

## ARTÍCULO DE OPINIÓN

# El mal llamado eccema de manos

F. Heras-Mendoza y L. Conde-Salazar

Servicio de Dermatología Laboral. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Existe una tendencia, cada vez mayor, a hablar del eccema de manos (*hand eczema*) como si fuese una entidad patológica. Son multitud los trabajos que proliferan con este nombre<sup>1-17</sup>, y, por tanto, cada vez más los dermatólogos y residentes que lo emplean como diagnóstico. Como entidad sería esperable que el eccema de manos tuviera un patrón clínico característico, una etiología precisa, unas pruebas complementarias que confirmaran el diagnóstico y un tratamiento concreto. Pero nada más lejos de la realidad; el eccema, cuando afecta a las manos, presenta multitud de variantes clínicas, etiológicas y terapéuticas. ¿Por qué deberíamos entonces considerarlo como una entidad o, siquiera, como un grupo sindrómico?

Pongamos un ejemplo para entender lo grotesco de catalogar algo como «eccema de manos»: ¿qué entenderíamos por «eccema de orejas»? Sería más lógico hablar de que un paciente presenta un eccema *en* las orejas. Éste puede estar causado por una sensibilización al níquel contenido en un pendiente de bisutería. También puede darse un eccema *en* las orejas en el caso de un sujeto con dermatitis seborreica, con dermatitis atópica, con una dermatitis de contacto aerotransportada, etc. Existen multitud de causas de los eccemas *en* las orejas, por lo que tendremos que fijarnos en el aspecto clínico de las lesiones, en qué zonas de la oreja se ven afectadas, en otras lesiones acompañantes fuera de la oreja, en los antecedentes del paciente, etc., para llegar al diagnóstico correcto.

¿Estaríamos satisfechos con un diagnóstico de «eccema de orejas»? Parece que no, puesto que el nombre no indica más que un signo, con diferencias clínicas muy notables, de la entidad que puede padecer el paciente. Lo mismo podemos decir respecto al eccema *de* manos. Parte de la confusión se aliviaría si hablásemos del eccema *en* las manos, aunque este término, descriptivo, continuara siendo tan amplio como el de eccema *en* las orejas.

Pero el error de hablar de «eccema de manos» va más allá de una simple cuestión gramatical. El verdadero problema del término radica en que nos arrastra a cometer el error conceptual de agrupar en una única entidad cualquier eccema

que se observe en las manos. Cuando decimos que un paciente presenta un «eccema de manos», tenemos la impresión de haber catalogado un cuadro clínico. Esto no es más que una impresión falsa, equiparable a la que tendríamos con un diagnóstico de «eccema de orejas».

La historia del término «eccema de manos» se remonta a hace unas décadas, cuando se comenzaron a comparar los diferentes tipos de eccemas que pueden verse en las manos, con el fin de analizar sus patrones y causas<sup>1-4</sup>. Quizás por otorgar a este «síndrome» de un título más sonoro, se acabó derivando en el nombre de «eccema de manos»<sup>5</sup>. De esta forma, lo que en principio pretendía llamar la atención sobre la diversidad clínica y etiológica del eccema en esta localización, acabó engullendo las diferentes expresiones clínicas y etiologías de los eccemas que se dan en las manos, hasta dar la impresión de que se trataba de una entidad *per se*.

En la actualidad son multitud las publicaciones en revistas y libros encabezadas con el título de «eccema de manos»<sup>6-11</sup>. La bibliografía que reseñamos es un ejemplo de los más significativos, pero los trabajos con este título son numerosísimos. En ellos se explican perfectamente las diversas formas clínicas del eccema en las manos, sus causas, sus tratamientos, etc., pero al hablar de «eccema de manos» se le otorga un grado de entidad nosológica que en absoluto posee.

