

Caso clínico: síndrome de Baboon secundario a cuerpo extraño cutáneo

Tirza Saavedra U.⁽¹⁾, Fernando Valenzuela A.⁽¹⁾, Ximena Wortsman C.⁽²⁾, Laura Carreño T.⁽³⁾

⁽¹⁾ *Servicio de Dermatología, HCUCCh.*

⁽²⁾ *Departamento de Radiología, Clínica Servet y Clínica Hospital del Profesor.*

⁽³⁾ *Servicio de Anatomía Patológica, HCUCCh.*

SUMMARY We report the clinical case of a 12 year-old healthy pediatric patient with a history of allergic contact dermatitis to nickel. He presented a papular symmetrical scarlatiniform rash after a gunshot impact partially withdrawn that began mainly in folds, which generalized to the rest of the body. We performed high-resolution ultrasonography in the impact area showing multiple small particles around a fibrous scar. The skin biopsy was consistent with systemic contact dermatitis, and immunofluorescence resulted negative. He was treated with prednisone for 5 days and anti-TNF antihistamines with good results. Nickel contact dermatitis is common in clinical practice, but systemic contact dermatitis is less frequent and even less because of a foreign body, although it has already been described. The Baboon syndrome is a maculopapular itchy rash that begins in folds and then generalizes, one of its etiologies is nickel, it should be a type IV hypersensitivity that resolves spontaneously without scars.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 12 años, con antecedentes de dermatitis de contacto alérgica al níquel por anamnesis (lesiones dermatíticas en región infraumbilical por contacto con botón de pantalón de años de evolución), sin otros antecedentes mórbidos de importancia. Presentó una herida con impacto de bala en pulpejo índice derecho por accidente en la manipulación de un arma de fuego. Fue derivado al Servicio de Urgencia donde la radiografía de mano derecha A/P y lateral mostró el cuerpo extraño alojado en tejidos blandos (falange distal dedo índice) sin exposición ósea (Figura 1). Se procedió a la extracción del proyectil y al tratamiento antibiótico

con cloxacilina 500 mg cada 8 horas por 7 días. Aproximadamente, a los diez días de evolución, presentó una erupción cutánea simétrica y muy pruriginosa, que comenzó en pliegues inguinal, axilar, antecubital y cervicales para luego generalizarse, sin sensación febril ni otros síntomas, por lo que consulta a Dermatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Al examen físico se objetivaron pápulas eritematosas de aspecto escarlatiniforme levemente liquenoides de menos 3 milímetros de diámetro, múltiples y con tendencia a confluir, en tronco, extremidades y pliegues ya descritos, simétricas e intensa-



Figura 1. Radiografía de mano derecha A/P y lateral del paciente, que muestra un proyectil alojado en dedo índice en tejidos blandos, sin compromiso óseo.



Figura 2. Aspecto clínico del rash maculopapular escarlatiniforme confluyente predominantemente en pliegue axilar en el síndrome de Baboon secundario a níquel.

mente pruriginosas (Figura 2). En pulpejo de índice derecho, se encontró un nódulo indurado de 5 milímetros de diámetro bajo cicatriz antigua y confluencia de las lesiones cutáneas ya descritas.

Dado el cuadro clínico y antecedentes, se plantea alergia sistémica al níquel y se solicita estudio ultrasonográfico de alta resolución, el que determinó evidencia de múltiples cuerpos extraños pequeños rodeados de tejido cicatricial (Figura 3). Se tomó una biopsia cutánea para estudio corriente e inmunofluorescencia y se dejó tratamiento con antihistamínicos con acción anti TNF- (desloratadina) y prednisona 0.6 mg/kg/día por 5 días, con lo que

el tamaño de las lesiones y el prurito disminuyeron significativamente. El estudio histológico mostró una dermatitis psoriasiforme, espongiótica, perivascular e intersticial linfocitaria, con escasos polimorfonucleares y focalmente purpúrica. La inmunofluorescencia indirecta resultó negativa para depósitos de inmunoglobulinas o complemento.

Después de un mes de seguimiento, el paciente se encuentra en mejores condiciones, con lesiones en franca regresión, asintomáticas, y en espera de la extracción quirúrgica de los fragmentos del proyectil remanentes, en tratamiento con antihistamínicos anti TNF-. Todos los exámenes de laboratorios practicados (hemograma, VHS, perfil bioquímico, hepático, función renal y ASO) resultaron dentro de límites normales.

