V. Dermatitis reaccionales e incapacidad laboral

Lourdes Alonzo Romero-Pareyón*

El término de "dermatitis reaccionales" es extraordinariamente amplio e incluye a todas aquellas dermatitis en las que ante estímulos exógenos y/o endógenos la piel tiene una respuesta inflamatoria. La dermatitis atópica, los prurigos, las farmacodermias y la dermatitis por contacto son los principales representantes.

Cuando nos referimos a dermatitis reaccionales e incapacidad laboral, obligadamente pensamos en dermatitis por contacto que, en este caso, corresponde a una dermatitis ocupacional.

Desde el punto de vista legal, se define como dermatitis ocupacional a la "enfermedad de la piel de causa física o química, ocasionada por irritantes o sensibilizantes, que obliguen a la interrupción del trabajo en forma permanente o recidivante"¹

Las dermatitis por contacto de origen ocupacional representan el 50% de todas las dermatitis por contacto y la mayor parte de ellas involucra las manos. Es la enfermedad ocupacional más frecuente y se estima que uno de cada 100 obreros la presenta. Predomina en varones entre los 20 y 40 años de edad y desde el punto de vista legal se indemniza como accidente laboral y es susceptible de pensión por invalidez.²

Las profesiones y oficios con mayor problema de dermatitis por contacto son los relacionados con la industria de la construcción, peluquería, panadería, industria del cuero, plásticos e imprenta.³⁻⁶ Los médicos, odontólogos y personal paramédico forman un grupo que puede presentar dermatitis de contacto de origen laboral, en ellos la dermatitis por contacto tanto alérgica como irritativa, por guantes de látex, es un problema frecuente.^{7,8}

En el Servicio de Dermatitis Reaccionales del Centro Dermatológico Pascua, de enero de 1994 a noviembre de 2001 se han atendido a 521 pacientes con dermatitis por contacto relacionada con el trabajo. Los enfermos con dermatitis por contacto ocupacional, constituyen el 39% de las dermatitis por contacto estudiadas y tenemos pacientes desde los 10 años de edad hasta los 86 años. La actividad laboral que ocupa el primer lugar en nuestro universo de trabajo es la de limpieza (22.8%),

seguida por los trabajadores de la construcción (19.2%), la mayor parte de estos pacientes carecen de servicio de seguridad social. Los sensibilizantes ocupacionales más frecuentes en los pacientes de nuestro servicio son: cromo (cemento, artes gráficas, tenería), hule (incluyendo aceleradores de la vulcanización y antioxidantes), resinas epóxicas (donde la dermatitis se produce básicamente, por el material no polimerizado y por endurecedores de resina), resinas de formaldehído que desde el punto de vista clínico tienen características despigmentantes y sensibilizantes.⁹

La visita laboral para establecer las condiciones del medio ambiente de trabajo, son un procedimiento complementario e indispensable para el diagnóstico y manejo adecuado del paciente.¹⁰

El tratamiento se establece como en cualquier dermatitis por contacto, evitando el alérgeno y los irritantes y tratando el estado seco o exudativo de la piel. Las medidas específicas de protección pueden ayudar. Los factores que influyen en el pronóstico son: la causa de la dermatitis, el tiempo que media entre el inicio de la dermatitis y la instalación de un tratamiento adecuado, la información que haya recibido el paciente acerca de los productos de trabajo que lo han sensibilizado y la posibilidad de evitar su contacto.

Los contactantes que ofrecen peor pronóstico son el cromo y el níquel debido a la ubicuidad de tales elementos no sólo en la industria, sino también en el ambiente doméstico. Por el contrario, las sustancias de uso restringido a algunos departamentos laborales y que habitualmente no existen fuera de ellos son de buen pronóstico. Uno de los puntos que hay que considerar es el poco o nulo beneficio que establece el cambio de profesión o la reubicación laboral del paciente e insistir en la gran cantidad de objeciones que presenta este tipo de decisión. De ser posible se deben modificar las sustancias de riesgo, sustituyéndolas por otras más inocuas. La educación del paciente es fundamental para su buena evolución. El enfermo debe ser manejado en un servicio especializado, donde se le pueda dar la orientación adecuada.^{1,10-12}

* Jefe de la Clínica de Dermatitis Reaccionales.
Profesor adjunto del Curso de Pregrado en Dermatología, UNAM.

Referencias

1. **García Pérez A, Conde-Salazar L, Jiménez Camarasa JM.** Tratado de Dermatosis Profesionales. Madrid, Ed. EUDEMA 1987;14-15.
2. **Conde-Salazar L, Ancona Alayón A.** Concepto y clasificación de las dermatosis profesionales. En: Dermatosis Profesionales. Signament Ediciones, S.L.Madrid. España 2000;19-24.
3. **Lushniak BD.** The epidemiology of occupational contact dermatitis. *Dermatol Clin* 1995;23:671-680.
4. **Conde Salazar L, Alvarado R, Guimaraens D, Romero L.** Epidemiología del eccema alérgico de contacto profesional. Estudio de 363 casos. *Actas Dermosifilogr* 1998;75:143-150.
5. **Ancona Alayón A, Aranda Martínez.** Dermatitis por contacto ulcerada por concreto premezclado (Cement burns). *Med Cut ILA* 1997;3-4:209-212.
6. **Fregert S.** Occupational Dermatitis in a 10 years material. *Contact Dermatitis* 1975;2:96-107.
7. **Gómez de la Fuente E, Ortiz de Frutos FJ.** Dermatitis por contacto irritativa en las manos. *Piel* 1999;14:411-417.
8. **Turjanmaa K.** Update on occupational natural rubber latex allergy. *Dermatologic Clinics* 1994;12(3):561-567.
9. **Alonzo-Romero L.** Servicio de Dermatosis Reaccionales. *Rev Centro Dermatol Pascua* 1997;6:154-157.
10. **Marrakchi S, Maibach H.** What is occupational contact dermatitis? An Operational Definition. *Dermatologic Clinics* 1994;12(3):477-483.
11. **Rietschel R, Fowler J.** Occupational dermatitis in Fisher's Contact Dermatitis. Williams & Wilkins Ed. 1995; 4th. Ed: 551-589.
12. **Alonzo-Romero L.** Dermatitis por Contacto Ocupacional. *Rev Centro Dermatol Pascua* 1999;8:89-95.