

2018



GUÍA DE ACTUACIÓN Y DIAGNÓSTICO
DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

04 DERMATITIS POR CONTACTO



Hoy, mañana, siempre
Prevenir es trabajo de todos los días



AUTORIDADES

Ing. MAURICIO MACRI
Presidente de la Nación

Lic. DANTE SICA
Ministro de Producción y Trabajo

Cdor. GUSTAVO DARÍO MORÓN
Superintendente de Riesgos del Trabajo

Grupo de Trabajo

COORDINADORA DEL GRUPO DE TRABAJO

Dra. Sonia Gaviola
Médica Especialista en Medicina del Trabajo y Dermatología
Gerencia de Comunicación y Relaciones Institucionales

Dra. Marta Patricia La Forgia
Médica Especialista en Dermatología y Alergia e Inmunología
Universidad Nacional de Tres de Febrero

Dra. E. del Pilar Rodriguez
Médica Especialista en Medicina del Trabajo
CEISAT-Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Dra. María Martha Sapoznik
Médica Especialista en Medicina del Trabajo
CEISAT- Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Mg. Adela Contreras
Magister en Ciencias Sociales con mención en salud
CEISAT- Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Revisiones - Colaboración

Dr. José María Ramada Rodilla
Médico Especialista en Medicina del Trabajo
Centro de Investigaciones en Salud Laboral (CISAL)
Universidad Pompeu Fabra Barcelona.

Dr. José Hernán Alfonso
MD, PhD ,Chief Attending Physician, specialist in Occupational Medicine of Department of Occupational Medicine and Epidemiology of National Institute of Occupational Health (Oslo, Noruega)

COMISIÓN MÉDICA CENTRAL
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

CEISAT

Coordinación de Estudios e Investigación de Salud del Trabajo
Gerencia de Comunicación y Relaciones Institucionales

Prólogo

Desde su fundación, en 1918, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) viene estableciendo normas relacionadas con la salud y seguridad laboral. Se calcula que cada año, en todo el mundo, se producen cerca de 2 millones de muertes debido a enfermedades provocadas por trabajo, mientras que el número anual total de casos de enfermedades profesionales no mortales se calcula en 160 millones.

Pese a que en las últimas décadas los sistemas de seguro de contingencias profesionales han contribuido con éxito a la reducción de los accidentes de trabajo, la prevalencia de las enfermedades profesionales sigue aumentando. Por esta razón, es necesario intensificar los esfuerzos para reducir su incidencia mediante medidas específicamente destinadas a prevenirlas.

La gestión de estas patologías es un desafío de complejidad creciente que habrá que resolver caminando juntos, ya que son muchos los involucrados en ella: médicos y enfermeros del trabajo, médicos del Sistema Público de Salud, profesionales de la prevención de riesgos laborales, entidades gestoras entre otros.

Este es el espíritu que ha impulsado a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a elaborar estas "Guía de Actuación y Diagnóstico de Enfermedades Profesionales".

Estos documentos aspiran ser una modesta y ordenada recopilación de información y experiencia acumulada por profesionales formados y ejercitados en la prevención de la salud laboral. Es parte de un conjunto de otras guías; entre ellas referidas a enfermedades dermatológicas ocupacionales, enfermedades respiratorias ocupacionales, trastornos musculo esqueléticos, enfermedades profesionales derivadas de exposición a tóxicos laborales.

La idea es contribuir a la formación y capacitación de los profesionales vinculados al ámbito laboral, así como otorgar herramientas, información, lineamientos, experiencias para el seguimiento y prevención de enfermedades profesionales.

Sus destinatarios principales son los profesionales que desarrollan actividades en el campo de la salud ocupacional, incluyendo a:

- Los profesionales médicos que desarrollan su actividad en las Comisiones Médicas de la SRT, en las ART y en otros ámbitos.
- Los profesionales del ámbito de salud ocupacional y licenciados técnicos de higiene y seguridad.

Es de esperar que el contenido sea de utilidad y permita mejorar la detección las enfermedades profesionales, facilitar su calificación, como potenciar las acciones de prevención y conseguir una notificación fiable.

Muchas Gracias



Cdr. Gustavo Darío Morón
Superintendente de Riesgos del Trabajo

ÍNDICE

- PRÓLOGO
 - 1. INTRODUCCIÓN
 - 2. ALCANCE DE APLICACIÓN
 - 3. EPIDEMIOLOGÍA
 - 4. DEFINICIÓN DERMATOSIS OCUPACIONAL
 - 5. CLASIFICACIÓN DE LAS DERMATITIS POR CONTACTO (Raycroft)
 - 6. CLASIFICACIÓN CRONOLÓGICA/EVOLUTIVA
 - 7. FACTORES PREDISPONENTES Y TRABAJADORES AFECTADOS
 - 8. DERMATITIS IRRITATIVA POR CONTACTO OCUPACIONAL
 - 9. DERMATITIS ALÉRGICA POR CONTACTO OCUPACIONAL
 - 10. DIAGNÓSTICO PARA DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA Y ALÉRGICA
 - 11. DETERMINACIÓN DE CAUSALIDAD
 - 12. TRATAMIENTO
 - 13. FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN
 - 14. PRINCIPIOS DE PREVENCIÓN PARA DERMATITIS POR CONTACTO OCUPACIONALES
 - 15. Anexo I: REGISTRO MÉDICO
 - 16. Anexo II: ELEMENTOS CLAVES PARA VALORAR LA RELACIÓN OCUPACIONAL
 - 17. Anexo III: LESIONES ELEMENTALES EN DERMATOLOGÍA
 - 18. Anexo IV: DECRETO 658/96 LISTADO DE COMPETENCIA DERMATOLÓGICA
 - 19. GLOSARIO
 - 20. BIBLIOGRAFÍA
-

1. Introducción

La piel es un órgano biológicamente activo que separa y conecta el cuerpo humano al mundo exterior. Un ser humano que pesa 65 Kg., tiene un área de 1,8 m² de piel que a su vez pesa 7 kg. Una de sus funciones más importantes es constituir una barrera que impida las pérdidas innecesarias del cuerpo así como protegerlo del daño externo tanto biológico (bacterias, hongos, virus) como químico o físico.

La piel, además, tiene un papel protagónico en el control de la temperatura corporal y en la detección de las sensaciones de calor, frío y dolor. El sentido del tacto permite la manipulación de objetos e instrumentos y es indispensable para el contacto interhumano.

La peculiar condición de la piel de ser superficie de contacto entre nosotros y el ambiente posibilita las lesiones por agentes que la injurien. En muchas ocupaciones la piel está expuesta a daños a través de agentes de riesgo tanto químico como físico, ergonómico y biológico. La sensibilidad o predisposición que tiene la piel para el daño varía de un individuo a otro, así como su capacidad de recuperación.

En el contexto laboral una enfermedad profesional se desarrolla cuando interactúan la barrera cutánea y los agentes de riesgo. La gravedad y el curso de una enfermedad cutánea están determinados por la calidad de la piel, las características de los factores agresivos, el tiempo de exposición, el momento del diagnóstico y el tratamiento instituido.

Al ser la piel nuestra interfase con el medio ambiente, puede ser dañada tanto por sustancias o condiciones del mismo y dichas noxas pueden estar presentes en el ámbito laboral

2. Alcance de aplicación

La guía está dirigida a sistematizar información para unificar criterios de identificación, evaluación, seguimiento y adopción de medidas preventivas en el ámbito de la salud ocupacional.

3. Epidemiología

Las enfermedades cutáneas ocupacionales **se ubican dentro de las segundas enfermedades ocupacionales más frecuentes según el Instituto Nacional para la Salud y la Seguridad Ocupacional de EE.UU. (NIOSH)**. Se estima que más de 13 millones de ciudadanos están potencialmente expuestos a químicos que pueden absorberse por la piel.

Recientes estudios¹ muestran que con una cifra de incidencia

¹ Thielitz, A John S Occupational contact dermatitis in Johansen JD et al (edt) Quick guide to Contact Dermatitis. Springer-Verlag Berlín Heidelberg 2016: 103-14.

de 7 cada 100.000 las enfermedades ocupacionales de la piel, constituyen más del 30 al 40% de todas las notificaciones en los países occidentales industrializados y conllevan una importante carga macroeconómica. La misma puede cuantificarse aproximadamente en 1.5 billones de euros para Alemania, más de 5 billones anuales de euros para la comunidad europea y más 11 billones de dólares para los EE.UU.

Sin embargo, se supone que la cifra real de incidencia de las mismas está subestimada. Los sistemas de registros suelen ser incompletos como resultado del subdiagnóstico o el bajo número de denuncias de la especialidad sobre todo en los casos relativamente poco graves. Esto significa que se las **subestima tanto en las estadísticas como en la implementación de medidas de prevención**, lo que para la Comisión de la Unión Europea ha sido considerado prioritario para resolver.

De todas las enfermedades cutáneas ocupacionales, entre 79 y el 95%, corresponden a las dermatitis por contacto, siendo el eccema el más frecuente y los diagnósticos de urticaria por contacto, foliculitis/acné, causas mecánicas/traumáticas y neoplasias, los menos habituales.

Las dermatitis por contacto representan prácticamente el 90% de las dermatosis profesionales, sobre todo entre los trabajadores industriales y están localizadas en su mayoría, en las manos, solas o en combinación con otra localización^{2 3}

Las dermatitis por contacto representan aproximadamente entre 10,9% a 51% de todos los casos de dermatitis. La prevalencia se estima entre el 4 y el 37% según la profesión de riesgo, con una incidencia de 5,5 casos por 1.000 personas por año⁴.

Las enfermedades cutáneas ocupacionales resultan una importante pérdida de días de trabajo y, según un estudio regional⁵, se debe cambiar la ocupación en el 4% de los casos. Algunos pacientes persisten con la dermatitis a pesar de la evitación, por lo cual se enfatiza la importancia de la prevención.

La evolución hacia la cronicidad ha sido comunicada en casi la mitad de los casos de dermatitis por contacto ocupacionales con importante impacto en la calidad de vida⁶.

² Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M. et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009;160:353-358

³ Thyssen J.P., Johansen J.D., Linneberg A., Menné T. The epidemiology of hand eczema in the general population-prevalence and main findings. *Contact Dermatitis* 2010;62:75-87

⁴ Duarte I., Rotter A., Lazzarini R. Frequency of occupational contact dermatitis in an ambulatory of dermatologic allergy. *An Bras Dermatol* 2010;85:455-459.

⁵ Hernández E, Giesen I, Araya I. Análisis de las dermatitis de contacto ocupacionales en Chile. *Piel*. 2011;26: 436-445

⁶ Duarte I., Rotter A., Lazzarini R. Frequency of occupational contact dermatitis in an ambulatory of dermatologic allergy. *An Bras Dermatol* 2010;85:455-459

Las enfermedades cutáneas ocupacionales se ubican en el segundo lugar de todas las ocupacionales y la mayoría corresponde a dermatitis por contacto. Sin embargo suelen ser subestimadas.

4. Definición: Dermatitis Ocupacional

Para el X Congreso Íbero-Latinoamericano de Dermatología en 1983, la definición de dermatitis ocupacional es: "toda afectación de la piel, mucosas o anexos, directa o indirectamente causada, condicionada, mantenida o agravada por todo aquello que sea utilizado en la actividad profesional o exista en el ambiente de trabajo"

En Argentina, la Ley N° 24.557, considera enfermedades ocupacionales/profesionales a las incluidas en el Decreto N° 658/96 y 49/14 (Anexo IV).

5. Clasificación de las dermatitis por contacto según Rycroft⁷ 8

Tipo	Mecanismo de producción
Dermatitis irritativa por contacto	Inflamación cutánea no específica
Dermatitis alérgica por contacto	Reacción de hipersensibilidad tipo IV
Reacciones inmediatas por contacto (comprende urticaria por contacto y dermatitis por contacto a proteínas)	Reacción de hipersensibilidad tipo I con IgE específica (en algunos casos). Dermatitis por contacto proteica: combinación de tipos I y IV
Reacciones fotoalérgicas y fototóxicas por contacto	Inflamación no específica por fotocontactante o de hipersensibilidad tipo IV por fotoalérgeno.
Reacciones no eccematosas por contacto	En algunos casos con demostración de reacción de hipersensibilidad tipo IV
Dermatitis por contacto sistémicas	Reacción de hipersensibilidad tipo IV con ingreso del hapteno por vía distinta a la piel

Desde el punto de vista práctico, dermatitis irritativa y dermatitis alérgica son los diagnósticos más frecuentes, y ambos cuadros se caracterizan a continuación. La

⁷ Rycroft RJG, Menne T, Frosch PJ, eds. *Textbook of Contact Dermatitis 1995* 2nd ed. Springer-Verlag Berlin, Germany

⁸ Veien NK. Clinical features. In: Rycroft RJG, Menné T, Frosch PJ, eds. *Textbook of Contact Dermatitis*. 2nd ed. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag 1995. p. 154-204.

localización anatómica más frecuentemente afectadas son: las manos (65 a 70% de los casos) y en segundo lugar las muñecas, seguidos de antebrazos (18 a 30% de los casos), cara (15,6%) y piernas (12%). Sin embargo, la localización exacta de las lesiones dependerá de las características de la exposición⁹.



Dermatitis alérgica por contacto en un trabajador de curtiembre. Placas hiperqueratósicas confluentes con base eritemato violácea.

6. Clasificación cronológica/evolutiva

El eccema se clasifica de acuerdo con los criterios morfológicos y evolutivos en agudo, subagudo y crónico.

- **Forma aguda:** se manifiesta como eritema, pápulas (edema), vesículas y secreción serosa.
- **Forma subaguda:** eritema, xerosis (piel seca) y descamación.
- **Forma crónica:** xerosis, descamación, fisuras, hiperqueratosis (engrosamiento de la piel) liquenificación (engrosamiento de la piel con acentuación de los pliegues), y ausencia de vesiculización.

Desde el punto de vista etiopatogénico los eccemas se pueden dividir en dos grupos principales:

- **Causa endógena:** factores constitucionales, con cierta influencia genética, con la dermatitis atópica como representativo característico.
- **Causa exógena:** factores ambientales, irritativos o alérgicos, físicos y mecánicos (dermatitis por fricción) representadas por las dermatitis por contacto.

⁹ Fonacier L., Bernstein D.I., Pacheco K., Holness D.L. et ál. *Contact Dermatitis: a practice parameter-update 2015*. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2015;3: S1-39

Las dermatitis por contacto se clasifican clínicamente de acuerdo a su mecanismo de producción, morfología y tiempo de evolución. Afectan primariamente áreas de piel expuestas a los contactantes, fundamentalmente manos, miembros superiores y cara. En casos crónicos, las de etiología alérgica, pueden extenderse a otras zonas aún sin contacto directo.



Dermatitis por contacto irritativa aguda por iodo Povidona en enfermera.



Trabajador metalúrgico con lesiones hiperqueratósicas en palmas correspondientes a un ecema por contacto crónico con sensibilización al níquel.

7. Factores predisponentes y trabajadores afectados

Las dermatitis por contacto ocupacionales resultan de una compleja interacción de:

- Factores exógenos: irritativos o alérgicos.
- Factores de predisposición endógena, como por ejemplo la atopía y la piel "sensible".
- Factores físicos causantes como presión mecánica, fricción e influencias climáticas como temperatura y humedad también pueden influir.

El trabajo húmedo es uno de los principales factores de riesgo para ecema en las manos, y puede definirse como aquellas actividades en las que los trabajadores deben sumergir sus manos en líquidos durante más de 2 horas por turno o usar guantes impermeables (oclusivos) durante el mismo período, o lavarse las manos más de 20 veces por turno¹⁰.

En una misma tarea pueden entrar en contacto con la piel sustancias irritantes y alérgicas, por ello debe considerarse la posibilidad de que la irritación promueva la sensibilización, es decir la alergia.

Para calificar el impacto de las dermatitis por contacto ocupacionales puede utilizarse el siguiente índice de gravedad¹¹:

- **Grado 1:** leve, no afecta la continuidad del trabajo
- **Grado 2:** moderada, afecta el trabajo, licencias por enfermedad cortas
- **Grado 3:** grave, restringe el trabajo, licencias por enfermedad largas

8. Dermatitis irritativa por contacto ocupacional

Las dermatitis irritativas por contacto son reacciones inflamatorias no específicas provocadas por el daño directo de un agente externo a las células epidérmicas (queratinocitos). El irritante puede causar, desde el punto de vista patofisiológico: disrupción de la función de barrera cutánea en la capa córnea y cambios de las células epidérmicas con liberación de mediadores de inflamación. Una vez producido el daño, este tiende a perpetuarse aún con contactos de menor cuantía, por lo que la **identificación de los pacientes con signos precoces de irritación (sequedad de la piel, eritema y picazón) y de las sustancias irritantes en los estadios incipientes es muy importante para planear una estrategia de prevención y evitar la cronificación¹².**

¹⁰ Behroozy A, Keegel T Wet-work Exposure: A Main Risk Factor for Occupational Hand Dermatitis Saf Health Work. 2014 ; 5: 175-180.

¹¹ Van der Walle HB, Piebenga WP. In: Skin and Occupation (Anonymous) Arnhem: Centre for Skin and Occupation, 2004.

¹² La Forgia M. Dermatitis irritativa por contacto. Dermatol Argent 2012;18: 186-197.

La irritación depende en gran medida del tipo de agente químico, de su concentración, del modo de la exposición, de los factores concomitantes ambientales y de predisposición individual. Esta enfermedad es la causa más frecuente de dermatitis de contacto de origen ocupacional. La mayoría de las dermatitis irritativas laborales afectan a las manos, por lo que las enfermedades cutáneas relacionadas con el trabajo son generalmente diagnosticadas como eccema/dermatitis de las manos.

Formas clínicas más frecuentes¹³:

Las dermatitis por contacto irritativas se clasifican en varios grupos dependiendo del agente causal, de la evolución y de sus características clínicas¹⁴.

- 1. Dermatitis por contacto irritativa aguda:** se presenta generalmente como consecuencia de exposición accidental y única a irritantes fuertes durante el trabajo. Los ácidos y álcalis fuertes constituyen la causa principal. Las manifestaciones clínicas pueden ir desde la aparición de edema y eritema a reacciones inflamatorias sistémicas graves como ampollas, úlceras o necrosis dependiendo del potencial irritativo y de las condiciones de exposición. Las lesiones suelen circunscribirse al área de la piel dañada por la sustancia, siendo sus límites bien definidos y de morfología asimétrica. Hay que tener en cuenta que la irritación promueve alergia ya que al encontrarse dañada la barrera cutánea, es más fácil la penetración de sustancias sensibilizantes.
- 2. Reacción irritante:** es más común en trabajadores que están en contacto con humedad permanente (peluquería, enfermeras, preparadores de alimentos, lavanderas). Las lesiones tienen un patrón clínico monomorfo (eritema, fisuras, vesículas y erosiones superficiales). Se inicia poco tiempo después de la exposición y puede mejorar por tolerancia de la piel o ser el inicio de una dermatitis crónica.
- 3. Dermatitis por contacto irritativa crónica:** Ocasionada por agresiones repetidas, "acumulative dermatitis" o acumulativa producida por la suma de distintas noxas, o cuando se repite el mismo estímulo o trauma, (fricción, micro traumas, frío, calor, baja humedad). Aparece en aquellos individuos con alteración de la función barrera o un aumento de la pérdida transdérmica de agua por dermatitis preexistentes (atópicos). Clínicamente hay piel seca, escamas, liquenificación, hiperqueratosis y fisuras.
- 4. Dermatitis de contacto irritativa aguda retardada:** cuando la respuesta tras el contacto con el irritante

se produce entre 8 y 24 horas o más luego de la exposición: los irritantes que pueden ocasionarla son por ej.: antralina, butanedioldiacrilato, epicloridina, hexanedioldiacrilato u óxido de etileno.

