Documento descargado de http://www.elsevier.es el 24/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Actas Dermosifiliogr. 2012;103(5):345–347

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at www.elsevier.es/ad

ARTÍCULO DE OPINIÓN

La dermatitis de contacto en el siglo XXI. La apuesta del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC)

Contact Dermatitis in the 21st Century: The Mission of the Spanish Contact Dermatitis and Skin Allergy Research Group (GEIDAC)

M. Hervella Garcés[a,*] y V. Fernández-Redondo[b,c]

[a] *Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España*
[b] *Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España*
[c] *Coordinadora del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea*

En esta época de crisis, de autoexamen y de replanteamiento constante de toda nuestra actividad profesional, en la que incluso se cuestiona la solidez de los cimientos de nuestro sistema funcional y organizativo, los dermatólogos nos vemos obligados a renovarnos y redescubrir la esencia de nuestro propio trabajo.

En los últimos años parece extenderse entre los gestores la tendencia a reducir la Dermatología a una especialidad simplona, ambulatoria y de poco peso específico, la mayoría de las veces sin una vertiente hospitalaria. El gestor ve al dermatólogo como el profesional candidato ideal para generar números (muchas visitas al año), despachar altas y mejorar los índices de calidad de su centro, como el índice primeras/sucesivas o el de intervenciones quirúrgicas ambulatorias. Desde esta perspectiva poco cuenta nuestra capacidad docente e investigadora, la complejidad de la patología que atendemos, la dedicación al enfermo, ni la singularidad médico-quirúrgica y clínico-patológica de esta especialidad.

Pero esto no es nuevo. La Dermatología siempre ha estado entre la espada y la pared, obligada constantemente a justificar su existencia como especialidad y sufriendo usurpaciones o intrusiones por parte de otros grupos de profesionales que —en ocasiones formados trabajosamente por los propios dermatólogos— han reclamado luego como propio un campo médico que ellos no habían desarrollado. Este es el caso —en mayor o menor medida— de la cirugía dermatológica y de enfermedades como las micosis y otras transmisibles, las conectivopatías, el melanoma, las dermatosis de la infancia o la alergia cutánea.

Las dermatitis de contacto han sido estudiadas por los dermatólogos desde hace más de 100 años. Su padre, Jadassohn, comenzó a desarrollar las pruebas de contacto en 1895[1], y nuestro Juan de Azúa publica en *Actas* un caso de dermatitis alérgica a parafenilendiamina en 1910[2]. Actualmente los dos grupos más relevantes de expertos en el mundo: la *European Society of Contact Dermatitis* (ESCD) y la *American Contact Dermatitis Society* (ACDS), que editan respectivamente las revistas *Contact Dermatitis* y *Dermatitis* (antigua *American Journal of Contact Dermatitis*), son sociedades científicas formadas casi íntegramente por dermatólogos. La contribución de los dermatólogos españoles en la historia de esta área de la medicina ha sido notable; sirva como muestra la primera descripción de una dermatitis de contacto linfomatoide[3] publicada por Gómez Orbaneja y Conde Salazar en 1976.

Las dermatitis de contacto son enfermedades esencialmente estudiadas por los dermatólogos[4] porque se presentan en pacientes con clínica cutánea variada y a menudo confusa, que obliga a individualizar un diagnóstico entre la compleja nebulosa «atopia-irritación-alergia-psoriasis-otros», aunque con cierta frecuencia coexistan varios de esos diagnósticos. El estudio de estos pacientes es misión del

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: marcoshervellag@gmail.com (M. Hervella Garcés).

0001-7310/$ – see front matter © 2011 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.
10.1016/j.ad.2011.12.004

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 24/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

dermatólogo y no de otro especialista, precisamente porque solo aquel tendrá la suficiente formación clínica en el diagnóstico y manejo de estos cuadros[5], y la avidez por curar al paciente, aun cuando su diagnóstico no fuera el de una alergia. En cierto modo la dermatitis de contacto encarna el paradigma de la patología dermatológica: es clínicamente polimorfa y con frecuencia difícil de controlar, aun cuando su tratamiento parezca *a priori* sencillo, se convierte a veces en un verdadero reto para el clínico, y nos evoca la imagen del dermatólogo-detective (Sherlock Holmes), muy arraigada en el subconsciente de algunos de nosotros, como ideal de profesional inquisitivo, paciente, reflexivo, resolutivo, solo satisfecho cuando entiende y soluciona el misterio al que se enfrenta.