De esa forma se deriva en lo que encontramos después: revisiones de estudios que versan sobre el «tratamiento del eccema de manos»<sup>12</sup>, como si todos los eccemas que afectan a las manos pudieran seguir una misma escalada terapéutica, o como si los eccemas del resto del cuerpo los tratásemos de forma muy distinta. Algunas publicaciones hablan de los tratamientos en el «eccema de manos crónico»<sup>13-15</sup>, sin definir a veces qué se entiende por «crónico»<sup>13,14</sup> (¿cuántas semanas, meses o años?, ¿es también crónico aquel eccema en el que se ha descartado una dermatitis de contacto?). Otros estudios valoran el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con eccema en las manos de origen profesional<sup>16,17</sup>, mezclando sus múltiples causas y sin tener en cuenta la diferencia que existe, por ejemplo, entre estar sensibilizado a una sustancia que, una vez reconocida, es fácil de evitar en el puesto de trabajo, o estarlo a otra que conlleva una incapacidad absoluta para el desarrollo de la actividad profesional.

No es sorprendente que así se llegue a resultados contradictorios una y otra vez: un tratamiento funciona perfectamente en algunos pacientes, mientras que en otros es

Correspondencia:  
Felipe Heras Mendoza.  
Servicio de Dermatología Laboral.  
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.  
Pabellón 8, Ciudad Universitaria.  
28040 Madrid. España.  
felipeheras@yahoo.com

totalmente ineficaz. El pronóstico es excelente en algunos individuos y desastroso en otros. El impacto en la calidad de vida es inexistente en unos, mientras que a otros el «eccema de manos» les sume en la depresión. ¿No será esto el resultado de mezclar patologías totalmente distintas?

En general, los autores de estos trabajos reflejan su perplejidad acerca de la falta de definición de lo que se entiende por eccema de manos, su variadísima clínica, su diferente respuesta terapéutica, etc., pero siguen utilizando el malhadado término, sin advertir que dicha confusión proviene precisamente de él.

Los eccemas que de forma exclusiva o predominante se dan en las manos tienen multitud de causas. En primer lugar, podemos observar en ellas manifestaciones de lo que denominamos «eccemas endógenos», como la dermatitis atópica, el eccema numular o el eccema dishidrótrico. En segundo lugar, la piel de las manos es la diana preferida de las miles de sustancias sensibilizantes e irritantes que existen en el ambiente. Es una localización muy frecuente (aunque no exclusiva) de las dermatitis de contacto de origen profesional. Teniendo en cuenta solamente las causas alérgicas, la expresividad clínica de los eccemas que se pueden observar en las manos es amplísima. Por ejemplo, las resinas acrílicas pueden originar una dermatitis fisurada en algunos pulpejos, con dolor y parestesias; la parafenilendiamina puede causar un eccema pruriginoso en el dorso de los dedos II y III de la mano no dominante de las peluqueras; el formaldehído puede dar lugar a una dermatitis que imita un eccema numular en el dorso de ambas manos; las aminas antioxidantes de algunas gomas pueden producir unas lesiones queratósicas en las palmas, etc.

Si ya de por sí es tan variada la clínica de los eccemas de contacto alérgico, ¿por qué agrupar entonces cualquier ec-

cema que ocurra en las manos como si sus lesiones fueran semejantes? Respecto al tratamiento, es evidente que una dermatitis de contacto se resolverá al evitar el contactante, no reapareciendo después. ¡Qué distinta, sin embargo, la terapéutica y la evolución de un eccema dishidrótrico!

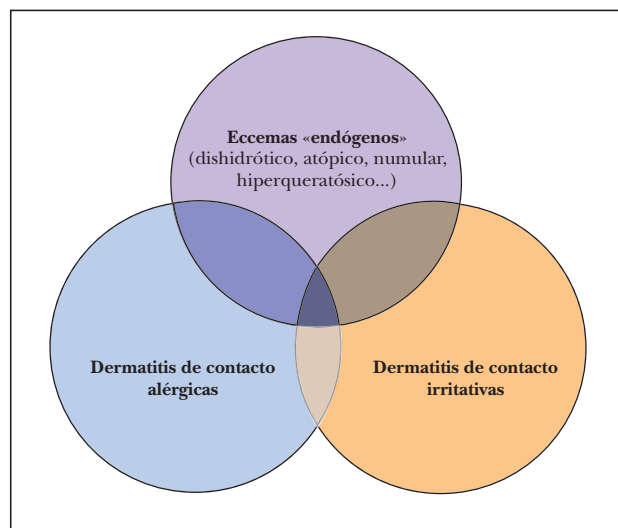
Otro aspecto sin aclarar es si el llamado «eccema de manos» es aquel que se da de forma exclusiva en las manos, o si puede también hablarse de eccema de manos en aquel sujeto que, además de las manos, presenta eccemas en otras partes del cuerpo. En algún caso se ha resuelto este aspecto con cierta claridad<sup>7</sup>, pero lo que se deduce de la mayoría de los trabajos es que sus autores desean referirse con eccema de manos a aquel eccema que se da de forma exclusiva en las manos. Entonces, no se entiende la constante inclusión del eccema dishidrótrico como ejemplo de eccema de manos, ya que éste afecta con mucha frecuencia a los pies.