- 5. Dermatitis por contacto aerotransportadas:** producidas por sustancias con capacidad irritante, que son liberadas a la atmósfera y luego contactan con partes expuestas de la piel (cara, cuello, dorso de las manos).
- 6. También hay agentes irritantes que producen dermatitis por contacto irritativas no eczematosas:** reacciones pustulosas, úlceras, granulomas, hiper e hipopigmentaciones, miliaria. Las lesiones pustulosas, las pápulas y los comedones se producen con cierta frecuencia por el contacto con metales, aceites de corte, grasas, alquitranes y naftalenos. Las sales hexavalentes del cromo pueden producir lesiones ulceradas en curtidores y trabajadores de la galvanoplastia. El cemento húmedo provoca quemaduras al contactar con la piel bajo condiciones de presión. Algunos productos (p. ej., berilio, sílice, talco o fibras de algodón) pueden causar lesiones granulomatosas.

Las dermatitis irritativas por contacto tienen una amplia morfología de presentación, siendo el eccema crónico la forma más prevalente de expresión. Aparecen siempre en el área circunscrita al contacto. Los casos agudos aparecen horas después de la exposición. La aparición es mucho más lenta cuando son causadas por irritantes débiles.



Trabajador en sector de fileteado de pescado

¹³ Veien NK. Clinical features. In: Rycroft RJG, Menné T, Frosch PJ, eds. *Textbook of Contact Dermatitis*. 2nd ed. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag 1995. p. 154-204

¹⁴ Moshell AN. Workshop on irritant contact dermatitis. *J Am Contact Dermatitis* 1997;8 (2):79



Fileteador de pescado. El trabajo húmedo es uno de los principales factores de riesgo para eccema en las manos.

Los principales agentes irritantes que causan lesiones eczematosas son las siguientes:

- El agua, sobre todo si es dura y contiene cantidades elevadas de cal, magnesio y hierro, porque pueden depositarse en las fisuras de la piel y ser un factor añadido de irritación.
- Limpiadores cutáneos, (jabón, detergentes, limpiadores en seco), que contienen disolventes orgánicos que eliminan la barrera lipídica.
- Alcalis como el jabón, el amoníaco, los hidróxidos sódicos y potásicos, el cemento.
- Ácidos, tanto orgánicos como inorgánicos.
- Agentes oxidantes, como el peróxido de benzoílo, el hipoclorito sódico o el óxido de etileno, que es un esterilizante quirúrgico muy irritante, capaz de producir un eccema irritativo, tanto por contacto directo como de forma aerotransportada.
- Disolventes orgánicos, como el benceno, el tolueno, el tricloroetileno, la trementina o la gasolina.
- Productos animales, como el pescado, el marisco y la pasta de panadero o la salmuera.
- Productos vegetales, tanto por el contacto con la piel como por las sustancias químicas que libere la planta (perejil, cebolla, ajo)¹⁵.

¹⁵ Dermatitis de contacto irritativa profesional: causas, prevención y tratamiento. Rodríguez Serna B *Piel* 2003;18:4652.

Las dermatitis por contacto son las enfermedades cutáneas ocupacionales de mayor prevalencia. Las más frecuentes son la dermatitis irritativa por contacto y la dermatitis alérgica por contacto. Las formas agudas de dermatitis irritativa pueden ocurrir como consecuencia de un accidente laboral por contacto con un agente cáustico.

9. Dermatitis alérgica por contacto ocupacional

Definición

DERMATITIS ALÉRGICA POR CONTACTO: es una erupción pruriginosa causada por un mecanismo de hipersensibilidad al contacto químico denominada hipersensibilidad retardada (tipo IV de la Clasificación de Gell y Coombs).

La manifestación de la reacción no ocurre al contacto inicial con el químico que tiene la capacidad de sensibilizar (alérgeno), es decir de provocar una reacción inmunológica específica, sino entre los 4 y 15 días después del primer contacto y al menos 12 horas (pero más frecuentemente 1 o 2 días) después de los subsiguientes contactos.

Habitualmente, la reacción se manifiesta clínicamente en el sitio de contacto o por fuera del mismo como eccema, indistinguible de otros tipos de eccemas, por lo que la prueba del parche resulta mandatoria para vincularla al alérgeno causal.

Consta de distintas fases: sensibilización, provocación y regulación, en respuesta a un hapteno, que deviene alérgeno y está mediada por linfocitos T específicos. El eccema por contacto alérgico se produce cuando la piel contacta con una sustancia a la que previamente ha sido sensibilizada.

La diferenciación entre dermatitis irritativa y dermatitis alérgica generalmente sólo es posible mediante la prueba de parche.

Manifestaciones clínicas y localización

El prurito constituye el síntoma capital. El cuadro más característico es el de inflamación eczematosa, que puede ser en fase aguda o crónica. Consiste en la presencia de vesículas, descamación, costras o erosiones y en los cuadros crónicos con piel hiperqueratósica (piel gruesa y con escama muy gruesa), liquenificada (acentuación de la trama superficial de la piel), y fisurada. Además puede pigmentarse, pudiéndose perder la referencia al sitio inicial del contacto, por la generalización de las lesiones.

Las áreas más propensas a sufrir la dermatitis por contacto son las manos, la cara, los párpados, el cuello, el cuero cabelludo, las axilas, las extremidades inferiores, los pies y la zona anogenital.

En ciertas localizaciones como párpados y escroto, el eritema puede ser la manifestación de la entidad. La asociación entre el contactante y el área anatómica donde se presenta la dermatitis favorecen el diagnóstico. Con el paso del tiempo, puede perderse esta referencia al sitio inicial del contacto, por la posible generalización de las lesiones.

Las dermatitis alérgicas por contacto al inicio se presentan como ecemas en el sitio de contacto con el agente causal pero luego pueden generalizarse. El proceso de sensibilización lleva un tiempo por lo que la aparición de la lesión es demorada o retardada.



Dermatitis por contacto alérgico sensibilizado al níquel.
Oficial metalúrgico.



Test epicutáneo positivo al níquel

10. Diagnóstico para dermatitis de contacto irritativa y alérgica

La anamnesis debe ser metódica, basándose en un cuestionario orientado. El uso de un cuestionario autoadministrado puede ser de utilidad en estudios epidemiológicos¹⁶.

- **Antecedentes laborales:** identificar actividad, puesto de trabajo, antigüedad en el puesto, sustancias que manipula, características de las mismas, forma de aseo, uso de elementos de protección, sustancias para la higiene.
- **Historia ocupacional:** Incluyen la anamnesis de los contactantes de tipo ocupacional, doméstico, pasatiempos o hobbies; sin olvidar los productos de cuidado de la piel, medicamentos tópicos y aquellos elementos usados como medidas de protección cutánea.

La historia personal o familiar de atopía, así como la historia de otras dermatosis deben relevarse.

- **Anamnesis:** registrar antecedentes de patologías cutáneas previas, (atopia, alergia, psoriasis), tratamientos y bajas laborales previas, conocer cómo evoluciona en los periodos de descanso y preguntar sobre otras actividades o pasatiempos fuera del trabajo habitual. Si hay otros compañeros en el área de trabajo con patologías cutáneas.
- **Examen físico:** Incluye las áreas afectadas y las no afectadas resultando de interés la posible relación de cada área con sus posibles contactantes.

La dermatitis por contacto irritativa es generalmente más notoria y frecuente en las superficies con máxima exposición al agente sospechoso y rara vez se extiende a zonas donde el contacto ha sido mínimo o accidental.

La forma del irritante determina muchas veces las zonas con mayor probabilidad de exposición. Por ejemplo, la afección de cara y párpados sugiere la acción de humos, vapores o gases, pudiendo haber también síntomas oculares y respiratorios. Las partículas aerotransportadas, además de las zonas expuestas, pueden afectar la piel adyacente a los márgenes del vestido o uniforme, y en especial donde se forman pliegues.

El compromiso de manos o antebrazos es característico de agentes líquidos, acentuándose donde el contacto es mayor, como los bordes radiales de dedos y manos o donde puede eludir una limpieza superficial como pliegues interdigitales o debajo de objetos personales con anillos o relojes.

Los sólidos causan irritación sólo en las zonas en contacto

¹⁶ Sala-Sastre N et al. *Dermatosis profesionales. Adaptación transcultural del cuestionario Nordic Occupational Skin Questionnaire (NOSQ-2002) del inglés al castellano y al catalán.* Actas Dermosifiliogr. 2009 Oct;100(8):685-92

directo y con frecuencia más notablemente en áreas prominentes.

- **Pruebas epicutáneas (pruebas del parche):** Es una herramienta para el diagnóstico de dermatitis alérgica por contacto junto con la historia clínica y el examen físico^{17 18}.

Para la interpretación correcta de las pruebas epicutáneas es fundamental asociarlas con los antecedentes laborales, en virtud, que desde el punto de vista clínico es prácticamente imposible diferenciar entre irritación y alergia en estadios crónicos¹⁹.

¿En qué consiste?

En la aplicación de sustancias químicamente puras estandarizadas en un soporte, por ejemplo Finn chamber: cámaras de aluminio de 0,8 cm de diámetro revestidas en polietileno montadas en espadarapo hipoalergénico, Scanphor o mediante la utilización de sistema de parches pre- preparados (listos para usar) como el True test.

TEST EPICUTANEO

- Hay series adicionales disponibles: dental, peluquería, plantas, cosméticos, plásticos, aceites, resinas epoxi.
- Suelen encontrarse diluidos en vaselina, aceite o agua.
- La espalda es la zona preferida por ser un lugar amplio y de estructura definida.
- Se levantarán a 48 hs. con lecturas a las 72 y 96 hs.

LECTURA

- + = eritema
- + + = eritema y edema
- + + + = eritema, edema y vesícula negativa
- IR** = reacción de irritación



Test epicutáneo positivo al dicromato de potasio en trabajador del sector rebajado de curtiembre.



Dermatitis por contacto alérgico. Trabajador en sector de rebajado de cuero.



Curtiembre

¹⁷ La Forgia MP, Cannavó A, Fortunato L, Infante L, Kvitko E, Russo JP. Consenso Dermatitis Por Contacto 2015 Sociedad Argentina De Dermatología

¹⁸ Wahlberg JE. Patch testing. In: Rycroft JIG, Menné T, Frosch PJ, eds. Textbook of Contact Dermatitis. 2nd ed. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag 1995. p. 241-268.

