

artículo de revisión

La piel sensible



Juan Escalas Taberner
Adjunto del Servicio
de Dermatología.
Hospital Universitario
de Son Dureta.
Palma de Mallorca.



Rocío Segura Rodríguez
Documentalista.
Cátedra de Genética y de
Toxicología de la Facultad
de Veterinaria de la
Universidad Complutense.
Madrid.



Aurora Guerra Tapia
Profesora titular
de Dermatología.
Universidad Complutense
de Madrid.
Jefa de la Sección
de Dermatología.
Hospital Universitario
12 de Octubre. Madrid.

RESUMEN

La piel sensible es una condición cutánea de hiperreactividad a factores ambientales. Es un fenómeno muy frecuente que afecta aproximadamente al 50% de la población europea. Aunque su etiología no se conoce por completo, diferentes estudios señalan un origen biofísico para este trastorno. La ausencia de síntomas objetivos hace que el diagnóstico se base principalmente en la autoevaluación del paciente. El conocimiento de esta condición cutánea y el apropiado tratamiento dermatológico, unidos a una aproximación racional a la selección de productos de cuidado de la piel son importantes a la hora de lograr el bienestar del paciente.

Palabras clave: piel sensible, hiperreactividad cutánea, prevalencia, cosméticos, factores medioambientales, ácido láctico, encuestas, tratamiento.

ABSTRACT

Sensitive skin is a condition of subjective cutaneous hyperreactivity to environmental factors. This phenomenon is very frequent, occurring in about 50% of the European population. Although the understanding of the aetiology of this phenomenon is as yet incomplete, existing research now supports a biophysical origin for this disorder. The diagnosis is mainly based on patient's self-assessment because of the lack of objective clinical signs of the disease. Knowledge of this common skin condition and appropriate dermatologic treatment, in combination with a rational approach to skin-care product selection, are important to patient well-being.

Keywords: sensitive skin, cutaneous hyperreactivity, prevalence, cosmetics, environmental factors, lactic acid, surveys, treatment.

INTRODUCCIÓN

En la literatura científica, la *piel sensible* se nombra con una amplia sinonimia, entre la que se encuentra *piel intolerante*, *piel reactiva* y *piel hiperexcitable*. Utilizaremos el término de *piel sensible* para englobar las anteriores acepciones.

Existen cuatro tipos de piel sana desde el punto de vista cosmético: normal, grasa, seca y mixta. Algunos auto-

res consideran una quinta forma: la piel sensible. Sin embargo, su entidad nosológica está muy discutida, precisa unos cuidados especiales y a menudo es el preámbulo o el acompañante de enfermedades cutáneas¹. Por ello, su estudio, concepto, catalogación y prevalencia en la población ha adquirido en los últimos años un interés prioritario en la comunidad científica.

CONCEPTO

La piel sensible es un síndrome difícil de definir y de diagnosticar. A lo largo de los años, se han propuesto numerosas definiciones para la piel sensible y ninguna de ellas ha sido capaz de definirla con exactitud².

Así, para algunos autores, el término *piel sensible* hace referencia a una exagerada y desagradable sensibilidad de la piel producida por la aplicación frecuente o prolongada de productos de uso diario, como son los cosméticos y los productos de tocador³. Otros indican que se trata de una «auto-percepción» en la que la piel hiperreacciona frente a diferentes tipos de factores, entre los que se encuentran factores ambientales y productos de aplicación tópica⁴. Por su parte, Ständer et al. establecen que este término describe una condición de la piel más que una entidad patológica⁵.

Chew y Maibach⁶ afirman que: «La piel sensible no es una única entidad sino que se trata de un síndrome heterogéneo, que desconcierta por igual a los pacientes y a los médicos». Kligman et al. son rotundos al decir que: «La piel sensible es una realidad biológica tan válida como cualquier otro trastorno dermatológico, que parece consistir fundamentalmente en una molestia subjetiva»⁷.

En definitiva, se trata de un fenómeno complejo, difícil de identificar, cuantificar y manejar tanto por el médico como por el paciente⁸ —ya que la mayoría de las veces no se acompaña de signos clínicos visibles—, con una importante incidencia sobre la calidad de vida de los pacientes que la presentan^{5,9,10}.

