

Ecceema de labios. Experiencia en la Unidad de Ecceema de Contacto de un centro terciario español

Lip eczema. Experience in the Contact Dermatitis Unit of a Spanish tertiary hospital

L. Loidi-Pascual, M. Hervella-Garcés, M. Larrea-García, R. Santesteban-Muruzábal, A. Agulló-Pérez, I. Yanguas-Bayona

RESUMEN

Fundamento. El eccema labial es un problema poco frecuente en las Unidades de Ecceema de Contacto (UEC). Hasta el momento han sido publicadas escasas series que muestren el perfil de estos pacientes y las causas de su eccema, ninguna de ellas española. El objetivo de este estudio fue el de analizar el perfil epidemiológico de los pacientes que acuden a la UEC en nuestro entorno, los diagnósticos principales y los alérgenos relevantes.

Material y métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes remitidos a la UEC en el período 2005-2014. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar ampliada del Grupo Español de Investigación en Dermatitis Alérgica de contacto (GEIDAC), productos propios y otras baterías complementarias.

Resultados. En los 78 pacientes estudiados, los diagnósticos más frecuentes fueron la dermatitis de contacto alérgica y la dermatitis atópica. Los alérgenos relevantes más frecuentes fueron los cosméticos y los fármacos tópicos.

Conclusiones. Es fundamental estudiar a los pacientes con eccema labial con pruebas epicutáneas para poder filiar correctamente su etiología y según esto, realizar un tratamiento más adecuado.

Palabras clave. Dermatitis alérgica de contacto. Ecceema. Pruebas epicutáneas. Cosméticos.

ABSTRACT

Background. Lip eczema is an infrequent problem in Contact Dermatitis Units (CDU). Very few series have been published to date that show the profiles of such patients and the causes of their eczemas, and none are Spanish. The goal of this study was to analyze the epidemiological profile of the patients who attend a CDU in our setting, the main diagnoses and the relevant allergens.

Methods. A retrospective review was made of the patients referred to the CDU in the 2005-2014 period. Patch tests were carried out with the extended standard series of the Spanish Research Group on Allergic Contact Dermatitis (*Grupo Español de Investigación en Dermatitis Alérgica de contacto – GEIDAC*), our own products and other complementary sets.

Results. The most frequent diagnoses in the 78 patients studied were allergic contact dermatitis and atopic dermatitis. The most frequent relevant allergens were cosmetics and topical medications.

Conclusions. It is essential to study the patients with lip eczema with patch tests to be able to correctly determine their etiology and accordingly to carry out the most suitable treatment.

Keywords. Cheilitis. Allergic contact dermatitis. Eczema. Patch tests. Cosmetics.

An. Sist. Sanit. Navar. 2015; 38 (3): 409-416

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Recepción: 18 de diciembre de 2014
Aceptación provisional: 15 de abril de 2015
Aceptación definitiva: 7 de septiembre de 2015

Correspondencia:

Leire Loidi Pascual
Servicio de Dermatología
Complejo Hospitalario de Navarra
Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
E-mail: leyre.loidi.pascual@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

El eccema labial puede deberse a múltiples causas, tanto endógenas como exógenas. Hasta el momento han sido publicadas escasas series de pacientes con este cuadro clínico¹⁻⁹, siendo las que aportan un mayor número de pacientes las provenientes de Singapur^{1,4}, Reino Unido⁵ y Estados Unidos⁸. De estos datos se concluye que en general, el eccema labial es un motivo de consulta poco frecuente en las Unidades de Eccema de Contacto (UEC), con una prevalencia del 1 al 3,4%. Entre los pacientes estudiados, la mayoría son mujeres de edad media y 30-46% tenían diagnóstico previo de atopia¹⁻⁹.

Las principales causas de eccema labial son la dermatitis atópica y la dermatitis alérgica de contacto. Los alérgenos relevantes más frecuentes son, entre otros, los dentífricos, los perfumes (Fragrance Mix I y bálsamo de Perú), la colofonia y el níquel¹⁻⁹.

