

Dermatitis atópica

M. Ridao i Redondo

Pediatra. Consultori Local Torrelles de Llobregat. Barcelona



Resumen

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel que cursa de forma crónica o recurrente. El prurito es el síntoma guía de la enfermedad. Se asocia, frecuentemente, con asma, rinitis y alergia alimentaria. La prevalencia de la dermatitis atópica está aumentando en todos los países con estilo de vida occidental. La evolución crónica de esta enfermedad afecta a la calidad de vida del paciente y a su familia. Ambos deben implicarse en el tratamiento de mantenimiento diario y conocer el tratamiento de los brotes. Revisamos el tratamiento y las indicaciones de derivación al especialista.

Abstract

Atopic dermatitis is an inflammatory disease of the skin with a chronic and recurrent evolution. Pruritus is the main symptom of this disease that is frequently associated with asthma, rinitis, and food allergy. Atopic dermatitis prevalence is increasing in western countries. Chronic evolution of the disease can affect the quality of life of the patients and their families. Both must be implicated in the daily follow up therapy and to know the outbreak treatment. We review the update of the treatment and the indications specialist consultation.

Palabras clave: Dermatitis atópica; Niños.

Key words: Atopic dermatitis; Children.

Pediatr Integral 2012; XVI(3): 213-221

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es la enfermedad cutánea crónica más frecuente en la infancia, se presenta como eccema y cursa a brotes. Su prevalencia ha experimentado un aumento progresivo en las últimas décadas. Actualmente, afecta a más del 10% de los niños en algún momento de la edad pediátrica.

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente de la piel, de mecanismo inmunológico, en la que, como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados (alimentos, neuroalergenos, proteínas

bacterianas), en niños genéticamente predispuestos, se liberan una serie de factores inflamatorios que producen en la piel lesiones de eccema. Estas lesiones eccematosas están constituidas por espongiosis, edema y microvesículas, que dan lugar a prurito, irritación cutánea, rascado y lesiones inflamatorias simétricas, de aspecto y localización variable según la edad y la ubicación de la enfermedad. Se asocia, con frecuencia, a asma, rinitis y alergia alimentaria^(1,2).

Epidemiología

La dermatitis atópica infantil es un problema de salud pública en los países

desarrollados, con cifras de prevalencia entre el 10 y el 20%. Dentro de un mismo país, las cifras son más altas en las zonas urbanas y en las poblaciones con mayor nivel de vida. En la adolescencia es más frecuente en mujeres.

Es, fundamentalmente, una enfermedad propia de la infancia y disminuye su prevalencia e intensidad con la edad. En el 60% de los pacientes, se inicia en el primer año de vida, fundamentalmente en los primeros seis meses, en el 85% en los primeros 5 años y sólo un 10% inician la enfermedad después de los 7 años. En el 70-80% de los niños, encontramos

antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas.

La incidencia de dermatitis atópica está aumentando en los últimos años, sobre todo en los países desarrollados, en los que están aumentando también todas las enfermedades atópicas. En ellos tenemos cifras de prevalencia por encima del 15%; mientras que, en países en vías de desarrollo, están por debajo del 5%. Estos datos se asocian a los estilos de vida, pues, cuando estos niños emigran, presentan prevalencias en los rangos del país de acogida⁽³⁾.

Etiopatogenia de la dermatitis atópica

La DA tiene una base genética hereditaria en la que se combinan distintas alteraciones inmunológicas en la piel que condicionan una disfunción de la barrera cutánea.

La asociación familiar de la dermatitis atópica, el elevado nivel de concordancia entre gemelos univitelinos y la asociación con asma y rinitis alérgicas indican una importante implicación de las alteraciones genéticas en su patogenia. Se ha implicado un grupo de genes localizados en el cromosoma 5q31-33, que regulan la producción de interleucinas de la vía Th2, como son: IL-3, 4, 5 y 13, así como el GM-CSF. Asimismo, se han asociado polimorfismos en el gen SPINK5 en el eccema atópico, así como mutaciones en el gen de la filagrina, implicado en la ictiosis vulgar y con elevada frecuencia de portadores en la población europea. Estas mutaciones dan lugar a alteraciones de la barrera cutánea, con microfisuras, pérdida de agua transepidermica y alteración del pH cutáneo, que facilitarán la penetración a su través de irritantes ambientales, alérgenos (ácaros, alimentos, pólenes), que sensibilizarán, y patógenos como *Staphylococcus aureus*. Todos estos factores conducen a una infiltración celular de la dermis y a la inflamación permanente de la piel, con un desequilibrio inicialmente de linfocitos TH₂, secretores de interleucinas que producirán IgE frente a los alérgenos y proteínas (*Staphylococcus*) y en una fase tardía con respuesta TH₁ y fenómenos de autoinmunidad. La inflamación subclínica de la piel persiste aun en las fases libres de brotes⁽⁴⁻⁶⁾ (Fig. 1).