EPIDEMIOLOGÍA

Inicialmente la piel sensible era un problema poco diagnosticado, quizá por haber sido considerado por muchos como el encuentro de «la princesa y el guisante»¹¹. En la actualidad, se observa que su prevalencia mundial ha aumentando en los últimos años^{3,8,11-14}. Se estima que la prevalencia de la piel sensible en Japón, Europa y Estados Unidos es del 50% en mujeres y del 30% en hombres, con una distribución semejante en cada país/continente⁵.

Un estudio de prevalencia realizado en diferentes países de Europa (Francia, Italia, Portugal, Alemania, Suiza, Bélgica y Grecia), a través de encuestas telefónicas a 4.506 individuos, puso de manifiesto que el 37,6% afirmaban tener la «piel sensible» o «muy sensible»¹². En el caso concreto de España, la prevalencia es muy elevada, pues más de 11 millones de españoles declaran tener la piel sensible o muy sensible (35,4% mujeres y 27,9% hombres)¹⁵.

En cuanto a su epidemiología, son muchos los estudios que buscan las posibles relaciones que puedan existir entre sexo, raza y edad⁵ pero, como indican Farage et al., tal vez a lo primero que hay que responder es a si realmente existen estos subgrupos de población entre las personas que dicen tener la piel sensible³, pues no son pocas las contradicciones que en ocasiones se han puesto de manifiesto⁵.

En este sentido, aunque casi todos los estudios epidemiológicos señalan que son las mujeres las que con mayor frecuencia se quejan de tener la piel sensible³, otros dicen, por el contrario, que la incidencia es significativamente mayor en los hombres⁵.

Farage señala que la intensidad de la percepción de piel sensible es comparable en hombres y mujeres, si bien, en el caso de los hombres, éstos perciben las reacciones desencadenadas en la piel facial de forma menos intensa que en el caso de las mujeres¹⁶. Añade que las razones que llevan a pensar que tienen piel sensible a hombres y mujeres son diferentes. Cuando se considera la irritación facial visible en relación con productos cosméticos, las estadísticas muestran un 15% de mujeres y un 11% de hombres. Cuando lo que se valora es una piel sensible en función de la acción física de fricción o frotamiento, la estadística dice que así lo entienden un 9% de hombres frente a un 4% de mujeres¹⁶.

En relación con la raza, algunos estudios sugieren que los negros tienen la piel menos sensible que los caucásicos y éstos, a su vez, menos que los asiáticos, si bien no existe ninguna evidencia esta-

dística que apoye estas hipótesis, y es probable que las diferencias que se observan entre los diferentes tipos raciales se deban a otros motivos no asociados directamente con la raza⁵, entre los que se encontrarían factores psicosociales³ y culturales^{3,5}, como las prácticas de higiene corporal diaria^{3,5} y la dieta. Por ejemplo, los asiáticos reaccionan más intensamente a las comidas especiadas⁵.

Se ha observado que la edad puede influir en la susceptibilidad de la piel sensible, de manera que la piel de los adultos jóvenes es más sensible que la de los adultos mayores. En un estudio realizado en Francia sobre 1.006 individuos de 15 años, el 52% de ellos afirmaron tener una piel sensible⁵.

Estos datos permiten establecer que, de manera general, la piel sensible es un proceso común en la población que disminuye con la edad¹⁷. En cuanto a la clínica pediátrica, las referencias en la literatura médica sobre la piel sensible en niños es inexistente³.

ETIOLOGÍA

La piel sensible es un síndrome etiológicamente multifactorial en el que la hiperreactividad de la piel puede ser de origen genético, pero cuya manifestación puede ser desencadenada y/o agravada por diferentes factores⁸.

Factores extrínsecos

La respuesta a los factores extrínsecos varía mucho de unos individuos a otros, y el uso de productos cosméticos no adecuados al tipo de piel es el desencadenante más frecuente en los cuadros de piel sensible⁸. Se pueden considerar los siguientes:

Cosméticos y productos de aseo

Como irritantes subjetivos presentes en muchas formulaciones cosméticas, encontramos: alcohol, propilenglicol, butilenglicol, cocamidopropilbetaína, trietanolamina, resorcina¹⁸, ácido tricloroacético (ATC) y alfa-hidroxiácido (AHA). Según su concentración, son a menudo muy irritantes y se convierten en un factor agravante en la piel hipersensible⁸.