Decir eccema de manos es no decir nada. De alguna forma, nos parecemos a los pacientes que acuden a nuestra consulta quejándose de que padecen «una dermatitis». En el paciente es disculpable esta falta de rigor, pero entre los dermatólogos no nos entenderíamos si dijésemos que tal paciente sufre «una dermatitis»; ¿una dermatitis atópica?, ¿una dermatitis seborreica?, ¿una dermatitis herpetiforme?, ¿alguna de las otras decenas o cientos de «dermatitis»?...

Hay una realidad, aducida por muchos autores, que pretende disculpar la tendencia a agrupar todos los eccemas que se dan en las manos como si se trataran de una misma patología. En la práctica clínica encontramos, con relativa frecuencia, eccemas en las manos que sólo se explican por un origen multifactorial. Por ejemplo, un componente endógeno (como puede ser una dermatitis atópica), al que se añade un efecto irritativo exógeno (por ejemplo, el empleo de jabones de forma constante) y un alérgeno (como pudiera ser un conservante del jabón). Da la impresión, en estos casos, de que si no se hubieran dado todos estos factores (endógenos y exógenos) el eccema no se habría desarrollado. Pero esto tampoco es exclusivo de las manos, y fácilmente podemos imaginar cómo un individuo atópico puede desarrollar un brote de su dermatitis en zonas del cuerpo que contactan con determinados cosméticos o fibras textiles.

Los eccemas que se dan en las manos, como los que ocurren en las axilas, los muslos, los genitales, el cuero cabelludo, los pabellones auriculares, ... y en definitiva en cualquier parte del cuerpo, pueden ser eccemas puramente endógenos, puramente exógenos, o una mezcla de ambos (fig. 1). La complejidad de los factores que pueden estar implicados en el desarrollo del eccema no implica que debamos agruparlos a todos bajo un mismo nombre o una misma entidad.

Muchas veces se apunta a la particularidad del «eccema de manos» como señal de posible patología de origen la-



**Figura 1.** Entidades responsables de los diferentes eccemas que se observan en las manos, con una representación gráfica de las asociaciones que se pueden dar entre sí.

boral. Es cierto que las manos son la localización principal de la patología dermatológica causada o favorecida por el trabajo, aunque no exclusiva. También los antebrazos pueden sufrir un eccema de origen profesional, o los párpados, el cuello, los muslos, etc. Y por supuesto, también en las manos se observan con frecuencia eccemas que no guardan relación con ningún factor laboral. El hecho de que un eccema en las manos nos deba hacer pensar en un contactante o factor profesional, no implica que este factor esté presente en todos los casos, ni que tenga la misma importancia en aquellos donde sí está presente. Por ello, el término «eccema de manos» no se justifica tampoco por el hecho de que se refiera a una zona del cuerpo característica de las dermatosis profesionales.

Estamos lejos de conocer las causas exactas de muchos tipos de eccema. Si bien la base de los eccemas de contacto parece más o menos clara, las lagunas que arrastramos acerca de los eccemas endógenos (o mejor dicho, idiopáticos) son enormes. Es bastante posible que la terminología que empleamos para muchos de los eccemas «endógenos» sea inadecuada. Bajo el nombre de «eccema dishidrótico», por ejemplo, se podrían ocultar dos o más entidades con causas, expresiones clínicas y tratamientos muy distintos<sup>18</sup>. Gran parte de la investigación para saber el origen de muchos eccemas en las manos está pendiente de un mayor conocimiento acerca de lo que denominamos «eccemas endógenos».