Los principales objetivos de este trabajo son analizar el perfil epidemiológico de los pacientes que acuden a la UEC, los diagnósticos principales tras el estudio y los alérgenos relevantes.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos especializadas, no hemos encontrado más estudios que muestren series de similares características procedentes de un hospital español.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes remitidos para estudio de queilitis a la UEC del Servicio de Dermatología y que padecieran eccema labial de manera aislada o asociado a eccema en otras localizaciones. Todos ellos fueron derivados a esta Unidad por especialistas en Dermatología. En el periodo de 2005 a 2014 se estudiaron 78 pacientes y a todos se les realizó una completa anamnesis, exploración física y analítica sanguínea en el caso de que fuera necesario (IgE en caso de sospecha de dermatitis atópica). Así mismo, a todos ellos se les parcheó la serie estándar ampliada del Grupo Español de Investigación en Derma-

titis Alérgica de Contacto (GEIDAC)¹⁰, los productos propios en caso de disponer de ellos y otras baterías complementarias según la sospecha clínica (sobre todo la serie de cosméticos), suministradas por los laboratorios Chemotechnique Diagnostics AB y J. Martí Tor (Barcelona). La lectura de las pruebas se realizó el D2, D4 y el D7 de forma opcional. La lectura de las mismas se realizó según la escala de la *International Contact Dermatitis Research Group* (ICDRG). El diagnóstico de dermatitis atópica se llevó a cabo de acuerdo con los criterios diagnósticos de consenso de la Academia Americana de Dermatología de 2003¹¹. La relevancia de la positividad de las pruebas epicutáneas se establece según la presencia del alérgeno en productos que se haya aplicado previamente el paciente y según la mejoría clínica que presente tras la retirada del mismo.

En cuanto al análisis comparativo de los datos, en los casos en los que se contrastaron diferentes características entre grupos, se realizó una Chi cuadrado para la comparación de proporciones y en el caso de que no se cumplieran los requisitos necesarios, el test exacto de Fisher.

RESULTADOS

Los pacientes estudiados por queilitis en esta unidad fueron el 6% del total de parcheados en este periodo. El 87,18% eran mujeres, con un rango de edad de 7 a 86 años (media 41,64). El tiempo de evolución medio de las lesiones era de 25 meses (mediana de 11). El índice MOAHLFA (Male, Occupational, Atopy, Hand, Leg, Face, Age>40) de los pacientes se muestra en la tabla 1. Cabe destacar la diferencia en el porcentaje de mujeres (87,18%) y antecedentes de dermatitis atópica (28,21%) comparando con el total de pacientes estudiados durante este periodo.

Los diagnósticos principales más frecuentes tras el estudio completo fueron la dermatitis atópica (DA) (30%) y la de contacto alérgica (DCA) (27%), seguido de la irritativa (DCI) (13%) (Fig. 1). Los demás diagnósticos abarcaban la dermatitis perioral, otros eccemas como la dermatitis seborreica y la candidiasis oral crónica.

Tabla 1. Índice MOAHLFA. Comparativa de los pacientes con queilitis frente al total de los estudiados

	Cheilitis% (IC 95%)	Total estudiados% (IC 95%)
Male	12,82 (5,4 – 20,2)	39,2 (36,5 – 41,9)
Occupational	5,13 (0,2 – 9,9)	9,2 (7,6 – 10,8)
Atopy	28,21 (18,2 – 38,2)	16,7 (14,6 – 18,7)
Hand	17,95 (12,5 – 20,9)	41,7 (39,1 – 44,5)
Leg	1,28 (0 – 3,8)	11,6 (9,3 – 12,8)
Face	100 (96,2 – 100)	28,3 (25,8 – 30,8)
Age>40	52,56 (38,9 – 61,1)	60,9 (58,2 – 63,6)
Total	78	1.266

MOAHLFA: acrónimo utilizado para describir las características de la población estudiada.

