

Dermatitis de contacto secundaria a la inhalación de vapor de mercurio de un termómetro roto: síndrome de Baboon

C. Madrigal Díez, J.H. Fernández Llaca¹

Pediatra. Centro de Salud Cazoña. Santander. ¹Servicio de Dermatología. Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla». Universidad de Cantabria. Santander

Resumen

El síndrome de Baboon es una dermatitis de contacto alérgica inducida sistémicamente, cuyo desencadenante más frecuente es la inhalación de vapores de mercurio. El paciente suele estar previamente sensibilizado por compuestos mercuriales, como el mercurocromo.

Presentamos el caso de un niño de 6 años de edad que, 48 horas después de haber estado expuesto al mercurio de un termómetro roto, desarrolló un exantema eritematoso, generalizado y simétrico, con predominio de afectación en las nalgas y las flexuras mayores. El exantema se fue extinguiendo progresivamente, hasta su desaparición 15 días después del comienzo del cuadro. El *patch test* a compuestos mercuriales fue positivo.

Palabras clave

Dermatitis de contacto, mercurio, síndrome de Baboon

Abstract

Title: Secondary contact dermatitis caused by the inhalation of mercury vapors from a broken thermometer: the Baboon syndrome

The Baboon syndrome is a systemic, allergic, contact dermatitis which is most commonly provoked by the inhalation of mercury vapors. The patient is usually previously sensitized by mercury compounds such as mercurochrome.

We present the case of a 6-year-old child who developed a generalized, symmetric and erythematous exanthema, predominantly located on the buttocks and big flexures. He had been playing with mercury from a broken thermometer 48 hours before. The eruption resolved completely after 15 days. The patch test with mercury compounds was positive.

Keywords

Contact dermatitis, mercury, Baboon syndrome

Introducción

El síndrome de Baboon es una dermatitis alérgica de contacto con respuesta sistémica, originada por la exposición a diversas sustancias y fármacos a los que el paciente se ha sensibilizado previamente. El mercurio es, con mucho, el agente implicado con más frecuencia en todos los casos descritos. Clínicamente, cursa con un exantema muy característico que, junto con el antecedente de la exposición al mercurio en los días anteriores, sugiere el diagnóstico.

Caso clínico

Niño de 6 años de edad, sin antecedentes relevantes, sin historia de reacciones alérgicas previas y correctamente vacunado, que consultó a su pediatra por un exantema eritematoso y pruriginoso de 12 horas de evolución, que se había iniciado en ambas flexuras poplíteas y se había extendido en las horas siguientes a los muslos, la espalda y la base de cuello. En todo momento había estado afebril y no había presentado otras ma-

nifestaciones. Al realizar una anamnesis minuciosa, se obtuvo el dato de que 48 horas antes había estado jugando con el mercurio de un termómetro roto. Además, en la familia era habitual el uso de mercurocromo para curar pequeñas lesiones.

En la exploración física, el paciente presentaba un buen estado general y se apreciaba un exantema eritematoso, caliente y pruriginoso, en forma de grandes placas simétricas, distribuidas por la cara anterior del tórax, la zona superior de la espalda, el abdomen y las ingles (figura 1), la cara lateral de los muslos y las nalgas (figura 2), siendo especialmente intensas en las flexuras poplíteas (figura 3), donde se apreciaba una tendencia a la microvesiculación. No existía afectación de las mucosas. El resto de la exploración era normal. Se realizó tratamiento con un corticoide y un antihistamínico oral y, después de una intensificación del eritema y el prurito durante los 3 días siguientes al inicio del tratamiento, el exantema se fue extinguiendo progresivamente hasta su desaparición 15 días después del comienzo del cuadro, quedando el niño con una piel seca y una descamación furfurácea en las zonas donde el eritema fue más intenso.



Figura 1. Exantema en las ingles y el abdomen



Figura 2. Exantema en la cara lateral de los muslos y las nalgas



Figura 3. Exantema en las regiones poplíteas



Figura 4. «Patch test» positivo a compuestos mercuriales

Una vez recuperado el paciente, se le sometió a una prueba epicutánea (*patch test*) de sensibilización a compuestos mercuriales, resultando positiva para mercurio cloruro (++++), mercurio (+++), mercurio amoniacal cloruro (+++) y mercurocromo (++) y negativa para fenilmercurio acetato, fenilmercurio nitrato y timerosal (figura 4).

Discusión

El síndrome de Baboon, lejos de ser una enfermedad «del pasado», es una patología en la que se ha observado un aumento del número de casos en los últimos años, seguramente debido a un mayor conocimiento de esta entidad y, por tanto, a un mejor diagnóstico. Aun así, en la actualidad continúa siendo una manifestación dermatológica poco habitual, por lo que se desconocen su incidencia y su prevalencia reales¹. Puede apa-

recer en cualquier etapa de la vida (no es excepcional en la infancia), y parece afectar de igual manera a hombres y mujeres^{1,2}.

Shoji y Sugai, en 1975, fueron los primeros en dar a conocer dos casos en Japón de dermatitis con reacción sistémica tras la exposición a vapores de mercurio³. La publicación más conocida es la de Nakayama et al., que en 1983 presentaron una serie de 13 pacientes afectados de una dermatitis de contacto sistémica en relación con la exposición a mercurio orgánico a través de la inhalación de vapor de mercurio de un termómetro roto⁴. Un año después, Andersen et al. lo denominaron «síndrome de Baboon», para ilustrar la distribución característica del exantema que recuerda la imagen de las nalgas de un mono babuino⁵. A pesar de haberse comunicado un número significativo de casos desde entonces, la patogenia de este síndrome aún sigue siendo un misterio.