¹⁹ Ancona Alayon A, Blancas Espinosa R, Conde-Salazar Gómez L. "Pruebas Epicutáneas o Patch Test". En Conde-Salazar Gómez L, Ancona Alayon. Dermatosís Profesionales 2004. Signament Madrid, España: 51-68.



Curtiembre. Apilado de cuero.

A tener en cuenta:

Resultado negativo: puede indicar irritación o ecema endógeno.

Resultado positivo: no elimina la posibilidad de dermatitis irritativa y alérgica concomitantes.

Dada la persistencia de la sensibilización en base a la larga supervivencia de linfocitos T de memoria específicos, los resultados positivos deben ser interpretados de acuerdo a su relevancia y evaluación clínica laboral.

Se recomienda la realización de la prueba del parche ante la presunción de dermatitis por contacto, de más de 3 meses de evolución con manifestaciones tanto persistentes como recurrentes.

Laboratorio: rutina reciente + dosaje de Ig E, si constan antecedentes personales o heredofamiliares de atopía.

Prueba de pinchazos (prick test): para diagnóstico de urticaria por contacto o dermatitis por contacto a proteínas.

Biopsia: es útil para el diagnóstico diferencial de otras inflamaciones (como por ej. psoriasis) u otras afecciones de la piel.

Algunas diferencias entre la Dermatitis Irritativa por contacto y la Dermatitis alérgica por contacto²⁰.

²⁰ La Forgia M. Dermatitis irritativa por contacto. *Dermatol Argent* 2012;18: 186-197

	DIC	DAC
Lesiones cutáneas	Limitadas al sitio de contacto	No limitadas al sitio de contacto
Síntomas	Quemazón	Prurito
Epidemiología	Afecta a la mayoría de los expuestos	Afecta a una minoría de los expuestos
Histología	Necrosis epidérmica	Espongiosis
Prueba de Parche	Negativo	Positivo



Ecema por contacto por sensibilización por acrilatos.

Ni la clínica ni la histopatología resultan concluyentes para diferenciar a las dermatitis alérgicas de las dermatitis irritativas. Sin embargo, la dermatitis alérgica cuenta con un procedimiento diagnóstico específico de estudio que es la prueba del parche.

11. Determinación de Causalidad

¿Que nos puede ayudar?

- Historia ocupacional orientada
- La investigación del riesgo químico (de acuerdo al análisis de las hojas de seguridad) para cada tarea resulta fundamental en la determinación de causalidad.

Aplicar los criterios de Mathias (1989), recientemente validados ante una dermatitis por contacto²¹.

La respuesta positiva de 4 de los 7 ítems orienta a un probable origen ocupacional.

Criterios de Mathias²²

1. Apariencia clínica consistente con dermatitis de contacto.
2. Existencia de exposición laboral a potenciales irritantes o sensibilizadores.
3. Concordancia de la distribución anatómica de las lesiones con el tipo de exposición existente en el trabajo.
4. Concordancia temporal entre la exposición laboral y la aparición de las lesiones.
5. Exclusión de exposiciones no ocupacionales como probable causa de las lesiones.
6. Mejoría de las lesiones al alejarse de la exposición laboral.
7. Positividad de las pruebas epicutáneas o prick test frente a agentes específicos presentes en el trabajo.
8. Identificación del agente causal por pruebas de parche.

Para la determinación de causalidad convergen: historia clínica laboral + evaluación del riesgo químico + prueba del parche + biopsia cutánea (si se necesita descartar otra dermatosis diferente de eccema) + Criterios de Mathías 4/7

12. Tratamiento

El abordaje terapéutico de las dermatitis por contacto ocupacional no difiere en principio del correspondiente a las dermatitis por contacto no ocupacionales pero la evitación de los factores desencadenantes (irritativos o alérgicos) mediante medidas técnicas u organizacionales resulta esencial.

Para reparar el daño y desinflamar la piel contamos con muchas opciones, pero si no se identifica la causa, a persistencia suele ser la regla y ésta puede ser la causa de la pérdida del trabajo²³.

Ciertos irritantes pueden merecer requerimientos especiales: la irritación por fibra de vidrio, que ocasiona

reacciones pruriginosas con o sin pápulas foliculares, incluye remoción con tela adhesiva (tipo duck tape) de las fibras atrapadas en la piel. Para el caso de las quemaduras con ácido fluorhídrico, se necesita soporte vital, descontaminación y neutralización con gel de gluconato de Ca o hidróxido de Mg²⁴.

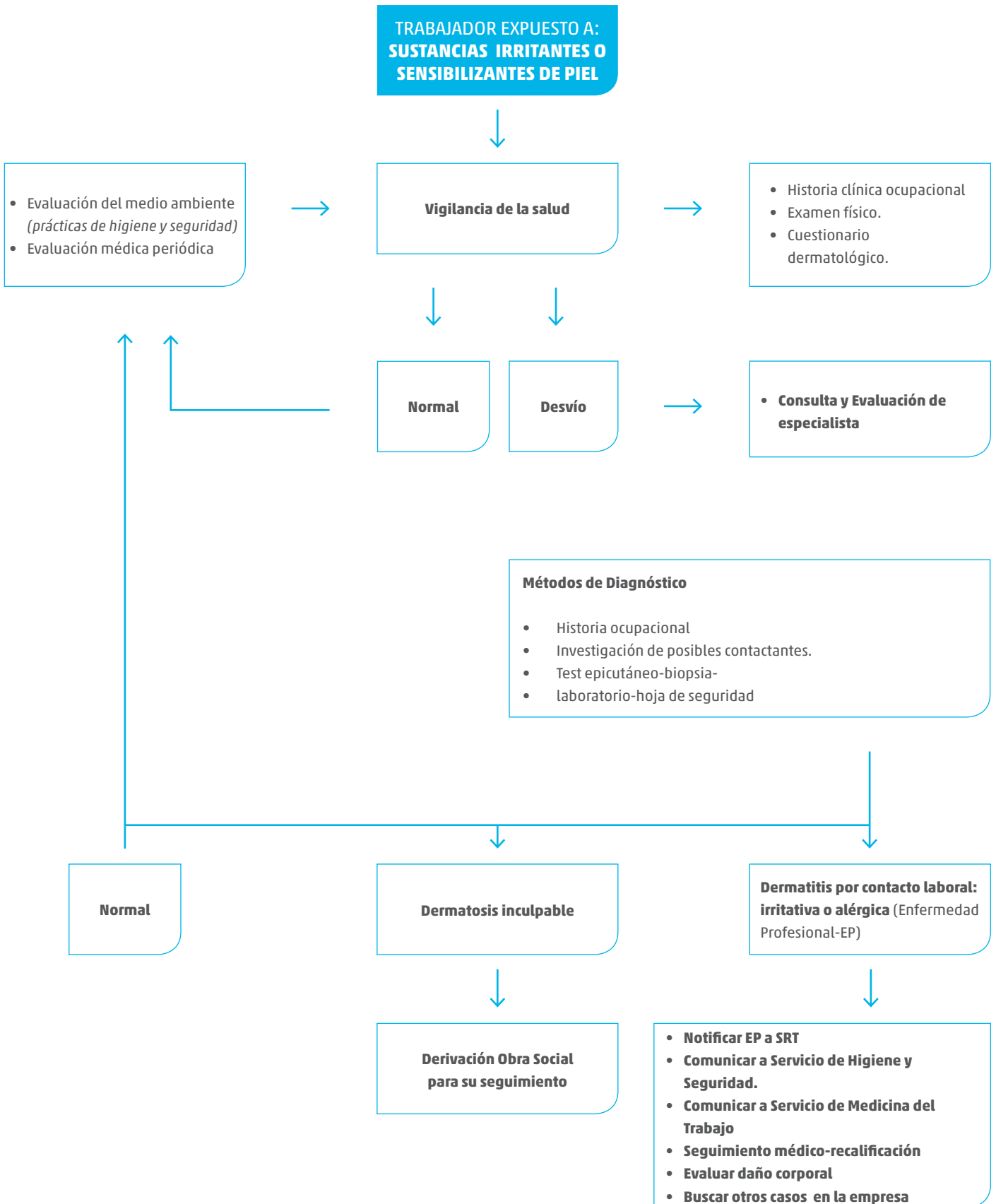
²¹ Ingber A., Merims S. The validity of the Mathias criteria for establishing occupational causation and aggravation of contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2004;51:9-12

²² Mathias C.G. Contact dermatitis and workers' compensation: criteria for establishing occupational causation and aggravation. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:842-848

²³ La Forgia MP, Cannavó A, Fortunato L, Infante L, Kvitko E, Russo JP. Consenso Dermatitis Por Contacto 2015 Sociedad Argentina De Dermatología

²⁴ La Forgia M. Dermatitis irritativa por contacto. *Dermatol Argent* 2012;18: 186-197

13. Flujograma de actuación



14. Principios de prevención para dermatitis por contacto ocupacionales ²⁵

La tarea de prevención en el ámbito ocupacional abarca múltiples facetas que incluyen medidas generales y individuales que conllevan un amplio rango de procedimientos. Consideraremos las bases generales de la prevención de las dermatitis por contacto dada la alta frecuencia de las mismas.