La corticoterapia local para el tratamiento de las alergias provoca un aumento de la fragilidad de la piel, que da lugar a la aparición de un eritema local, que rápidamente se vuelve crónico e intolerante a los productos cosméticos y puede desencadenar un cuadro de piel sensible localizado en dicha zona^{3,8}.

Procedimientos cosméticos físicos como la fototerapia, la radiación ultravioleta A (UVA), la dermabrasión, el láser resurfacing o el facelift pueden agravar este síndrome⁸.

Factores ambientales

Aunque la piel sensible se asocia generalmente al uso de productos de belleza, se han identificado factores medioambientales desencadenantes de este síndrome^{9,13}.

Son factores medioambientales: el frío, el sol, el viento, el calor, la contaminación, el aire acondicionado^{3,5}. Se sabe que el descenso de la temperatura y de la humedad característico del invierno y de los ambientes fríos provoca una disminución del contenido de agua del estrato córneo³ que favorece las manifestaciones de piel sensible.

Otros factores medioambientales están relacionados con el estilo de vida: la dieta (rica en especias, alcohol, café, etc.)^{5,8}, las prácticas de higiene corporal (las técnicas de afeitado en los varones, las duchas excesivas y el abuso de los productos de higiene corporal pueden dar lugar a sensibilidades cutáneas)³ y las actividades laborales en las que hay una importante exposición a productos químicos³.

Factores intrínsecos

Dentro de estos factores, se han identificado unas cualidades cutáneas (tabla 1) y unas condiciones dermatológicas preexistentes en los pacientes con piel sensible, como son la diátesis seborreica, la psoriasis atípica, la rosácea y la dermatitis perioral, la eritrocuperosis acompañada de sofocos y la dermatitis atópica⁸.

El estudio de piel sensible en Europa realizado por Misery et al. pone de manifiesto que el 12,6% de la población estudiada refería padecer otra

Tabla 1. Factores intrínsecos que parecen promover la piel sensible³.

Sexo femenino
Juventud
Estatus hormonal
Piel clara susceptible a las quemaduras solares
Susceptibilidad al rubor y/o enrojecimiento
Pigmentación de la piel
Estrato córneo delgado
Disminución de la hidratación del estrato córneo
Interrupción del estrato córneo
Inervación epidérmica aumentada
Aumento de la glándulas sudoríparas
Aumento de los lípidos neutros y disminución de los esfingolípidos
Disminución de los lípidos
Nivel alto de TEWL (<i>transepidermal water loss</i>)

enfermedad dermatológica durante el período en el que se realizó el estudio¹². Las enfermedades que con mayor frecuencia se indicaban eran: acné, eccema de contacto, psoriasis, rosácea, dermatitis atópica y dermatitis seborreica¹² (fig. 1). Estas referencias hacen pensar que el síndrome de piel sensible se asocia a la presencia de otras enfermedades cutáneas. Sin embargo, en el trabajo indicado, se manifiesta que no es posible determinar si la presencia de sintomatología de piel sensible pertenece al proceso dermatológico diagnosticado, o bien si existe una asociación entre la enfermedad cutánea y el síndrome autónomo de piel sensible¹².

También se ha observado una asociación entre piel sensible y tipo de piel sana desde un punto de vista cosmético. Así, dicen tener piel sensible un 14,2% de los individuos de piel seca, un 11,1% de



Figura 1. Muchos de los pacientes que decían en las encuestas tener piel sensible estaban diagnosticados de otras enfermedades como acné (1), rosácea (2), dermatitis atópica (3), dermatitis seborreica (4), eccema de contacto (5) y psoriasis (6). Queda por dilucidar si la piel sensible es un proceso dermatológico autónomo o se produce como consecuencia de dichas enfermedades.

piel grasa y un 4% de piel normal¹², siendo esta asociación de tipo de piel y síndrome de piel sensible estadísticamente significativa¹².

Otro factor que parece asociado a la piel sensible es el fototipo, que tiene una influencia significativa en la percepción de la sensibilidad⁹. El fototipo I, esto es, el de piel más clara y con mayor posibilidad de quemadura solar, es el que comúnmente se asocia a la piel sensible⁹.

En relación con la dermatitis atópica, se ha considerado que es la condición más predisponente para tener este tipo de piel y, de manera general, se une la atopia al fenómeno de piel sensible^{3,12}.