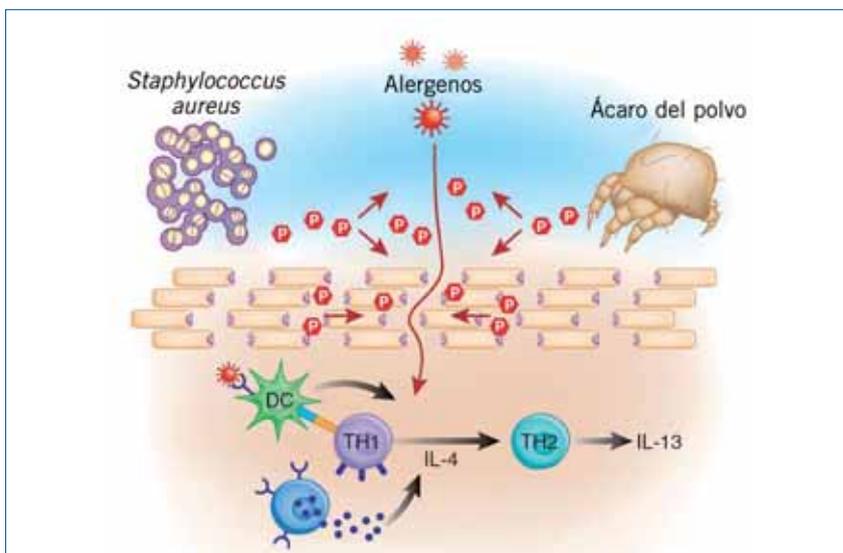


Figura 1. Defectos en la función barrera en la dermatitis atópica. Tomado de: Alegre de Miguel. Dermatitis atópica. Disponible en: <http://www.uv.es/derma>.

Manifestaciones clínicas

Deberemos sospechar que un niño presenta una dermatitis atópica, ante una dermatitis pruriginosa de localización característica, persistente o recurrente, de más de seis semanas de evolución.

Las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica constituyen la base de su diagnóstico, ya que no existen cambios microscópicos ni de laboratorio específicos.

Características de las lesiones cutáneas de la dermatitis atópica

Las lesiones elementales de la dermatitis atópica son: **eccema**, caracterizado por zonas de eritema, edema, vesiculación, exudación y costras; **prurigo**, constituido por pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, que desaparece rápidamente con el rascado, siendo sustituida por una pequeña costra; y **liquenificación**, con placas mal delimitadas, engrosadas, recorridas por surcos que delimitan áreas romboidales brillantes. Pueden presentarse de forma **aguda**, con exudación serosa muy pruriginosa, **subaguda**, descamativa y con excoriaciones, y de forma **crónica**, con engrosamiento de la piel y acentuación de los pliegues. Las distintas fases pueden coexistir o sucederse en el tiempo. Todo ello sobre una piel seca. El prurito es el síntoma guía de la atopia, su ausencia debe hacernos replantear el diagnóstico.

Distribución de las lesiones de dermatitis atópica

Las lesiones de la dermatitis atópica siguen una distribución característica según la edad del paciente:

1. **Lactantes.** Comienzan a partir del segundo mes, con un exantema eritematoso, con gran componente exudativo que forma costras y se localiza en mejillas, frente y pliegues auriculares, respetando el triángulo nasolabial. Se extiende al cuero cabelludo, la parte anterior del tronco y superficies de extensión de las extremidades de forma simétrica con placas eccematosas. El área del pañal suele estar indemne (Fig. 2).
2. **Niños: 2 a 12 años.** Las manifestaciones cutáneas pueden comenzar en esta fase, o bien reanudarse tras un intervalo libre de hasta 2 ó 3 años. Característicamente, afecta a los pliegues antecubitales y poplíteos. El gran prurito que presentan da lugar a liquenificación crónica cutánea y fácil sobreinfección bacteriana (impétigo), vírica (moluscum) o fúngica. Otras localizaciones típicas son caderas, muñecas, pliegue auricular, párpados, región peribucal, queilitis, manos, dedos; es típica la pulpitis pruriginosa y en la planta de los pies. Los rebrotes son habituales en otoño y primavera (Figs. 3 y 4).
3. **Adolescentes y adultos.** Las lesiones papulosas y de liquenificación pre-



Figura 2. Dermatitis atópica del lactante.



Figuras 3 y 4. Lesiones típicas de la dermatitis atópica en escolares.

dominan en esta fase sobre una base de intensa xerosis. Se localiza preferentemente en grandes pliegues de extremidades, tercio superior de brazos y espalda, dorso de manos y pies y en los dedos.

Manifestaciones menores de la dermatitis atópica

Representan los signos de sospecha de la dermatitis atópica, tales como piel seca, pequeñas fisuraciones en el pliegue del lóbulo de la oreja, de los dedos de manos y pies, enrojecimiento y descamación del dorso de los dedos de los pies o las boqueras. Con frecuencia, se observa: hiperlinealidad palmar, alopecia en la cola de las cejas, pitiriasis alba y lengua geográfica.

La hiperqueratosis pilar, que da aspecto de "piel de gallina", se localiza en glúteos, región deltoidea, cara externa de muslos, tronco y una placa eritematosa en mejillas. No es pruriginosa.

Los rasgos que definen la cara atópica son: el pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan, las ojeras oscuras y la palidez facial.

