

UNIVERSIDAD DE BARCELONA — FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLOGICAS Y ODONTO-ESTOMATOLOGICA

## ALERGIAS EN ESTOMATOLOGIA

por

PIEDAD JIMENEZ POLANCO\* CARLOS CANALDA SAHLI\*\*

BARCELONA

### INTRODUCCION

Los odontólogos y estomatólogos, están expuestos a sufrir dermatitis de contacto ocupacionales o profesionales, especialmente en las manos, debido a su frecuente contacto con irritantes, tanto inespecíficos como alérgicos.

#### Observación clínica

Estomatólogo de 38 años, de sexo femenino, que sin causa aparente presentó lesiones eritematosas con vesículas en los dedos pulgar, índice y medio de la mano izquierda. Las lesiones evolucionaron de forma progresiva, apareciendo a los 2 meses del inicio, grietas profundas y dolorosas en los pulpejos, que con frecuencia sangraban tanto espontáneamente como al utilizar los dedos lesionados. El dolor dificultaba el movimiento de los dedos, llegando un momento en que se hizo difícil realizar cualquier tipo de trabajo manual.

Ante este cuadro se hizo el diagnóstico de "dermatitis de contacto de naturaleza alérgica", debido probablemente a los anestésicos locales (Gingicain), por la

disposición topográfica de las lesiones y los dedos afectados. Este diagnóstico fue corroborado por los tests epicutáneos que demostraron alergia al cobalto (H), mercurio (H) y especialmente a la pantocaína, anestésico local de la familia ametocaína.

Ante este diagnóstico se aconsejó evitar, en lo posible el contacto con las sustancias nocivas y se prescribió un tratamiento con corticoides por vía tópica. Tras 2 meses de tratamiento, las lesiones no mejoraron, por lo que se instauró un nuevo tratamiento consistente en curas oclusivas con corticoides tópicos, los días pares y los impares con un preparado compuesto por vaselina, lanolina y ácido gálico. Con el nuevo tratamiento las lesiones mejoraron muy lentamente, por lo que se pensó que los guantes de goma podrían actuar como sostenedores de las lesiones, recomendándose por ello la utilización de un guante de algodón debajo del de goma; con lo cual se consiguió la desaparición de las lesiones. Desde el inicio del proceso hasta su curación, transcurrieron 9 meses.

### DISCUSION

#### Etiología

En la dermatitis de contacto en los estomatólogos, hemos de distinguir dos grupos de irritantes: inespecíficos y alérgicos.

#### A) *Inespecíficos:*

a) *Jabones y detergentes*, que son repetidamente usados en el lavado de las manos.

b) *Medio húmedo de trabajo*, debido al contacto continuado de los dedos con la saliva.

c) *Desinfectantes*, los cuales poseen un efecto irritante inespecífico (alcohol, eugenol, formol, etc.).

(\*) Profesora Colaboradora

(\*\*) Profesor Titular

d) *Acidos*, usados en el grabado ácido (fosfórico, cítrico, etc.).

e) *Escayola*, que posee una acción desecante.

## B) *Alergenos*:

### 1) *Anestésicos locales*:

a) *Procaína*. Es un aler geno potente, causante de dermatitis ocupacional en el 5 % de los profesionales, cuando se usaba.

b) *Tetracaína y Pantocaína*. Usados actualmente como anestésicos de superficie. Son unos potentes alergen os que presentan reacción cruzada con la procaína. La pantocaína fue el causante de la dermatitis de contacto en el caso que comunicamos.

c) *Lidocaína*. Es un aler geno débil y el uso de carpules ha minimizado este efecto.

### 2) *Resinas*:

a) *Sintéticas*. *Los acrílicos* usados como bases para dentaduras contienen Metil-Metacrilato que posee gran potencial alérgico, especialmente a temperatura ambiente, ya que la polimerización no se realiza de forma perfecta y puede quedar monómero libre. *Las epoxirresinas*, el BIS-GMA, componente principal de las resinas restauradoras y de los agentes de unión utilizados en odontología conservadora, pueden sensibilizar. Aparte de estos componentes principales también pueden actuar como alergen os algunos aditivos de las resinas sintéticas, como los catalizadores (metil p. tolueno, sulfonato y diclorobenzenosulfonato), los estabilizadores (hidroquinona) y los activadores (peróxido de benzoilo).

b) *las resinas naturales*, como el bálsamo de Perú, la colofonia, etc., utilizados en diversos preparados dentales, barnices y materiales para la obturación de conductos, también pueden ser causa de alergia de contacto en el paciente; en los profesionales no se han descrito.

