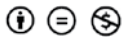


Open Acces



# DERMATITIS DE CONTACTE AL·LÈRGICA AL TINT DEL CABELL

Pedro Moltó Balado<sup>1</sup> i Jorge Canela Royo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CAP Baix Ebre, Tortosa (Tarragona)

<sup>2</sup> Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CS Delicias Norte, Saragossa

**Adreça per a correspondència:**  
Pedro Moltó Balado

**Adreça electrònica:**  
pemolto@gmail.com

## RESUM

Actualment són moltes les persones que es tinen el cabell per estar a la moda, millorar la seva imatge o tapar la descoloració natural que sofreix el cabell amb el pas del temps. Degut a l'abús que fa la població, està en augment el nombre d'irritacions, reaccions al·lèrgiques i, fins i tot, infeccions en el cuir cabellut degut als productes químics dels tints.

## INTRODUCCIÓ

La dermatitis de contacte és una inflamació aguda o crònica de la pell resultant de l'exposició a substàncies de l'entorn. Pot subdividir-se en dermatitis de contacte "irritant" (alteració física i química no immunològica de l'epidermis) i dermatitis de contacte "al·lèrgica" (reacció d'hipersensibilitat retardada).

La parafenilendiamina (PPD) és un component químic utilitzat freqüentment en el tint per al cabell. Degut a les característiques moleculars de

la PPD, s'obté molt bon resultat cosmètic, però també penetra amb facilitat en la pell, afavorint la sensibilització i posterior desenvolupament de dermatitis de contacte al·lèrgica (DCA). També s'ha informat la presència de PPD en els tatuatges d'henna per a enfosquir el color i disminuir el temps d'assecat.

## PRESENTACIÓ DEL CAS

Dona de 62 anys, sense factors de risc d'interès, acut a la consulta per l'aparició d'una inflamació del cuir cabellut i clatell acompanyat d'una intensa pruija. Com a dada indica que tres dies abans havia anat la perruqueria per a tintar-se el cabell de color ros. La pacient alarmada acudeix amb el recipient del tint proporcionat per la perruquera, destacant entre els components la parafenilendiamina entre altres productes.

A l'exploració física destacava un èczema amb afectació del cuir cabellut i clatell, respectant papelles i regió retroauricular (Fig. 1 i 2).

**Figura 1 i 2. Èczema en cuir cabellut en regió frontal.**



Després de comprovar l'estat de la pacient es va orientar el cas com una dermatitis al·lèrgica de contacte provocat pels components del tint del cabell. Es va tractar amb antihistamínic, corticoide tòpic i recomanant a la pacient la decoloració del cabell per poder eliminar el producte. Es va citar la pacient a la setmana presentant una millora gairebé completa del quadre.

### DISCUSSIÓ

La dermatitis al·lèrgica de contacte (DCA) és una resposta d'hipersensibilitat de tipus retardat mitjançada per cèl·lules T a agents exògens. Habitualment es descriu com una "dermatitis" i/o "èczema" per a descriure un patró d'inflamació de la pell caracteritzat de manera aguda per eritema, vesiculació i pruija. L'exposició crònica sol conduir a una reducció de l'eritema acompanyada de liquenificació (engruiximent i enduriment de la pell) i persistència de la pruija. La presentació clínica pot variar segons l'agent desencadenant i la reactivitat de l'individu, però en la majoria dels casos, les lesions es limiten principalment al lloc de contacte<sup>1</sup>. En aquest cas el component principal del tint era la parafenilendiamina (PPD). La PPD és el component dels tints capil·lars relacionat amb una major prevalença de DCA tant en usuaris com en professionals de la perruqueria<sup>1,2</sup>.

Les primeres manifestacions en la DCA per PPD solen aparèixer 24-72h, després del contacte, en pacients prèviament sensibilitzats, i als 4-14 dies en aquells que s'exposen per primera vegada<sup>3</sup>.

Les persones que utilitzen tints capil·lars solen presentar un èczema agut que afecta el cuir cabellut, la cara (majoritàriament el front i les parpelles) i el coll (sobretot el clatell i la regió retroauricular)<sup>4</sup>. S'han descrit fins casos de caiguda del cabell.