Recientes medidas de recorte en salud están llevando contra las cuerdas a las contadas unidades de alergia cutánea de los servicios de Dermatología de hospitales españoles. En muchos casos el problema comenzó hace años con restricciones en la compra o el repuesto de alérgenos en estas unidades (un presupuesto exiguo, si lo comparamos con otros gastos) y se ha agravado con el planteamiento más reciente de algún gestor embriagado de lógica matemática —no clínica, práctica, ni de calidad— de que el estudio de unos cuantos (200-400) pacientes que generan varias visitas de revisión, y por tanto cierta carga asistencial, no es esencial para el funcionamiento del centro, y es por tanto prescindible. En algunos hospitales se ha optado por derivar a estos pacientes a otros servicios no dermatológicos, con la justificación de su reconocida «alta capacidad de resolución», no siempre pareja de la mejor práctica médica, ni de entender la «resolución» como eficacia curativa.

En la última reunión del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC), celebrada en Bilbao el 24 de septiembre de 2011, reunión a la que asistieron 70 dermatólogos, no se pudo evitar hablar, por un lado con cierta pesadumbre, sobre el oscuro futuro de este apasionante campo de la Dermatología, pero por otro lado intentando ver rayos de luz debido a la floreciente actividad científica del Grupo y del progresivo desarrollo profesional de muchos de sus miembros y colaboradores, no solo en el campo de las dermatitis, sino también en el estudio de la atopia, la urticaria, las toxicodermias —la denominada alergia cutánea—, con cada vez más presencia en actividades, foros y publicaciones nacionales e internacionales (25 comunicaciones en la última reunión de la *European Contact Dermatitis Society* [ESCD] en Estrasburgo)[6]. La elección de Barcelona como sede de la XIV reunión de la ESCD en 2014 es uno más de estos logros del trabajo desarrollado desde hace años por los españoles dedicados al estudio del eccema.

La prueba epicutánea es probablemente la herramienta diagnóstica más eficiente para el dermatólogo cuando se aplica con buen juicio (sospecha clínica), pues facilita el diagnóstico de los pacientes con dermatitis de contacto. La rentabilidad de las pruebas entre pacientes con dermatitis que se someten a estudio es alta: la mitad de los pacientes estudiados suelen ser diagnosticados de una sensibilización alérgica de contacto clínicamente relevante, pero además su fácil aplicación e interpretación para el dermatólogo, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario, la convierten en una herramienta clínica insustituible.

La creación de unidades específicas o superespecializadas de dermatitis de contacto y alergia cutánea ha dado lugar a un desarrollo notable de este campo, y permite mejorar la calidad de atención de los pacientes con dermatitis de los servicios de Dermatología que las han creado, porque por un lado se unifica y sistematiza el estudio y manejo de estos pacientes, lo que acelera el proceso diagnóstico y terapéutico, y por otro se libera a otros dermatólogos de la carga asistencial que aquellos originaban. A pesar de no tener una unidad clínica específica, otros muchos dermatólogos de hospitales comarcales y centros ambulatorios también aplican de forma autónoma las pruebas epicutáneas (al menos la serie estándar) en sus lugares de trabajo, con resultados muy satisfactorios y estimulantes.

La serie estándar de las pruebas epicutáneas es una batería de alergenos que se utiliza para el estudio inicial del paciente con sospecha de dermatitis de contacto. En ella se incluyen aquellos haptenos que son prevalentes y relevantes en una población diana. A pesar de contener un número limitado de alérgenos en muchos casos se trata de mezclas o combinaciones, de modo que sirvan de cribado amplio, y aunque no exhaustivo, su uso permite un estudio básico bastante completo. Diversas publicaciones han demostrado que la serie estándar aislada es capaz de diagnosticar hasta 4 de cada 5 dermatitis de contacto alérgicas[7].

Uno de los frutos de esta última reunión del GEIDAC es la actualización de la serie estándar española de pruebas epicutáneas, en la que se ha modificado un alérgeno de los 29 anteriores (Euxyl K400 es sustituido ahora por metildibromoglutaronitrilo al 0,5% en vaselina) y se han añadido 4 alérgenos más: fenoxietanol, primina, mezcla de fragancias II y Lyral (véase la tabla 1). El objetivo de esta modificación ha sido la de adaptar la serie basal española a la europea, manteniendo por el momento algunos alérgenos clásicos en nuestro medio, como la etilendiamina, la mezcla de carbamatos, el mercurio y la mezcla de sesquiterpenolactonas, que no están presentes en la serie europea. En los próximos años el estudio epidemiológico de los resultados de las pruebas en todas nuestras unidades de alergia cutánea nos ayudará a detectar cambios en las tendencias de sensibilización por contacto de nuestra población, y así actualizar la serie estándar española.

