

Dermatitis Atópica

¿La Dermatitis Atópica (DA) es la causa más frecuente de la consulta dermatológica pediátrica?

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel con morfología y topografía típicas, muy pruriginosa, crónica, recidivante y de etiología multifactorial.^{1,2}

La DA también se ha denominado: neurodermatitis atópica, eccema atópico, eccema infantil, prurigo de Besnier, dermatitis flexural y eccema constitucional.²



La distribución de la DA es cosmopolita. No tiene predilección por sexo. El 80% se manifiestan antes del año de edad.³ Es una de las primeras diez causas de la consulta dermatológica general y ocupa el primer lugar de la consulta de dermatología pediátrica² Actualmente, en México la prevalencia de la DA tiende a incrementarse. A pesar de ser una causa importante de morbilidad, no se cuenta con estadísticas precisas.

¿Cómo se considera actualmente la etiología de la DA?

La etiología de la DA es multifactorial,^{1,3} existen múltiples teorías que tratan de explicar las causas de este padecimiento:²

- Teoría genética.
- Teoría inmunológica: el 80% de los pacientes tienen niveles aumentados de IgE, además de deficiencias en la inmunidad celular (infecciones bacterianas, vírales y micóticas)
- Teoría alérgica: Hipersensibilidad a fármacos, asociación con otros padecimientos.
- Teoría infecciosa.
- Teoría Neurovegetativa.
- Teoría psicológica o emocional.
- Otras

Las pruebas intradérmicas de alergia no son útiles para el diagnóstico y poco aportan a la terapéutica, ya que aún con resultados positivos, las dietas y el hecho de evitar los alérgenos no alivian en forma significativa esta dermatosis.²

¿Las manifestaciones clínicas de la DA pueden diferenciarse en función de la edad infantil?

El cuadro clínico es característico, en lactantes: es común la afección de cara (respetando la zona peribucal y el dorso de la nariz), cuello y tronco, se observan placas con eritema, escama, pápulas, a veces vesículas o costras, si el padecimiento se encuentra en fase aguda, llamada también eccematosa. En los lactantes la DA se asocia comúnmente con otros dos padecimientos de fondo atópico: la dermatitis de la zona del pañal y la dermatitis seborreica.^{2,3,4}

En pre-escolares y escolares, la DA afecta el cuello, los pliegues antecubitales y poplíteos. La morfología de las lesiones es igual a la del lactante y en fases crónicas se observa liquenificación con costras hemáticas; la evolución natural de la enfermedad alterna con periodos de remisión y exacerbación. Una de las variantes que existen en la topografía, es en los niños preescolares y escolares en los que afecta pies en su tercio distal; tanto en su cara plantar como dorsal. Esta variedad clínica llamada dermatosis plantar juvenil, debe distinguirse de la tiña de los pies, padecimiento casi inexistente en niños pequeños, comúnmente mal diagnosticado y por lo tanto mal tratado.^{2,3,4}

En el adulto la DA se localiza más frecuentemente en manos, párpados y cuello.

Los factores de riesgo que se identifican para el pronóstico en la DA son: dermatitis intensa en la infancia, historia familiar de DA, asma o rinitis alérgica asociada, inicio antes del año de edad.^{3,4} Este padecimiento evoluciona de manera crónica y recidivante, el 25% de los pacientes persisten con las manifestaciones clínicas hasta la vida adulta.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios de Hanifin y Rajka.^{2,3,5,6}

CRITERIOS MAYORES

- Prurito
- Topografía y morfología típica
- Cronicidad
- Recurrencia del padecimiento
- Antecedentes familiares y/o personales de atopia

CRITERIOS MENORES

- Xerosis
- Queratosis pilar
- Ictiosis
- Eritema o palidez facial
- Rinitis
- IgE sérica elevada
- Queratocono
- Conjuntivitis recurrente

- Hiperlinealidad palmo-plantar
- Catarata subcapsular
- Oscurecimiento periorbitario (ojeras)
- Pliegue infraorbitario de Dennie Morgan
- Dermatitis inespecíficas de manos y pies
- Infecciones cutáneas repetidas (*Staphylococcus aureus* y *Herpes simple*)

¿Existen factores que incrementan la sintomatología de la DA?

