

## Hipersensibilidad química múltiple: en búsqueda de la sistematización de su diagnóstico



Arturo Ortega Pérez

*Departamento de Medicina Legal y Toxicología. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili. Reus. Tarragona. España.*

La hipersensibilidad química múltiple (HQM) es una enfermedad frecuente y a la vez poco conocida. La presentan entre el 2 y el 10% de los estadounidenses<sup>1</sup> o de los alemanes<sup>2</sup>, pero sólo el 0,5% de la población ha sido diagnosticada por los médicos. El motivo de esta discrepancia es que la HQM reúne muchas cualidades que dificultan su diagnóstico:

- Sus manifestaciones son dispersas, pues puede afectar a uno o varios de los puntos siguientes: los aparatos respiratorio, digestivo y circulatorio, la piel, el sistema nervioso central, los músculos, las capacidades cognitivas, el estado de ánimo, etc. En una revisión publicada en 2005 en esta Revista<sup>3</sup> se citan sus manifestaciones más frecuentes.
- No hay pruebas complementarias que puedan confirmar o refutar con claridad su existencia.
- Afecta mayoritariamente a mujeres en el tercio central de su vida, un grupo al que en clínica se presta menos atención de la debida.
- A menudo su aparición está ligada a accidentes de trabajo, por lo que los médicos que atienden a los afectados son reticentes a diagnosticarla, al tener muy presentes las repercusiones económicas del diagnóstico.

Con todo, estas alteraciones se han descrito muchas veces, tanto en España<sup>4,5</sup> como en otros países<sup>6</sup>, demasiadas para descartarlas achacándolas a un trastorno psíquico. Nogué et al<sup>7</sup> nos comunican en este número de MEDICINA CLÍNICA que entre 1996 y 2005 atendieron a 61 pacientes con HQM.

Suele objetarse que no conocemos la causa exacta de la HQM, pero tampoco sabemos cuál fue la causa exacta de la intoxicación por aceite de colza, por qué se ha duplicado la incidencia de alergias y enfermedades respiratorias en las últimas décadas<sup>8</sup> o cuál es el motivo del síndrome de estar quemado. Y todos admitimos que estos trastornos existen y aceptamos que las limitaciones de nuestro conocimiento no los ponen en cuestión.

Por cierto, tanto en el síndrome de estar quemado como en la HQM nos referimos a personas que ocupaban durante años un puesto de trabajo estable, sin un absentismo o unas bajas laborales destacables ni una insatisfacción particular en su lugar de trabajo. Y esas personas, a partir de los hechos –porque no siempre recuerdan un hecho concreto como iniciador de su enfermedad– se encuentran progresivamente peor de salud, hasta terminar incapacitadas para trabajar y con su vida social y personal muy restringida, en una afectación clínica que pocos facultativos ponen en

duda. Cuando eso les ocurre a varias personas a la vez y a partir de un hecho concreto identificable, y cuando eso ha acontecido también en varios países y en años diferentes, es difícil sustentar que todo es producto de trastornos psíquicos o de la voluntad de embaucar a la empresa.

Por lo que se refiere a la imposibilidad de identificar con claridad cuál es el agente tóxico responsable de la HQM, la investigación toxicológica de los hechos es todo menos sencilla. Por ejemplo, en un caso en el que se imputa la enfermedad a la aplicación de plaguicidas, se habían aplicado 3 productos comerciales a la vez, con 5 principios activos en total –de 3 familias: organofosforados, carbamatos y piretrinas–, y cada uno de ellos con varios hidrocarburos usados como excipientes –moléculas cuyas identidad no podemos conocer porque la formulación está protegida por la propiedad intelectual–. Lo extraño sería que pudiéramos señalar a un agente determinado como causante. Por eso nuestro conocimiento sobre las causas de la HQM es limitado y se han publicado pocas investigaciones sobre el lugar de trabajo de las personas afectadas. Apenas conocemos las posibles exposiciones a agentes químicos en el espacio físico de trabajo o siquiera los aspectos psicosociales del trabajo llevado a cabo cuando comenzaron las manifestaciones<sup>9</sup>.

Así pues, los afectados, o más bien las afectadas, porque son mujeres en más de dos tercios de los casos, llegan a la consulta con unas quejas en principio sorprendentes: que el olor a gasolina les provoca la aparición de un sabor metálico en la lengua o embotamiento o una irritación bucofaringea intensa. El agente provocador de la crisis podría ser la laca de uñas o un detergente para la lavadora. Al tiempo, las manifestaciones podrían ser ahogos, dificultad para enfocar la mirada o sensación de pérdida del equilibrio. Dado que las manifestaciones de estos pacientes son tan variadas, pueden acudir a facultativos de cualquier especialidad, desde digestólogos hasta neurólogos o alergólogos. Este planteamiento tan poco común es lo que tiene que llamar la atención y poner en marcha el proceso diagnóstico. La secuencia diagnóstica para estos pacientes se explica en una revisión reciente<sup>3</sup>.

Las manifestaciones de la enfermedad varían entre los afectados, pero muy poco en cada uno de ellos; es decir, una persona dada suele reaccionar siempre de la misma manera a los agentes provocadores. En cambio, el número de agentes provocadores de las crisis suele ir creciendo con el paso de los años, lo mismo que su variedad química.

