

LOS MÚLTIPLES TRATAMIENTOS DEL ECZEMA DISHIDRÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

THE MULTIPLE DYSHIDROTIC ECZEMA TREATMENTS. A REPORT ON A CLINICAL CASE.

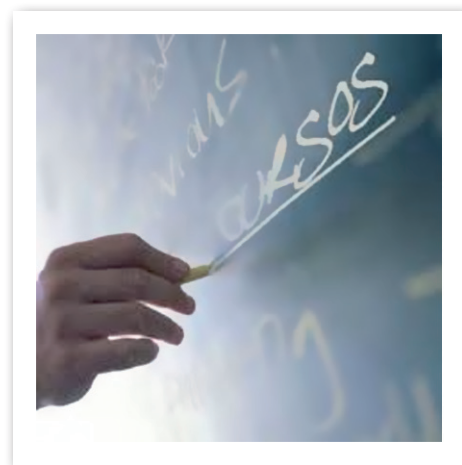
Jessica Ruiz Toledo

Diplomada en podología UB. Máster en Cirugía podológica UB

Correspondencia:

Avda. Josep tarradellas i Joan nº 209 entlo. 4 cp: 08901 L´ Hospitalet de Llobregat. Barcelona

E-mail: jruiztol@yahoo.es



RESUMEN

El eczema dishidrótico también se denomina dermatitis eczematosa dishidrótica, pómpholix (significa burbuja en griego) y eczema paráptico. En el pie se conoce como Pedopompholix.

En los casos crónicos la formación de fisuras es siempre habitual, sin embargo en algunos casos predomina más la presencia de vesículas y en otros la fase descamativa. Debido a las ampollas y a las fisuras es probable que esta patología se complique debido a la descamación bacteriana.

Se diagnostica por un examen físico, mediante la observación clínica y no requiere pruebas complementarias.

Los factores predisponentes son:

- estrés
- alergias al níquel, cobalto etc.
- contacto continuo con agua
- hiperhidrosis

Los tratamientos convencionales consisten:

- Medicamentos antipruriginosos que se toman por vía oral
- Humectantes
- Cremas o ungüentos esteroides fuertes

Asimismo, se deben evitar los baños frecuentes y las sustancias irritantes, que pueden empeorar la picazón.

La bibliografía muestra que existen diferentes tipos de tratamientos, entre medicamentos y remedios naturales que pueden mejorar las lesiones. En este caso clínico se intentan aplicar tratamientos naturales.

El propósito de este artículo es demostrar si los tratamientos no convencionales eran efectivos.

Se ha realizado un seguimiento de una paciente con dicha patología crónica de años de evolución, de carácter seco y con notables síntomas de prurito. Tras varios periodos con corticoides como pautas de otros especialistas, se decidió el tratamiento con terapias alternativas. El resultado tras un año de seguimiento bimensual y tratamientos variados naturales, se ha conseguido un tratamiento coadyuvante que ha mejorado notablemente las lesiones y el prurito.

Durante este periodo la paciente no ha empleado las pomadas con corticoides para tratar las lesiones, que hasta el momento era el recurso en brotes acentuados de su enfermedad.

No ha presentado infección bacteriana por rascado durante el seguimiento, ni heridas sangrantes.

Palabras claves: arcilla blanca, pómpholix, corticoides.

SUMMARY

Also called dishidrótica eczematous dermatitis, pómpholix (mean bubble in Greek) and eczema paráptico. In the foot is known as Pedopompholix.

In chronic cases, crack formation is always normal, however, in some cases dominant over the presence of vesicles and other flaky phase. Due to blisters and cracks are likely to complicate this condition is due to bacterial shedding.

It is diagnosed by a physical examination by clinical observation and requires no additional tests.

The predisposing factors are:

- stress
- Allergies to nickel, cobalt etc.
- Continuous contact with water
- hyperhidrosis

Conventional treatments consist on:

- Antipruritic drugs that are taken by mouth
- Moisturizers
- Strong steroid creams or ointments

The literature shows that there are different types of treatments, medications and natural remedies that can improve lesions. This article will attempt to explain the existing alternative therapy.