La defensa a ultranza de nuestro buen hacer no solo está en manos de los que nos dedicamos a las dermatitis, sino también en las de los tutores, promoviendo y exigiendo la formación de los residentes en este campo, de los jefes de servicio, manteniendo el pulso con las direcciones para seguir teniendo unidades de alergia cutánea en funcionamiento, y en definitiva de los dermatólogos en conjunto. Quisiera animar a todos a luchar y proteger este campo de la Dermatología como algo propio, de conocimiento obligado para nosotros, pues somos los especialistas de referencia para otros médicos como los de familia, alergólogos y médicos de empresa.

Otro gran reto para el futuro de nuestra especialidad será el de mantener como prioritaria la formación en dermatitis de contacto y alergia cutánea de nuestros residentes, de modo que un dermatólogo recién especializado sea capaz de realizar de forma autónoma el estudio básico de una dermatitis en cualquier ámbito asistencial en el que empiece su trabajo. Perder la capacidad de hacer pruebas epicutáneas

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 24/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

para cualquier servicio de Dermatología supone por tanto mucho más que dejar de diagnosticar unos cuantos casos de dermatitis alérgicas al año: significa que formaremos dermatólogos que no sabrán enfrentarse al diagnóstico diferencial de un eccema, con lo que eso conlleva.

Así que en el futuro inmediato tenemos dos tareas: por un lado mantener y desarrollar esta apasionante parcela de nuestra especialidad, y por otro garantizar su proyección de continuidad para las nuevas generaciones de dermatólogos, que para nuestro orgullo y beneficio esperamos que superen a sus maestros.

Tabla 1. Serie estándar de pruebas alérgicas de contacto recomendada por el Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea para el año 2012.

	Estándar GEIDAC 2012-
1.	Sulfato de níquel 5% pet
2.	Alcoholes de lana 30% pet
3.	Sulfato de neomicina 20% pet
4.	Dicromato potásico 0,5% pet
5.	Mezcla caínas 7% pet (se acepta benzocaína 5% pet)
6.	Mezcla de fragancias-I 8% pet
7.	Colofonia 20% pet
8.	Resina epoxi 1% pet
9.	Clioquinol 5% pet
10.	Bálsamo del Perú 25% pet
11.	Diclorhidrato de etilendiamina 1% pet
12.	Cloruro de cobalto 1% pet
13.	Resina p-tert butilfenol formaldehído 1% pet
14.	Mezcla parabenos 16% pet
15.	Mezcla carbas 3% pet
16.	Fenil IPPD 0,1% pet
17.	Cloro-metil-isotiazolinona (Kathon CG) 100 ppm aq (0,01% aq)
18.	Quaternium 15 (Dowicil 200) 1% pet
19.	Mercaptobenzotiazol 2% pet
20.	Parafenilendiamina 1% pet
21.	Formaldehído 1% aq
22.	Mezcla mercapto 2% pet
23.	Tiomersal 0,1% pet
24.	Mezcla tiuram 1% pet
25.	Mercurio 0,5% pet[a]
26.	Mezcla sequiterpenolactonas 0,1% pet[a]
27.	Tixocortol 21 pivalato 0,1% pet
28.	Budesonida 0,01% pet
29.	Metildibromoglutaronitrilo 0,5% pet[a,b]
30.	Mezcla de fragancias-II 14% pet[a,b]
31.	Lyral 5% pet[a,b]
32.	Primina 0,1% pet[a,b]
33.	Fenoxietanol 2% pet[a,b]

[a]Alérgenos no presentes en el *True Test*.
[b]Alérgenos nuevos-modificados respecto a la última serie estándar;

Bibliografía

1. Adams RM. Profiles of greats in contact dermatitis. I: Joseph Jadassohn (1863-1936). Am J Contact Dermatitis. 1993;4:58–9.
2. Azua J. Dermitis producida por una tintura para el pelo. Actas Dermosifiliogr. 1910;2:220–8.
3. Orbaneja JG, Diez LI, Lozano JL, Salazar LC. Lymphomatoid contact dermatitis: a syndrome produced by epicutaneous hypersensitivity with clinical features and a histopathologic picture similar to that of mycosis fungoides. Contact Dermatitis. 1976;2:139–43.
4. Smith DR. The continuing rise of contact dermatitis, Part 1: the academic discipline. Contact Dermatitis. 2009;61:189–93.
5. Sulzberger MB. The patch test–who should and should not use it and why. Contact Dermatitis. 1975;1:117–9.
6. White IR, White JML. Abstracts of the 10th Congress of the European Society of Contact Dermatitis (ESCD): Strasbourg, France, 15-18 September 2010. Contact Dermatitis. 2010;63 suppl 1:1–107.
7. Menné T, Dooms-Goosens A, Wahlberg JE, White IR, Shaw S. How large a proportion of contact sensitivities are diagnosed with the European standard series? Contact Dermatitis. 1992;26: 201–2.