

CLINICAL CASES

Dermatitis sistémica de contacto por tetracaínas

M. Huerta Brogeras, J.A. Avilés, M. González-Carrascosa, P. de la Cueva, R. Suárez y P. Lázaro

Servicio Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

RESUMEN

Varón de 71 años que presenta lesiones eccema-to-purpúricas en zona inguinal, de un día de evolución. 48 horas antes se le había practicado una resección transuretral por hipertrofia benigna de próstata. Durante la intervención se le aplicó el anestésico tópico tetracaína, base del denominado "lubricante urológico" (LU), exclusivamente en la sonda uretral y glande. El paciente refería que en anteriores ocasiones había tenido fisuras perianales tras la aplicación de cremas antihemorroidales. Se le realizó biopsia y pruebas alérgicas de contacto que incluyeron la batería estándar de alergenos y los propios del LU. A las 24 y a las 48 horas se confirmó resultado positivo a la mezcla de caína (+++) y LU (+++). El LU tópico fue testeado en 20 pacientes control, resultando negativo en todos ellos. El diagnóstico fue de ecema sistémico de contacto por caína. El proceso se resolvió en 7-10 días tras aplicación tópica de corticosteroides, y la toma de antihistamínicos orales.

Palabras clave: Tetracaínas. Eccema sistémico de contacto. Urología.

Tetracaine-induced systemic contact-type dermatitis

ABSTRACT

We report the case of a 71-year-old-man with dermatitis in the groin area. Forty-eight hours previously,

Correspondencia:

M. Huerta Brogeras
Juan Bravo, 59 5º A. 28006 Madrid. Spain
Tel.: 649905338
Fax: 915740990
E-mail: mhbrogeras@hotmail.com

he had undergone transurethral resection for benign prostatic hyperplasia. During the prostatectomy, the probe was lubricated with a urological ointment containing the topical anesthetic, tetracaine. The patient had previously experienced severe pruritus and fissures in the perianal area after using antihemorrhoidal ointments. Biopsy and patch testing with the standard series and lubricant ointment showed positive reactions to this lubricant, called "urological lubricant" (UL) (++) with caine mix (++). The patient was diagnosed with systemic contact-type dermatitis due to caine mix. The dermatitis improved with topical steroids and oral antihistamine agents.

Key words: Tetracaines. Systemic contact eczema. Urology.

INTRODUCCIÓN

En pacientes sensibilizados previamente a un alergeno, existen casos de eccema sistémico de contacto con lesiones más o menos generalizadas, provocadas por administración oral, nasal, odontológica, oftalmológica o intrauretral.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 71 años que desde el día anterior presenta lesiones localizadas en zona inguinal, abdomen y miembros superiores, consistentes en pápulas confluentes que forman placas eccemato-purpúricas.

El paciente estaba ingresado en el servicio de urología, donde 48 horas antes se le había practicado una resección transuretral de próstata por presentar hipertrofia benigna. Como es habitual en esta clase de intervenciones, se le aplicó el "lubricante urológi-

Tabla I**Componentes del “lubricante urológico”**

Tetracaína clorhidrato 1 %
Glicerina
Almidón de maíz
Tragacanto
Parahidroxibenzoato de metilo 1 %
Etanol 5 %
Agua purificada

co” (LU) Organón®, que es una pomada hidrosoluble que contiene el anestésico tópico tetracaína. Se le aplicó exclusivamente en el glande y en la sonda uretral. Como antecedente relevante, el paciente refería que en anteriores ocasiones había tenido fisuras perianales tras la aplicación de cremas antihemorroidales, que usaba con frecuencia. No pudo aportar el nombre comercial de esas cremas.

El aspecto de las lesiones correspondía al de una placa eccematosa, purpúrica, formada por pápulas milimétricas eritematosas que se agrupaban y dibujaban perfectamente en la ingle, el contorno del pene y de la bolsa escrotal (fig. 1). En estas zonas no se había aplicado el lubricante urológico. Se llevaron a cabo pruebas alérgicas de contacto que incluyeron la batería estándar de alergenos y los contenidos en el LU (tabla I): A las 24 y a las 48 horas se confirmó resultado positivo a caína-mix (++), (fig. 2) y al LU (++) (fig. 3).

El alergeno propio LU® fue testado en 20 pacientes control, resultando negativo en todos ellos.

El examen anatomo-patológico mostró en el tercio superior de dermis, un infiltrado inflamatorio perivascular, constituido por linfocitos, histiocitos y algunos eosinófilos, acompañados de hematíes extravasados. En epidermis se encontró espongiosis moderada.

Por las características de las lesiones y por los resultados obtenidos en el estudio, se confirmó el diagnóstico de eccema sistémico de contacto por sensibilización a tetracaínas. El proceso se resolvió en 7-10 días tras aplicación tópica de corticosteroides, y antihistamínicos orales.

DISCUSIÓN

El eccema alérgico de contacto se produce generalmente por exposición tópica del alergeno. Existe también el denominado eccema sistémico de contacto, en el cual tras una sensibilización previa, tópica o sistémica, se desencadenan las lesiones cutáneas.

Las reacciones alérgicas de contacto están mediadas por un mecanismo de hipersensibilidad



Figura 1.—Clínica: Pápulas confluentes eccemato-purpúricas en ingle.