En el curso de la dermatitis atópica, pueden presentarse alteraciones oculares, como la catarata subcapsular anterior, que, aunque poco frecuente, debe considerarse en la segunda década de la vida y es específica de esta enfermedad. Mucho más raro es el queratocono, que se relaciona con el frotamiento excesivo del ojo⁽⁷⁾.

Diagnóstico y valoración de la gravedad

Sospecharemos que un paciente presenta una dermatitis atópica ante una dermatosis pruriginosa persistente o recurrente que cumpla los criterios diagnósticos (Hanifin/Rajka). Valoraremos la severidad clínica aplicando el índice SCORAD. Si la

Tabla 1. Criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de dermatitis atópica
<p>Criterios mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Morfología y distribución características: <ul style="list-style-type: none"> – Liquenificación en flexuras en adultos – Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes – Combinación de estos patrones en niños y adultos • Carácter crónico y recidivante • Historia personal o familiar de atopía <p>Criterios menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Xerosis • Ictiosis/exageración pliegues palmares/queratosis pilar • Reactividad cutánea inmediata (tipo I) a los test cutáneos • Elevación de valores séricos de IgE • Edad precoz de comienzo • Tendencia a infecciones cutáneas y déficit de la inmunidad celular • Tendencia a dermatitis inespecíficas de pies y manos • Eccema de pezón • Queilitis • Conjuntivitis recidivante • Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan • Queratocono • Catarata subcapsular anterior • Ojeras u oscurecimiento periocular • Palidez facial o eritema en cara • Pitiriasis alba • Pliegues en parte anterior del cuello • Prurito provocado por la sudoración • Intolerancia a la lana y los solventes de las grasas • Acentuación perifolicular • Intolerancia a algunos alimentos • Evolución influenciada por factores ambientales y emocionales • Dermografismo blanco <p>Han de cumplirse tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores</p>

encuesta alimentaria es positiva o se asocia asma o rinitis, remitiremos al alergólogo para estudio etiológico.

Debido a la gran diversidad de formas de presentación, varios grupos de trabajo han intentado constituir criterios uniformes para el diagnóstico. Los más

aceptados entre los pediatras y alergólogos infantiles son los de Hanifin y Rajka de 1980 (Tablas I y II). Para la valoración de la extensión y gravedad de las lesiones, utilizamos el índice SCORAD (*Severity Scoring of Atopic Dermatitis*) propuesto por el *Consensus Report of the European Task Force on atopic dermatitis*.

Tabla II. Criterios diagnósticos de la dermatitis atópica (DA) (grupo británico)

Manifestación esencial

Dermatitis pruriginosa (o relato de rascado por los padres)

Manifestaciones asociadas (al menos, tres)

1. Historia de afectación de pliegues cubitales, poplíteos, tobillos o cuello (y mejillas en niños menores de 10 años)
2. Historia personal de asma y/o fiebre del heno, o historia familiar de atopia en familiares de primer grado en niños menores de 4 años
3. Historia de sequedad cutánea generalizada en el último año
4. Eccema flexular visible (o en mejillas, frente y región extensora de extremidades en niños menores de 4 años)
5. Inicio antes de los 2 años (no válido si el niño es menor de 4 años)

Condiciones de exclusión

El diagnóstico de DA requiere la exclusión de otras enfermedades, como la escabiosis, la dermatitis seborreica, la dermatitis alérgica de contacto, la ictiosis, la psoriasis y las inmunodeficiencias

sensibilidad al cambio y aceptación, solamente el SCORAD cumplió todos estos requisitos. El SCORAD valora la *extensión* (por la regla del 9 semejante a la de los quemados) y la *intensidad*, puntuando de 0 a 3 las lesiones. La presencia de sequedad de la piel se evalúa en zonas de piel no afectadas. En tercer lugar, los *síntomas subjetivos* (prurito y pérdida del sueño), valorados por los padres o los niños mayores. Según la puntuación obtenida, se han establecido tres grados: DA leve, puntuación de 0 a 25; moderada, puntuación de 25 a 50; y grave, puntuación mayor de 50⁽⁸⁻¹⁰⁾ (Fig. 5).

Diagnóstico diferencial

Los dos signos guía son la distribución de las lesiones y el prurito.

Podemos hacer un amplio diagnóstico diferencial, pero, básicamente, hemos de pensar en:

- **Dermatitis seborreica:** suele ser más precoz, localizada en el cuero cabelludo (costra láctea), cejas y pliegues inguinales. Presenta descamación importante y exudado sebáceo, amarillento. Afecta el área del pañal y pliegues. No suele existir prurito.
- **Dermatitis de contacto:** puede coexistir con la dermatitis atópica, pero la vemos en niños normales expuestos a irritantes, como la orina, la saliva, las heces, o algunos detergentes. Es menos seca y pruriginosa.
- **Escabiosis:** lesiones con surco y vesícula, intenso prurito de predominio nocturno. Otros miembros de la familia están afectados.
- **Dermatitis herpetiforme:** es una erupción vesiculosa muy pruriginosa, que se distribuye de forma simétrica en las superficies de extensión y en la zona lumbar. Se asocia a enfermedad celíaca, que puede ser subclínica.
- **Dermatitis alérgica de contacto:** se limitan al área de contacto con el material alérgico. La localización repetitiva nos pone sobre la pista. No suele aparecer en los primeros meses de vida.
- **Psoriasis:** lesiones descamativas en placas, localizadas en codos, rodillas, cuero cabelludo y, clásicamente, en las uñas. Afecta el área genital y al ombligo.

