

ANAMNESIS EN DERMATOLOGÍA LABORAL*

* (Primero de una serie de tres artículos sobre el estudio del enfermo con patología dermatológica laboral)

FELIPE HERAS MENDAZA, BLANCA DÍAZ LEY,
LUIS CONDE-SALAZAR GÓMEZ.

Servicio de Dermatología.
Escuela Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo.
Instituto de Salud Carlos III

RESUMEN

Resumen: La anamnesis es la principal herramienta diagnóstica en Dermatología Laboral. Puesto que alrededor del 90% de las dermatosis profesionales corresponden a dermatitis de contacto, nuestro interrogatorio se centrará principalmente en conocer las sustancias irritantes o sensibilizantes que se encuentran en el entorno laboral. Esto también incluye las medidas de protección (guantes, mascarilla, botas...) y los jabones o cremas que utilice el paciente en relación con su puesto de trabajo. Es importante además indagar sobre empleos pasados y si presentaba algún problema dermatológico en ellos, ya que podría explicar una sensibilización que no está relacionada con la dermatitis actual. La relación temporal de las lesiones con la actividad profesional, y la mejoría de las mismas cuando no trabaja, es un dato importante para sospechar una causa laboral. Otro dato que apoya un origen laboral es la afectación de varios trabajadores en la misma empresa. La opinión del paciente acerca de cuál es el producto que le produce la dermatitis de contacto nos puede ser de gran ayuda. También debemos conocer cuáles son sus actividades y aficiones extra-profesionales y si presenta rasgos atópicos. Después de una anamnesis bien realizada debemos sospechar el diagnóstico, antes incluso de realizar la exploración física, y utilizar ésta y las pruebas complementarias para confirmarlo.

PALABRAS CLAVES

Anamnesis, dermatosis profesional, dermatitis de contacto, historia clínica, eccema profesional.

ABSTRACT

Anamnesis is the main diagnostic tool in Occupational Dermatology. Since about 90% of occupational dermatosis corresponds to contact dermatitis, our questions to the patient are, essentially, directed to know the irritants and allergenic substances present at workplace. This also includes protective measures (gloves, masks, boots...) and soaps or creams used at work. It is important to know the past occupations of the patient and if he/she has had dermatologic problems, because this could explain a sensitization that is not related to the current dermatitis. Temporal relation of the lesions with the professional activity, and improvement when the patient does not work, is an important support of an occupational origin. Several workers affected in the same company also support it. The opinion of the patient about the cause of the contact dermatitis can be very helpful. We must also know his/her hobbies, domestic activities and atopic features. After a well done anamnesis, we must suspect the diagnosis, even before the physical examination. In fact, physical examinations and complementary tests must be used to confirm our suspicion.

KEY WORDS

Anamnesis, occupational dermatosis, contact dermatitis, clinical history, occupational eczema.

INTRODUCCIÓN

Existe la creencia generalizada de que los dermatólogos debemos llegar a un diagnóstico exclusivamente con la visión de las lesiones que presenta el paciente. Incluso muchos de nuestros compañeros médicos nos muestran, de forma repentina, una pequeña zona de su piel con la esperanza de que les demos un diagnóstico firme en los siguientes dos o tres segundos.

La piel y algunas mucosas son muy accesibles a la exploración, pero la simple visión de las lesiones no nos aporta tantos datos como lo hace el interrogatorio sobre los antecedentes del paciente, la evolución que ha seguido el cuadro o los síntomas que lo acompañan.

La palabra anamnesis proviene del griego y significa rescatar algo que ha sido olvidado (Amnesia es la falta de memoria. El prefijo "an" añadido niega la amnesia(1)) Se puede definir como el conjunto de información que se recoge del interrogatorio sobre la historia personal del paciente y de su enfermedad(2). En Dermatología, como en el resto de especialidades médicas, este interrogatorio es la principal ayuda que poseemos para orientar el diagnóstico. Un diagnóstico realizado con una anamnesis insuficiente no hace más que aplazar el diagnóstico correcto y aumentar el número de consultas y de pruebas complementarias que se necesitarán. Es más, de poco sirven todas las pruebas existentes y las técnicas más sofisticadas si la anamnesis no es correcta.

En el campo de las dermatosis profesionales esto tiene mayor importancia aún. El catalogar una enfermedad dermatológica como laboral se apoya, casi exclusivamente, en la anamnesis.