1. Identificación de potenciales irritantes y alérgenos.
2. Control por ingeniería o sustitución química para prevenir exposición.
3. Protección personal con ropa o cremas barreras.
4. Higiene ambiental y personal
5. Regulación de los potenciales alérgenos e irritantes en el lugar de trabajo.
6. Esfuerzo educacional para promover el cuidado de potenciales alérgenos e irritantes.
7. Técnicas motivacionales para establecer condiciones de trabajo seguro.
8. Vigilancia de la salud

Estándares mínimos para la prevención de eccema de manos ²⁶

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN	ECCEMA DE MANOS
Medidas técnicas/ organizacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Reemplazo, modificación o inactivación de sustancias dañinas. • Regulación de su exposición mediante legislación de los valores permitidos. • Adecuado etiquetado y depósito de los químicos y mantenimiento regular de los equipos de trabajo. • Capacitación en uso de EPP

²⁵ Lachapelle J-M Principles of prevention and protection in contact dermatitis (with special reference to occupational dermatology. in Rycroft R, Menné T, Frosch P Textbook of Contact Dermatitis, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1995, 695-705

²⁶ Modificado de : Alfonso JH, Bauer A, Bensefa-Colas L, Boman A, et al .Minimum standards on prevention, diagnosis and treatment of occupational and work-related skin diseases in Europe - position paper of the COST Action StanDerm (TD 1206).J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 ;31 S4:31-43

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN	ECCEMA DE MANOS
Medidas de protección personal	<p>Regímenes de buenas prácticas de higiene que incluyan: alcohol en gel con adición de glicerina o uso de agua tibia, jabón sin perfumes, color y con la concentración mínima posible de conservantes. El secado debe ser cuidadoso con toallas de papel de uso único.</p> <p>Guantes protectores (sin polvo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deberían ser usados el menor tiempo posible sobre las manos limpias y secas ante tarea húmeda o contacto con sustancias dañinas. • En caso de ser usado más de 10 minutos emplear guantes de tela (algodón) por debajo. • Los guantes descartables se deberían usar sólo una vez. • En caso de no estar en condiciones deberá reemplazarse • inmediatamente. <p>Humectantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deberían contener alto contenido en lípidos. Para la prevención primaria se recomienda la aplicación por la mañana, después del trabajo húmedo y por la noche. (*https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27545662) • Su aplicación debe ser cuidadosa en toda la mano. • No deberían contener fragancias, agentes colorantes ni conservadores.
Programas educacionales	<p>Contenidos de salud, higiene y seguridad laboral deberían ser implementados en la currícula de las academias de formación profesional y en los sitios de trabajo de forma regular. Para la prevención secundaria o terciaria: reuniones grupales de protección cutánea específica para favorecer cambios conductuales y la implementación individual de buenas prácticas de higiene.</p>
Accesibilidad a expertos	<p>Médicos Dermatólogos, Médicos del Trabajo u otros profesionales entrenados en enfermedades cutáneas ocupacionales deberían estar disponibles para el asesoramiento y examen pre-ocupacional o en las escuelas de formación profesional, sobre todo en los grupos de alto riesgo. Los mismos expertos podrán también asesorar a los empleadores para el diagnóstico temprano y prevención de la cronicidad.</p>

Medidas generales de prevención.

Los siguientes pasos son específicos a la hora de prevenir la dermatosis laboral:

- Identificar el causante (naturaleza química, potencial alérgico o irritante, etc.)
- Sustituir el producto por otro inofensivo o menos lesivo.
- Modificación de los procesos productivos evitando exposiciones o reduciendo el tiempo de exposición, el número de trabajadores/as expuestos, la duración y la frecuencia.
- Implementar la automatización de los procesos. En la medida de lo posible se deberán utilizar agentes alergénicos o irritantes en circuitos cerrados.
- Utilizar sistemas de ventilación y aspiración localizada en empresas que manipulen productos químicos.
- Verificar la variación de temperatura y humedad en el centro de trabajo que pueda influir en la absorción de sustancias.
- Facilitar equipos de protección individual adecuados con la correspondiente capacitación en su uso correcto.
- Fomentar la limpieza en los centros de trabajo, la higiene personal, instalaciones de aseo adecuadas, duchas, etc.
- Redactar un plan de protección de la piel (medidas de protección, limpieza y cuidados antes, durante y después del trabajo).
- Recibir información y formación adecuadas de los productos que se utilizan y sus riesgos, así como las medidas preventivas.
- Evitar que trabajadores/as sensibles o con lesiones estén expuestos a sustancias irritativas o alérgicas incluso con el cambio del puesto de trabajo.

Por su parte el trabajador/a deberá seguir:

- Pautas de "buenas conductas" para que las medidas anteriormente citadas puedan surtir efecto.
- Seguir las indicaciones del personal del servicio médico de su empresa.
- Deben comunicar a su servicio médico con la mayor antelación posible cualquier afección o lesión evitando automedicarse.
- Conocer las características y naturaleza exacta de los productos que utiliza en su trabajo.
- Utilizar adecuadamente los equipos de protección individual.
- Realizar un mantenimiento correcto de los mismos e informar cuando se deterioren para sus manos.
- Acudir a los exámenes periódicos de vigilancia de la salud en relación con los riesgos específicos de su puesto de trabajo, para poder realizar la detección precoz (prevención secundaria) y puesta en marcha de medidas preventivas.

Limpieza de la piel:

- Los lavados repetidos o frecuentes de las manos deben ser adecuados.

- Agente de limpieza: la elección del agente limpiador tiene que estar determinado por el tipo de suciedad y su solubilidad, según las labores a realizar y deben ser propuestos por el servicio de Medicina Laboral de la empresa.
- Por lo general es efectivo el uso de agua y jabón como agentes de limpieza o limpiadores con bajo potencial de irritación.
- Se deberá proceder al lavado inmediato de la ropa de trabajo o de la piel si entra en contacto con el agente agresor. Los productos de limpieza deben reunir ciertas condiciones específicas para cada tipo de trabajo y no deben tener pH elevado.
- Evitar los detergentes concentrados.
- Evitar productos con fragancias.
- No utilizar jabones con productos abrasivos.
- Evitar disolventes para limpiar restos de productos depositados en la piel.
- Las cremas protectoras humectantes se utilizarán siguiendo las instrucciones del Servicio de Medicina Laboral.
- El uso regular de cremas emolientes fuera del lavado, atenúa el desecamiento de la piel.
- No deben portar trapos o gamuzas húmedas impregnadas de sustancias que pueda absorber la piel.

Protección de las manos

En nuestro país es aplicable esta norma para la provisión de EPP.

(Resolución SRT N° 299/11) "Adóptanse las reglamentaciones que procuren la provisión de elementos de protección personal confiables a los trabajadores"

RESUELVE:

Artículo 1° – Determinase que los elementos de protección personal suministrados por los empleadores a los trabajadores deberán contar, en los casos que la posea, con la certificación emitida por aquellos Organismos que hayan sido reconocidos para la emisión de certificaciones de producto, por marca de conformidad o lote, según la resolución de la entonces SECRETARÍA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y MINERÍA²⁷

Art. 2° – Créase el formulario "Constancia de Entrega de Ropa de Trabajo y Elementos de Protección Personal" que con su Instructivo forma parte como Anexo de la presente resolución.

Art. 3° – El Formulario creado por el artículo precedente será de utilización obligatoria por parte de los empleadores.

²⁷ (S.I.C. y M.) N° 896 de fecha 6 de diciembre de 1999.

Selección de Guantes

Es importante destacar que su utilización será la última medida preventiva que debe tomarse.

Se utilizarán “Elementos de Protección Personal” cuando no haya podido evitarse el riesgo o limitarse de manera suficiente a través de medios técnicos de protección colectiva o mediante métodos o procedimientos de organización del trabajo.

¿Cómo se elige el guante adecuado?

- Será un guante de protección certificado
- Debe dejar manipular los elementos que se requieran para trabajar
- Debe proteger frente al tipo de contacto
- Será impermeable frente a los compuestos usados
- Y por supuesto, no se degradará ni romperá

Algunos ejemplos:

Grupo de químicos	Materiales recomendados
Hidrocarburos alifáticos	Goma nitrilo, alcohol polivinilo
Hidrocarburos aromáticos	Goma nitrilo, alcohol polivinilo
Hidrocarburos halogenados	Alcohol polivinilo
Aldehídos, aminas, amidas, ésteres	Goma butilo
Álcalis	Neoprene, goma nitrilo, alcohol polivinilo
Acidos orgánicos	Neoprene, goma nitrilo, goma butilo
Acidos inorgánicos	Neoprene



El rol de la capacitación

La educación es una herramienta que permite a los empleados poder reconocer los cambios iniciales e interpretarlos como signos de alarma, considerando que en el eccema de manos el umbral de provocación disminuye con la perpetuación de la inflamación.

Recientemente en Finlandia se han implementado programas educativos para empleados con eccema de mano que concurren a una clínica de “escuela de eccema”, mostrándose mejor evolución que aquellos que no concurren.



Anexo I REGISTRO MÉDICO

ENFERMEDADES PROFESIONALES REGISTRO DE DERMATITIS POR CONTACTO

Datos del trabajador:

Apellido:		FECHA: [dd]/[mm]/[aaaa]	
Nombre:			
Sexo:	Hombre [] Mujer []		
Fecha de nacimiento:	Fecha: [dd]/[mm]/[aaaa]	Edad [] años	
Documento identidad:			
Teléfono de contacto:			
1:		2:	
Correo electrónico:			
Domicilio:		Código postal	[]
Puesto de trabajo:			
Antigüedad en la empresa:	Fecha: [dd]/[mm]/[aaaa]	[] años	

Datos de la empresa:

Nombre de la empresa:		Tipo de actividad real de empresa:	
Dirección de la empresa:			
CUIT N°:		Código postal	[]
Nombre del establecimiento:			
Teléfono de contacto:			

ART:

Tiene credencial: Si [] NO []			
	Ocupación	Inicio	Finalización
Actual		[dd]/[mm]/[aaaa]	
Anterior 1		[dd]/[mm]/[aaaa]	[dd]/[mm]/[aaaa]
Anterior 2		[dd]/[mm]/[aaaa]	[dd]/[mm]/[aaaa]
Anterior 3		[dd]/[mm]/[aaaa]	[dd]/[mm]/[aaaa]
Anterior 4		[dd]/[mm]/[aaaa]	[dd]/[mm]/[aaaa]

Descripción de las tareas actuales:

Descripción de tareas anteriores relevantes: *describir si han sido en la misma empresa u otra*

Descripción de otros trabajos o hobbies fuera del horario laboral: *(carpintería, pintura, etc.)*

Relevamiento de agentes de riesgo (ESOP)

Agente	Fecha ESOP	Comentario

Productos o sustancias que utiliza:

(datos que aporte el trabajador sobre el producto; fichas de seguridad; registrar si existen cambios de productos en el puesto de trabajo en comentario)

Nombre	Ficha de seguridad	Comentario

Frecuencia de exposición

diaria ()	semanal ()	mensual ()	anual ()
diaria ()	semanal ()	mensual ()	anual ()
diaria ()	semanal ()	mensual ()	anual ()
diaria ()	semanal ()	mensual ()	anual ()