Por otro lado, algunos casos de piel sensible parecen ser la expresión de un cuadro subclínico de dermatitis alérgica de contacto, si bien es un hecho extremadamente raro⁷.

Factores psicológicos

Por último, encontramos los factores psicológicos como desencadenantes, entre los que el estrés es el más importante de todos ellos^{5,8,13,19}.

Otros factores psicológicos son las emociones⁵ y los antecedentes depresivos o neuróticos, que pueden producir una sensación aguda y permanente de malestar⁸.

En relación con la repercusión psicológica de la piel sensible sobre los individuos que la padecen, Misery et al. indican que es difícil establecer si dicha repercusión es debida a una sensibilidad de origen psicológico o si el efecto psicológico viene desencadenado por la sintomatología derivada de la piel sensible⁹.

Se han identificado factores hormonales⁵ relacionados con el sistema psiconeuroendocrino como otra posible causa desencadenante de la piel sensible.

Actualmente se están identificando genes que parecen intervenir en la aparición de la piel sensible.

FISIOPATOLOGÍA

La piel sensible es un proceso de fisiopatología compleja en el que se han podido observar los siguientes fenómenos:

- Una reducción del umbral de tolerancia de la piel que no se relaciona directamente con mecanismos inmunológicos o alérgicos⁴.
- Un deterioro de la función de barrera de la piel y un aumento del TEWL (*transepidermal water loss*)⁴.
- Una gran variedad de síntomas sensoriales identificados que señalan hacia una alteración de la actividad neurosensorial de los nervios de la piel⁴.

Se ha establecido como mecanismo desencadenante de la respuesta de la piel sensible la penetración anormal en la piel de sustancias irritantes, como consecuencia de una alteración de la función de barrera de ésta⁸, acompañada de una aceleración de la respuesta nerviosa⁵.

Esta penetración anómala viene provocada por un aumento de la permeabilidad del estrato córneo^{3,5,8}, determinada por una mayor delgadez de éste y por una alteración en la calidad de los lípidos intracelulares de la misma^{3,8}. Todo ello explica cómo, en algunas enfermedades, dermatitis atópica y dermatitis seborreica, en las que los lípidos intercorneocíticos están alterados, disminuye el umbral de tolerancia de la piel⁸, pues queda alterada la protección de las terminaciones nerviosas³, con lo que aumenta la sensibilidad a irritantes y a estímulos exógenos⁸.

Este mecanismo desencadenante de la respuesta nerviosa tiene su reflejo en modificaciones de la activación cerebral. Un estudio en el que se sometía a mujeres a un test a simple ciego con ácido láctico en el pliegue nasolabial, al tiempo que se hacía una resonancia magnética, ha puesto de manifiesto la existencia de un centro de respuesta específica en el sistema nervioso central, lo que hace suponer que el mecanismo de excitabilidad de los nervios epidérmicos sensitivos faciales desencadena una actividad cerebral muy semejante a la observada en los procesos de dolor de la piel⁴.

Estudios recientes han puesto de manifiesto que el receptor de potencial transitorio V1 (TRPV1) contribuye en la manifestación de la piel sensible al facilitar la inflamación neurógena que da lugar a la hiperalgesia²⁰.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La piel sensible se caracteriza por un malestar subjetivo que no se acompaña de síntomas visibles de irritación, que no lleva asociada una respuesta inmunológica⁸, sin evidencia histológica de lesión o de enfermedad de la piel⁵ y cuyo diagnóstico se basa esencialmente en la autopercepción del paciente.

Clínicamente, los síntomas subjetivos, falta de flexibilidad y sequedad de la piel, pueden ser muy intensos, mientras que los signos objetivos son escasos e incluso pueden llegar a estar ausentes⁸. Todo ello hace que sea difícil clasificar la piel como sensible o no sensible².

Los signos asociados a la piel sensible son muchos e inespecíficos. Se pueden encontrar eritema, telangiectasias y descamación^{2,21,22}, a los que hay que añadir la presencia casi constante de picazón, ardor, escozor y sensación de tirantez de la piel²², que aparecen en un amplio intervalo de intensidad.

La localización más frecuente es la piel de la cara; sin embargo, Saint-Martory et al. han comprobado que también puede ubicarse en otras zonas, como manos (58%), cuero cabelludo (36%) y pies (34%)^{5,19}, lo que se ve corroborado por estudios que identifican diferencias neurosensoriales y fisiológicas en la piel de las distintas partes del cuerpo, de manera que la sensibilidad de la piel varía según la región anatómica³.