3) *Metales*. Algunos metales pueden actuar como alergen os. *Mercurio* y sus sales, usados en amalgamas, en componentes de antisépticos, en conservadores, en medicaciones tópicas, dentríficos, etc. *Cobalto* y sus sales, utilizados en prótesis metálica y como aglutinante en las fresas de carburo de tungsteno. *Níquel*, empleado en prótesis metálica. *Cromo*, usado en prótesis metálicas y, como *ácido crómico* y dicromato potásico en el tratamiento de gingivitis.

4) *Antibióticos*. Penicilina y otros antibióticos.

5) *Antisépticos*. Algunos de los antisépticos utilizados en odontología poseen, además de carácter alérgico, propiedades irritantes inespecíficas. *Eugenol*, usado ampliamente como sedante pulpar, como componente de pastas y cementos de obturación de conductos, de obturación provisional de cavidades, de pastas de impresión, etc. *Formaldehido* empleado, como antiséptico y momificante. *Paraclorofenol*, *Tricresolformol* y *Timol*.

6) *Otras sustancias*. Entre ellas destacan los *reveladores* de placas radiográficas, que contienen hidroquinona, componentes de los *elastómeros* y *gomas* diversas (dique, guantes, etc.).

## CLINICA

En la dermatitis por anestésicos locales predominan las lesiones en el extremo de los dedos de la mano, siendo más frecuente en la izquierda, como ocurrió en el caso presentado. Ello se debe a que esta mano tiene más posibilidad de contacto con el anestésico mientras se separa mejillas y labios. Más raramente afecta al dorso de los dedos y con menos frecuencia a la palma de la mano.

Pueden observarse dos tipos de lesiones:

1) *Hipertrofia verrugosa* del área periungueal y del extremo de los dedos con hiperqueratosis subungueal.

2) *Eritema* y formación de vesícula; éste fue el tipo de lesiones que se presentó en nuestro caso. En ocasiones existe disminución de la sensibilidad táctil.

Cuando la sensibilización es producida por resinas

se puede afectar la cara, especialmente los párpados y el cuello.

### Diagnóstico

Se realiza mediante test epicutáneos que posibilitan realizar el diagnóstico diferencial entre las dermatitis irritativas inespecíficas y las alérgicas, así como la identificación del aler geno.

### Prevención

Para prevenir las dermatitis de contacto se evitarán al máximo los contactos con los materiales con capacidad alérgica. Y se usarán anestésicos de bajo potencial alérgico, preferentemente en carpules, guantes para trabajar, etc.



Foto 1



Foto 2



Foto 3

## CONCLUSIONES

La existencia de dermatitis de contacto profesionales, por irritantes inespecíficos o alérgicos, nos obliga a extremar las medidas preventivas en la práctica

diaria: evitar materiales de elevada capacidad alérgica, usar carpules, emplear guantes de goma, etc.

## BIBLIOGRAFIA

1. FISHER, A.A. — Contact dermatitis, págs. 519-530. Lea-Febiger. Filadelfia, 1986.
2. DECOMBS, G. y CHABEAU, G. — Abrégé de dermato-allergologie de contact, págs. 104-111. Masson. Paris, 1979.
3. CROMIN, E. — Contact dermatitis, págs. 582-595. Churchill Livingstone. Edimburgo, 1980.
4. TZANK, A. y SIDI, E. — Les dermatoses allergiques. Masson. Paris, 1950.
5. CLANAN, C.D. y STEVENSON, C.S. — Studies in contact dermatitis dental materials. Trans. S.T. John's Hosp. Derm. Soc. Lond., 49: 942, 1963.
6. BEAUREY, J., MOUGEOLLE, J. y NICOLAS, F. — Les dermites professionnelles allergiques des dentistes. Gaz. Med. Fr. 75: 4267, 1968.
7. EMMETT, E.A. — Contact dermatitis from polyfunctional acrylic monomers. Contact Derm., 3: 245, 1977.
8. FUCHS, J. — Pathologies professionnelle des résines d'époxy. Tesis Fac. Strasbourg, 1971.
9. KULEMLAMP, D., HAUSEN, B.M. y SCHULZ, K.H. — Kontakallergie durch neuartige zahnärztlich verwendete abdruckmaterialien. Hautarzt., 28: 353, 1971.