Pero por culpa de algunos eccemas que ocurren en las manos, con esa mezcla de tantos factores endógenos y exógenos, conocidos y desconocidos, ... no deberíamos caer en el simplismo de catalogar cualquier cuadro de dermatitis en las manos como «eccema de manos». Son muchas las diferencias entre dichos eccemas que se pueden apreciar mediante la exploración, la evolución de la clínica, los antecedentes del paciente y las pruebas epicutáneas. El tratamiento correcto de estas lesiones depende de que hagamos ese esfuerzo intelectual.

En conclusión, creemos que no se debería emplear el confuso término «eccema de manos». Si no se conocen las causas exactas de cada eccema sería más conveniente describir su localización (eccema interdigital, eccema en las palmas, eccema en el dorso de ambas manos, etc.), mientras se realizan las pruebas pertinentes o se espera a seguir la evolución para dar un diagnóstico concreto.

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses

## Bibliografía

1. Cormia FE. Eczema of the hands. *Can Med Assoc J.* 1952; 66:451-7.
2. Gómez Orbaneja J, Quiñones Caravia PA. Eczema de las manos. I-Tipos de distribución de sus lesiones. *Actas Dermosifiliogr.* 1952;43:747-59.
3. Quiñones Caravia PA, Gómez Orbaneja J. Eczema de las manos. II-Aspectos morfológicos y evolutivos. *Actas Dermosifiliogr.* 1952;44:101-8.
4. Gómez Orbaneja J, Quiñones Caravia PA. Eczema de las manos. III-Relaciones entre las modalidades clínicas y el mecanismo patogénico. *Actas Dermosifiliogr.* 1952;44:161-76.
5. Bettley FR. Hand Eczema. *Br Med J.* 1964;2:151-5.
6. Agner T. Hand eczema. En: Frosch PJ, Menné T, Lepoittevin JP, editors. *Contact Dermatitis.* 4th ed. Alemania: Springer; 2006. p. 335-44.
7. Epstein E. Hand dermatitis: practical management and current concepts. *J Am Acad Dermatol.* 1984;10:395-424.
8. Mc Fadden JP. Hand eczema. En: Rycroft RJG, Menné T, Frosch PJ, Lepoittevin JP, editors. *Textbook of Contact Dermatitis.* 3th ed. Berlín: Springer; 2001. p. 403-11.
9. Menne T, Maibach H. *Hand Eczema.* Boca Raton. CRC Press; 1993.
10. Ramírez C, Jacob SE. Dermatitis de manos. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:363-73.
11. Lerbaek A, Kyvik KO, Ravn H, Menné T, Agner T. Clinical characteristics and consequences of hand eczema — an 8-year follow-up study of a population-based twin cohort. *Contact Dermatitis.* 2008;58:210-6.
12. Van Coevorden AM, Coenraads PJ, Svensson A, Bavinck JN, Diepgen TL, Naldi L, et al. Overview of studies of treatments for hand eczema—the EDEN hand eczema survey. *Br J Dermatol.* 2004;151:446-51.
13. Diepgen TL, Agner T, Aberer W, Berth-Jones J, Cambazard F, Elsner P, et al. Management of chronic hand eczema. *Contact Dermatitis.* 2007;57:203-10.
14. Warshaw EM. Therapeutic options for chronic hand dermatitis. *Dermatologic Therapy.* 2004;17:240-50.
15. Ruzicka T, Larsen FG, Galewicz D, Horváth A, Coenraads PJ, Thersstrup-Pedersen K, et al. Oral alitretinoin (9-cis-retinoic acid) therapy for chronic hand dermatitis in patients refractory to standard therapy. *Arch Dermatol.* 2004;140:1453-9.
16. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Prognosis of occupational hand eczema: a follow-up study. *Arch Dermatol.* 2006;142:305-11.
17. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Quality of life and depression in a population of occupational hand eczema patients. *Contact Dermatitis.* 2006;54:106-11.
18. Storrs FJ. Acute and recurrent vesicular hand dermatitis not pompholyx or dyshidrosis. *Arch Dermatol.* 2007;143:1578-80.