Dentro del área facial, el pliegue nasolabial (fig. 2) se identifica como la zona más sensible, debido a la permeabilidad de su capa córnea, a la alta densidad de glándulas sudoríparas y folículos pilosos, y a la rica inervación de la misma³. Le siguen la eminencia malar, la barbilla, la frente y el labio superior¹².

La piel sensible tiene una importante repercusión psicológica en las personas que la muestran. Se ha comprobado que empeora la calidad de vida

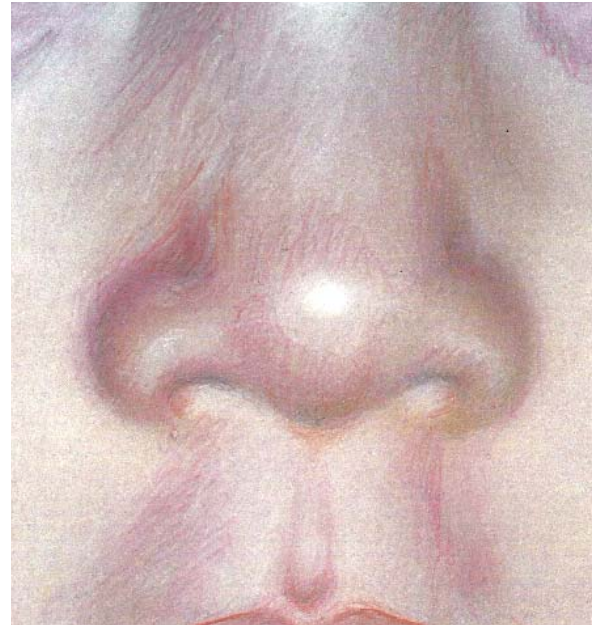


Figura 2. Surco nasolabial. Lugar en el que se realiza la prueba del ácido láctico de Kligman y Frosch (dibujo de Elena Guerra Tapia).

de los pacientes, de manera que, cuanto mayor es la sensibilidad de la piel, mayor es el deterioro de la misma⁹. Zafiriou et al. han observado que existe una asociación entre la hipersensibilidad de la piel y los fenómenos de somatización, ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad y sensibilidad interpersonal¹⁰.

Misery et al. indican que el número de casos de depresión no es mucho mayor en las personas con piel sensible que en los individuos con piel muy sensible⁹.

FORMAS CLÍNICAS

Se identifican tres formas en función de la intensidad de los síntomas clínicos:

- «Piel muy sensible»⁸, seca o grasa, también conocida como intrínseca⁵; ambos tipos reaccionan con intensidad a los agentes exógenos y medioambientales, así como a factores endógenos. Los síntomas clínicos son agudos y permanentes, y suelen tener repercusión psicológica⁸.

- Piel sensible «medioambiental»; se trata, con frecuencia, de una piel clara, seca y fina (delgada), que reacciona fundamentalmente ante fenómenos medioambientales, como pueden ser el calor y los cambios bruscos de temperatura⁸.
- Piel sensible «cosmética»; presenta una sensibilidad leve, en la que la piel reacciona básicamente ante los cosméticos, que por lo general son fácilmente identificables⁸.

DIAGNÓSTICO

La principal característica de la piel sensible es el hecho de ser un proceso autodiagnosticado en el que los síntomas son diversos y de intensidad muy variable. Todo ello y el hecho de que en su origen intervengan multitud de factores hace que su diagnóstico clínico sea difícil³.

Con objeto de facilitar la comprensión del término *piel sensible*, Kligman¹⁰ define los diferentes

aspectos que abarca el término y que permiten su diagnóstico, son los siguientes:

1. Irritación subjetiva: respuesta irritativa sin signos clínicos visibles.
2. Irritación neurosensorial: respuesta neurológicamente mediada, como puede ser picor, escozor, ardor, tirantez.
3. Irritación quimiosensorial: respuestas sensoriales producidas por productos químicos frente a los mecanismos físicos y los factores medioambientales.
4. Irritación psicofísica: implica un componente psicofísico.

El diagnóstico correcto debe basarse en la cumplimentación, por parte del paciente, de un cuestionario, al que hay que sumar un examen físico completo y la búsqueda de antecedentes familiares⁸.