Frecuencia de exposición

Manos ()
Cara ()
Extremidad superior ()
Extremidad inferior ()
Torso ()

Condicionantes externos y personales

	Habitual	Ocasional
Frío	Si [] No []	
Calor	Si [] No []	
Humedad	Si [] No []	
Tarea húmeda: lavado frecuente de manos o en contacto con agua durante más de 2 horas.	Si [] No []	
Ventilación asistida	Si [] No []	
Otros 1:	Si [] No []	
Otros 2:	Si [] No []	
Otros 3:	Si [] No []	

Uso de equipos de protección personal (EPP)

EPP	Tipo material	Forma de uso Habitual Ocasional	Se los proveen	Mantenimiento/ recambio
Guantes	Si [] No []			
Máscara	Si [] No []			
Calzado	Si [] No []			
Ropa	Si [] No []			
Limpiadores cutáneos	Si [] No []			
Gafas	Si [] No []			
Uso crema protectora al finalizar jornada laboral	Si [] No []			
Otros (1), especificar:	Si [] No []			
Otros (2), especificar:	Si [] No []			

Algún elemento de protección personal le ha dañado la piel

SI ()	NO ()
Tipo de protección:	Comentario:

Afecciones cutáneas que ha padecido o padece

SI ()	NO ()	
Enfermedad de piel	Localización	Comentario. Tiempo de evolución. Tratamiento.
Eccemas		
Psoriasis		
Alergias de piel		
Otra afección de piel	<i>Ej. dishidrosis</i>	<i>Ej. Desde hace 3 años. Brotes esporádico en manos. Crema con corticoide. Se agrava con la humedad.</i>
Reacciones adversas a medicamentos		
Otro		

Antecedentes familiares

NO ()	SI () Comentario:
Antecedentes de enfermedad alérgica de piel	
Antecedentes de asma	
Antecedentes de urticaria	

Enfermedad actual:

Tipo de piel. Descripción. Fecha de comienzo. Localización. Síntomas.
Fechas de baja laboral.
Efecto vacaciones, efecto fin de semana, efecto finalización de la jornada laboral (mejora, empeora, sin cambios).
¿Existen otros trabajadores con afectación similar?

Exploración Física: Tipo de lesión (*eritema, edema, vesículas,.. otra*) Patrón de distribución (*Lesiones aisladas, confluentes, generalizadas, áreas expuestas, simétricas*). Localización minuciosa y detallada piel y mucosas.

FOTO

Pruebas diagnósticas

	Si [] No []	Resultado
Test epicutáneo estándar		
Test epicutáneo especial		
Biopsia cutánea		
Micológico		
Otros		

Conclusiones

Se trata de una dermatitis por contacto profesional	Si []	CIE10:
Se trata de otra lesión de piel	Si []	Describir:
Se trata de una lesión de sospecha	Si []	
Derivación a un centro especializado	Fecha:	
Informe de la evaluación	Fecha:	Se debe adjuntar informe con firma del evaluador, número de matrícula

El caso está denunciado en el registro de la SRT: Si []

Fecha de la denuncia: dd/mm/aaaa

Implementación de medidas (especificar cuando corresponda)

Adopción de medidas preventivas, especificar	Si [] No []
Cambio de puesto de trabajo, especificar	Si [] No []
Otras adaptaciones del trabajo, especificar	Si [] No []
Valoración incapacidad permanente (IP), especificar	Si [] No []

Datos Médico Evaluador

Apellido	
Nombre	
Número de matrícula	
Teléfono de contacto	
Firma	
Teléfono de contacto	
Fecha	dd/mm/aaaa

Anexo II

ELEMENTOS CLAVE A CONSIDERAR PARA VALORAR LA RELACIÓN OCUPACIONAL

1. Efectuar evaluación respecto de exposición laboral a alérgenos y/o irritantes y/o a trabajo húmedo **¿EL ANÁLISIS DE LAS HOJAS DE SEGURIDAD/VISITA A LA PLANTA DETECTÓ AGENTES DE RIESGO IRRITANTES Y/O ALÉRGENOS?**
2. Evaluar uso y/o relación con ropa protectora/guantes. **USO ADECUADO Y PERTINENTE DE LOS MISMOS**
3. Evaluar exposiciones no laborales. **OTRAS ACTIVIDADES CON RIESGO POTENCIAL DE PRODUCIR LA DERMATOSIS**
4. Evaluar otras posibles causas de acuerdo a antecedentes personales y/o familiares **¿TIENE ANTECEDENTES ATÓPICOS U OTRAS DERMATOSIS?**
5. Evaluar persistencia o respuesta inadecuada al tratamiento instituido. **DERMATOSIS DE MÁS DE TRES MESES DE DURACIÓN**
6. **REALIZAR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:** Prueba del parche u otros si correspondiera
7. **PRUEBA DEL PARCHE POSITIVA Y RELEVANTE** para alérgeno ocupacional: Diagnóstico **DERMATITIS ALÉRGICA POR CONTACTO OCUPACIONAL**
8. **PRUEBA DEL PARCHE POSITIVA** para alérgeno NO ocupacional: **DERMATITIS ALÉRGICA POR CONTACTO NO OCUPACIONAL**
9. **DERMATITIS ALÉRGICA POR CONTACTO** alérgeno no relevante: investigar información insuficiente de las hojas de seguridad y si correspondiera agregar sustancias a la testificación
10. **NEGATIVA + CONTACTO IRRITANTES O TAREA HÚMEDA** en el medio laboral Diagnóstico **DERMATITIS IRRITATIVA POR CONTACTO**

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

- a. **Clínica + prueba del parche + biopsia cutánea (si se necesita descartar otra dermatosis diferente de eccema)** = Compatible o no con dermatitis irritativa por contacto, dermatitis alérgica por contacto u otra variante de dermatitis por contacto.
- b. **Riesgo químico ocupacional presente o ausente + inicio de dermatosis en área de contacto presumible o accidental** = tareas en contacto con irritantes o sensibilizantes o ambos
- c. **Reúne 4 de los 7 criterios de Mathías** = sí o no

- d. **Otras etiologías posibles:** atopía (dosaje Ig E elevada y/o antecedentes personales o heredofamiliares de atopía), contactantes de riesgo no ocupacionales = sin relación con ocupación

A+B+C = favorece diagnóstico dermatitis por contacto ocupacional

D = no favorece pero no excluye dermatitis por contacto ocupacional

Anexo III

LESIONES ELEMENTALES EN DERMATOLOGÍA

El concepto de las lesiones cutáneas elementales surgió en el siglo XVIII, marcando el comienzo de la dermatología moderna, al centrarse en los aspectos morfológicos o externos de las enfermedades cutáneas. Las lesiones elementales pueden clasificarse en "Primarias" (que aparecen sobre piel normal), y "Secundarias" (sobre piel dañada).

Clasificación

PRIMARIAS

1. Inconsistentes

- Mácula

2. Sólidas

- Roncha
- Pápula
- Nódulo
- Tubérculo
- Goma
- Nódulo

3. Líquidas

- Vesícula
- Ampolla
- Pústula
- Absceso
- Quiste

SECUNDARIAS

1. Con solución de continuidad

- Excoriación
- Erosión
- Fisura
- Grietas
- Úlcera

2. Con residuos eliminables

- Escama
- Costra
- Escara

3. Por modificación de lesiones primitivas: permanentes

- Queratosis
- Atrofia
- Esclerosis
- Cicatriz
- Queloides
- Liquenificación

Descripción de las lesiones

Ampolla: Lesión (cavidad) de contenido líquido de diámetro mayor a 5 mm.

Atrofia: Pérdida del espesor y consistencias normales de la piel debido a la disminución o ausencia de algunos componentes de la misma.

Cicatriz: Neoformación de tejido conjuntivo que resulta de la resolución de una solución de continuidad o pérdida de sustancia profunda de la piel, con pérdida de los surcos y anexos de la piel normal.

Costra: Es el producto de la desecación del exudado inflamatorio.

Erosión: Solución de continuidad o pérdida de sustancia superficial de la piel. No deja cicatriz al resolverse.

Habón/Roncha: Se trata de una variante de pápula **caracterizada por:** color rosado-blanquecino, consistencia edematosa, evolución fugaz (menos de 24 hs.) y de resolución completa sin dejar cicatriz.

Liquenificación: Proceso de engrosamiento del espesor de la piel con aumento de la coloración, del reticulado y de los pliegues. Habitualmente consecuencia del rascado crónico.

Mácula: Lesión consistente en el simple cambio de coloración de la piel sin infiltración ni elevación alguna. No puede palparse con los ojos cerrados. El color rojo-rosado se denomina eritema.

Nódulo: Formación circunscrita y sólida, localizada profundamente en la piel. Más palpable que visible.

Pápula: Lesión sobreelevada, circunscrita y sólida de tamaño inferior a 5 mm. Más alta que ancha y palpable con los ojos cerrados.

Placa: Cuando la pápula supera en tamaño los 5 mm. Generalmente es más ancha que alta. Puede ser el resultado de la confluencia de varias pápulas.

Pústula: Lesión de contenido purulento. Generalmente se acompaña de halo eritematoso.

Tubérculo: Lesión circunscrita, sólida, mayor de 1 cm que protruye en la piel a pesar de estar localizada en el espesor de la misma. Más alta que ancha.

Úlcera: Solución de continuidad o pérdida de sustancia profunda de la piel, con tendencia a la cronicidad. Deja cicatriz al resolverse.

Vesícula: Lesión (cavidad) de contenido líquido, menor de 5 mm de diámetro.