Los agentes etiológicos implicados en el síndrome de Baboon son muy variados. En la bibliografía se han descrito casos relacionados con el níquel, la heparina, la seudoefredina, la aminofilina, algunos antibióticos e inmunoglobulinas, entre otros agentes^{1,6}. En cualquier caso, el mercurio es, con mucho, el responsable más común de este tipo de dermatitis de contacto sistémica, y la rotura de un termómetro es la causa más frecuente de exposición a vapores de mercurio.

Los compuestos mercuriales son una importante fuente de sensibilización en los niños, en gran medida debido al uso extendido de mercurocromo como antiséptico casero y al tiomersal como conservante y antiséptico en vacunas, medicaciones tópicas y productos cosméticos^{7,8}. Otras fuentes de exposición no desdeñables en forma de mercurio metálico son la amalgama dental y los termómetros rotos.

La erupción es maculopapulosa, de tonalidad rojo intenso y pruriginosa. En algunos casos, según el grado de exposición y de la intensidad de la reacción, pueden aparecer lesiones en forma de ampollas superficiales, pústulas y petequias. Suele aparecer de forma súbita varias horas o días después de la exposición a la sustancia desencadenante aunque, en el caso del síndrome de Baboon por contacto y sensibilización al mercurio, el inicio del exantema puede retrasarse durante semanas⁹. El eritema tiende a confluir y ser más intenso en la región anogenital, las nalgas y las flexuras mayores. El carácter simétrico de las lesiones resulta muy significativo. La erupción suele desaparecer tras varios días de descamación de las zonas afectadas sin dejar lesiones residuales. Los pacientes mantienen un buen estado general durante todo el proceso y la fiebre es una manifestación rara.

Los exámenes serológicos no suelen de ser de ayuda para el diagnóstico (los hallazgos más comunes son una proteína C reactiva elevada, la presencia de leucocitosis y, en algunos casos, eosinofilia); la realización de una biopsia de piel es poco útil, ya que esta dermatitis no tiene una expresión anatomopatológica específica. En la práctica diaria, el diagnóstico del síndrome de Baboon es fundamentalmente clínico y una buena anamnesis puede desempeñar un papel determinante: la asociación de un exantema tan característico con el antecedente de la rotura de un termómetro de mercurio en el medio del paciente es suficiente para establecer el diagnóstico, lo que hace innecesario la mayoría de las veces la realización de pruebas complejas y molestas para el paciente, además de encarecer el proceso de atención sanitaria.

Para confirmar el diagnóstico, se deben realizar pruebas epicutáneas con compuestos mercuriales a los pacientes con sín-

drome de Baboon por exposición al mercurio, que resultan positivos al *patch test* con derivados mercuriales en un 80% de los casos². Se recomienda incluir mercurio metálico y mercurio amoniaco en las pruebas¹⁰. Los pacientes alérgicos a un único compuesto mercurial pueden presentar sensibilidad cruzada a otros antígenos mercuriales. De esta forma, se puede obtener un *patch test* positivo a diversas sustancias mercuriales, aunque la reacción alérgica sólo esté provocada por una de ellas¹¹.

En conclusión, el mercurio y sus derivados resultan altamente sensibilizantes; sin embargo, su uso está muy generalizado, por lo que es recomendable reducir su utilización como componente de diversos preparados y aparatos de medida. Los niños son un grupo de población especialmente expuesto a estos riesgos. El pediatra de atención primaria desempeña un papel primordial en el diagnóstico precoz de la afección, así como en alertar del riesgo que conlleva el uso de productos e instrumentos que contienen mercurio a los padres y cuidadores. ■

Bibliografía

1. Sánchez Morillas L, Reaño Martos M, Rodríguez Mosquera M, Iglesias Cadalso C, González Sánchez L, Domínguez Lázaro AR. Síndrome de Baboon. *Allergol Immunopathol*. 2004; 32: 43-45.
2. Lerch M, Bircher AJ. Systemically induced allergic exanthem from mercury. *Contact Dermatitis*. 2004; 50: 349-353.
3. Shoji A, Sugai T. Two cases of hypersensitivity to mercury. *Japan J Dermatol*. 1975; 85: 167.
4. Nakayama H, Niki F, Shono M, Hada S. Mercury exanthema. *Contact Dermatitis*. 1983; 9: 411-417.
5. Andersen KE, Hjorth N, Menné T. The Baboon syndrome: systemically-induced allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1984; 10: 97-100.
6. Suárez Saavedra S, Santos Juanes J, Concha Torre JA, Fernández Barrio B, Sánchez del Río JL. Exantema maculopapuloso de distribución particular. *An Esp Pediatr*. 2005; 63: 273-274.
7. Moreno-Ramírez D, García-Bravo B, Rodríguez Pichardo A, Peral Rubio F, Camacho Martínez F. Baboon syndrome in childhood: easy to avoid, easy to diagnose, but the problem continues. *Pediatr Dermatol*. 2004; 21: 250-253.
8. Garner LA. Contact dermatitis to metals. *Dermatol Ther*. 2004; 17: 321-327.
9. Belhadjali H, Youssef M, Amri M, Douki W, Zili J. Atypical mercury exanthema. *Contact Dermatitis*. 2008; 58: 110-111.
10. Barraza V, Meunier P, Escande JP. Acute contact dermatitis and exanthematous pustulosis due to mercury. *Contact Dermatitis*. 1998; 38: 361.
11. Thomas P, Rueff F, Przybilla B. Airborne allergic contact dermatitis from mercury in a chemistry student. *Contact Dermatitis*. 1997; 37: 297.