Los factores que exacerbaban la sintomatología de la DA:^{3,4,5}

- Irritantes externos: Ropa sintética, jabón, perfumes, agua, remedios caseros.
- Factores ambientales: Climas extremos, aeroalergenos.
- Factores psicológicos y emocionales como: irritabilidad, frustración, ansiedad.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes de la DA son las infecciones cutáneas agregadas, principalmente por Estafilococo dorado.⁴ Existe mayor susceptibilidad a infecciones micóticas (*Pityrosporum ovale*, *Candida albicans* y dermatofitos), infecciones vírales (verruca vulgar, molusco contagioso, herpes simple), dermatitis por contacto y corticoestropo.^{2,3}

Se debe sospechar de un proceso infeccioso agregado ante la presencia de lesiones húmedas o pústulas superficiales pequeñas.^{2,3}

En el diagnóstico diferencial se deben tener en cuenta la dermatitis seborreica, dermatitis por contacto, escabiasis y psoriasis entre otras.^{2,3}

¿Cuáles son los principios básicos del tratamiento de la DA hoy en día?

Debido a que la causa de la DA no se conoce y/o es multifactorial el tratamiento provoca grandes controversias.^{2,3} Este varía según la edad y el grado de afectación, tratando de evitar la aparición de brotes, actuando sobre factores etiológicos y desencadenantes. El principio básico es prevenir el prurito, la resequedad y la inflamación, por lo tanto el manejo es sintomático, ya que actualmente ningún tratamiento conocido es curativo y las decisiones terapéuticas dependen, en un momento determinado, de los hallazgos cutáneos.^{2,7,8}

Medidas generales:^{2,3,4,6,7,8}

En el paciente atópico se debe llevar a cabo medidas generales: Evitar el contacto con fibras sintéticas o lana, la ropa debe de ser holgada y de preferencia de algodón y su lavado debe realizarse con jabón y no con detergentes. Se deben de evitar los cambios bruscos de temperatura. Los baños deben ser breves, con agua templada, sin usar jabón en el área afectada. Está indicada la aplicación de cremas emolientes (vaselina, lanolina, propilenglicol, cold cream y la glicerina), varias veces al día, en especial después del baño. No usar vaselina en piel muy

eritematosa porque produce vasodilatación.

Las represiones para que deje de rascarse el niño atópico sólo aumentan la ansiedad y el niño en realidad es incapaz de responder voluntariamente, por lo que se recomienda disponer de diversas actitudes recreativas para ocupar las manos del niño y recomendar que los padres psicoterapia familiar.⁸

El médico general o de 1er nivel de atención debe explicar adecuadamente al paciente y familiares la naturaleza de la sintomatología de esta dermatosis y derivarlo en forma oportuna y adecuada para mantener la estabilidad emocional y evitar la ansiedad del niño atópico.

Terapia básica:^{2,3,6,7,8}

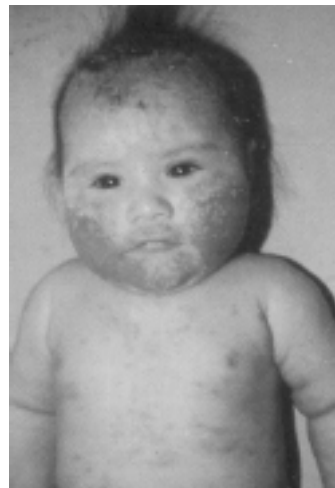
Se puede dividir en tópica y sistémica.⁷ El manejo tópico requiere de un amplio conocimiento de los tratamientos dermatológicos disponibles, ya que las lesiones varían desde formas húmedas hasta liquenificación. El éxito depende de elegir el tratamiento apropiado; en las lesiones inflamatorias, húmedas o eczematosas deben de utilizarse fomentos y pastas astringentes como la pasta de lassar (óxido de zinc) y té de manzanilla.

El uso de esteroides tópicos deberá ser valorado por el especialista.

