

Dermatitis alérgica de contacto por *Primula obconica*

Allergic contact dermatitis caused by *Primula obconica*

Ángel Jaimes¹, Jennifer D. Forero², Camilo Andrés Morales³, William Sánchez-Bottomley¹

1. Médico dermatólogo, E.S.E., Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, D.C., Colombia
2. Médica epidemióloga, residente de tercer año de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas, E.S.E., Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, D.C., Colombia.
3. Médico dermatólogo, especialista en Docencia Universitaria, Oficina de Docencia e Investigación, E.S.E., Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, D.C., Colombia

RESUMEN

Primula obconica o “primavera de jardín” es una planta ornamental muy popular en los hogares y jardines de Colombia. Pertenece a la familia Primulaceae y es la principal causa de dermatitis alérgica de contacto inducida por plantas en Europa. Se presenta el caso de una mujer con vesículas y ampollas de distribución lineal en la cara, los antebrazos y las manos, quien posteriormente, durante una consulta de control, refirió el antecedente de contacto con plantas. La prueba de parche con la batería europea estándar extendida (HermalTrolab®) fue positiva y se demostró una sensibilización a primina al 0,01 %, con rápida desaparición de las lesiones después de suspender el contacto con la planta.

Se resalta la importancia de la prueba de parche como herramienta diagnóstica para identificar los alérgenos relevantes en pacientes con sospecha clínica de dermatitis alérgica de contacto por plantas.

PALABRAS CLAVE: *Primula obconica*, dermatitis por contacto, pruebas de parche, plantas.

ABSTRACT

Primula obconica or “primrose” is a popular ornamental plant in homes and gardens of Colombia. It belongs to the family Primulaceae and it is the most common cause of plant-induced contact dermatitis in Europe.

We report the case of a housewife who presented with linear lesions, vesicles and blisters on the skin of the face, the forearms and the hands, mentioning at her second visit a history of contact with plants at home. Patch testing with the extended European standard battery (HermalTrolab®) was positive and sensitization to 0.01% primin was demonstrated, with a rapid disappearance of lesions after discontinuation of contact with the plant.

We emphasize the importance of patch testing as a diagnostic tool for identifying the relevant allergens in patients with suspected allergic contact dermatitis to plants.

KEY WORDS: *Primula obconica*, contact dermatitis, patch tests, plants.

Correspondencia:

Camilo Andrés Morales

Email:

camiderm@yahoo.com

Recibido: 25 de abril de 2016

Aceptado: 13 de noviembre de 2016

No se reportan conflictos de interés.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 30 años de edad, ama de casa, procedente de Cajicá (Cundinamarca), que consultó por un cuadro clínico de 12 días de evolución consistente en lesiones intensamente pruriginosas que se iniciaron en la mano y el antebrazo izquierdo, y que posteriormente se extendieron al miembro superior derecho, la cara, el cuello, el abdomen y la pierna izquierda. La paciente se había automedicado con mometasona y aciclovir tópico, clorfeniramina y aciclovir oral, y había recibido una ampolla de dexametasona intramuscular, sin notar mejoría. Como antecedentes personales, refirió rinitis alérgica, y alergia al níquel y a los perfumes. No tenía antecedentes familiares de importancia.

En el examen físico se observaron vesículas agrupadas sobre un fondo eritematoso en la región perioral, el pecho y el dorso de las manos, así como placas lineales eritemato-edematosas con múltiples vesículas y algunas ampollas tensas en los dos tercios distales de las superficies flexoras y extensoras de los antebrazos (figura 1). Además, en el lado izquierdo del abdomen y en la cara anterior del muslo izquierdo, presentaba placas eritemato-edematosas con erosiones y placas pardas de aspecto residual con descamación en colgajo, y en el hipogastrio (área de contacto con la hebilla de la correa), una pequeña placa excoriada de color pardo-eritematoso, con costras hemáticas en su superficie.

El diagnóstico clínico inicial fue dermatitis alérgica de contacto por metales y se inició tratamiento con clbetasol en crema al 0,05 %, además de la indicación de evitar el contacto con potenciales alérgenos, sin obtener



FIGURA 1. Lesiones simétricas de eritema y edema con vesículas con el característico “patrón rectilíneo” en los antebrazos y las muñecas.

mejoría clínica de las lesiones un mes después de iniciado el tratamiento. En la consulta de control, durante la anamnesis, la paciente admitió que había estado en contacto con varias plantas en su hogar, incluyendo una “primavera” (figura 2), desde algunas semanas antes de la aparición de las lesiones. Se realizaron pruebas de parche utilizando la serie europea estándar de alérgenos, extendida con *black rubber mix* y *carba mix* en cámaras de aluminio (Finn Chambers®), que se colocaron en la piel de la espalda de la paciente durante dos días, con lectura a las 48 y a las 96 horas después de la aplicación (figura 3). La paciente desarrolló las reacciones positivas que se describen en la tabla 1.