La anamnesis no es una serie de preguntas estáticas que se realizan a todos los pacientes por igual (eso sería un cuestionario), sino que se orienta hacia un campo u otro según el caso que nos ocupe.

Una anamnesis perfecta requeriría un conocimiento profundo de las más de 2.000 patologías dermatológicas conocidas, con sus múltiples subgrupos, para realizar así las preguntas adecuadas. Como este conocimiento no está al alcance de nadie (incluidos los dermatólogos) nos guiamos por una serie de preguntas generales que nos pueden ayudar, sin olvidar que cada caso tiene las suyas propias.

En el caso de la dermatología laboral, este conocimiento debe abarcar también una idea sobre en qué consiste la profesión del paciente, cómo lleva a cabo

su trabajo, qué productos maneja, qué protección realiza y, en definitiva, todo lo relacionado con su ambiente laboral que pudiera tener un vínculo con su dermatosis.

Este artículo pretende dar una serie de pautas generales que nos ayudan en la anamnesis ante un paciente con una probable dermatosis profesional. Son las pautas que seguimos desde hace más de 30 años en el Servicio de Dermatología de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y que intentamos actualizar constantemente. Es la principal enseñanza que tratamos de inculcar a los médicos que realizan una rotación en nuestro Servicio (Médicos del Trabajo, Dermatólogos y Alergólogos) y la guía que utilizamos diariamente para dar un nombre a los cuadros de los pacientes que estudiamos.

LA ANAMNESIS EN DERMATOLOGÍA LABORAL

Las dermatitis de contacto suponen en torno al 90% de las dermatosis profesionales(3). Por ello, gran parte de la anamnesis va orientada a conocer qué maneja el paciente, cómo lo hace y qué relación existe entre la manipulación de ciertos productos y la aparición de las lesiones.

El orden que seguimos en el interrogatorio de una posible dermatosis profesional varía ligeramente respecto a la clásica anamnesis médica y dermatológica. Por cuestiones prácticas, dejamos para el final los antecedentes personales y familiares del paciente, y sin embargo comenzamos con los datos relativos a su puesto de trabajo. Esto nos ayuda a orientar el problema del paciente y la posible relación con su profesión.

A continuación describimos los puntos de la anamnesis que realizamos en Dermatología Laboral, haciendo especial hincapié en las diferencias existentes con el interrogatorio médico clásico:

1º- Datos de filiación: Al igual que en cualquier historia clínica, nos interesa conocer el nombre, apellidos, dirección, localidad de residencia, edad y estado civil del paciente.

2º- Historia laboral personal anterior: Especificamos los **empleos pasados** del paciente, junto a la **duración** que tuvieron. Esto nos da una idea de los alérgenos a los que ha podido estar expuesto. De esta forma, se pueden explicar sensibilizaciones que encontremos en la prueba del parche (prueba epicutánea o patch-test) y que tendrían una relevancia pasada, es decir, una hipersensibilidad tipo IV sin

relación con la dermatitis que presenta el paciente. Por ello, señalamos también **si presentaba algún problema médico** en relación con alguno de estos trabajos(4).

P. ej.: Fue peluquera durante 2 años. Refiere que presentaba "eccemas" en las manos al manejar tintes.

3°- Historia laboral personal actual: Nos interesa conocer en qué trabaja y desde hace cuánto tiempo. Muchas veces es necesario realizar una pequeña descripción de las tareas que realiza para hacernos una idea de cuáles son las partes de su cuerpo expuestas y a qué productos.

P. ej.: Industria textil desde hace 11 años. Pega botones sobre prendas de vestir.

4°- *Productos que maneja*: Puesto que son múltiples, centramos nuestra atención en los que tienen capacidad irritante o sensibilizante. No sólo nos interesa conocer los productos que están en su puesto de trabajo, sino todos aquellos que utiliza y tienen una relación con el trabajo, como podrían ser jabones para lavado de manos al abandonar la empresa, cremas emolientes para proteger sus manos, etc.