SCORAD EUROPEAN TASK FORCE ON ATOPIC DERMATITIS

INSTITUTION: _____
 PWS-CIAN: _____

Last name: _____ First name: _____
 Date of Birth: ____/____/____ DD/YY/YY
 Date of Visit: ____/____/____

Typical Steroid used:
 Potency (brand name): _____
 Amount / Strength: _____
 Number of times / Month: _____

Figures in parenthesis for children under two years

A: EXTENT Please indicate the area involved

B: INTENSITY

Lesion	Intensity
Erythema	0-2
Pinkness/Papules	0-2
Oozing/ooze	0-2
Crustation	0-2
Lichenification	0-2
Excrescence	0-2

MEANS OF CALCULATION
 INTENSITY (IB)
 (Average Intensity x Area)
 (x) = none
 (1) = mild
 (2) = moderate
 (3) = severe
 * Dryness to be evaluated on unselected areas

C: SUBJECTIVE SYMPTOMS
 PRURITUS+SLEEP LOSS

SCORAD A/5+7B/2+C

Visual analog scale (Average for the last 3 days or nights)
 PRURITUS (0-10) _____
 SLEEP LOSS (0-10) _____

TREATMENT: _____
 REMARKS: _____

Figura 5. Valoración de la gravedad y extensión de las lesiones de eccema en el niño (SCORAD).

En la revisión de Charman y Williams, sobre los diferentes métodos de medida

de la gravedad de la dermatitis atópica, evaluando su grado de validez, fiabilidad,

Tabla III. Dermatitis atópica: consejos para el paciente y su familia

- Temperatura ambiental y humedad ambiental.** Evitar temperaturas ambientales elevadas, el calor y la sequedad ambiental aumentan la irritación y el picor (ideal: temperaturas inferiores a 20° con humedad ambiental del 50%). Asegurar una correcta aireación de las habitaciones de la casa. Las calefacciones por aire caliente pueden ser un factor agravante importante. El polvo es un enemigo de la dermatitis atópica, se evitará en la decoración de la casa todo aquello que lo acumule
- Exposición solar.** Suele resultar beneficiosa en la dermatitis atópica, pero debe evitarse siempre la quemadura solar. Algunos pacientes tienen mala tolerancia al sol e incluso pueden sufrir agravamiento de sus lesiones. Asegurar una adecuada fotoprotección solar
- Ropa.** Elegir, preferentemente, ropa de algodón y evitar todo lo que sea áspero y los tejidos sintéticos, que acentúan la irritación. Evitar el contacto directo de la piel con lana, plásticos, gomas, etc. La tolerancia de las fibras sintéticas es muy variable y deberá evaluarse en cada caso. Si está en edad de uso de pañales, cambiarlos a menudo. La ropa puede lavarse en máquina con un jabón para ropas delicadas, asegurando un adecuado aclarado y evitando el uso de suavizantes. Deben retirarse las etiquetas. Evitar el uso de ropa de abrigo excesiva, la sudoración suele aumentar el picor. El calzado debe ser de cuero o tela y tiene que estar bien aireado. Es conveniente evitar el uso prolongado de calzado deportivo
- Alimentos.** En general, no existe ningún régimen particularmente indicado, salvo que se haya demostrado que el niño/a sea alérgico a algún alimento, mediante test de provocación. Algunos alimentos ácidos (p. ej.: cítricos, tomate) pueden irritar la piel de los pacientes atópicos al ingerirlos o manipularlos. Algunos alimentos, por su contenido en histamina o por liberar esta sustancia, sobre todo si se consumen en grandes cantidades (p. ej.: fresas, marisco), pueden desencadenar también prurito. Es conveniente no ingerir salazones, picantes y alimentos con muchas especias. Exceptuando estas circunstancias, no es necesario efectuar restricciones dietéticas en la dermatitis atópica
- Vacunas.** Los niños con dermatitis atópica deben recibir el calendario vacunal completo y a su debido tiempo, si no existen otras contraindicaciones. Se debe recomendar la vacuna de la varicela, una primera dosis a los 12 meses y una segunda, con un intervalo mínimo de un mes, lo antes posible
- Higiene.** Se pueden alternar las duchas y baños cortos. Para la higiene diaria, utilizar un gel dermatológico sin jabón que limpie la piel con suavidad sin agredirla y, en los baños, aceites o avena coloidal. La temperatura del agua no ha de ser superior a 32-33°. Secar cuidadosamente al niño después, sin frotar. Cortar y limpiar las uñas para evitar posibles infecciones a causa de las lesiones originadas por el rascado
- Emolientes.** La aplicación, una o varias veces al día, de una crema emoliente (“hidratante”) en todo el cuerpo es una medida esencial en el tratamiento de la dermatitis atópica. El momento más adecuado para aplicar la crema es inmediatamente (antes de los 3 minutos) tras la ducha o el baño. Las sustancias irritantes deben, también, ser evitadas. Pero no solo los detergentes, pues algunas sustancias utilizadas, como hidratantes de la piel, pueden ser irritantes para la piel del sujeto atópico (es el caso del ácido láctico, el propilenglicol y la urea)
- Deportes.** Hay que promocionar una vida normal, insistiendo en los cuidados de base. Los baños con agua de mar suelen ser beneficiosos salvo en los brotes; respecto a la piscina, hay que individualizar, en todo caso antes del baño se debe sobreengrasar la piel y, después del baño, aclararlo con agua dulce y volver a sobreengrasar la piel para atenuar el efecto irritativo del agua de la piscina. Dado que el sudor es un irritante, debe ducharse después de la práctica deportiva e hidratar la piel limpia