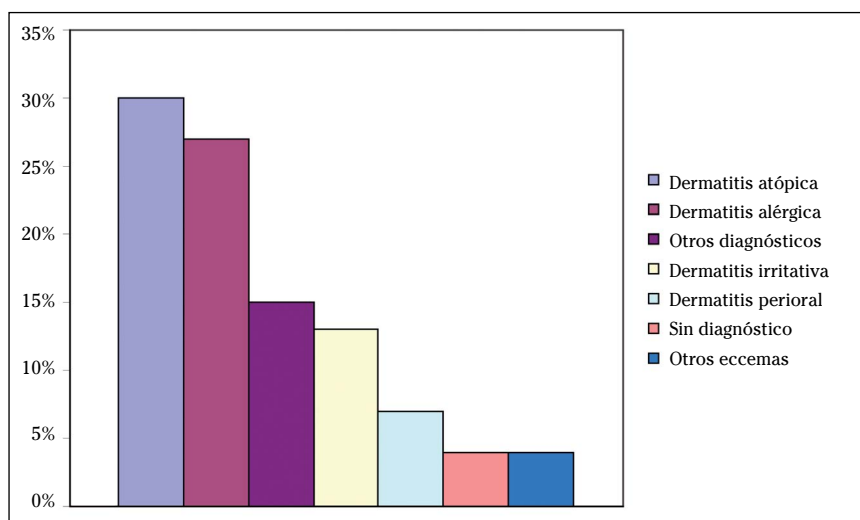


Figura 1. Diagnósticos principales de los pacientes estudiados.

Al separar a los pacientes según las edades, se observó que en pacientes menores de 30 años la causa más frecuente de queilitis es la atopia. Sin embargo, en mayores de 30 años los diagnósticos se encontraban más repartidos, siendo los más frecuentes la dermatitis atópica y la alérgica de contacto. Estas diferencias entre estos grupos de edad fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) (Fig. 2).

En cuanto a la queilitis alérgica de contacto, 54 pacientes mostraron al menos una prueba positiva en las pruebas epicutáneas, de las cuales 29 fueron relevantes. En la figura 2 se detallan los grupos de alérgenos relevantes. Los más frecuentes

fueron los cosméticos (38%), las plantas (21%), los fármacos (18%), y los perfumes (14%).

En la tabla 2 se muestran los alérgenos relevantes detallados de forma individual. Los alérgenos más específicos de la localización labial fueron los galatos –OR 29,23 (IC 95% 8,36/102,19)–, las plantas compuestas –OR 5,91 (1,5-22,7)– y los antivirales tópicos –OR 11,86 (2,61-53,96)–.

La batería estándar tan solo detectó el 36% de los alérgenos relevantes, por lo que fueron necesarias la estándar ampliada (14%), otras adicionales (29%, sobre todo cosméticos) y los productos propios (21%) para detectar el resto de alérgenos.

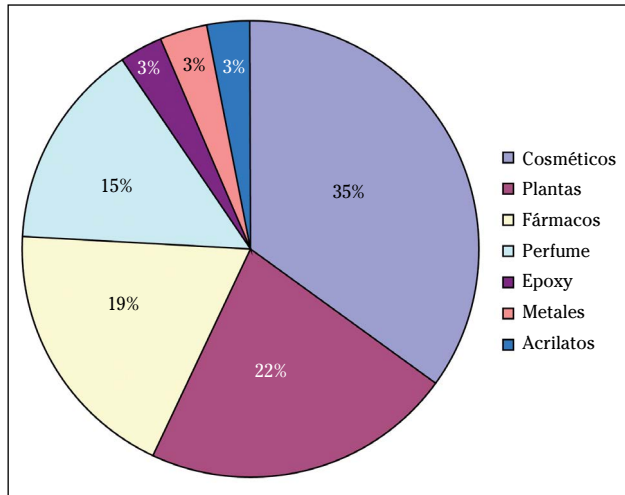


Figura 2. Alérgenos relevantes.

Tabla 2. Listado de alérgenos relevantes vistos de manera individual

		Alérgeno	Nº de casos relevantes
Cosméticos	Conservantes-antioxidantes	Galatos	4
		Formol	1
		MCI	1
	Vehículos	Lanolina	2
		DMAPA	1
	Otros	Persulfato amónico	1
		SSO	1
Plantas		Plantas compuestas	3
		Líquenes	2
		Madera cocobolo	1
Fármacos		Tromantadina	2
		Peróxido de benzoilo	1
		Captopril	1
		Aciclovir	1
Perfumes		Lyrál	1
		Fragance Mix I	1
		Geraniol	1
		Oakmoss	1
Metales		Niquel	1
Epoxy		Epoxy	1
Acrilatos		Laca de uñas propia	1

MCI: metilcloroisotiazolinona SSO: sorbitan sesquioleato DMAPA: dimetilaminopropilamina

DISCUSIÓN

En general, el eccema labial es un motivo de consulta poco frecuente en las unidades de eccema de contacto. Sin embargo, en nuestro estudio hemos encontrado una prevalencia algo mayor (6%) a las series previamente publicadas, que mostraban una frecuencia del 1-3,4%¹⁻⁹. En esta serie los datos demográficos de la po-

blación estudiada fueron similares, observándose una alta frecuencia de mujeres de edad media y una prevalencia de dermatitis atópica en torno al 37%. En la tabla 3 se muestra un resumen de las series publicadas hasta el momento de pacientes con queilitis.