Es de gran ayuda que el enfermo aporte las **hojas de seguridad** de todos estos productos, ya que en ellas se indica la composición y concentración de sustancias con conocida capacidad irritante o sensibilizante. Pero incluso en estas hojas de seguridad la información puede ser insuficiente. En estos casos es necesario ponerse en contacto con el fabricante para obtener estos datos; algo que no siempre resulta del todo útil, ya que, o bien el propio fabricante puede desconocer con exactitud los componentes del producto que suministra, o bien puede mostrarse reticente a compartir dicha información.

5°- *Medidas de protección*: Muchas veces son las medidas de protección la causa de una dermatitis de contacto. Por ello, debemos conocer cuáles son y su **composición**.

Respecto a los materiales de las medidas de protección, no sólo es importante la composición principal del producto (guantes de cuero, mascarilla de goma...), sino también otros posibles alérgenos que puedan contener, como pigmentos (ciertos colores azules, naranjas, rojos...), conservantes, resinas, etc. Esto requiere un estudio exhaustivo, por lo que lo solemos reservar para los casos en los que parece que una determinada medida de protección es la causa del cuadro que presenta el paciente.

6°- *Datos de la empresa*: Nos interesa el nombre, dirección y teléfono, así como el **número de trabajadores**.

Según el número de trabajadores sabremos si cuenta o no con un médico de empresa y si sería más o menos factible una reubicación del paciente en un nuevo puesto de trabajo dentro de la misma empresa, si es que fuera necesario. El diagnóstico no cambia por las posibilidades que tenga el paciente de tener un puesto diferente o dejar de manejar determinados productos, pero sí cambia el tratamiento, es decir, la actitud que se recomienda seguir.

7°- *Observaciones*: En este punto incluimos otros datos relacionados con su vida laboral que puedan ser de utilidad en la consulta y que no están incluidos en los apartados anteriores. Solemos dejar constancia, por ejemplo, de si el paciente sigue trabajando, a pesar del cuadro que presenta, si está de vacaciones o de **baja laboral**; y si es así, desde cuándo.

8°- *Anamnesis del problema actual*: En relación al problema concreto que presenta el paciente, las clásicas tres preguntas "¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?" son la base del interrogatorio.

Como en cualquier historia clínica, comenzamos por la descripción del problema y la situación en el tiempo. Puesto que en muchas ocasiones cuando vemos al paciente presenta lesiones residuales o ausentes, nos es muy útil una historia de cómo eran las primeras lesiones, sus síntomas y cómo fue su evolución.

El paciente puede no conocer el sentido que damos a términos como "vesículas", "descamación", "pápulas"... pero podemos ayudarlo con preguntas como "¿Le salieron burbujitas? ¿Granitos con líquido?", "¿Se le secó después?", etc.

No se trata aquí de describir lo que el médico observa en la exploración, sino de hacernos una idea de cómo eran las lesiones que no hemos visto. A esto lo podríamos llamar "**exploración referida**". Limitarse a frases como "*Presentó lesiones pruriginosas en el dorso de las manos*" es sacar poco provecho de la anamnesis.

La pregunta "¿A qué lo atribuye?" tiene especial importancia en las dermatitis de contacto. Muchas veces el paciente ya tiene una sospecha bien fundada sobre cuál es la causa de las lesiones que presenta. De todos modos, aunque su idea sea disparatada

o intente achacar su problema de forma vehemente al trabajo para obtener un beneficio económico, no debemos obviar su opinión. Si no la refiere espontáneamente quizás sea porque piensa que su opinión va a parecer ridícula, por miedo a perder su empleo, etc., por lo que siempre conviene preguntarle a qué achaca lo que le sucede. Un enfoque aproximado de la causa nos puede evitar muchos quebraderos de cabeza y pruebas innecesarias.

P. ej.: Refiere que desde hace 3 meses presenta, en dorso de la tercera falange de los dedos II y III de la mano izquierda, placas eritematosas, pruriginosas, con vesículas, que en pocos días se desecan formando pequeñas costras y que posteriormente evolucionan hacia la descamación.

Lo achaca a un nuevo pegamento que comenzó a utilizar 2 semanas antes.

Con la anamnesis del ejemplo anterior podemos sospechar ya, incluso antes de la exploración, que por el tipo de lesiones, su evolución y sus síntomas, se trata de un eccema, y que éste podría ser debido al contacto con una resina.