Es crucial controlar el picor, su pediatra le recomendará un tratamiento oral con un antihistamínico para evitarlo si es necesario y le pondrá una pauta por escrito con una “crema” de tratamiento para los brotes.

Con frecuencia la piel de los niños con dermatitis atópica se infecta. Así, si tiene zonas rojas, húmedas, con costras, es probable que esté infectada. Consulte a su pediatra o dermatólogo.

Pacientes y familiares deben tener en cuenta que el estrés emocional incrementa el picor

La Asociación de Familiares y Pacientes con Dermatitis Atópica (ADEA) ofrece información detallada y actualizada a pacientes y familias (www.adeaweb.org)

Otros múltiples síndromes podrían entrar en un diagnóstico diferencial más amplio y complejo en el que deberá participar el especialista⁽¹¹⁾.

Tratamiento y calidad de vida

La implicación y comprensión de las familias y pacientes de que la DA es una enfermedad crónica que va a mejorar con la edad pero, sobre todo, con sus cuidados diarios, es fundamental para una mejor evolución y calidad de vida.

Hay que estar atentos a sentimientos de vergüenza, rechazo, irritabili-

dad, falta de concentración, tanto por la enfermedad como por los tratamientos. Los factores que más influyen en la calidad de vida son el prurito y los trastornos del sueño. Para las familias representa, además de una carga de trabajo, cambios en el estilo de vida y una sobrecarga económica. Puede ser necesario el apoyo psicológico en los casos graves.

La estrategia terapéutica debe dirigirse hacia dos aspectos, el intervalo libre o tratamiento de base de la piel y el tratamiento del brote de dermatitis atópica⁽¹¹⁻¹³⁾.

Cuidados permanentes

Dirigidos a restaurar la barrera cutánea y, por tanto, a disminuir los brotes y mejorar la calidad de vida del niño al controlar el prurito (Tabla III).

Como norma general, hay que evitar el calor excesivo en casa y, sobre todo, en el dormitorio y mantener un nivel de humedad moderada-alta. La ropa en contacto con la piel debe ser de algodón, amplia y blanca, evitando lana y fibras sintéticas. Hay que quitar las etiquetas interiores de la ropa. La ropa se lavará con un detergente suave, sin lejía