Uno de los cuestionarios que se pueden emplear es el diseñado por Querleux et al. (tabla 2), en el

Tabla 2. Cuestionario de Querleux et al. para identificación de individuos con piel sensible⁴.

		SÍ	NO
1	¿Considera que tiene una piel facial sensible?		
2	¿Considera que tiene una piel facial propensa a la irritación?		
3	¿Considera que tiene una piel facial «reactiva»*?		
4	¿Evita determinados cosméticos porque cree que pueden producir una reacción* de su piel facial?		
5	¿Considera que su piel facial reacciona* rápidamente ante cosméticos o artículos de tocador?		
6	¿Existe algún cosmético o artículo de tocador que produzcan en su piel facial picor, escozor o ardor?		
7	¿Ha experimentado alguna vez una reacción adversa en su piel ante un cosmético o producto de tocador?		
8	¿Emplearía la expresión «no tolero el tiempo frío o la aplicación de frío» para su piel facial?		
9	¿Emplearía la expresión «no tolero el tiempo caluroso o la aplicación de calor» para su piel facial?		
10	¿Emplearía la expresión «no tolero los cambios rápidos de temperatura (ej. entrar en un tienda con alta temperatura desde la calle cuando hace frío)» para su piel facial?		
11	¿El viento provoca en su piel facial picor, escozor o ardor?		
12	¿El sol causa en su piel facial picor, escozor o ardor?		
13	¿La contaminación del aire produce la reacción* de su piel facial?		

*Que muestra sensaciones de escozor, ardor y/o picor acompañadas o no de enrojecimiento.

que las preguntas tienen relación con las características típicas de un perfil de piel altamente sensible, partiendo del hecho de que la piel sensible se caracteriza por una reacción cutánea a la aplicación tópica de productos de aseo personal y a factores medioambientales⁴.

Han sido muchos los intentos encaminados a la búsqueda de una prueba capaz de diagnosticar de manera objetiva la piel sensible, pero no se ha encontrado ninguna lo suficientemente eficaz, lo que subraya, una vez más, lo subjetivo de la naturaleza de esta condición^{2,8}.

Farage et al. hacen una revisión de los diferentes test de evaluación de la piel sensible existentes, clasificándolos en tres grandes grupos: test que valora la respuesta neurosensorial (test de reactividad sensorial); test que valora los síntomas visibles de irritación (test de reactividad irritativa) y aquellas pruebas que miden los parámetros estructurales y fisiológicos de la piel como indicadores de efecto irritante (test de función dérmica)³.

De todos ellos, se considera que el test del escorzor de Frosch y Kligman es el más adecuado. Consiste en la aplicación de 0,5 ml de ácido láctico al 10% en uno de los surcos nasolabiales y de agua destilada a temperatura ambiente en el surco colateral. Según la intensidad de los síntomas subjetivos, éstos se clasifican en una escala que va del 1 al 4^{5,8}. Se considera dicho test como la mejor prueba para identificar a las personas con piel sensible^{3,8}, además de ser rápido, fácil y barato³, si bien, en general, para la mayoría de los autores, carece de valor predictivo de la piel sensible. Se han utilizado otros agentes, como capsaicina, etanol, mentol, ácido sórbico y ácido benzoico^{3,8}.

Junto a estas posibles pruebas, Pons⁸ recomienda hacer pruebas de alergia, en las que se incluirían los productos cosméticos y de cuidado personal empleados por el paciente, lo que permite discriminar aquellos casos de manifestaciones subclínicas de alergia de contacto.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio realizado sobre la piel sensible en Europa por Misery et al.

aconsejan que los dermatólogos pregunten en sus consultas, de manera habitual, si su paciente considera que tiene la piel sensible, con el fin de instaurar un tratamiento y mejorar su calidad de vida¹².

El hecho de que sean múltiples y variados los factores y productos que provocan estas respuestas subjetivas típicas de la piel sensible y de que cada individuo reaccione de diferente manera ante cada uno de ellos hace que el manejo de la piel sensible sea difícil, tanto para el dermatólogo como para el paciente. En cualquier caso, todo tratamiento ha de pasar por evitar, en la medida de lo posible, aquellos agentes que desencadenen dicha respuesta y exige la cooperación del paciente y la tenacidad del médico⁸.