Un punto muy importante en Dermatología Laboral es la **relación temporal que tiene la clínica con el trabajo**. Siempre debemos conocer si las lesiones mejoran o desaparecen los días que no trabaja (fines de semana, vacaciones y periodos de baja laboral). A veces existe un empeoramiento a medida que avanza la semana (peor el viernes que el lunes). Otras veces, las lesiones sólo se presentan a los pocos días de realizar una actividad determinada en su trabajo.

De todos modos, la relación temporal con el trabajo es orientativa. No siempre que una determinada clínica aparece exclusivamente cuando trabaja nos encontramos ante una dermatosis profesional. Y al contrario, el hecho de que persistan las lesiones durante la baja laboral, o incluso empeoren, no significa que podamos descartar que se trate de una dermatosis profesional.

Debemos indicar también los **tratamientos aplicados** y si han sido o no eficaces. El tiempo que tardó en resolverse el cuadro puede ayudarnos a diferenciar, por ejemplo, algunas dermatitis de contacto irritativas (que se resuelven en muy pocos días) de las alérgicas (que suelen necesitar entre 1 y 2 semanas).

Otra cuestión importante es conocer si otros compañeros del trabajo han presentado problemas

similares⁵. En general, una dermatitis de contacto que afecta a varios individuos dentro de un grupo suele ser irritativa, mientras que las de causa alérgica afectan a muy pocos (por ejemplo, a uno o dos trabajadores de cada cien)

Por último, nos interesamos por los estudios realizados por otros médicos que hayan visto al paciente y sus conclusiones.

9º- Aficiones: Determinadas actividades que realice el paciente en su vida privada pueden ser la causa de una dermatitis de contacto. Pueden además coincidir los días de trabajo y de algún "hobby", llevándonos a catalogar erróneamente una dermatitis de contacto "privada" como de origen laboral.

Cualquier afición es relevante, pero más aún las que se acompañan de múltiples alérgenos, como el bricolaje, mecánica, pintura, jardinería, etc.

Otra actividad extra-laboral que es fuente de múltiples dermatitis de contacto son las **tareas domésticas**, que muchas veces acompañan y agravan una dermatitis de contacto de origen laboral, como suele suceder con el eccema irritativo de las manos en trabajadores de hostelería, peluqueras, limpiadoras...

10º- Antecedentes personales: Son de especial importancia las patologías relacionadas con el cuadro que presenta el paciente. En general, ante una dermatitis de contacto nos debemos centrar en:

- Posibles alergias a medicamentos sistémicos o tópicos.
- Conocer si estamos ante un paciente con una **"diátesis atópica"**. Muchos eccemas de contacto, urticarias y sensibilizaciones se explican por una predisposición atópica, por lo que debemos indagar sobre rinitis alérgica, conjuntivitis, asma, picaduras frecuentes de mosquitos, pieles sensibles y secas, eccemas previos en los pliegues, etc.
- Sobre todo en las mujeres, se debe investigar si existe intolerancia al níquel con preguntas como "¿Tolera la bisutería; los pendientes y joyas baratas?" Dada la alta prevalencia de sensibilización a este metal, esto nos puede orientar a la hora de diferenciar si la relevancia de una prueba positiva es actual (en relación con el cuadro que presenta) o pasada (sin relación).
- Además de otras enfermedades e intervenciones que haya sufrido, debemos conocer los **medica-**

mentos que toma, y especialmente los inmunosupresores que puedan alterar los resultados de las pruebas que realicemos.

Dentro de los medicamentos utilizados por el paciente, no hay que olvidar los que son de uso tópico, ya que pueden ser éstos la causa de una sensibilización (como ocurre con los productos mercuriales).

- Conocer los cosméticos, perfumes o cremas que el paciente utiliza nos puede aportar muchos datos de cara al diagnóstico y tratamiento: Muchos de los **productos utilizados para la higiene personal** presentan sustancias (conservantes, fragancias...) también presentes en productos industriales (aceites de corte, jabones...).

11º *Antecedentes familiares*: Dentro de nuestra búsqueda de "atópicos", debemos preguntar si hay entre sus familiares de primer grado. Además, y según el cuadro del paciente, nos puede interesar conocer si existe algún familiar con psoriasis, determinadas patologías neoplásicas, etc.