This article attempted to demonstrate whether unconventional treatments are effective. This article has been studied a patient with this chronic disease of years of evolution, of aremarkable dry and itching symptoms. After several periods with corticosteroids as guidelines for other specialists, it was decided the alternative therapies. The result after a year of bimonthly monitoring and varied natural treatments has been achieved adjuvant treatment has markedly improved lesions and pruritus.

During this year the patient has used corticosteroid ointments to treat injuries, which so far was the resource pointed to his illness outbreaks.

There has been no bacterial infection from scratching during follow-up, no bleeding wounds.

Keywords: white clay, pómpholix, corticosteroids.

El eczema dishidrótico

También se denomina dermatitis eczematosa dishidrótica, pómpholix (significa burbuja en griego) y eczema paráptico 1. Específicamente en el pie se conoce como Pedopompholix.

Se manifiesta con lesiones vesiculosas, recurrentes y crónica, de localización en palmas y plantas. Un factor relevante es que son localizaciones donde predomina la sudoración. Los estudios muestran mayor prevalencia en mujeres y en adultos jóvenes. Las estaciones de verano y primavera donde cursan con calor es cuando existen mayor incidencia de casos.

No es de carácter contagioso a pesar de implicar un problema estético. Puede existir una, en algún caso, asociación familiar.

La causa es idiopática pero se asocia a la hiperhidrosis, alergia al níquel, cobalto y cromo. Así como puede desencadenarse lesiones tras un periodo de estrés 2. Se puede asociar al pie de atleta en algunas ocasiones. También se asocia a la alimentación rica en bebidas carbonatadas, alcohólicas, cafeína y productos lácteos. Que no son propiamente la causa pero pueden intensificar los síntomas. Así como alimentos como chocolate, soja, mantequillas y quesos.

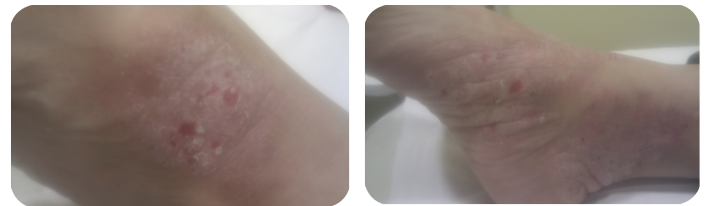
Otras causas podrían ser las exposiciones prolongadas al sol. El contacto al cuero y nylon. Y por último derivados de problemas inmunológicos como colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn etc.

La aparición de vesículas provoca prurito³. La convergencia de diversas vesículas puede conformar una gran ampolla, con collarete escamoso y lesiones eritemato-descamativas con liquenificación. Incluso las uñas pueden verse afectadas por la paroniquia. A veces se asocia al factor de la hiperhidrosis pero no necesariamente. 4 En casos crónicos como el presentado en este artículo, el estrato córneo de la epidermis se encuentra desorganizado, con áreas irregulares de paraquetosis y exudación celular.

Puede realizarse un diagnóstico erróneo, concluyendo que fuere una psoriasis palmo-plantar, una tiña de manos y pies, eritema polimorfo, eczemas etc. A nivel histológico hay que descartar una infección por dermatofitos.

El tratamiento

En las fases agudas el tratamiento de elección son cremas con corticoides tópica media potencia que contengan cotrimazol, betametasona dipropionato, pero de uso en ciclos cortos de tiempo de una semana, como el Adventan® crema o Lexxema® crema⁵. También se puede recurrir a los corticoides vía oral. Se ha de recordar que el eczema dishidrótico, es del tipo endógeno⁶ y con mayor prevalencia en pacientes atópicos⁷ El caso que a continuación se presenta, es una mujer, mediana edad, con años de evolución y múltiples tratamientos y descartada por el dermatólogo una causa de alergia de contacto como diagnóstico diferencial⁸ (Figuras 1 y 2).



Figuras 1 y 2: Pompholix estado inicial

Se contemplan también tratamientos de aluminio menos recurridos en primera instancia como:

Pomadas con óxido de zinc o de comprimidos como por ejemplo DESITIN® Rapid Relief Cream,

Acicar-e® o Adesik® (es un emoliente protector y astringente cutáneo)

Antihistamínicos para el prurito

Pomadas con betametasona (potencia grupo III alta) intercalados con periodos de descanso⁹

Medicamentos de acetato

Productos astringentes

Efalizumab: es un medicamento que su principal indicación es el tratamiento de pacientes adultos con psoriasis moderada.