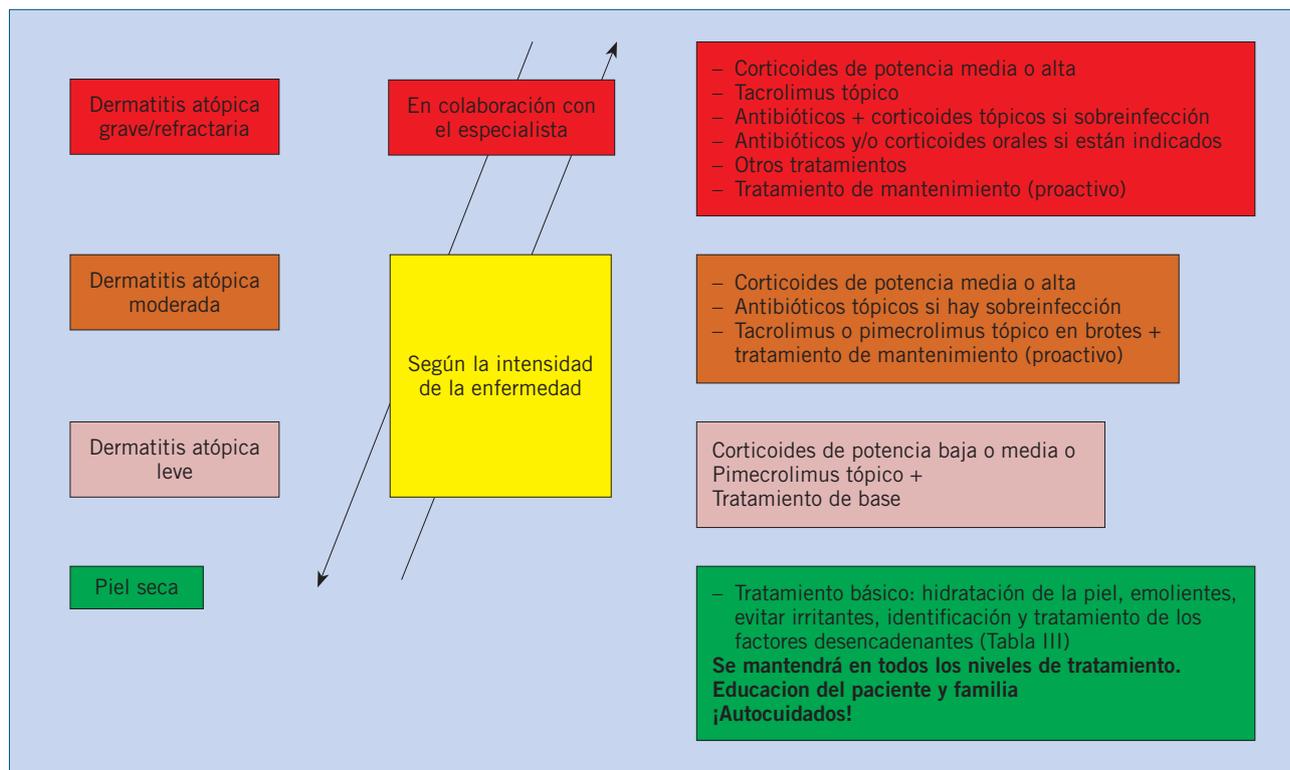


Figura 6. Escalones de tratamiento según la gravedad de la dermatitis atópica.

ni suavizante. Debe aclararse con agua abundante.

Actualmente, se recomienda el baño/ ducha diario de unos cinco minutos de duración, con agua tibia a unos 33° y jabones de pH ácido sin detergente. Si hay lesiones muy secas, los aceites de baño o baños en avena coloidal un par de veces en semana, además de limpiar la piel, facilitan la posterior hidratación. No hay que frotar con esponja. Secaremos con toques suaves, sin frotar. Con la piel aún húmeda y de forma rápida, hidrataremos la piel con una crema emoliente, podemos optar por la vaselina. Hay que tener en cuenta tanto el aspecto estético como el económico. Hay que insistir en que la crema hay que aplicarla de forma habitual dos veces al día, pudiendo reducirse si hay una mejora, pero reintroduciendo crema emoliente y tratamiento con corticoides o inmunomoduladores precozmente para conseguir un control rápido de la inflamación si hay un brote. El niño atópico debe llevar las uñas bien cortadas para evitar lesiones de rascado.

Los baños de mar, evitando la exposición prolongada al sol, son recomendables. No así las piscinas, por los desinfectantes y cloro que contienen.

No se deben poner en marcha dietas de exclusión de forma empírica. Si sospechamos de la relación entre la dermatitis atópica y la ingesta de un alimento, hay que demostrarlo mediante un estudio alergológico con test de provocación. No está indicada la prescripción de leches especiales si no se demuestra la sensibilización a proteínas de leche de vaca. Algunos alimentos picantes o ácidos pueden actuar como irritantes locales y sólo deben retirarse en los brotes. En niños mayores, debe descartarse la sensibilización a neumoalergenos o epitelios animales a fin de efectuar medidas de evitación si es necesario.

Los niños con dermatitis atópica deben recibir las vacunaciones del calendario vacunal del niño sano, retrasando unos días o semanas una dosis si hay un brote agudo. Su respuesta inmunológica y sus complicaciones son similares a las de la población general. Debe recomendarse la vacunación de varicela a partir de los 12 meses, administrándose por vía subcutánea en una zona libre de dermatitis y en la que, por tanto, no se hayan aplicado ni corticoides ni inmunomoduladores tópicos.

Tratamiento de los brotes

Controlar el picor

Es el primer signo clínico en aparecer y el rascado agrava las lesiones. Hay que mantener las uñas cortas para dificultarlo. Para reducir el picor, utilizaremos en niños mayores de 6 semanas hidrocina (2 mg/kg/día fraccionados en dos dosis) por el efecto sedante, que añade a su acción antihistamínica. También, podemos utilizar una dosis única nocturna si el prurito predomina de noche (1 mg/kg).

No se deben utilizar antihistamínicos tópicos.

Eliminar la inflamación

Escalonaremos el tratamiento en función de la gravedad de los síntomas. Hay que ser precoz en el uso de los antiinflamatorios tópicos (Fig. 6).

En las DA moderadas-graves, evaluaremos el tratamiento de mantenimiento proactivo, fuera del brote con uso de antiinflamatorios tópicos 2 veces a la semana en las zonas afectadas. Se obtiene un mayor tiempo de remisión clínica y un menor consumo total de fármacos.