Por supuesto, las molestias que explica la paciente podrían tener otro origen, físico o psíquico, pero ése es un planteamiento común en todos los procesos diagnósticos, y de la misma forma podría tratarse de una persona simuladora o de alguien que «se sube al carro» de una queja colectiva contra la empresa, pero tampoco esa noción es extraña para el médico clínico, que siempre debe tener presente la posibilidad de simulación o de exageración de las quejas para obtener beneficios secundarios del diagnóstico de enfermedad.

Correspondencia: Prof. A. Ortega Pérez.  
Departamento de Medicina Legal y Toxicología.  
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili.  
Sant Llorenç, 21. 43201 Reus. Tarragona. España.  
Correo electrónico: arturo.ortega@urv.cat

Recibido el 14-2-2007; aceptado para su publicación el 10-3-2007.

Como he señalado, aún no disponemos de pruebas complementarias analíticas que permitan distinguir a los afectados de HQM de quienes no lo están. Se han buscado esas diferencias en lugares recónditos, como el interior de los eritrocitos<sup>10</sup> o en la fisiología del procesamiento de los olores<sup>11</sup>, y se han hallado algunas diferencias en los análisis sanguíneos, pero los propios autores las señalan como irrelevantes clínicamente<sup>12</sup>.

Aparte de las pruebas complementarias, podemos conseguir herramientas diagnósticas valiosas a partir de los cuestionarios administrados al paciente, porque reducen la variabilidad entre observadores. Por ese camino trabajan varios grupos de investigadores<sup>7,13</sup>. El artículo de Nogué et al<sup>7</sup> nos ofrece el primer cuestionario de evaluación de la HQM publicado en España, que yo sepa, una buena herramienta diagnóstica para el facultativo de cualquier especialidad que atienda a una persona que podría presentar esta enfermedad.

Es cierto que los estudios epidemiológicos basados en las referencias del paciente tienen una carga de subjetividad que limita su validez científica<sup>2</sup>, pero son un primer paso, por el que cabe avanzar traduciendo y adaptando otros cuestionarios de la bibliografía científica.

Encontrar las diferencias que permitan seleccionar a los pacientes, ya sea mediante pruebas analíticas o mediante cuestionarios, será muy provechoso, ya que facilitará el proceso diagnóstico de cada posible afectado y estimulará la investigación general, ayudándonos a descubrir los mecanismos de la enfermedad y después su origen y su tratamiento. En cualquier caso, el hecho de no conocer a fondo la causa de la HQM, su mecanismo o su tratamiento no debe llevarnos a la pasividad frente a estos pacientes. Evitar los agentes provocadores sigue siendo lo mejor que podemos ofrecerles<sup>14</sup>, pero el tratamiento de apoyo y la psicoterapia son también útiles<sup>15</sup>.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obiols J. Nota técnica de prevención 557: intolerancia ambiental idiopática (IAI): sensibilidad química múltiple (SQM) y fenómenos asociados. Disponible en: [http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp\\_557.htm](http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_557.htm)
2. Hausteiner C, Bornschein S, Hansen J, Zilker T, Forstl H. Self-reported chemical sensitivity in Germany: a population-based survey. *Int J Hyg Environ Health*. 2005;208:271-8.
3. Ortega A. La «sensibilidad a muchos compuestos», una enfermedad comúnmente inadvertida. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:257-62.
4. Fernández-Solá J, Lluís M, Nogué S, Munné P. Síndrome de fatiga crónica e hipersensibilidad química múltiple tras exposición a insecticidas. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:451-3.
5. Arnold PA, Arrizabalaga P, Bonet M, De la Fuente X. Sensibilidad química múltiple en el síndrome del edificio enfermo. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:774-8.
6. Thomas HV, Stimpson NJ, Weightman AL, Dunstan F, Lewis G. Systematic review of multi-symptom conditions in Gulf War veterans. *Psychol Med*. 2006;36:735-47.
7. Nogué S, Fernández-Solá J, Rovira E, Montori E, Fernández-Huerta JM, Munné P. Sensibilidad química múltiple: análisis de 52 casos. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:96-9.
8. Franchi M, Carrer P, Kotzias D, Rameckers EM, Seppanen O, Van Bronswijk JE, et al. Working towards healthy air in dwellings in Europe. *Allergy*. 2006;61:864-8.
9. Moen BE. Chemical sensitivity and the work place environment: research needs. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30:1039-42.
10. Baines CJ, McKeown-Eyssen GE, Riley N, Marshall L, Jazmaji V. University of Toronto case-control study of multiple chemical sensitivity-3: intracellular erythrocytic mineral levels. *Occup Med (Lond)*. 2007;57:137-40.
11. Hillert L, Musabasic V, Berglund H, Ciumas C, Savic I. Odor processing in multiple chemical sensitivity. *Hum Brain Mapp*. 2007;28:172-82.
12. Baines CJ, McKeown-Eyssen GE, Riley N, Cole DE, Marshall L, Loescher B, et al. Case-control study of multiple chemical sensitivity, comparing haematology, biochemistry, vitamins and serum volatile organic compound measures. *Occup Med (Lond)*. 2004;54:408-18.
13. Nordin S, Millqvist E, Lowhagen O, Bende M. A short Chemical Sensitivity Scale for assessment of airway sensory hyperreactivity. *Int Arch Occup Environ Health*. 2004;77:249-54.
14. Gibson PR, Elms AN, Ruding LA. Perceived treatment efficacy for conventional and alternative therapies reported by persons with multiple chemical sensitivity. *Environ Health Perspect*. 2003;111:1498-504.
15. Richardson RD, Engel CC Jr. Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist*. 2004;10:18-30.