La dermatitis de contacto sistémica asociada a níquel es una entidad bien conocida; sin embargo, es mucho menos frecuente que la dermatitis de contacto alérgica a esta sustancia (con cifras cercanas al 15% de la población general)⁽¹⁾, que se observa clínicamente como una dermatitis subaguda o crónica en el sitio de contacto cutáneo a níquel asociada frecuentemente a signos de grataje y liquenificación. La forma más común de contacto



Figura 3. Ultrasonografía de alta resolución que demuestra múltiples pequeños fragmentos de proyectil después de su extracción parcial, concomitante con la erupción cutánea, en paciente con anamnesis compatible con dermatitis de contacto a níquel.

con el níquel en las reacciones alérgicas sistémicas para este metal es la administración vía oral^(1,2), pero cada vez más se describen reacciones secundarias a cuerpos extraños como catéteres venosos³, implantes ortopédicos⁽⁴⁾ o sistemas oclusivos de foramen oval⁽⁵⁾, en los que pacientes previamente sensibilizados al níquel por vía cutánea, después de aproximadamente 5 a 15 días de intervenciones quirúrgicas u otros procedimientos médicos donde se instalan artefactos con níquel, desarrollaron la enfermedad. Incluso ya es aceptado que un contacto cutáneo prolongado puede ocasionar una dermatitis sistémica al níquel⁽⁶⁾. Las manifestaciones clínicas son variadas, incluyendo eczema dishidrótico, exantema difuso generalmente maculopapular, dermatitis flexural o intertriginosa^(1,2,5).

El síndrome de Baboon, descrito por primera vez en 1984, se caracteriza por una erupción pruriginosa, maculopapular, confluyente en el área de los glúteos y flexuras mayores que puede ocurrir hasta varios días después de la exposición⁽⁷⁾. El agente más frecuentemente asociado a este síndrome es el mercurio, seguido por el níquel y antibióticos como ampicilina, amoxicilina, penicilina y eritromicina⁽⁷⁾. La localización de las lesiones es patognomónica, muy pruriginosa,

apareciendo horas a días después de la exposición al alérgeno. Es poco habitual, pero se han descrito lesiones ampollares e incluso pústulas. La patogenia es desconocida, y la histopatología no es característica, generalmente muestra cambios inespecíficos de dermatitis, aunque un paciente presentó una biopsia compatible con vasculitis leucocitoclástica⁽⁷⁾. En todos los casos el *patch test* ha resultado positivo para el alérgeno en cuestión, invocándose en su patogenia mecanismos de hipersensibilidad retardada. Para algunos autores, este síndrome no sería más que una de las expresiones cutáneas de dermatitis de contacto alérgica sistémica a los agentes involucrados con una patrón distintivo cutáneo. No se conoce una acción terapéutica específica contra esta afección. Se describen medidas de sostén, antihistamínicos H1, lubricación y el uso por cortos períodos de corticoides orales según la intensidad del *rash*, y de corticoides tópicos de baja potencia por pocos días. Sin embargo, la medida más aceptada por los expertos y la única que corta el factor gatillante de la erupción cutánea, es la suspensión del contactante y la de los elementos que pueden causar reacciones cruzadas con él. Clásicamente las lesiones desaparecen en varios días, sin dejar lesiones residuales⁽⁷⁾.

REFERENCIAS

1. Jensen C, Menné T, Johansen J. Systemic contact dermatitis after oral exposure to nickel: a review with a modified meta-analysis. *Contact Dermatitis* 2006;54:79–86.
2. Jensen C, Menné T, Lisby S, Kristiansen J, Veien K. Experimental systemic contact dermatitis from nickel: a dose-response study. *Contact Dermatitis* 2003;49:124–32.
3. Raison-Peyron N, Guillard O, Khalil Z, Guilhou JJ, Guillot B. Nickel-elicited systemic contact dermatitis from a peripheral intravenous catheter. *Contact Dermatitis* 2005;53:222-5.
4. Hallab N, Merritt K, Jacobs J. Metal Sensitivity in Patients with Orthopaedic Implants. *J Bone Joint Surg Am* 2001;83:428.
5. Wertman B, Azarbal B, Riedl M, Tobis J. Adverse events associated with nickel allergy in patients undergoing percutaneous atrial septal defect or patent foramen ovale closure. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:1226-7.
6. Xia D, Ling-Ling L, Xue-June Z. Nickel-elicited systemic contact dermatitis A report of 20 cases and a review of the literature. *Contact Dermatitis* 2003;48:126–9.
7. Sánchez-Morillas L, Reaño M, Rodríguez M, Iglesias C, González L, Domínguez A. Síndrome de Baboon. *Allergol et Immunopathol* 2004;32:43-5.

CORRESPONDENCIA



Dr. Fernando Valenzuela Ahumada
Servicio Dermatología
Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago.
Teléfono: 978 8173 - 777 9484
E-mail: dr.fvalenzuela@gmail.com