

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i4.10631>

Queilitis de contacto alérgica causada por una variedad de ingredientes de un lápiz labial cosmético

Allergic contact cheilitis caused by a variety of ingredients in a lipstick cosmetic.

Emmanuel Mendoza,¹ Sandra López Verdín,² Michelle Wendoline García Niño de Rivera³

Resumen

ANTECEDENTES: Se denomina queilitis al proceso de inflamación que ocurre en los labios con características de descamación, erosión y fisuras. Por lo general, la queilitis afecta el labio inferior; esto se atribuye a la mayor exposición a irritantes, como la luz solar, agentes mecánicos y químicos, entre otros.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 33 años que acudió a la Clínica de Medicina y Patología Bucal de la Universidad de Guadalajara, por ardor en los labios que le impedía comer. La paciente refirió haber utilizado un lápiz labial anaranjado; posterior a su uso, inició con síntomas posiblemente asociados con una reacción alérgica. Con base en la anamnesis y revisión clínica se estableció el diagnóstico de queilitis por contacto. Se indicó tratamiento antihistamínico, antiinflamatorio y protector de forma tópica, con evolución clínica favorable.

CONCLUSIONES: La queilitis por contacto comparte características clínicas con otras queilitis, por lo que es indispensable que en la historia clínica se identifiquen los posibles agentes causales. Con base en reportes de casos de la bibliografía, deberá practicarse la prueba del parche porque el tratamiento dependerá, además de la severidad de las lesiones, de la cantidad de alérgenos a los que se ha expuesto el paciente.

PALABRAS CLAVE: Reacción alérgica; queilitis; eritema; piel.

Abstract

BACKGROUND: Cheilitis is the inflammation process that occurs on the lips with characteristics of flaking, erosion, and fissures. Normally cheilitis has a lower lip disposition; this is attributed to the greater exposure to irritants such as sunlight, mechanical and chemical agents, among others.

CLINICAL CASE: A 33-year-old female patient presented to the Clinic of Oral Medicine and Pathology of the University of Guadalajara, due to burning that made eating impossible. The patient reported having used an orange lipstick, after its use she began to present symptoms of an allergic reaction. After her anamnesis and clinical review, a diagnosis of contact cheilitis was made and treatment for it was given.

CONCLUSIONS: Contact cheilitis is an entity that shares clinical characteristics with other cheilitis, so it is essential that possible causative agents be identified in the clinical history. Even so, based on case reports in the literature, patch testing should be included since the treatment will depend, in addition to the severity of the lesions, on the amount of allergens that patient has been exposed.

KEYWORDS: Allergic reaction; Cheilitis; Erythema; Skin.

¹ Cirujano dentista.

² Doctora en Ciencias en Biología Molecular. Profesora titular de tiempo completo.

³ Residente de maestría en Patología y medicina bucal. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: enero 2023

Aceptado: noviembre 2023

Correspondencia

Sandra López Verdín
sandra.lverdin@academicos.udg.mx

Este artículo debe citarse como: Mendoza E, López-Verdín S, García-Niño de Rivera MW. Queilitis de contacto alérgica causada por una variedad de ingredientes de un lápiz labial cosmético. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (4): 550-554.

ANTECEDENTES

Se denomina queilitis al proceso de inflamación que ocurre en los labios con características de descamación, erosión y fisuras. Suele tener un cuadro histológico no específico y la causa es diversa. Por lo general, la queilitis afecta el labio inferior; esto se atribuye a la mayor exposición de irritantes: luz solar, agentes mecánicos y químicos, entre otros.¹

Los labios, además de cumplir su función de “sellado” de la cavidad oral, comparten relevancia en las cualidades estéticas, por lo que la cosmetología usa varios productos para destacarlos. Sin embargo, éstos pueden actuar como alérgenos y generar reacciones alérgicas. Éstas son un proceso que inicia cuando el sistema inmunitario reacciona ante un agente externo al cuerpo (alérgeno), por lo general inofensivo, pero que el sistema inmunitario considera una sustancia nociva. Ante una reacción alérgica puede haber edema, eritema, vesículas, ronchas, descamación y fisuras, así como ardor y prurito; esto depende de con qué alérgeno se tuvo contacto. Los alérgenos pueden ser el ácido pícrico, dinitroclorobenceno, diferentes ingredientes vegetales, cosméticos, algunos fármacos, metales u otras sustancias.² Los productos de higiene e hidratación cutánea son los responsables de la mayor parte de las reacciones alérgicas de contacto, seguidos del maquillaje y cosméticos. El lápiz labial es uno de los productos que genera con mayor frecuencia estas reacciones en los labios.³