Tanto Draelos como Pons-Guiraud recomiendan el uso de productos para «pieles sensibles»^{8,23}, que se caracterizan por la escasez de ingredientes en su formulación, la ausencia de agentes sensibilizantes comunes, la existencia de un número mínimo de agentes irritantes y la ausencia de estimulantes sensoriales cutáneos y de productos vasodilatadores²³.

Uno de los problemas principales con los productos de tocador lo constituyen los jabones de uso diario, especialmente en aquellas personas que han de lavarse frecuentemente las manos. En estos casos, los dermatólogos siempre tienen la necesidad de recomendar un limpiador adecuado y no irritante para este tipo de piel²⁴. En estos casos, es de elección el uso de geles de alcohol con moléculas hidratantes²⁴.

Pons-Guiraud indica que, ante cualquier fenómeno de piel sensible frente a un cosmético, es necesario eliminar todos los productos e ir reintroduciéndolos uno a uno, en intervalos de uno cada 2 semanas, teniendo en cuenta que el tipo y la frecuencia de aplicación de los cosméticos utilizados al final del programa deberá ser siempre limitado⁸.

Este mismo autor recomienda seguir una serie de pasos en el tratamiento y la prevención de la respuesta de piel sensible (tabla 3)⁸.

Tabla 3. Pauta de tratamiento de Pons⁸.

- Emplear el menor número posible de productos cosméticos. Elegir los productos destinados «a pieles sensibles».
- Elegir formulaciones libres de aromas.
- Evitar los jabones.
- Usar productos limpiadores sin aclarado o aguas termales.
- Secar la totalidad de la piel mediante toques suaves con pañuelos de papel (no usar algodón).
- Elegir cremas hidratantes con una textura suave.
- En ambientes con aire acondicionado o temperatura alta, se recomienda aplicar estas cremas varias veces al día.
- Elegir productos para la higiene capilar que no contengan tensioactivos irritantes.
- Evitar limpiadoras faciales y máscaras exfoliantes.
- Evitar la aplicación de productos que contengan AHA, retinaldehído o tretinoína.
- Dejar de utilizar cualquier producto que, al ser aplicado, produzca quemazón o incomodidad.
- Proteger la piel de los cambios bruscos de temperaturas, el sol, el frío y la exposición al calor.
- Limitar el consumo de alcohol al máximo.
- Comprobar si la piel se muestra más sensible tras la ingestión de café y/o especias, si es así reducir su consumo.
- En aquellos casos en los que sea necesario, tratar los síntomas depresivos y neuropsiquiátricos.
- Pasados 3-6 meses sin usar los productos de cuidado facial, reintroducirlos progresivamente de uno en uno y en intervalos de 1 o 2 semanas.
- Recordar que puede ser un proceso recurrente.

AHA: alfa-hidroxiácido.

Parece haberse abierto una nueva línea de tratamiento en los últimos tiempos. Kueper et al. han podido comprobar que el trans-4-terc-butilciclohexanol actúa como un nuevo bioactivo para el tratamiento de la piel sensible²⁰. Este compuesto es un antagonista selectivo del TRPV1, capaz de inhibir la activación inducida por la capsaicina. Así, en un estudio clínico en 30 mujeres a las que se aplicaron emulsiones tópicas que contenían 31,6 ppm de capsaicina, se comprobó que un 0,4% de inhibidor reducía significativamente el ardor provocado por la capsaicina²⁰.

CONCLUSIONES

- Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que cada vez son más las personas que dicen poseer una piel sensible.
- Se trata de una condición dérmica de hiperreactividad, cuya manifestación depende de gran variedad de factores y cuya patogénesis no es del todo conocida.

- El diagnóstico objetivo de piel sensible es difícil, ya que la mayoría de los síntomas que presentan los pacientes son subjetivos y, además, no existen pruebas diagnósticas realmente eficaces y con un fuerte componente predictivo, pues la sensibilidad de la piel varía mucho de unas personas a otras y existen también variaciones entre compuestos que desencadenan respuesta de piel sensible.
- Las repercusiones sobre la calidad de vida son importantes y frecuentemente se acompañan de sintomatología psiquiátrica. Todo ello, junto con su elevada prevalencia, aconseja al dermatólogo incluir en su anamnesis preguntas sobre este síndrome.
- En el tratamiento de esta condición, se hace imprescindible la colaboración real del paciente y altas dosis de tenacidad del médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra-Tapia A. La piel sensible. *Nueva Dermis* 2010;8:15-17.
2. Diogo L, Papoila AL. Is it possible to characterize objectively sensitive skin? *Skin Res Technol.* 2010;16(1):30-7.

