

Sensibilización a acrilatos



Fátima Tous Romero

Médica adjunta. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Mi paciente es una mujer de 44 años que acudió a consulta refiriendo la presencia de alteraciones ungueales en varios de los dedos de las manos desde unos seis meses antes. Previamente a la aparición de estas, describió haber sufrido varios episodios de descamación, con prurito intenso, en estas localizaciones. En el momento de la consulta, la paciente refería molestias de tipo dolor y escozor, sobre todo, al realizar trabajos manuales. Esto estaba ocasionando una importante repercusión laboral, ya que trabajaba realizando labores de limpieza, durante las cuales, las molestias aumentaban de forma considerable. Se realizó un interrogatorio dirigido sobre dermatosis previas, así como acerca de los productos que utilizara habitualmente. Aparte de los productos de limpieza que empleaba en su trabajo habitual, la paciente relataba la aplicación de diferentes cremas hidratantes, que eran para todo el cuerpo. Decía, además, ser usuaria habitual de «uñas de gel», aunque actualmente no las portaba, ni relacionaba, en principio, la aparición de las lesiones con su uso. A la exploración, se observó afectación de todas las uñas de las manos, más intensas en el tercero, cuarto y quinto dedos de la mano derecha, así como en el primer dedo de la mano izquierda, presentando en dichas localizaciones adelgazamiento con destrucción de la lámina ungueal (figs. 1 y 2). Asociaba discreta descamación periungueal, con edema en el pliegue proximal. No tenía lesiones en otras localizaciones.



FIGURA 1. Lesiones en las uñas de los dedos de la mano derecha.



FIGURA 2. Afectación del primer dedo de la mano izquierda.

Planteamos un diagnóstico diferencial entre un liquen plano y un eccema de contacto, sin descartarse otras dermatosis o infecciones intercurrentes. Realizamos recomendaciones en relación con el

cuidado de las manos (uso habitual de emolientes, guantes, etc.), y pautamos una crema de mometasona. Practicamos una biopsia cutánea periungueal, observándose hiperqueratosis con espongiosis intraepitelial, sin infiltrado en banda ni borramiento de la interfase, todo ello sugestivo histológicamente de eccema. Con las técnicas de la reacción de PAS (ácido peryódico de Schiff) y la tinción de Grocott, no se observaron estructuras fúngicas. En ese momento, pautamos una laca de uñas de clobetasol al 8 % y citamos a la paciente para la realización de pruebas epicutáneas con el planteamiento principal de un eccema de contacto. Se llevaron a cabo las pruebas epicutáneas con la batería estándar del GEIDAC (Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea) y la batería de acrilatos (Chemotechnique Diagnostics; Vellinge, Suecia), siendo la lectura a las 72 y a las 168 horas positiva para metacrilato de hidroxipropilo al 2 % (++) y metacrilato de 2-hidroxipropilo al 2 % (++)). Con ello, llegamos al diagnóstico de eccema de contacto alérgico a acrilatos, con distrofia ungueal asociada. A los tres meses, tras evitar el contacto con acrilatos y manteniendo el uso de la laca de uñas con clobetasol, presentó una importante mejoría, con la resolución casi completa de las alteraciones ungueales, y cediendo las molestias que presentaba (fig. 3).



FIGURA 3. Mejoría de las lesiones a los tres meses.

Los acrilatos constituyen materiales plásticos formados por la polimerización de monómeros derivados del ácido acrílico¹⁻³. Sus usos son numerosos,

incluyendo la fabricación de aislantes eléctricos, pinturas, adhesivos y tintas de impresión. Además, se utilizan en la fabricación de múltiples dispositivos médicos, entre los que se encuentran las bombas de insulina, el cemento óseo, los audífonos, las prótesis dentales y los empastes, así como algunos tipos de esparadrapos y apósitos de úlceras. De forma reciente, destaca el empleo de los acrilatos con fines cosméticos, observándose un importante aumento de sensibilización a estos debido al uso de esmaltes permanentes y semipermanentes, así como «uñas de gel». Los acrilatos se aplican sobre las uñas mediante un barniz en forma de monómeros acrílicos y, posteriormente, se somete a las uñas a una fuente de luz para formar un polímero (lo cual las endurece). Los monómeros son los responsables de la mayoría de los eccemas de contacto alérgico a acrilatos. Una vez completado el proceso de polimerización, debido a su elevado peso molecular, dejan de tener capacidad de sensibilización. La realización de la técnica de forma inadecuada o sin la protección precisa puede dar lugar al desarrollo de una sensibilización a estos compuestos, así como la persistencia de monómeros en condiciones deficientes de polimerización. Cuando el eccema de contacto a acrilatos se desarrolla en las esteticistas que realizan el procedimiento, su diagnóstico habitualmente es más sencillo, ya que, en numerosas ocasiones, son ellas las que relacionan el empeoramiento de los síntomas con la realización de los procedimientos. Sin embargo, en el caso de las usuarias, tal y como ocurría con nuestra paciente, no siempre lo relacionan de forma tan clara. Resulta, por ello, de gran importancia sospecharlo ante eccemas de localización periungueal en usuarias de estos procedimientos (que, a veces, también afectan a otras localizaciones de piel fina, que puedan entrar en contacto con los monómeros acrílicos a través de un mecanismo de transferencia pasiva o aerotransportado). La sospecha y confirmación diagnóstica de una sensibilización a acrilatos es fundamental. Por un lado, como ocurría en nuestra paciente, por la importante afectación que puedan tener las lesiones cutáneas producidas en la vida de la paciente, con las molestias asociadas, y la interferencia laboral.

Por otro, dada la ubicuidad de los acrilatos, la evitación de estos puede tener una significativa repercusión futura en la vida y actividades de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gatica-Ortega ME, Pastor-Nieto MA, Silvestre-Salvador JF. Allergic contact dermatitis caused by acrylates in long-lasting nail polish. *Dermatitis alérgica de contacto por acrilatos en esmaltes permanentes. Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(6):508-14.
2. Raposo I, Lobo I, Amaro C, Lobo ML, Melo H, Parente J, et al. Allergic contact dermatitis caused by (meth)acrylates in nail cosmetic products in users and nail technicians - a 5-year study. *Contact Dermatitis.* 2017;77(6):356-9.
3. Ramos L, Cabral R, Gonçalo M. Allergic contact dermatitis caused by acrylates and methacrylates--a 7-year study. *Contact Dermatitis.* 2014;71(2):102-7.