En nuestra UEC la distribución de los diagnósticos más frecuentes fueron la DA, la DCA y la DCI.

Tabla 3. Resumen de las series previamente publicadas.

Serie (localización y año)	n (% del total)	Datos demográficos	Diagnósticos	Alergenos relevantes
¹ Singapur (1992)	27	Mujeres 78% 40,7% 20-29 años Atopia 33,3%	DCA 33% Endógena 33% Desconocida 33%	· Dentífricos · Barras labiales (lanolina, ácido ricinoleico, níquel)
² Australia (1999)	75 (3,4%)	Mujeres 71% Edad mediana 41 años	DCI 36% DCA 25% DA 19% Eccema de causa desconocida 9% Otros 9% DS 1%	· Fármacos tópicos · Barras labiales (isoeugenol, Fragrance Mix) · Fotoprotectores (oxibenzona) · Dentífricos (triclosan, menta) · Colofonia · Barnices de uñas · Instrumento musical (níquel)
³ India (1999)	8	Mujeres 75% Atopia 38% Edad media 25 años	DCA 75%	(relevancia no mencionada) · Galatos · Tiomersal · Mercurio · Sorbitan monooleato
⁴ Singapur (2000)	202	Mujeres 90% Edad media 31 años	Endógena 53% DCA 34% DCI 5,4%	· Cosméticos labios (ac. ricinoleico) · Dentífricos · Fragrance Mix
⁵ Reino Unido (2003)	146 (1,5%)	DCA: mujeres 95%, edad media 44 años, atopia 45%	DCA 22%	· Fragrance Mix · Shellac · Colofonia · M. Pereirae
⁶ Italia (2006)	83	Mujeres 71% Edad media 40 años Atopia 35%	DCI 37% DA 26% DCA 18%	· Fragrance Mix · Niquel · Euxyl K400 · M. Pereirae · Cosméticos propios
⁷ Italia (2008)	129	Mujeres 82% Edad media 42 años	DCA 65% DA 19% DCI 16%	· Niquel · Fragrance Mix · M. Pereirae · Neomicina
⁸ EEUU (2008)	196 (2%)	Mujeres 84% Edad media 47 años Atopia 37%	DCA 38% DCI	· Fragrance Mix · Niquel
⁹ Grecia (2008)	106 (1%)	Mujeres 75,5% Edad media 35 años Atopia 46%	DCA	· Niquel · M. Pereirae · Colofonia · Formaldehído · Galatos

DCI: dermatitis de contacto irritativa; DCA: dermatitis de contacto alérgica; DA: dermatitis atópica; DS: dermatitis seborreica

Galatos

De forma similar a otras series, los alérgenos relevantes más frecuentes fueron los cosméticos. Sin embargo, es llamativa la falta de similitud entre los alérgenos de forma individual. Las fragancias fueron un alérgeno relevante en cuatro casos (14%) y el níquel en tan solo uno (3% de todas las queilitis alérgicas de contacto). Ningún caso se debió a alergia al bálsamo de Perú o la colofonia.

Dentro de los cosméticos, cabe mencionar a los galatos, que fueron el alérgeno más frecuente en nuestro caso (36% de todos los cosméticos relevantes). Estos son sustancias antioxidantes que se utilizan como componentes de productos cosméticos, fármacos tópicos y alimentos. Son ésteres alquílicos del ácido gálico y se diferencian entre sí por su cadena lateral. Su función es evitar la oxidación de los ácidos grasos insaturados que contienen. Los principales galatos empleados en la industria son el galato de propilo, el galato de octilo y el galato de dodecilo. A pesar de su ubicuidad tanto en productos tópicos como en alimentos, el número de casos de dermatitis alérgica de contacto por galatos es relativamente escaso^{12,13}. En teoría, el incremento en la longitud de su cadena lateral se correlaciona con el aumento de su capacidad de sensibilizar, siendo el dodecil galato el que presenta mayor capacidad sensibilizante¹⁴. En la práctica clínica parece que el mayor porcentaje de dermatitis alérgica de contacto se debe al propil galato. Esto puede deberse a que es el más utilizado en la industria. En cuanto a los casos de DCA por galatos en España, cabe destacar la serie de García-Melgares y col¹⁵, donde recogieron 46 casos de este cuadro clínico.

