen resolverse espontáneamente durante los periodos en que no se está expuesto a ellos y suelen afectar de forma bilateral y simétrica a la piel. Otro diagnóstico es el eczema de contacto alérgico de origen no profesional, donde en ocasiones se produce una sensibilización a un alérgeno que no ocurre en el ambiente laboral. (3)

Tratamiento.

En líneas generales consiste en evitar la exposición al alérgeno, se prescribe tratamiento con antihistamínicos para aliviar el prurito, corticosteroides orales o tópicos según sea el caso, también pueden asociarse fármacos queratolíticos y emolientes. En ocasiones se requiere de tratamientos especializados como PUVAterapia, inmunomoduladores tópicos u orales o quelantes de metales. (6, 7)



En cuanto a la prevención en el lugar de trabajo, se debe identificar la sustancia y de ser posible sustituirla por una más segura, usar cremas que sirvan de barrera previo a la exposición, el uso de limpiadores suaves y el uso de emolientes y suavizantes luego de la exposición. También se recomienda el uso de guantes protectores de vinilo o nitrilo.

Peritaje médico legal sobre la dermatitis alérgica de contacto.

Visto el caso, debe analizarse la información a la luz de los criterios de Simonin determinando si se cumplen estos principios (indagar sobre el estado anterior y las concausas). Se debe revisar la localización de las lesiones en zonas anatómicas concordantes con la forma y el trabajo, generalmente se trata de zonas expuestas y descubiertas, usualmente manos, brazos y rostro, si hay mejora de las lesiones en periodos ausentes del trabajo y una respuesta irritativa a las pruebas de contacto. Tal como ya fue expuesto, hay condiciones médicas que pueden relacionarse de manera importante con la evolución clínica como la atopia, diabetes, inmunodepresión, tratamientos concomitantes, entre otros.

La incapacidad temporal corresponde al tiempo que la persona necesitó para la estabilización de su cuadro agudo, lo cual debe individualizarse.

En el Código de Trabajo de Costa Rica no hay un porcentaje de pérdida de la capacidad general asignado a este riesgo laboral. Al respecto se anota: "Si la enfermedad incapacita para el trabajo específico y existen posibilidades de rehabilitación profesional... 30%. Si la enfermedad incapacita para cualquier trabajo, se declarará la incapacidad total permanente. ..." En el artículo 225 dice: "Enfermedad del trabajo. Obligación de tratarse y curarse. Toda enfermedad del trabajo debe tratarse y curarse cuantas veces sea necesario, antes de establecerse la incapacidad permanente. En caso de llegarse a determinar la imposibilidad de curación, o cuando el trabajador se haya sensibilizado al agente que le produjo la enfermedad se procederá a establecer incapacidad permanente." (1)

Es claro que no hay una recomendación sobre un rango para otorgar la incapacidad permanente, por esto es necesario tener algún criterio para objetivar este porcentaje. Otros baremos como la Guía para la valoración de las incapacidades permanentes de la Asociación Americana de Medicina se basan en el pronóstico de la afectación de la piel considerando: signos y síntomas de la enfermedad en cuanto a la severidad, duración y progreso, además los hallazgos médicos como el prurito, hiperpigmentación, escoriaciones, fisuras, entre otros. El tratamiento en cuanto a la valoración de las posibilidades de terapéuticas y la respuesta al mismo. La función que se refiere a la repercusión de la enfermedad a nivel del funcionamiento propio del órgano que se evalúa y la limitación física que genera. La superficie corporal afectada, lo cual se puede obtener a partir de la "regla de los 9 de Wallace". Si presenta discapacidades en otros sistemas tales como restricción de movimientos, anquilosis, desórdenes endocrinos, cardiovasculares o respiratorios asociados al daño en el sistema tegumentario todas deben combinarse para determinar la discapacidad total. Estos datos pueden llevarse a la tabla 8.2 "Criteria for rating permanent impairment due to skin disorders" de la AMA. Este instrumento ofrece una serie de categorías con rangos porcentuales. Cada categoría reúne una serie de características de forma que al analizar un caso lo que se hace es buscar qué categoría encaja con el paciente según sus características particulares, así se obtiene un rango porcentual y a partir de ahí se puede discriminar para asignar un porcentaje de impedimento más adecuado para cada caso. (8) Todas estas consideraciones permiten justificar mejor el porcentaje asignado al no haber un rango del que partir en el Código de Trabajo de Costa Rica.

Bibliografía.

1. Vargas, E. (2014). Código de Trabajo, (32 ed.). San José, CR: Investigaciones Jurídicas.
2. Meza, B. (2006). Dermatitis profesionales. *Dermatol Perú*, 16 (1), 64-69.
3. Saseville, D. (2008) Occupational dermatitis. *Allergy, asthma, and clinical immunology*, 4, 2.
4. Garavís, J. L., Ledesma, M. C. & Unamuno, P. (2005). Eccemas en atención primaria. *SEMERGEN*, 31 (2), 67-85.
5. Fitzpatrick, T., Johnson, R., Wolf, K. & Suurmond, D. (2009). *Clinical Dermatology*, (6° ed). Madrid, España: McGraw Hill Interamericana.



6. Serra, E. & Puig, L. (2011, Septiembre-Octubre). Dermatitis de contacto alérgica. 25, 5. Recuperado en abril 2016 de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servletf=10&pident_articulo=90027612&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=3&ty=45&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=3v25n05a90027612pdf001.pdf
7. Romero, L. (2003). Dermatosis reaccionales. Rev Fac Med UNAM, 46, 4.
8. Rondinelli, R., Genovese, E., Katz, R., Mayer, T., Mueller, K., Ranavaya, M. & Brigham, C. (2009). Guides to the evaluation of permanent impairment. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690067/>.
9. Gil, M., Barriga, F. & Pérez de Villar, J. (2007). Alergia al latex en los trabajadores sanitarios. Medicina y Seguridad del Trabajo, LIII, 208.
10. Enfermedades profesionales de la piel. Eczema alérgico de contacto. DDC-DER 01. España. Recuperado el 10/04/2016 de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/VIGILANCIA%20DE%20LA%20SALUD/Directrices%20para%20la%20toma%20de%20decisiones/eczema_alergico_de_contacto.pdf
11. Vargas, E. (2000) Medicina Legal. México: Trillas.
12. Vicente, M., Ramírez, M., Capdevila, L., López, A. y Terradillos, M. (2012). Recomendaciones para la vigilancia de la salud de los trabajadores con alergias laborales. Una revisión desde la legislación española en prevención de riesgos laborales. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 13 (1), 64-70.