La alergia de contacto es un tipo importante de reacción de hipersensibilidad de tipo retardado o tipo 4 que sobreviene después del contacto de la piel o las mucosas con un alérgeno, por lo que esta hipersensibilidad se manifiesta, normalmente, 24 a 72 horas después de la exposición ante el agente causal.⁴ La hipersensibilidad retardada no implica anticuerpos, pero sí linfocitos T. Esta reacción se produce porque los linfocitos

T sintetizados reaccionan específicamente con un determinado antígeno, lo que lleva a una reacción inmunitaria.⁵

En varias ocasiones en el interrogatorio es complicado identificar una queilitis por contacto porque, al no contar con una clasificación previamente establecida, se dificulta el orden de exclusión de los diagnósticos diferenciales. Además, existen diversos términos para su señalamiento: queilitis alérgica de contacto, irritante de contacto y atópica, por lo que la búsqueda de bibliografía puede ser reducida a uno de éstos.^{5,6} Aunque las manifestaciones no son graves, es posible que evolucionen y se conviertan en complicaciones más severas, como aumento de la fisuración formada en la zona afectada, que tiende a ulcerarse, y a la formación de costras que pueden extenderse a la piel vecina.¹

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 33 años que acudió a la Clínica de Medicina y Patología Bucal de la Universidad de Guadalajara (Guadalajara, Jalisco, México). El motivo de consulta fue ardor en los labios que le imposibilitaba comer. Refirió haber sido tratada por un servicio de dermatología con aciclovir en crema y un compuesto de paracetamol más naproxeno sin mejoría.

En el cuestionario médico, la paciente indicó padecer gastritis desde 2019 y tener alergia alimentaria al nopal. El ardor y el prurito aparecieron dos a tres días después de la aplicación de un lápiz labial naranja que comentó cambió a color rojo al aplicarlo en los labios. Estos mismos síntomas prevalecieron durante tres meses, con periodos de exacerbación que se manifestaron con intenso ardor y dolor a la manipulación. A la exploración extraoral ambos labios tenían lesiones. **Figura 1**

En el labio superior e inferior se observaron placas erosivas. En el labio inferior, además, se

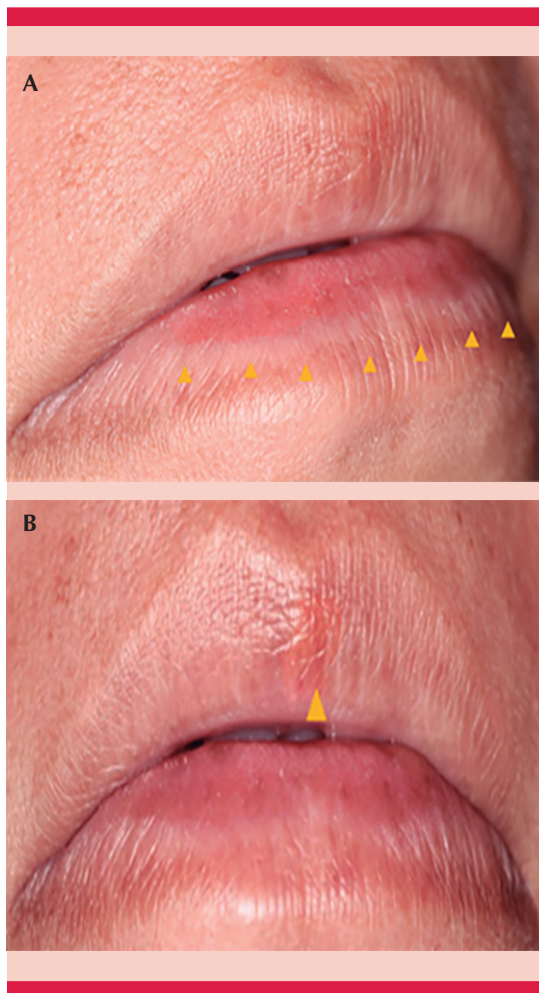


Figura 1. Vista lateral de la paciente. **A.** En el labio inferior se observa una placa erosiva (flechas amarillas), ligero edema con zonas de descamación, pérdida difusa del borde bermellón y línea pigmentaria posinflamatoria. **B.** Foco erosivo en la línea media del labio superior.

identificaron extensas áreas de descamación, en yuxtaposición a la pigmentación posinflamatoria, que también se encontró en ambos labios, acompañadas del desdibujamiento de la línea limítrofe entre el borde bermellón y la piel. Se descartó queilitis actínica debido a que la paciente mencionó no exponerse al sol constantemente. Posterior a la evaluación clínica se

indicó el esquema terapéutico que se muestra en el **Cuadro 1**, aunado al uso de barreras de protección solar: bálsamo labial, bloqueador con fotoprotección solar de 30 y gorra.