CONCLUSIÓN

La anamnesis es la herramienta principal para llegar al diagnóstico en Dermatología Laboral. Conocer cómo desarrolla su trabajo el paciente, las sustancias y objetos que maneja, la relación temporal de la clínica con su actividad profesional y sus antecedentes personales, es lo que más nos aporta para dar nombre y poner remedio a su patología.

La exploración y las pruebas complementarias permanecen aún en un segundo plano, a pesar del desarrollo científico y técnico de los últimos tiempos. Incluso una especialidad tan visual como la Dermatología tiene en la anamnesis su principal herramienta. Una anamnesis bien realizada nos suele llevar al diagnóstico correcto antes incluso de ver las lesiones del paciente. De hecho, con la exploración y las pruebas complementarias sólo buscamos confirmar lo que ya sospechábamos tras el interrogatorio. Es más, si después de la exploración física no vemos claro aún el diagnóstico, suele ser más útil volver sobre detalles del interrogatorio que hayamos pasado por alto que realizar las pruebas complementarias "a ciegas".

Puede decirse, pues, que el equipo humano es mucho más útil que las diferentes técnicas y pruebas complementarias. Algo que no siempre se tiene en cuenta. En general, los pacientes suelen valorar más

que se les haya realizado un análisis de sangre, unas pruebas epicutáneas exhaustivas, una resonancia magnética... que la entrevista que hayan tenido con el médico. Incluso los médicos tendemos muchas veces a desconfiar de las impresiones que obtenemos de nuestra anamnesis por considerarlas subjetivas⁶. Estamos en la era de la Medicina basada en la evidencia y del rechazo a todo lo que es intuitivo. Pero los datos "objetivos" (los resultados de las pruebas complementarias) se obtienen después de haber llegado a una sospecha bien fundada del cuadro que presenta el paciente; Es decir, con la anamnesis. Y estos datos "objetivos" sólo se comprenden si son coherentes con la historia clínica.

Pero no sólo por la utilidad práctica de la anamnesis deberíamos esforzarnos en realizarla de forma correcta. También por el aspecto intelectual: ¿No es acaso una de las mayores satisfacciones que podemos obtener como médicos el hecho de llegar al diagnóstico de un caso complejo después de formular al paciente la pregunta clave?

Tabla 1. Principales cuestiones en la anamnesis de las Dermatosis Profesionales

| |
|---|
| EMPLEOS ANTERIORES |
| - ¿Qué actividades laborales ha realizado? - ¿Presentaba algún problema realizándolas? |
| EMPLEO ACTUAL |
| - ¿En qué consiste su trabajo? - ¿Qué productos maneja? - ¿Qué medidas de protección realiza? |
| ENFERMEDAD ACTUAL |
| - ¿Qué le pasa, desde cuándo y a qué lo atribuye el paciente? - ¿Mejoran las lesiones cuando no trabaja? - ¿Hay otros empleados con lesiones similares? - ¿Qué tratamientos ha realizado? ¿Han sido eficaces? - ¿Qué aficiones y actividades extra-laborales tiene? |
| ANTECEDENTES PERSONALES |
| - ¿Tiene alergias a medicamentos sistémicos o tópicos? - ¿Tiene una predisposición atópica? - ¿Toma medicación por algún motivo? - ¿Utiliza medicamentos o cosméticos tópicos? - ¿Qué enfermedades tiene o ha padecido? |
| ANTECEDENTES FAMILIARES |
| - ¿Existen alergias o atopia en sus familiares? |

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario Griego-Español. José M. Pabón S. de Urbina y Eustaquio Echauri Martínez. Ediciones Spes, S.A. 3ª edición. 1955.

2. Patología General. Semiología Clínica y Fisiopatología. J. García-Conde, J. Merino Sánchez, J. González Macías. Ed. Interamericana-Mc Graw Hill. 1999. Pág. 10.

3. Dermatología Profesional. L. Conde-Salazar Gómez, A. Ancona Alayón. Ed. Biblioteca Aula Médica. 2004. Págs. 3-4.

4. Dermatitis de Contacto. José Mª Giménez Camarasa. Ed. Biblioteca Aula Médica. 1999. Pág. 364.

5. Tratado de Dermatosis Profesionales. Antonio García Pérez, Luis Conde-Salazar, José M. Giménez Camarasa. Ed. Eudema. 1987. Pág. 23.

6. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Volumen 1. 6ª edición. Ed. Mc Graw Hill. 2003. Pág. 12.