Las lesiones desaparecieron luego del tratamiento con desonida en crema al 0,05 %, dos veces al día, emolientes y 10 mg diarios de cetirizina durante 15 días, sin

TABLA 1. Resultados de la prueba de parche. Parches de parafina con sustancias alérgicas sobre la piel del paciente empleando apósitos y manteniendo el contacto durante 48 horas (primera lectura) y se reevalúa a las 96 horas (segunda lectura).

REACCIÓN POSITIVA	PRIMERA LECTURA	SEGUNDA LECTURA
Mezcla de fragancias	+	-
Sulfato de níquel	+	-
Metilcloroisotiazolinona	++	-
Primina 0,01 %	++	++

Interpretación: Grado +?: eritema débil (dudoso); grado +: eritema, infiltración y posiblemente pápulas (posible); grado ++: eritema, infiltración, pápulas y vesículas (probable); grado +++: eritema intenso, infiltración y vesículas coalescentes (muy probable); grado -: ausencia de reacción (negativo); IR: reacción irritativa de diferentes tipos; NT: no probado.



FIGURA 2. *Primula obconica*, planta que causó la dermatosis.



FIGURA 3. A y B. Prueba de parche positiva para primina (++) a las 96 horas.

presentar recurrencia después de haber suspendido el contacto con la planta.

DISCUSIÓN

Entre las 1.000 especies de *Primula* que existen en todo el mundo (1), *P. obconica* y *P. auricula* son las más alergénicas y responsables de la mayoría de los casos reportados, principalmente en Europa (2), donde, al igual que en Colombia, es una planta ornamental muy popular.

El primer caso de dermatitis alérgica de contacto por *Primula*, en un comerciante de plantas, fue publicado en 1888 como una carta al editor de una revista de horticultura en los Estados Unidos (3), con sucesivos reportes en el Reino Unido y Alemania (2-5). Debido a la popularidad de la planta en Europa, el número de casos se continuó incrementando progresivamente y, en 1984, se incluyó la primina (2-metoxi-6-pentil-1,4-benzoquinona), principal alérgeno presente en la superficie de la planta, entre los productos de contacto de la serie europea estándar para pruebas de parche (5). Otros potenciales alérgenos descritos son la primequina (5,8-dihydroxiflavona) y la miconidina (2-metoxi-6-pentil-1,4-dihidroxibenceno), un precursor biosintético de la primina (1,2,6). En el 2000, se empezó a comercializar una variante de *P. obconica* libre de primina, con lo cual se redujo en Europa la frecuencia de dermatitis por esta planta (5,6).

Dado que el alérgeno se libera a partir de la superficie de las hojas, los tallos y las flores, la sensibilización puede ocurrir por manipulación y contacto directo con la planta cuando se remueven flores y hojas secas, por transferencia indirecta por el contacto con objetos o personas que manipularon previamente la planta (6), o por la emisión de pequeñas partículas a partir de la superficie de la planta o del polen, lo cual causa una dermatitis de contacto aerotransportada en individuos previamente sensibilizados (2).

La erupción es más común entre la tercera y la cuarta década de la vida, y predomina en las mujeres (6), principalmente amas de casa y trabajadoras de la industria química (2). Aunque sus manifestaciones clínicas son variables, predominan las placas eritematosas lineales con pápulas, vesículas o ampollas sobre áreas expuestas, como los dedos, las manos, los antebrazos, la cara y el cuello (6), como ocurrió en este caso. También, se han descrito lesiones urticantes con edema de los párpados (6) y presentaciones atípicas de difícil diagnóstico, como erupciones que simulan eritema multiforme, herpes simple o liquen plano (7).

TABLA 2. Prevalencia de dermatitis alérgica de contacto por primina en Europa, Reino Unido y Colombia, en el periodo comprendido entre 1985 y 2014.

TIEMPO DE ESTUDIO	PAÍS	PREVALENCIA (%)	AUTOR (AÑO)
1985-2004	Dinamarca	1,7	Zachariae C, et al. (2007)
1990	Israel	1,8	Ingber A, et al. (1990)
1994	España	1,8	Tabar AI, et al. (1994)
1996-2012	Italia	1,9	Bongiorni L, et al. (2015)
2000-2004	Dinamarca	0,5	Zachariae C, et al. (2007)
2002	Reino Unido	0,4	Connolly M, et al. (2004)
1995-1996	Reino Unido	0,7	Connolly M, et al. (2004)
2014	Colombia	0,3	Vélez-Posada LM, et al. (2014)