Els principals diagnòstics diferencials a tenir en compte són<sup>3</sup>:

- **Dermatitis atòpica:** Àrees de flexió, cara, parpelles i mans sovint afectades. Antecedents personals o familiars d'èczema flexural, asma, rinitis al·lèrgica o febre del fenc durant la infantesa.
- **Dermatitis de contacte irritant:** Antecedents d'exposició a irritants. Més demarcada i amb menys picor que la dermatitis de contacte al·lèrgica. La prova del pegat sol ser negativa; pot coexistir amb la dermatitis al·lèrgica de contacte.
- **Dermatitis seborreica:** Plaques greixoses i escatoses en la part central de la cara. Afectació freqüent del cuir cabellut, les celles i les parpelles. A vegades, afectació de la part central del pit i dels plecs amb absència d'edema i vesiculació.
- **Èczema dishidròtic:** Èczema vesicular recurrent de mans i/o peus amb vesícules profundes i multiloculars en els costats dels dits i en la pell palmar o plantar. Les superfícies dorsals no solen estar afectades.

- **Psoriasis:** Plaques demarcades, eritematoses i escatoses; afectació freqüent dels colzes i els genolls; poden observar-se picades en les ungles en examinar-les de prop. Absència de vesiculació, però pot haver-hi pústules en els palmells de les mans i les plantes dels peus. Quan es limita als palmells de les mans i les plantes dels peus, pot ser difícil de distingir de la dermatitis de contacte al·lèrgica crònica.
- **Dermatitis per estasi:** Sol afectar la cara medial de la part inferior de les cames; són freqüents els canvis de color de la pell amb altres signes d'insuficiència venosa crònica. La dermatitis per estasi persistent suggereix una sensibilització de contacte secundària.
- **Èczema asteatòsic (èczema craquelé):** Pegats crepitants de pell seca en la part inferior de les cames amb absència d'inflamació.
- **Tinea manuum:** Típicament unilateral i asimètrica amb vora inflamatòria i a vegades s'associa a una reacció de autoeczematització.
- **Reacció de autoeczematització (autosensibilització):** Erupció difusa, pruriginosa i papulovesicular que pot associar-se a una dermatitis al·lèrgica de contacte, a una dermatitis per estasi i a una infecció bacteriana o fúngica.
- **Micosi fungoide (fase de pegats i plaques):** pegats o plaques escatoses, sovint pruriginoses, localitzades amb major freqüència en el tronc. Antecedents de lesions que augmenten i disminueixen al llarg dels anys i absència d'edema i vesiculació.

Davant una sospita de DCA per PPD cal realitzar sempre proves epicutànies. La PPD és un bon marcador d'al·lèrgia a tints capil·lars i està inclosa en les bateries estàndard i en el TRUE-test<sup>3,5</sup>.

Pel que fa al seu maneig, és fonamental evitar el contacte amb l'al·lèrgen encara que la seva exclusió des del primer moment sempre és difícil. Es tractarà, en funció de la seva gravetat, amb fomentos assecants i corticoides via tòpica (clobetasol 0.05%, triamcinolonè 0.1%) i/o sistèmica depenent de la seva afectació. En el cas que la pruija sigui molt intensa, afegir un antihistamínic<sup>4</sup>.

Es recomana aconsellar al pacient que eviti el contacte del cabell amb la pell, amb mesures com tallar-se el pèl o rentar-li el cap endarrere.

### CONCLUSIÓ

La dermatitis al·lèrgica de contacte per parafenilendiamina és una resposta d'hipersensibilitat causant plaques pruriginoses, eritematoses i endurades. Una revisió detallada per esbrinar la causa es fonamental per fer el diagnòstic. No obstant això,

pot ser necessari realitzar proves epicutànies per confirmar el diagnòstic i diferenciar la DCA d'altres tipus de dermatitis.

### CONFLICTE D'INTERESSOS

Els autors declaren no tindre cap conflicte d'interessos.

### BIBLIOGRAFIA

1. Venkatesan G, Dancik Y, Sinha A, Kyaw HM, Srinivas R, Dawson TL, et al. Development of novel alternative hair dyes to hazardous para-phenylenediamine. *J Hazard Mater.* 2021;402:123712.
2. Meisser SS, Altunbulakli C, Bandier J, Opstrup MS, Castro-Giner F, Akdis M, et al. Skin barrier damage after exposure to paraphenylenediamine. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145(2):619-631.e2.
3. Yiannias J. Clinical features and diagnosis of allergic contact dermatitis. UpToDate. Jul 2021 Waltham, MA. (Accessed on 15 October, 2022.)
4. Ferri, F. Contact Dermatitis. Clinical Overview. January 2022. Elsevier. (Accessed on 13 October, 2022.)
5. Mowad CM, Anderson B, Scheinman P, Pootongkam S, Nedorost S, Brod B. Allergic contact dermatitis: Patient diagnosis and evaluation. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):1029-40.

**Com citar l'article:** Moltó Balado P, Canela Royo J. Dermatitis de contacte al·lèrgica al tint del cabell. *But At Prim Cat* 2022;40:22.