Anexo IV

Decreto 658/96 Listado de competencia dermatológica

- **AGENTE ANTIMONIO Y SUS COMPUESTOS:** Lesiones eczematiformes recidivantes después de cada nueva exposición.
- **AGENTE ARSÉNICO Y SUS COMPUESTOS:** Efectos irritativos y cáusticos/ Dermatitis de contacto por acción directa con descamación y heridas superficiales / Melanodermia / Disqueratosis palmo-plantares / Cánceres / Disqueratosis lenticular en disco (Enfermedad de Bowen) / Epitelioma cutáneo primitivo
- **AGENTE BERILIO Y SUS COMPUESTOS:** Dermatitis Agudas o Recidivantes.
- **AGENTE CROMO Y SUS COMPUESTOS (ÁCIDO CRÓMICO, CROMATOS, BICROMATOS, ALCALINOS, CROMATO DE ZINC):** Dermatitis por sensibilización, crónica o recidivante.
- **AGENTE FLUOR Y SUS COMPUESTOS:** Dermatitis aguda irritativa/ quemaduras químicas.
- **AGENTE FÓSFORO Y SUS COMPUESTOS (SESQUISULFURO DE FÓSFORO):** Dermatitis aguda irritativa o eczematiforme recidivante al contacto con sesquisulfuro de fósforo / Dermatitis crónica irritativa o eczematiforme recidivante al contacto con sesquisulfuro de fósforo.
- **AGENTE MERCURIO Y SUS COMPUESTOS:** Estomatitis / Lesiones eczematiformes recidivantes con una nueva exposición o con test cutáneo positivo.
- **AGENTE NIQUEL Y SUS COMPUESTOS:** Dermatitis eczematiformes recidivantes en caso de nueva exposición o confirmadas por test cutáneos.
- **AGENTE SELENIO Y SUS COMPUESTOS:** Quemaduras e irritaciones cutáneas.
- **AGENTE ALCOHOLES Y CETONAS UTILIZADOS COMO SOLVENTES INDUSTRIALES (Alcoholes; metílicos, propílicos, isobutílicos. Cetonas: Acetona, metilisopropil e isobutil cetona, entre otras):** Dermatitis irritativa por desecación de la piel que recidiva después de una nueva exposición / Dermatitis eczematiforme recidivante confirmada por un test cutáneo positivo al producto.
- **AGENTE TOLUENO Y XILENO:** Dermatitis aguda irritativa recidivante / Dermatitis crónica eczematiforme
- **AGENTE DERIVADOS HALOGENADOS DE LOS HIDROCARBUROS ALIFATICOS** (Diclorometano, Triclorometano, Tribromometano, Dicloro 1-2 etano, tricloroetano, dicloroetileno, tricloroetileno, dicloropropano, cloropropileno, cloro- 2- butadieno, cloruro de metileno, tetracloruro de carbono): M. agudas Trastornos cutáneos mucosos: Dermatitis aguda irritativa M. crónicas Dermatitis crónica eczematiforme recidivante después de una nueva exposición al riesgo.
- **AGENTE DERIVADOS HALOGENADOS DE LOS HIDROCARBUROS AROMÁTICOS** (Monoclorobenceno, monobromobenceno, hexaclorobenceno, hexacloronaftaleno, bifenilos policlorados): Acné / Porfiria cutánea tarda, caracterizada por lesiones bullosas, exacerbadas por la exposición al sol y acompañadas de aumento de las uroporfirinas urinarias (hexaclorobenceno).
- **AGENTE DERIVADOS DEL FENOL, PENTACLOROFENOL, HIDROXIBENZONITRIL** (Dinitrofenol, dinitroortocresol, dinoseb, pentaclorofenatos, bromoxinil, ioxinil): Dermatitis irritativas / Cloroacné.
- **AGENTE AMINAS AROMÁTICAS Y SUS DERIVADOS:** Dermatitis eczematiforme confirmada por test cutáneos positivos o por la recidiva con una nueva exposición.
- **AGENTE ISOCIANATOS ORGÁNICOS:** Blefaro-conjuntivitis recidivante / Dermatitis eczematiforme recidivante después de cada nueva exposición o confirmada por test cutáneo positivo.
- **AGENTE RESINAS EPÓXICAS:** Dermatitis eczematiformes recidivantes con cada exposición o confirmadas por test cutáneo positivo.
- **AGENTE ACRILATOS (ACRILONITRIL, METACRILATOS, DIACRILATOS):** Dermatitis eczematiforme recidivante.
- **AGENTE CLORURO DE VINILO:** Trastornos de la circulación de los dedos de manos y pies.
- **AGENTE FURFURAL Y ALCOHOL FURFURÍLICO:** Dermatitis eczematiforme confirmada por test cutáneos o recidivantes después de una nueva exposición.
- **AGENTE ALDEHÍDO FÓRMICO (FORMOL) Y SUS POLÍMEROS:** Úlceras cutáneas / Dermatitis eczematiformes subagudas o crónicas.
- **AGENTE RADIACIONES IONIZANTES:** Radiodermatitis aguda y crónica / Radiolesiones agudas y crónicas de las mucosas / Cáncer cutáneo.
- **AGENTE RADIACIONES ULTRAVIOLETAS:** Conjuntivitis aguda/ Queratitis crónica/ Fotosensibilización / Cáncer de la piel (células escamosas).
- **AGENTE RAYOS LASER:** Queratitis, conjuntivitis/ Dermatitis.
- **AGENTE ESTIRENO (VINILBENCENO):** Irritación de piel, ojos y vías respiratorias
- **AGENTE OXIDO DE ETILENO:** Dermatitis eczematiforme.
- **AGENTE CEMENTO** (Aluminio silicato de calcio): Dermatitis aguda irritativa o cáustica Dermatitis eczematiforme aguda recidivante / Dermatitis eczematiforme crónica.
- **AGENTE SUSTANCIAS SENSIBILIZANTES DE LA PIEL**
- **AGENTES QUÍMICOS:** Ácido cloroplatínico y cloroplatinatos alcalinos, Cobalto y sus derivados. Persulfatos alcalinos, Tioglicolato de amonio, Epiclorhidrina, Hipocloritos alcalinos, Amonios cuaternarios y sus sales, en especial los detergentes catiónicos. Dodecil-amino-etil-glicina, D.D.T., Aldrín, Dieldrín, Fenotiazinas y Piperazina, Mercaptobenzotiazol, Sulfuro de tetrametil tiouram, Acido mercaptopropiónico y sus derivados. N-isopropil Nparafenilen diamina y sus derivados, hidroquinona y sus derivados, Di-tio-carbamatos, Sales de diazonio, Derivados de la tiourea, resinas derivadas del para-tert-butilfenol y del para-tert-butilcatecol, Diciclohexil carbonimida. Anhídrido ftálico.
- **PRODUCTOS DE ORIGEN VEGETAL** Sustancias extraídas del pino, esencia de trementina y colofonía, Bálsamo del Perú, Urushiol (laca de China). Lactonas sesquiterpénicas contenidas en: alcaucil, árnica, crisantemo, manzanilla, laurel, dalia, entre otras. Tulipas, Prímulas, Apio, ajo y cebolla, harina de cereales.

- **OTROS AGENTES:** Sustancias para las que se demuestre tests cutáneos positivos o inmunoglobulinas específicas aumentadas.
- Lesiones eczematiformes agudas que recidivan con una nueva exposición o cuyas propiedades alergizantes son confirmadas por test cutáneos positivos/ Lesiones eczematiformes crónicas en fase irreversible y con test cutáneos +.
- Lista indicativa de las sustancias sensibilizantes de la piel, excluyendo las que se mencionan específicamente en otros cuadros: fabricación, manipulación o empleo de las sustancias que se señalan.
- **AGENTES: HIPOPIGMENTANTES DE LA PIEL**
- **Sustancias químicas:** Arsénico, Benzoquinona, hidroquinona y éteres derivados. Para-tert-butilfenol y otros derivados del fenol.
- Presencia de zonas de despigmentación de la piel, con predominio de las partes descubiertas (cara, cuello y manos) en la exposición a los agentes que actúan por contacto directo y en cualquier localización para los que actúan por inhalación o por absorción transcutánea.
- **Actividades laborales con exposición al arsénico.**
- Uso y empleo de la benzoquinona, especialmente en la síntesis de hidroquinona y en las industrias del teñido, textil, química y cosmética.
- Uso y empleo de los derivados fenólicos, especialmente en la producción de resinas, de fungicidas y herbicidas.
- **AGENTE PENICILINA Y SUS SALES Y LAS CEFALOSPORINAS:** Dermatitis eczematiforme recidivante a cada nueva exposición o con test cutáneo positivo.
- **AGENTE ENZIMAS DE ORIGEN ANIMAL, VEGETAL O BACTERIANO:** Dermatitis eczematiforme recidivante a cada nueva exposición o con test cutáneo positivo / Ulceras cutáneas.
- **AGENTE ACEITES O GRASAS DE ORIGEN MINERAL O SINTETICO:** Dermatitis papulopustulosas y sus complicaciones infecciosas (Lesiones localizadas en los sitios de contacto con los aceites y grasas, habitualmente dorso de las manos y antebrazo y cara anterior de los muslos)/Dermatitis irritativas, recidivantes con nueva exposición al riesgo/Dermatitis eczematiforme, recidivante con nueva exposición al riesgo y con test cutáneo positivo al producto usado/ Granuloma cutáneo con reacción gigante folicular por inclusión.
- **AGENTE DERIVADOS DEL PETRÓLEO:** Utilización en procesos de tratamientos de metales o alta temperatura y los residuos de la combustión del petróleo (alquitrán de calderas y chimeneas) Epiteliomas primitivos de la piel (en exposición de al menos 10 años).
- **AGENTE BRUCELLA:** Reacciones cutáneas de sensibilización.
- **AGENTE BACILLUS ANTHRACIS (Carbuncho):** Pústula y edema malignos.
- **AGENTE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS:** Tuberculosis extrapulmonar.
- **AGENTE HISTOPLASMA CAPSULATUM (HISTOPLASMOSIS):** Histoplasmosis Diseminadas.
- **AGENTE LEISHMANIA DONOVANI CHAGASI (LEISHMANIASIS):** Leishmaniasis dérmica.
- **AGENTE VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH):** Categoría C-2: Incluye: Leucoplasia oral vellosa, muguet, herpes zóster multidermotómico. Subgrupo D: neoplasia asociada al VIH-1 Sarcoma de Kaposi, Linfoma no hodgkiniano o primario del SNC.
- **AGENTE CANDIDA ALBICANS (Candidiasis):** lesiones en piel, uñas
- **AGENTE VIRUS DEL HERPES SIMPLE:** Herpes simple, forma cut.
- ***(2003) AGENTE TRYPANOSOMA CRUZI:** Solamente en su fase aguda (complejo oftalmo-ganglionar o signo de Romaña, denominado chagoma de inoculación; fiebre, edema generalizado (hinchazón), aumento del tamaño del hígado y bazo, inflamación de ganglios, como síndrome de Chagas agudo; manifestaciones agudas cardíacas y neurológicas).