En nuestra serie, todos los casos se dieron en mujeres de 45-50 años sin antecedentes de dermatitis atópica. Los alérgenos fueron relevantes definitivos o probables y el galato responsable se encontraba en la barra labial que utilizaba previamente la paciente. Ningún caso se consideró ocupacional.

Aunque en nuestro estudio éste fue un alérgeno muy importante, previamente tan solo se nombra en dos series realizadas en India³ y Grecia⁹.

Plantas

Las plantas son un componente ampliamente utilizado en los productos cosméticos¹⁶. Entre éstas, una de las familias más importantes es la de las plantas compuestas o *Compositae*. De entre sus componentes, las sustancias con mayor capacidad sensibilizante son las sesquiterpenolactonas. Aunque estas plantas son ampliamente utilizadas en productos cosméticos y fármacos tópicos, lo más típico es que produzca una dermatitis de predominio facial aerotransportada en trabajadores al aire libre (agricultores, granjeros, jardineros...).

Del total de pacientes con queilitis alérgica de contacto, en nuestra serie se observó un 21% de pacientes alérgicos a las plantas. Entre éstos, el 50% eran alérgicos a las plantas compuestas (3 casos), el 33% a los líquenes (2 casos) y el 17% a la madera (1 caso).

Antivirales tópicos

Teniendo en cuenta la amplia utilización de los antivirales tópicos, el número de DCA debidos a estos fármacos publicados es baja¹⁷. La tromantadina es un potente sensibilizante (40% de los casos con queilitis alérgica de contacto a fármacos de nuestra serie), con un amplio número de casos de alergia de contacto descritos hasta el momento¹⁷. Sin embargo, a pesar de que el aciclovir se usa más frecuentemente, es un sensibilizante menos potente (20% en nuestra serie). Una DCA a un preparado de aciclovir tópico, puede deberse a alergia al propio fármaco o algún componente del preparado, como el propilenglicol. Los pacientes alérgicos a este fármaco pueden desarrollar reacciones sistémicas con el uso por vía oral de aciclovir, valaciclovir, ganciclovir y famciclovir, por lo que la única alternativa válida sería el foscarnet o el cidofovir¹⁸.

Las diferencias en los alérgenos pueden deberse por un lado a que las series publicadas previamente proceden de estudios realizados en los años 1992 a 2008, con lo que los componentes de los cosméticos y los hábitos de utilización de éstos podrían diferir respecto a los actuales, sobre todo los de las primeras series. Por otro lado, esta desigualdad entre los alérgenos también puede deberse a las diferencias en los hábitos entre las poblaciones estudiadas y la nuestra.

Barras labiales

La principal fuente de dermatitis de contacto en nuestra serie fueron los productos cosméticos labiales. Estos son ampliamente utilizados, tanto en forma de perfiladores, barras o hidratantes labiales. Según una revisión realizada por Scheman y col¹⁹, los alérgenos más frecuentemente contenidos en estos productos son los derivados de la vitamina E, los parabenos, el propóleo, el ácido sórbico, el sorbitan sesquioleato (SSO), los perfumes y la lanolina. Dado el amplio uso de éstos, no es raro que en ocasiones den problemas de eccema de contacto. En nuestro estudio observamos cuatro casos de queilitis alérgicas de contacto debidas a perfumes (14%), dos a lanolina (6,8%) y uno a SSO (3,4%).

Hay que tener en cuenta que este estudio cuenta con un número limitado de pacientes, por lo que para poder tener conclusiones más firmes sería necesario tener más datos de otros centros. Sin embargo, pensamos que puede ser de utilidad para dermatólogos que vean pacientes con similares características a los descritos previamente, en áreas geográficas cercanas, para la orientación diagnóstica de los pacientes con eccema labial.