Sodermix crema®: es una crema empleada para cicatrices, queloides antiinflamatoria y antiprurito.

Propionato de ciclosporina: corticoides antiprurito.

Clobetasol útil si la causa es la colitis ulcerosa: se usa para tratar el prurito, el enrojecimiento, la sequedad, inflamación de la piel y el cuero cabelludo.

Solución de domeoboro: la solución que se obtiene con DOMEBORO se emplea como cura húmeda (o baños locales).

Solución diluida de permanganato de potasio útil para el secado de las vesículas y destrucción de carga bacteriana de la lesión.

Pastillas perlas de onagra: controla la normal producción de grasa en la piel e impide la formación de sustancias inflamatorias.

Dapsona para pompholix crónica: es un antibiótico usado para la lepra vía oral, para dermatitis herpetiformes e infecciones cutáneas.

Compresas de vinagre blanca tres o cuatro veces al día, es un potente antiséptico. Se emplea como tónico de la piel diluido en agua.

CAOLIN que es arcilla blanca¹⁰: analgésicas, antitumorales, cicatrizantes, bactericidas, remineralizantes, desintoxicantes o antiinflamatorias

FORMACIÓN CONTINUADA

Para el prurito se puede emplear vaselina o aceite de cáñamo: es un hidratante, regenerador y revitalizante. Regeneración de la piel seca y aumenta la elasticidad de la piel.

Para el prurito se puede emplear el toctino® (alitretinoína) en versión crónica. Está aprobado en todos los países su uso menos en República Checa y México¹¹. Comercializado por la casa Almirall. Se emplea para el eczema crónico en manos que no responda a tratamientos tópicos potentes. Su uso está altamente contraindicado durante el embarazo por su poder teratógeno.

Se comercializa en España desde el año 2010.

La brea de Hulla (poder queratolítico, se emplea para eczemas, psoriasis y herpes) y el ictamol (queratoplástico antiséptico empleado para psoriasis, eczemas, quemaduras, grietas, forúnculos etc.) son útiles para presentaciones crónicas.

Sesiones de PUVA 12 previo aplicación de solución psoraleno antes de la exposición (es una sustancia vegetal que es sensible a la luz que se utilizan junto con la luz UV para tratar la psoriasis, el vitiligo etc. El psoraleno es un tipo de furocumarina.). La radiación ultravioleta requiere varias sesiones (3 o 4 veces semanales) y puede durar hasta 6 semanas.

La existencia de múltiples y variados tratamientos indica que no existe un tratamiento único y que ninguno es efectivo 100%, considerando que es una patología crónica y recurrente sin actualmente un tratamiento definitivo.

Existen tratamientos alternativos a la medicina convencional. Por ejemplo en homeopatía se emplean ciertas hierbas como la caléndula, Nat Mur, Urtica urens, arseniucum, grafitos de azufre y petróleo para combatirla.

Caso clínico

La paciente que se presenta no tiene patologías de relevancia. Refiere llevar una dieta adecuada, a pesar de tener un ligero sobrepeso. No consume alcohol y su evolución es de años.

Cursa con brotes a épocas del año con gran prurito y sólo tiene afectación a nivel de los pies.

Se le ha realizado un seguimiento de un año, con pruebas de diversos tratamientos excluyendo las pomadas con corticoides.

El primer tratamiento que se le instauró fue crema con corticoides una semana para aminorar la sintomatología del brote y a partir de ese momento intentar lograr un tratamiento adecuado a sus necesidades, que le permitieran tener estabilizado el aspecto físico de las lesiones y la sintomatología libre del tratamiento convencional (Figura 3).



Figura 3: aspecto de las lesiones a los 4 meses de tratamiento

Tras este primer tratamiento se instaura tratamientos con desodorantes convencionales para obtener un control de la sudoración no excesivamente astringentes, así como hidratación con cremas Clenosan® (las cuales refiere la paciente que no le ocasionan prurito tras su aplicación) combinadas con aceite de almendras. Y la higiene diaria se efectúa con jabón neutro.