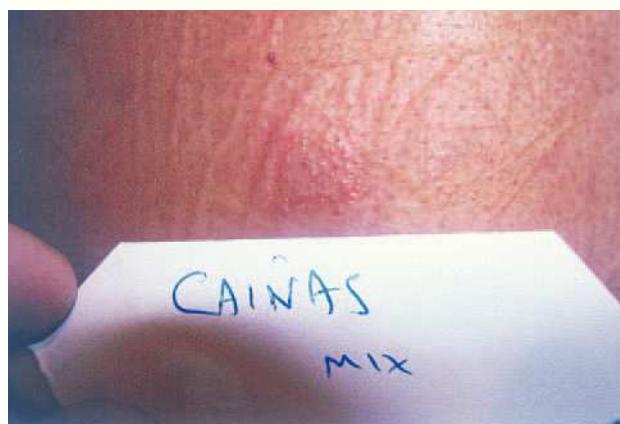


Figura 2.—Cainas-mix positivo (++).



Figura 3.—Prueba del parche positiva con “lubricante urológico” (++).

tipo IV. En el caso concreto del eccema sistémico de contacto en un paciente sensibilizado previamente, las lesiones pueden aparecer incluso en pocas horas.

Esto sugiere que el mecanismo del eccema sistémico de contacto además de ser de tipo IV, requiere de una reacción de hipersensibilidad de tipo III en su patogenia¹.

Desde el punto de vista clínico el eccema sistémico de contacto es muy variado. Puede tener el aspecto del eccema dishidrótico, con lesiones vesiculosa en cara palmar y volar de manos, así como en espacios interdigitales. Generalmente son muy pruriginosas. También puede presentarse como un exantema generalizado simétrico en axilas, párpados, zonas laterales de cuello e ingles máculo-pápulo-vesiculoso. Hay casos descritos de reacciones tipo eritema multiforme, púrpura o vasculitis². Y ocasionalmente pueden aparecer lesiones urticiformes³, acompañando a las lesiones típicas eccematosas. La clínica cutánea puede ir acompañada o no de sintomatología sistémica.

Probablemente nuestro paciente desarrolló una sensibilización previa por la crema anti-hemorroidal aplicada años antes. Esta crema es casi seguro que llevaba caínas como anestésico tópico en su composición.

La tetracaína es un anestésico local que químicamente corresponde a un éster amínico terciario del ácido p-aminobenzoico. Ha recibido diversos nombres como ametocaína⁴, pantocaína, anetaína, decicaína, butethanol, dicaína, pontocaína y tonexol. Se ha demostrado que la tetracaína es un potente sensibilizante en cobayas, pero aun así su uso es muy frecuente⁵.

Los anestésicos locales del grupo éster incluyen benzocaína, tetracaína, procaína, y cloroprocaína. Las del grupo amida son lidocaína, prilocaina, mepivacaína bupivacaína y etidocaína. Estos dos grupos de moléculas tienen estructuras diferentes. Y así se explica la diferente alergenidad y la ausencia de reacciones cruzadas^{6,7}.

Se emplea como anestésico tópico en numerosas especialidades pero principalmente la manejan los otorrinolaringólogos, oftalmólogos, odontólogos y urólogos en concentraciones de 0,1 a 3 % habitual-

mente. Varias publicaciones hacen referencia a la sensibilización a la tetracaína en pacientes de estas especialidades. Es más, la mayoría de los artículos de dermatitis de contacto a tetracaína hacen referencia a dermatitis ocupacionales⁸. Existe un caso de eccema alérgico de contacto en piel peri-estoma abdominal⁹. Más de 30 productos farmacéuticos contienen este anestésico, de los cuales en España hay unos 15 comercializados.

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso clínico de eccema sistémico de contacto por caínas en un paciente sensibilizado previamente por contacto no profesional con caínas tópicas aplicadas en forma de antihemorroidal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rietschel RL, Fowler JS Jr. Systemic Contact-Type Dermatitis. En: Beth Barry, et al, editores. Editorial Lippincott Williams and Wilkins. Fisher's Contact Dermatitis. Usa: Philadelphia; 2001. p. 89-100.
2. Meneghini CL, Angelini G. Secondary polymorphic eruptions in alergia contact dermatitis. Dermatologica. 1981;163:63.
3. Mancuso G, Masara N. Contact urticaria and severe anaphylaxis from rifamycin SV. Contact Dermatitis. 1992;27:124.
4. García Pérez A, Conde-Salazar L, Guimaraens D, García Bravo B, López Correcher B. La sensibilidad de contacto a ametocaína. Actas Dermo-Sif. 1981;72:441-448.
5. Kavelman K, Semmelmann J, Fork G. Experimental animal study of the allergenicity of Tetracaine. Contact Dermatitis. 1978;4:374.
6. Young Lee Al. Allergic contact dermatitis from dibucaine in proctosedyl ointment without cross-sensitivity. Contact Dermatitis. 1998;39:261.
7. Sánchez-Pérez J, Cordoba S, Feal Cortizas C, García-Díez A. Allergic contact balanitis due to tetracaine (amethocaine) hydrochloride. Contact dermatitis. 1998;39:268.
8. Dawe RS, Watt D, O'Neill S, Forsyth A. A laser-clinic nurse with allergic contact dermatitis from tetracaine. Contact Dermatitis. 2002;46:306.
9. Fernández-Redondo V, León A, Santiago T, Toribio J. Allergic contact dermatitis from local anaesthetic on peristomal skin. Contact dermatitis. 2001;45:358.