Ante un paciente con una dermatitis labial es fundamental realizar en primer lugar una correcta anamnesis y exploración cutánea, para poder excluir otras posibles causas de queilitis, tales como la queilitis actínica, infecciosa, granulomatosa, glandular, apostematosa... Es difícil establecer el diagnóstico de una queilitis solo con las características clínicas. Por ello, una vez

realizada la sospecha de eccema, será fundamental la realización de pruebas epicutáneas para concretar el diagnóstico. Esto es importante ya que dependiendo de la causa subyacente, el manejo terapéutico de la queilitis será diferente. En nuestra serie, con la batería estándar tan solo se encontró el alérgeno responsable de la DCA en un 36% de los casos. Por ello, además de ésta, es fundamental parchear los productos propios sospechosos y series adicionales como los cosméticos para llegar a identificar el alérgeno causante del cuadro clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. LIM JTE, NG SK, GOH CL. Contact cheilitis in Singapore. *Contact Dermatitis* 1992; 27: 263-264.
2. FREEMAN S, STEPHENS R. Cheilitis: analysis of 75 cases referred to a contact dermatitis clinic. *Am J Contact Dermat* 1999; 10: 198-200.
3. KANTHRAJ GR, SHENOI SD, SRINIVAS CR. Patch testing in contact cheilitis. *Contact Dermatitis*. 1999; 40: 285.
4. LIM SH, GOH CL. Epidemiology of eczematous cheilitis at a tertiary dermatological referral centre in Singapore. *Contact Dermatitis* 2000; 43: 322-326.
5. STRAUSS RM, ORTON DI. Allergic contact cheilitis in the United Kingdom: a retrospective study. *Am J Contact Dermat* 2003; 14: 75-77.
6. ZOLI V, SILVANI S, VINCENZI C, TOSTI A. Allergic contact cheilitis. *Contact dermatitis*. 2006; 54: 296-297.
7. SCHENA D, FANTUZZI F, GIROMOLONI G. Contact allergy in chronic eczematous lip dermatitis. *Eur J Dermatol* 2008; 18: 688-692.
8. ZUG KA, KORNIK R, BELSITO DV, DELEO VA, FOWLER JR. JF, MAIBACH HI et al. Patch- testing North American lip dermatitis patients: data from the North American Contact Dermatitis Group, 2001 to 2004. *Dermatitis* 2008; 19: 202-208.
9. KATSAROU A, ARMENAKA M, VOSYNIOTI V, LAGOIANNI E, STAVROPOULOS PG, KALOGEROMITROS D. Allergic contact dermatitis in Athens. *Contact Dermatitis* 2008; 59: 123-125.
10. HERVELLA M, FERNÁNDEZ-REDONDO V. La dermatitis de contacto en el siglo XXI. La apuesta del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC). *Actas Dermosifiliogr* 2012;103: 345-347.

11. EICHENFIELD LF, HANIFIN JM, LUGER TA, STEVENS SR, PRIDE HB. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 1088-1095.
12. MUÑOZ D, AUDICANA M, GASTAMINZA G, FERNÁNDEZ E. Dermatitis de contacto por galatos. *Alergol Inmunol Clin* 2002; 17: 173-177.
13. SCHNUCH A, GEIER J, UTER W, FROSCHE P.J. Patch testing with preservatives, antimicrobials and industrial biocides. Results from a multicentre study. *Br J Dermatol* 1998; 138: 467-476.
14. HAUSEN BM, BEYER W. The sensitizing capacity of the antioxidants propyl, octyl, and dodecyl gallate and some related gallic acid esters. *Contact Dermatitis* 1992; 26: 253-258.
15. GARCÍA-MELGARES ML, DE LA CUADRA J, MARTÍN B, LAGUNA C, MARTÍNEZ L, ALEGRE V. Sensibilización por galatos. Revisión de 46 casos. *Actas dermosifiliogr* 2007; 98: 688-693.
16. JACK AR, NORRIS PL, STORRS FJ. Allergic contact dermatitis to plant extracts in cosmetics. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32: 140-146.
17. HOLDINESS MR. Contact dermatitis from topical antiviral drugs. *Contact Dermatitis* 2001; 44: 265-269.
18. VERNASSIERE C, BARBAUD A, TRECHOT PH, WEBER-MULLER F, SCHMUTZ JL. Systemic acyclovir reaction subsequent to acyclovir contact allergy: which systemic antiviral drug should then be used? *Contact Dermatitis* 2003; 49: 155-157.
19. SCHEMAN A, JACOB S, KATTA R, NEDOROST S, WARSHAW E, ZIRWAS M et al. Lip and common dental care products: trends and alternatives. Data from the American contact alternatives group. *J Clin Aesthet Dermatol* 2011; 4: 50-53.