Se prosigue con compresas de vinagre blanco para combatir el prurito en cada ocasión que la paciente lo requiera. Esta aplicación resulta ser beneficiosa. Las cremas con aloe vera le provocan un empeoramiento de la sintomatología. Y se le indica aplicación de CAOLIN que es una arcilla blanca que se mezcla con agua y se deja aplicada 20 minutos, una vez por semana.

A nivel de dieta le sugerí que evitará alimentos ricos en níquel como espárragos, habas, judías, setas, cebolla, espinacas, guisantes, chocolate etc. y bebiera 2 litros de agua al día para mantener la hidratación corporal.

La arcilla requiere preparación y se debe mezclar 8 cucharadas de la misma con un litro de agua. Y podría combinarse con cola de caballo. No empleada en este caso clínico.

Se le realizan controles bimensuales llegando a observar una gran mejoría en el aspecto de las lesiones (Figura 4).



Figura 4: lesiones con menos prurito y menos aspecto irritativo a los 6 meses de tratamiento

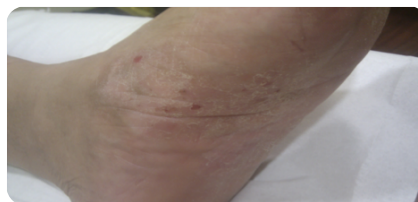
Para una mejoría aun más notable se le aconsejó a la paciente la aplicación de Neusc- P- Rosa que se encuentra en forma de presentación en stick para una aplicación más práctica. La revisión al mes y medio comenta que lo que mejor le ha ido es los ungüentos con arcilla blanca y la aplicación de vinagre blanco para el prurito.

Se concluye que para las lesiones crónicas de esta paciente la mejor terapia ha sido:

- Aplicaciones de vinagre blanco en compresas para el prurito
- Aplicación de arcilla blanca 1 vez a la semana
- Desodorantes no excesivamente astringentes
- Cremas hidratantes y con base oleosa de aceite de almendras.
- Jabón neutro de venta en farmacia
- Excluimos el uso de cremas aloe vera y con base alta en urea ya que le agrava las lesiones.

Resultados:

Este artículo pretende dar a conocer los diferentes tratamientos tanto convencionales como de medicina alternativa empleados para el eczema dishidrótico. El caso clínico que se muestra ha tenido un seguimiento de un año, mediante tratamientos no convencionales con resultados satisfactorios. La lesión presenta menos descamación, lesiones por rascado, menos prurito y en general una sintomatología satisfactoria dentro de la cronicidad de la patología (Figuras 5 y 6).



Figuras 5 y 6: aspecto de las lesiones al año con tratamientos naturales

Discusión:

Este artículo concluye que las lesiones y la sintomatología han mejorado notablemente con tratamientos naturales.

La limitación de este artículo es que se presenta un solo caso clínico y no ha sido demostrado en una muestra de pacientes más amplia, lo cual no puede extrapolarse a todos los pacientes afectados de dicha patología.

El vinagre blanco y la arcilla blanca han sido el éxito del tratamiento en este caso clínico de evolución crónica.

Agradecimientos:

Agradezco a la paciente la participación activa durante un año en este estudio observacional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. <http://e-dermatosis.com/pdf-zip/Derma029.pdf>
2. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol19_n2/pdf/a08v19n2.pdf
3. Habif TP. Clinical Dermatology. 4th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2004.
4. <http://www.elajmd.com/upload/files/13309.pdf>
5. <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2001/cd011g.pdf>
6. <http://piel-l.org/blog/wp-content/uploads/2009/11/El-mal-llamado-eccema-de-manos.pdf>
7. http://www.institutotomaspascual.es/publicacionesactividad/publi/Curso_RANF_5.pdf
8. http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90021218&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=149&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=103v102n06a90021218pdf001.pdf
9. http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n3corticosteroidesTopicos.pdf
10. <http://www6.uniovi.es/usr/fblanco/Leccion3.PropiedadesArcillas.pdf>
11. http://www.almirall.com/webcorp2/contentFiles/1385/es/NP_Almirall_-_Toctino_castellano_F.pdf
12. http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2303/1/9788497508506_content.pdf