Tabla IV. Corticoides tópicos. Clasificación según la potencia

Clase 1 o potencia muy alta	Clase 2 o potencia alta	Clase 3 o potencia intermedia	Clase 4 o potencia débil
– Betametasona dipropionato 0,05%	– Betametasona dipropionato 0,05%	– Alclometadona dipropionato 0,05%	– Desonida 0,05%
– Clobetasol propionato 0,05%	– Betametasona valerato 0,1%	– Beclometasona dipropionato 0,025%	– Dexametasona 0,1-0,2%
– Difluocortolona valerato 0,3%	– Budesonida 0,025%	– Betametasona valerato 0,1%	– Flucortina 0,75%
– Halcinónido 0,1%	– Desoximetasona 0,25%	– Clobetasol butirato 0,05%	– Hidrocortisona acetato 0,1-2,5%
	– Flucortolona valerato 0,1%	– Desoximetasona 0,05%	– Metilprednisolona acetato 0,25%
	– Fluocinolona acetónido 0,2%	– Flucortina butilesterato 0,75%	
	– Fluocinónido 0,05%	– Fluocortolona	
	– Fluticasona propionato 0,05%	– Flumetasona pivalato 0,025%	
	– Halometasona 0,05%	– Fluorcinolona acetónido <0,01%	
	– Hidrocortisona butirato 0,1%	– Flurandrenolona 0,0125%	
	– Metilprednisolona aceponato 0,1%	– Hidrocortisona aceponato 0,1%	
	– Mometasona furoato 0,1%	– Hidrocortisona valerato 0,2%	
	– Prednicartrato 0,25%		
	– Triamcinolona acetónido 0,1%		

La potencia relativa de algunos productos depende de la forma galénica utilizada (ungüento, pomada, crema, gel, loción). Tomado de: Sendagorta Cudos E, De Lucas Laguna. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11: 49-67.

Corticoides tópicos

El control de la inflamación es la medida más eficaz para reducir el picor. Clásicamente, se utilizan corticoides tópicos. La elección del preparado varía en función de la edad, la extensión y la gravedad de las lesiones. En lactantes y en la cara y axilas, preferiremos la hidrocortisona en crema, dos dosis diarias. En lesiones cronicadas en extremidades, se pueden utilizar los corticoides de potencia alta en pomada o ungüento. Una sola dosis diaria en capa fina para controlar los posibles efectos secundarios, como: atrofia cutánea, Petequias, estrías atróficas, hipertrichosis, despigmentación o foliculitis. Son posibles efectos sistémicos con los de alta o muy alta potencia a dosis superiores a 20 g en niños y 10 g en lactantes. Hay que recordar que el pañal actúa como una cura oclusiva y puede aumentar la absorción hasta 100 veces. La aplicación en párpados debe hacerse con precaución, pues, en algún caso, puede originar glaucoma. (Tabla IV). En las formas exudativas, utilizaremos como excipiente cremas, en las lesiones muy secas y liquenificadas, pomadas o ungüentos, y en el cuero cabe-

ludo, lociones o geles. Los aplicaremos después del baño, con la piel limpia, descostrada y bien hidratada.

Debemos evitar utilizar los corticoides ante infecciones virales de la piel y utilizarlos con precaución si hay una infección bacteriana, después de iniciar un antibiótico o bien en asociación.

Inmunomoduladores (inhibidores tópicos de la calcineurina)

Pimecrolimus

Inhibidor selectivo de las citocinas inflamatorias producido por el *Streptomyces hygroscopicus* con indicación para **dermatitis atópica leve-moderada**. Su efectividad, que es rápida, no disminuye con el tiempo, ni se produce efecto rebote al suspenderlo. Presenta un patrón de seguridad muy bueno, aplicándolo en crema al 1% en dos dosis diarias un tiempo máximo de seis semanas. Cuando ya se ha utilizado el producto y se ha controlado el brote, en un nuevo rebrote pueden ser suficientes tratamientos precoces de 2-3 días. Su ficha técnica lo indica a partir de los 2 años. Se puede utilizar en cara y cuello. El emoliente debe aplicarse **después**. No

debe aplicarse si se sospecha infección bacteriana o fúngica.

Tacrolimus

Es un macrólido producido por el hongo *Streptomyces tsukubaensis*. Tiene una potencia antiinflamatoria similar a la de los corticoides tópicos de potencia alta. Se debe utilizar al 0,03% en niños de 2 a 16 años en dos aplicaciones diarias durante tres semanas como máximo. En el brote y actualmente se recomiendan tratamientos de mantenimiento (proactivos) 2 veces por semana, separados por tres días para controlar la inflamación subclínica. La Agencia Europea del Medicamento ha aprobado la indicación del tacrolimus al 0,03% en pomada como tratamiento de mantenimiento de la dermatitis atópica moderada a grave en niños mayores de 2 años en pacientes con 4 o más brotes por año. Hay que advertir que, al aplicarlo sobre lesiones en estado agudo, produce escozor durante unos minutos, que desaparece con la mejoría de las lesiones en 3 o 4 días. Debe aplicarse una hora después del baño, con la piel bien seca, y utilizar los emolientes **después**, ya que

su uso previo disminuye la penetración del producto. Tiene un precio elevado. No produce atrofia cutánea, pero hay que tener precaución si en el ambiente escolar o familiar hay infecciones herpéticas. No debe utilizarse si se sospechan impétigo, herpes, verrugas o molusco contagioso.

Tratamiento de las sobreinfecciones

Se administrarán antibióticos tópicos y/o sistémicos en función de la gravedad y extensión. Tópicamente, elegiremos el ácido fusídico, por su baja concentración mínima inhibitoria y su capacidad de penetración. Si lo asociamos con corticoides, lo haremos con hidrocortisona o betametasona al 1%. En lactantes pequeños, si se sospechan gram negativos, con cultivo positivo, en lesiones periumbilicales, perianales y retroauriculares, se recomienda la gentamicina tópica, aunque crea resistencias con mucha rapidez.