GLOSARIO

PIEL SENSIBLE: Básicamente es una susceptibilidad para experimentar sensaciones desagradables (picazón, ardor, dolor, prurito y sensación de hormigueo) frente a estímulos ambientales (químicos, cosméticos, etc.) que las pieles “no sensibles” toleran. La piel puede parecer de aspecto normal o estar acompañada de eritema. Refiere especialmente a la piel facial pero puede ocurrir en otras áreas. Puede asociarse a atopía y rosácea entre otras.

REACCIONES FOTOALÉRGICAS Y FOTOTÓXICAS POR CONTACTO OCUPACIONAL: Son inducidas por la aplicación tópica de una sustancia seguida de irradiación ultravioleta. La fototoxicidad se expresa habitualmente como una quemadura solar, mientras que las fotoalérgicas se manifiestan como eccema: eritema, vesículas, prurito. Para su estudio deben realizarse el fotoparche que determinará la condición de fotoalérgeno de una sustancia cuando en una batería aplicada por duplicado, sólo aparezca la reacción con la sustancia luego de irradiación con una fuente que es habitualmente UVA y no aparezca en el sitio no irradiado (si la reacción se duplica es un alérgeno, ya que no necesita de la irradiación para actuar como sensibilizante)

TAREA HÚMEDA: Se define como la exposición o contacto con el agua durante más de 2 horas por día, y/o uso de guantes oclusivos por el mismo lapso, y/o lavado frecuente de manos (mayor a 20 veces/día).

FOTOTIPOS DE PIEL:

- **Tipo I** Siempre enrojece, nunca broncea.
- **Tipo II** Siempre enrojece, broncea poco.
- **Tipo III** Enrojece a veces, se pigmenta bien.
- **Tipo IV** No enrojece, siempre se broncea.
- **Tipo V** Muy pigmentadas (mestizos, mediterráneos, hindúes).
- **Tipo VI** Negros.

URTICARIA POR CONTACTO: Es la forma menos común de erupción por contacto, y es causada mayormente por hipersensibilidad inmediata (tipo I de la Clasificación de Gell y Coombs). La respuesta, luego de unos minutos del contacto, es de tipo urticariano (ronchas con picazón). Ejemplo de la misma es la urticaria por látex (proteínas del hevea *braziliensis*). Se testifica por pruebas de puntura (prick test) o con dosaje de Ig E específica. La urticaria por contacto puede representar entre el 10 y el 29% de las enfermedades cutáneas ocupacionales dependiendo las series estudiadas.

ALÉRGENO: Es el hapteno en el contexto de la célula presentadora (complejo hapteno/proteína) capaz de sensibilizar y provocar dermatitis alérgica por contacto.

ATOPÍA: Se refiere a la innata propensión a padecer alergias como rinitis alérgica, asma alérgica o dermatitis atópica. En estos casos, puede existir un defecto genético en las

proteínas responsables de la función barrera (flagrina) que los vuelve más susceptibles a dermatitis irritativa por contacto, sobre todo cuando se realiza tarea húmeda. Si bien suele iniciarse en la infancia, puede manifestarse también en la adultez (frecuentemente como eccema en las manos). El diagnóstico es básicamente clínico.

DERMATITIS POR CONTACTO AEROTRANSPORTADA: Son todas aquellas reacciones de la piel, producidas tanto por irritantes como por sensibilizantes, que se encuentran en el aire ambiental en estado sólido, líquido o gaseoso y que, al contactar con la piel, producen diversos tipos de lesiones cutáneas con predominio de las lesiones eccematosas. Las lesiones se localizan principalmente en las zonas expuestas al agente causal y afectan a la zona palpebral, retroauricular y submentoniana (que habitualmente respetan las fotodermatosis). También es frecuente que las lesiones aparezcan en los grandes pliegues, por depósito en la ropa, y en los miembros inferiores en mujeres. La condición de vehiculización por el aire vuelve posible también la aparición de síntomas respiratorios.

DERMATITIS POR CONTACTO SISTÉMICA: Puede ocurrir cuando un individuo previamente sensibilizado se re-expone por vía sistémica (percutánea; transmucosa, que incluye la transrectal, oral; intravenosa; intramuscular; por inhalación o través de implantes) a la misma sustancia o a otra que cause reacción cruzada. Se piensa que es un tipo de hipersensibilidad retardado mediado por células T. Se expresa con distintas manifestaciones cutáneas como reagudización del eccema o del sitio del parche positivo, lesiones tipo vasculitis, dishidrosis o erupciones generalizadas o con un tipo específico de exantema agudo que compromete los grandes pliegues y el área anogenital.

DISHIDROSIS: Variedad de eccema que afecta las caras laterales de manos y pies, palmas y plantas. La forma aguda manifestada por vesículas o ampollas intensamente pruriginosas se denomina pónfolix, mientras que la forma descamativa (en collarete) se denomina dishidrosis sicca. Puede corresponder tanto a formas de eccema endógeno, como a manifestación de dermatitis por contacto irritativa o alérgica (Ni, Cr). Suele tener un curso crónico y recidivante.

ECCEMA: Proceso inflamatorio de la piel pruriginoso, que puede tener causas endógenas (como por ejemplo atopía) o exógenas: irritativas o alérgicas. Suele cursar cronológicamente en una serie de fases. La fase aguda se caracteriza por la aparición de lesiones eritematosas y edematosas muy pruriginosas sobre las que paulatinamente van apareciendo vesículas que se rompen fácilmente dejando costras. En la fase subaguda disminuye el componente vesículo-exudativo y empieza a presentarse descamación. En la fase crónica no hay vesículas y predomina la descamación y la liquenificación. El proceso puede desaparecer sin dejar lesiones residuales. Histológicamente la reacción se caracteriza por la presencia de espongirosis.

ESPONGIOSIS: Observación histopatológica del edema intercelular en la epidermis que distiende o rompe las uniones/puentes interqueratinocitos con formación de cavidades denominadas vesículas. Caracteriza eccemas.

FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD (FDS), O (EN INGLÉS) MATERIAL SAFETY DATA SHEET (MSDS), U HOJA DE SEGURIDAD: Documento que indica las particularidades y propiedades de una determinada sustancia química para su adecuado uso. Las fichas de seguridad no están dirigidas a un consumidor general puntual, sino a minimizar los riesgos en el trabajo. El principal objetivo de esta hoja es proteger la integridad física del operador durante la manipulación de la sustancia: contiene información física del producto (por ejemplo, su punto de fusión, punto de ebullición, etc.). También incluyen toxicidad, efectos sobre la salud, primeros auxilios, almacenaje, disposición y protección necesaria. Resulta de gran importancia para identificar irritantes y alérgenos en el medio laboral. La Resolución SRT N° 801/2015 reconoce su importancia.

HAPTENO: Moléculas pequeñas (< 500 daltons) que en el contexto de las células presentadoras de antígenos se convierten en alérgenos capaces de sensibilizar, es decir, de producir una progenie de linfocitos T específicos para dicha sustancia. Ese proceso inicial no es visible clínicamente y se denomina sensibilización. Las respuestas subsiguientes al contacto con el mismo hapteno ocurren entre las 12 y las 72 horas y esa demora es la que caracteriza a la hipersensibilidad retardada (tipo IV Gell y Coombs).

IRRITANTE: Agente capaz de producir irritación. Los irritantes químicos más comunes son: agua, detergentes, aceites, disolventes orgánicos, oxidantes y agentes reductores. Todos los químicos son irritantes en algún grado. Una predicción razonable de corrosividad se basa en la constante de disociación pKa, un ácido con pKa de menos de 4, o bases con pKa de mayor de 8 son muy irritantes. En la respuesta de irritación son determinantes la calidad, concentración, tiempo y frecuencia del contacto, junto con el ambiente, el tipo y estado de la piel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, R. **"Occupational dermatitis"** in "Fisher Contact Dermatitis" 5°edic. Rietschel, R. Fowler, J.; 2001, Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia p. 419-449.
2. Adams, R. **"Trastornos dermatológicos laborales"** en Medicina laboral y ambiental" 2° edición, Ladou, J El manual moderno, México , 1999, p-299-320.
3. **Anonymus European Agency for Safety and Health at Work Expert Forecast on Emerging Chemical Risks Related to Occupational Safety and Health 2009** Luxembourg Office for Official Publications of the European Communities.
4. Bonamonte D., Foti C., Vestita M., Angelini G. **Noneczematous contact dermatitis.** Allergy 2013, Article ID 361746. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/361746>
5. Gimenez-Arnau A., Maurer M., De La Cuadra J., Maibach H. **Immediate contact skin reactions, an update of Contact Urticaria, Contact Urticaria Syndrome and Protein Contact Dermatitis – "A Never Ending Story".** Eur J Dermatol 2010; 20:552-562.
6. Granados Rincón C, Machado Benavides N, Rodrigues-Barata A, Conde-Salazar Gómez L **Las pruebas epicutáneas de contacto en medicina laboral Patch testing in occupational medicine** Med Secur Trab (Internet) 2013; 59 (230) 74-84.
7. Kulberg A., Schliemann S., Elsner P. **Contact dermatitis as a systemic disease.** Clin Dermatol 2014;32:414-419.
8. Palmer RA, White IR. **Phototoxic and Photoallergic Reactions.** En Frosch PJ, Menné T, Lepoittevin J-P Contact Dermatitis 2006 Springer Berlin Heidelberg: 309-317.
9. Thielitz, A John S **Occupational contact dermatitis** in Johansen JD et al (edt) Quick guide to Contact Dermatitis.Springer-Verlag Berlín Heidelberg 2016: 103-14.

04 DERMATITIS POR CONTACTO

Hoy, mañana, siempre
Prevenir es trabajo de todos los días

0800 666 6778
www.srt.gob.ar

 SRTArgentina  @SRTArgentina  Superintendencia de Riesgos del Trabajo  SRTArgentina

Sarmiento 1962 | Ciudad Autónoma de Buenos Aires