Teniendo en cuenta que el pronóstico depende del tiempo transcurrido entre la aparición de las lesiones y el inicio del tratamiento, de la predisposición individual, de la intensidad de la exposición y de evitar un nuevo contacto con la planta (8), es fundamental que el dermatólogo identifique las manifestaciones clínicas por medio de un completo examen físico e indague sobre su posible etiología con una detallada anamnesis. Sin embargo, la enfermedad se puede confundir con otras dermatitis de contacto, particularmente aquellas causadas por metales (9,10), y es frecuente que el diagnóstico se retarde o se pase por alto porque ni el paciente ni el dermatólogo relacionan el cuadro clínico con el contacto con una planta, y por la dificultad para realizar las pruebas de parche en nuestro medio. En este caso, a pesar del diagnóstico inicial de dermatitis alérgica de contacto por metales, la persistencia de las lesiones y su distribución lineal obligaron a investigar otros posibles productos de contacto, lo cual permitió que la paciente mencionara el antecedente de la planta.

En cuanto al papel de la primina como causa de dermatitis alérgica de contacto en nuestro medio, solo se han informado casos anecdóticos en México (8) y Chile (10), a pesar de la popularidad de la *Primula* spp. como planta ornamental en toda América Latina. En Colombia, en un estudio retrospectivo en pacientes con sospecha de dermatitis alérgica de contacto se reportaron pruebas de parche positivas para primina

en cuatro de 1.333 pacientes (0,3 %) (11), lo cual representa una prevalencia de sensibilización menor a la informada en países como Dinamarca, Israel, España, Inglaterra e Italia (tabla 2).

En Europa se ha documentado una reducción en la frecuencia de las dermatitis de contacto por *Primula* debido a la comercialización de plantas libres de primina a partir del año 2000, y a una caída en la producción de *P. obconica* (1,5,6). Sin embargo, en nuestro medio es imposible determinar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad, pues, además de ser una causa de dermatitis alérgica de contacto apenas conocida y poco sospechada, no existe información sobre la composición química de las plantas que se comercializan ni cifras disponibles sobre la sensibilización por este alérgeno en la población colombiana. Por lo tanto, la inclusión de la primina dentro de la serie estándar de alérgenos que se utilizan para las pruebas de parche en Colombia está plenamente justificada.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de una mujer con lesiones intensamente pruriginosas, recurrentes, que tenían un patrón de placas lineales, eritema, vesículas y edema, en quien el antecedente de contacto con una planta ornamental sugirió el diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto por *Primula*, el cual se confirmó

posteriormente por medio de una prueba de parche. Este caso ilustra la importancia de la anamnesis y del examen físico detallado en todos los pacientes con dermatitis alérgica de contacto, debido a que sus manifestaciones clínicas se pueden confundir fácilmente con otras dermatosis, a la dificultad para identificar el alérgeno y a la limitada disponibilidad de las pruebas de parche en nuestro medio, herramienta útil y costo-efectiva para confirmar el diagnóstico y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Rozas-Muñoz E, Lepoittevin JP, Pujol RM, Giménez-Armau A. Allergic contact dermatitis to plants: Understanding the chemistry will help our diagnostic approach. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:456-77.
2. Aplin CG, Lovell CR. Contact dermatitis due to hardy *Primula* species and their cultivars. *Contact Dermatitis.* 2001;44:23-9.
3. White JC. Correspondence. *Garden and Forest.* 1888;1:118.
4. Rook A, Wilson H. *Primula* dermatitis. *Br Med J.* 1965;1:220-2.
5. Zachariae C, Engkilde K, Johansen J, Menné T. Primin in the European standard patch test series for 20 years. *Contact Dermatitis.* 2007;56:344-6.
6. Connolly M, Mc Cune J, Dauncey E, Lovell CR. *Primula obconica*—is contact allergy on the decline? *Contact Dermatitis.* 2004;51:167-71.
7. Lapière K, Matthieu L, Meuleman L, Lambert J. *Primula* dermatitis mimicking lichen planus. *Contact Dermatitis.* 2001;44:199.
8. González-González M, Castillo-Medina D, Pareyon-Alonzo L. Dermatitis por contacto irritativa por plantas. Presentación de tres casos. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2003;12:63-6.
9. KiecKiec-Swierczynska Swierczynska M, Krecisz Krecisz B, SwierczynskaSwierczynska-Machura D. *Primula* allergic dermatitis simulating occupational contact dermatitis induced by metals, oils and greases. *Int J Occup Med Environ Health.* 2006;19:79-80.
10. Urbina-González F. Eczema de contacto a *Primula obconica*. *Dermatología (Santiago de Chile).* 1995;11:31-4.
11. Vélez-Posada LM. Patch test results in patients with allergic contact dermatitis in Medellín, Colombia. Barcelona: 12th Congress of the European Society of Cutaneous Allergy and Contact Dermatitis; 2014.