Los antihistamínicos son la base fundamental en el tratamiento sistémico, además de su efecto bloqueador de los receptores de histamina, su efecto sedante y anticolinérgico;^{3,6} por lo que se prefieren los de 1era generación a los de 2da. y deben indicarse cuando el prurito es importante, su uso puede ser hasta por seis semanas.⁷

Antihistamínicos en la dermatitis atópica^{6,7,8}

Primera generación	
Maleato de clorferinamina	0.35 mg/kg./día (3 dosis)
Hidroxicina	2 mg/kg./día (3 dosis)
Segunda generación	
Astemizol	0.2 mg/kg./día (1 dosis)
Ketotifeno	0.05 mg/kg./12 hrs.
Loratadina	0.2 mg/kg./día (1 dosis)
Cetirizina	0.2 mg/kg./día (1 dosis)



La utilización de antibióticos sistémicos es frecuentemente olvidada y puede ser la clave en el tratamiento para la eliminación de bacterias, principalmente el *S. Aureus*.^{2,4} En casos de DA severa otros medicamentos podrán ser valorados solo por el especialista.



Referencias

1. Kapp A. Atopic dermatitis. The skin manifestation of atopy. *Clin Experim Allergy* 1995;25:210-219.
2. Beirana-Palencia A. Dermatitis atópica. *Rev C Dermatol Pascua* 1998;8:169-178.
3. Rodríguez-Galvan YE, Siema-Monje JLL, Ponce-Castro AJ, Escalante-Domínguez AJ, Rio-Navarro BE. Dermatitis atópica. Un nuevo enfoque. Experiencia en el Hospital infantil de México Federico Gómez. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;5;316-328.
4. Raimer SS. Managing Pediatric Atopic Dermatitis. *Clin Pediatr*. 2000;39:1-14.
5. Rothe MJ, Grant-Kels JM. Atopic dermatitis: An update. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:1-13.
6. Rodríguez-Galvan YE, Siema-Monje JLL, Ponce-Castro AJ, Escalante-Domínguez AJ, Rio-Navarro BE. Dermatitis atópica. Un nuevo enfoque. Experiencia en el Hospital infantil de México Federico Gómez. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;5;316-328.
7. Baeza-Bacab MA. Criterios diagnósticos y tratamiento de la dermatitis atópica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1997;11:525-525.
8. Izabal-Fregozo JM, Beirana-Palencia A. Manejo de la dermatitis atópica. *Rev C Dermatol Pascua* 1995;4:82-89.



Nota: Si requiere más bibliografía sobre este tema, está a su disposición en el:

Centro Nacional de Información para Decisiones en salud (CENIDS), Instituto Nacional de Salud Pública.

7a cerrada de Fray Pedro de Gante No. 50, Col. Sección XVI Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.

Tel: 5655-5287, 5655-4224

Correo electrónico: cenids@cenids.insp.mx

Web: <http://bvs.insp.mx>

Directorio:

Lic. José Antonio González Fernández.

Secretario de Salud.

Dr. Jaime Sepúlveda Amor

director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Dra. Cecilia García Barrios.

Directora de Enseñanza e Investigación, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Dra. Gladys Faba Beaumont.

Directora del CENIDS, SSA.

Comité Editorial:

Dr. Felipe M. Torales Sicardo. SS del D.F.

Dr. Leopoldo García Velasco. CENIDS, SSA.

Agradecimientos:

El boletín de Práctica Médica Efectiva agradece la valiosa colaboración y apoyo en la revisión del texto a:

Dra. Angélica Beirana Palencia. Jefe del Servicio de Pediatría. Centro Dermatológico "Ladislao Pascua". SSA.

Dra. Gabriela Frías Ancona. Médico Adscrito al Servicio de Dermatología. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". ISSSTE.

Dra. Adriana Elizabeth Anides Fonseca. Jefe del Servicio de Dermatología y Micología. Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda". Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

Dra. Liliana Serrano Jaén. Médico Adscrito al Servicio de Dermatología. Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda". Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

Dra. Angélica Berrón Ruiz. Médico Adscrito al Servicio de Dermatología. Instituto Nacional de Perinatología.

Dra. Lourdes Tamayo Sánchez. Jefe del Servicio de Dermatología. Instituto Nacional de Pediatría.

Dr. Carlos Alfredo Mena Cedillo. Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital Infantil de México "Federico Gómez". SSA.

Dr. Hugo Avalos Ruiz. Médico Adscrito al servicio de Medicina Interna. Hospital "José María Morelos y Pavón". ISSSTE

Dra. Ma. Guadalupe Álvarez Martínez. Secretaría de Salud del Distrito Federal.