La paciente se valoró nuevamente 15 días después, se observó ausencia de lesiones, pero conservaba la línea pigmentaria y el desdibujamiento del borde bermellón, por lo que se le pidió mantenerse en observación. **Figura 2**

DISCUSIÓN

Vega y su grupo definieron a la queilitis como un proceso inflamatorio agudo y crónico con

Cuadro 1. Esquema terapéutico

Medicamento	Dosis	Vía
Avapena	25 mg cada 12 horas	Oral
Betametasona-clotrimazol-gentamicina	0.05 g-1 g-0.10 g tres veces al día	Tópica
Bloqueador Hawaiian Tropic FPS 50+ 240 mL	Aplicación cada 4 horas	Tópica

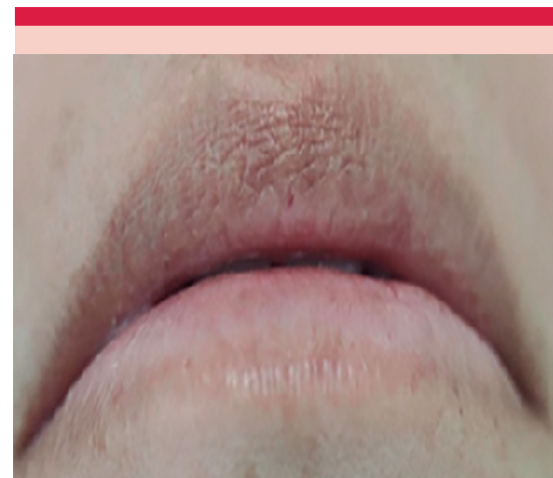


Figura 2. Evolución de la paciente después de 15 días de tratamiento. La mayor parte de las lesiones muestran alivio y ausencia de síntomas.

manifestación clínica compartida: descamación, erosión, fisuración con afectación en el labio y el bermellón.⁷ Debido a esto el intento de una clasificación se basó en la asociación (específica) o no (inespecífica) con una afección sistémica. Por lo que, de acuerdo con varios autores, la queilitis por contacto es resultado de una reacción de hipersensibilidad retardada a productos químicos comunes en cosméticos y bálsamos labiales y pastas dentífricas, entre otros^{8,9,10} que, de acuerdo con nuestra revisión, no tiene características particulares y cuyas manifestaciones pueden variar en la cavidad oral.^{11,12} Así el diagnóstico se basa, principalmente, en un cuadro clínico característico asociado con cosméticos labiales.²

Los lápices labiales pueden contener un tinte, un pigmento o una combinación de ambos, que deben superar un pH de 3.5. La eosina ácida, debido a que cambia su color naranja a uno rojo en un pH de 4, sigue en uso a pesar de las previas asociaciones con el daño tisular dérmico, que incluyó la queilitis alérgica.¹³ La paciente mencionó haber utilizado un lápiz labial que era de un color natural anaranjado.

En la revisión bibliográfica efectuada, no hay un grupo de edad específico porque se ha reportado desde los 2 hasta los 81 años.^{8,14} La mayoría de los casos tienen características sintomatológicas y clínicas similares en la zona de contacto con el agente causal.¹⁵ En la búsqueda bibliográfica no se encontraron reportes de caso relacionados con el uso de lápiz labial. En los casos comunicados por Zirwas⁵ y Van Amerogen¹⁶ las reacciones se asociaron con pastas dentales (*Arm and Hammer Advance White fresh mint* y *Sensodyne Relif*, respectivamente) reconocidas a través de la prueba de parche. De igual manera, por medio de esta prueba, Rosen y colaboradores¹⁴ identificaron tres alérgenos que se encuentran con frecuencia en fragancias, bálsamos y comida enlatada. En todos los casos se optó por retirar el agente causal. El tratamiento para aliviar los síntomas y

las lesiones incluye una variedad de opciones: enjuague bucal antiséptico, inmunomoduladores combinados con corticosteroides, como en un caso pediátrico tratado con tacrolimus en ungüento e hidrocortisona, o como en la paciente del caso, en que se optó por un antihistamínico en combinación con un corticosteroide tópico. El tratamiento debe estar orientado al tipo de paciente, gravedad de las lesiones y riesgo de alérgenos. El alivio ocurre en cuatro semanas a tres meses.