3. Farage MA, Katsarou A, Maibach HI. Sensory, clinical and physiological factors in sensitive skin: a review. *Contact Dermatitis*. 2006;55(1):1-14.
4. Querleux B, Dauchot K, Jourdain R, Bastien P, Bittoun J, Anton J-L, et al. Neural basis of sensitive skin: an fMRI study. *Skin Res Technol*. 2008;14:454-61.
5. Ständer S, Schneider SW, Weishaupt C, Luger TA, Misery L. Putative neuronal mechanisms of sensitive skin. *Exp Dermatol*. 2009;18(5):417-23.
6. Chew A, Maibach HI. Sensitive skin. In: Lodén M, Maibach HI, eds. *Dry skin and moisturizers*. Boca Raton: CRC Press; 2000. p. 429-40.
7. Kligman AM, Sadiq I, Zhen Y, Crosby M. Experimental studies on the nature of sensitive skin. *Skin Res Technol*. 2006;12(4):217-22.
8. Pons-Guiraud A. Sensitive skin: a complex and multifactorial syndrome. *J Cosmet Dermatol*. 2004;3(3):145-8.
9. Misery L, Myon E, Martin N, Consoli S, Boussetta S, Nocera T, et al. Sensitive skin: psychological effects and seasonal changes. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(5):620-8.
10. Zafiriou E, Angelopoulos NV, Zintzaras E, Rallis E, Roussaki-Schulze AV. Psychiatric factors in patients with sensitive skin. *Drugs Exp Clin Res*. 2005;31 Suppl:25-30.
11. Farage MA, Maibach HI. Sensitive skin: closing in on a physiological cause. *Contact Dermatitis*. 2010;62(3):137-49.
12. Misery L, Boussetta S, Nocera T, Pérez-Cullell N, Taieb C. Sensitive skin in Europe. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(4):376-81.
13. Farage MA. Perceptions of sensitive skin: changes in perceived severity and associations with environmental causes. *Contact Dermatitis*. 2008;59(4):226-32.
14. Willis CM, Shaw S, de Lacharrière O, Baverel M, Reiche L, Jourdain R, et al. Sensitive skin: an epidemiological study. *Br J Dermatol*. 2001;145(2):258-63.
15. Boussetta S, Taieb C. Sensitive skins in Spain: an epidemiological approach. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(4):376-81.
16. Farage MA. Does sensitive skin differ between men and women? *Cutan Ocul Toxicol*. 2010;29(3):153-63.
17. Guinot C, Malvy D, Mauger E, Ezzedine K, Latreille J, Ambroisine L, et al. Self-reported skin sensitivity in a general adult population in France: data of the SU.VI.MAX cohort. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20(4):380-90.
18. Basketter DA, Griffiths HA. A study of the relationship between susceptibility to skin stinging and skin irritation. *Contact Dermatitis*. 1993;29(4):185-8.
19. Saint-Martory C, Roguedas-Contios AM, Sibaud V, Degouy A, Schmitt AM, Misery L. Sensitive skin is not limited to the face. *Br J Dermatol*. 2008;158(1):130-3.
20. Kueper T, Krohn M, Haustedt LO, Hatt H, Schmaus G, Vielhaber G. Inhibition of TRPV1 for the treatment of sensitive skin. *Exp Dermatol*. 2010 Jul 7 [Epub ahead of print].
21. Marriott M, Whittle E, Basketter DA. Facial variations in sensory responses. *Contact Dermatitis*. 2003;49(5):227-31.
22. Primavera G, Berardesca E. Sensitive skin: mechanisms and diagnosis. *Int J Cosmet Sci*. 2005;27(1):1-10.
23. Draelos ZD. Sensitive skin: perceptions, evaluation, and treatment. *Am J Contact Dermat*. 1997;8(2):67-78.
24. Boonchai W, Iamtharachai P. The pH of commonly available soaps, liquid cleansers, detergents and alcohol gels. *Dermatitis*. 2010 Jun;21(3):154-6.