Debido a que los agentes causantes de las reacciones alérgicas pueden ser aditamentos de uso diario como pastas dentales, labiales, bálsamos, etc., la mayoría de los autores coinciden en que la mejor manera de confirmar el diagnóstico e identificar el alérgeno causal es la prueba del parche.^{17,18,19} El retiro del agente causal es la manera más eficiente de prevenir recurrencia. Fonseca y colaboradores recomiendan evitar el constante lamido de labios y el uso de agentes irritantes que pueden aumentar los síntomas propios de la queilitis por contacto.^{18,19,20}

CONCLUSIONES

La queilitis por contacto es un padecimiento que comparte características clínicas con otras queilitis, por lo que es indispensable que en la historia clínica se identifiquen posibles agentes causales. Debe practicarse la prueba del parche porque el tratamiento dependerá de la cantidad de alérgenos a los que se estuvo expuesto.

REFERENCIAS

1. Ras P, Ras Monleón RM. Manejo de las queilitis de contacto en atención primaria. *Atención Primaria* 1998; 22 (1): 53-58.
2. Harijanti K, Santosa YS. Allergic contact cheilitis due to lipstick. *Odonto Dental J* 2016; 3: 138. <https://doi.org/10.30659/odj.3.2.138-144>
3. González-Muñoz P, Conde-Salazar L, Vañó-Galván S. Dermatitis alérgica de contacto a cosméticos. *Actas Dermosifiliográficas* 2014; 105: 9: 822-832. <https://doi:10.1016/j.ad.2013.12.018>

4. Ravitasari Y, Radithia D, Hadi P. Allergic contact cheilitis due to lipstick. *Dent J* 2015; 48: 173. <https://doi.org/10.20473/j.djmk.v48.i4.p173-17>
5. Zirwas MJ, Otto S. Toothpaste allergy diagnosis and management. *J Clin Aesthet Dermatol* 2010; 3: 42-47.
6. García López E, Blanco Ruiz A, Rodríguez García L, et al., Queilitis: Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol* 2004; 41: 63-70.
7. Vega Memije ME, Estrada S, Tomoka H. Queilitis. Correlación clínico-patológica. *Dermatología Rev Mex* 1991; XXXV: 212-217.
8. López-Torres Hidalgo J, García Atienza EM, Sáez Moreno MA, et al. Queilitis exfoliativa. *Rev Clin Med Fam* 2019; 12: 21-23.
9. Hernández Osorio C, Fuentes Palma B, Cartes Velásquez R. Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. *Rev Cubana Estomatol* 2016; 53: 45-55.
10. Oliveira Miranda AM, Miranda Ferrari T, Leite TC, et al. Actinic cheilitis: Clinical characteristics observed in 75 patients and a summary of the literature of this often neglected premalignant disorder. *International J Clin Med* 2014; 05: 1337-1344. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2014.521171>
11. Bertini F, Celina Sgarbi F, Aigotti Haberbeck Brandão A, et al. Análisis del perfil clínico del paciente portador de queilitis actínica: importancia para el diagnóstico; *Acta Odontológica Venezolana* 2010; 48: 3.
12. Axéll, T. Hypersensitivity of the oral mucosa: clinics and pathology. *Acta Odontologica Scandinavica* 2001; 59: 5: 315-319. <https://doi.org/10.1080/000163501750541192>
13. Barrientos Ramírez KB, Sermeño Rodríguez LG, Determinación de plomo en diferentes marcas de labiales en barra por método de absorción atómica con llama y emisión atómica con plasma inductivo. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Química y Medicina: San Salvador, El Salvador: 2011.
14. Rosen A, Yi Ng SS, Tosti A, Schachner L. Allergic contact cheilitis in children and improvement with patch testing. *JAAF Case Reports* 2017; 3: 25-28.
15. Lugovic-Mihic L, Ilic I, Budimir J, et al. Common Allergies and Allergens in Oral and Perioral Diseases. *Acta Clin Croat* 2020; 59: 318-328.
16. Van Amerongen CCA, De Groot A, Volkering RJ, et al. Cheilitis caused by contact allergy to toothpaste containing stannous (tin) – two cases. *Wiley Contact Derma* 2020; 83: 126-129.
17. Rai R, Dinakar D, Kurian SS, Bindoo YA. Investigation of contact allergy to dental materials by patch testing. *Indian Dermatol Online J* 2014; 5 (3): 282-286.
18. Lugovic-Mihic L, Pilipovic K, Crnacic I, et al. Differential diagnosis of cheilitis –How to classify cheilitis? *Acta Clin Croat* 2018; 57 (2): 342-351.
19. Loidi-Pascual L, Hervella-Garcés M, Larrea-García M, et al. Eccema de labios. Experiencia en la Unidad de Eccema de Contacto de un centro terciario español. *Anales Sis San Navarra* 2015; 38: 3.
20. Fonseca A, Jacob SE, Sindle A. Art of prevention: Practical interventions in lip-licking dermatitis. *Int J Women Dermatol* 2020; 6: 377-380.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello, es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.