Por vía general, se recomienda amoxicilina-clavulánico a 50 mg/kg/día cada 8 horas y, como alternativa, cefadroxilo, 15 mg/kg cada 12 horas en mayores de 6 meses.

Otros tratamientos

Fototerapia

La aplicación natural al sol debe hacerse en mayores de 2 años, por la tarde, durante poco tiempo y aumentando la exposición de forma progresiva.

En unidades especializadas, se aplican rayos ultravioleta de banda estrecha, que tienen un efecto antiinflamatorio, a niños mayores de 7 años con dermatitis atópica grave que no responden a tratamiento convencional.

Corticoides sistémicos

Son de utilización excepcional en la dermatitis atópica, en caso necesario se utilizarán a 0,5-1 mg/kg/día entre 5 y 7 días.

Inmunosupresores vía oral

Ciclosporina, azatioprina, metotrexate en casos graves y siempre de uso por el especialista.

Anticuerpos monoclonales

Entre ellos omalizumab ha ofrecido resultados favorables en pacientes tratados por su asma persistente y re-

fractaria, es necesario evaluar beneficios y coste.

Inmunoterapia frente a alérgenos

No hay indicación en la dermatitis atópica aislada en el momento actual.

Normas de control ambiental

Si se demuestran sensibilizaciones a ácaros, pólenes o epitelios, tanto en niños con síntomas respiratorios como en los que no los presentan, ya que la sensibilización a través de la piel es un hecho demostrado.

Atención psicológica

Aproximadamente, el 80% de los niños con DA tienen trastornos del sueño y el 60% refieren alteración de sus actividades diarias. Habrá que valorar, pues, la calidad de vida de niños y padres, teniendo en cuenta que el origen genético de la enfermedad puede generar sentimientos de culpa y sobreprotección. El estrés, el tiempo, los costes económicos de todos los emolientes y fármacos son factores a tener en cuenta. En casos graves, la psicoterapia puede modificar conductas y se ha mostrado beneficiosa al reducir el estrés y, sobre todo, para el control del prurito.

Probióticos, antioxidantes, aceites esenciales, homeopatía

No hay evidencia suficiente para recomendarlos.

Derivación del niño con DA al especialista

Además del diagnóstico clínico, es preciso indagar en las posibles causas y en los factores desencadenantes que pueden mantener o agravar las lesiones. Si hay alimentos claramente implicados, recomendaremos dieta de exclusión hasta que el especialista efectúe el estudio alergológico. También, estudiaremos neuroalérgenos en niños cuya dermatitis atópica se asocia a patología respiratoria o que debuten en la época escolar o adolescente⁽¹⁴⁾.

Derivaremos al dermatólogo a los niños que nos presenten dudas diagnósticas o a aquellos con dermatitis moderadas-graves que no responden a un tratamiento adecuado durante un tiempo prudencial.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.** Curso de Formación Continuada en Dermatitis Atópica. 2006-2007. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Madrid: Ergon; 2007.
- 2.** Querol Nasarre I. Dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11: 317-29.
- 3.** Morales S, García-Marcos A, González D, Arnedo P, Domínguez A, Busquets M, et al. Prevalencia de dermatitis atópica y factores nutricionales en niños de 6-7 años. Aten Primaria. 2007; 9(7): 355-60.
- 4.** Conde-Taboada A, González-Barcala FJ, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. Actas Dermo Sifiliogr 2008; 99: 690-700.
- 5.*** Martín Mateos MA, et al. Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño. Documento de Consenso Grupo de Expertos. Madrid: Ergon; 2011.
- 6.* Alegre de Miguel. Dermatitis atópica. Citado el 11 Nov 2011. Disponible en: <http://www.uv.es/derma>
- 7.*** Martorell A, Martorell A, Febrer MI, Rodríguez M. Dermatitis crónicas en pediatría: Dermatitis atópica. Dermatitis de Contacto. En: Martín Mateos MA. Tratado de Alergología Pediátrica. Madrid: Ergon; 2011. p. 179-98.
- 8.** Muñoz López F. Dermatitis atópica en la edad infantil. Valoración de la gravedad y tratamiento. Jano. 2002; 62: 52-7.
- 9.** Ridao Redondo M. Dermatitis atópica: Clínica, diagnóstico diferencial y tratamiento. Pediatr Integral. 2008; XII(3): 259-66.
- 10.** Puig L, Peramiqel L. Seguimiento de la dermatitis atópica. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2003.
- 11.** Sendagorta Cudos E, De Lucas Laguna. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11: 49-67.
- 12.*** Akdis CA, Akdis M, Biber T, Bindslev-Jensen C, Boqueniawicz M, Eigenmann P, et al; European Academy of Allergy and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL. Consensus Report. J Allergy Clin Immunol. 2006; 118: 152-69.
- 13.*** Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of atopic eczema in primary care. Edinburgh:

SIGN; 2011. (SIGN publication no. 125). [March 2011]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

- 14.** Fernández Benítez M. Implicación etiológica de los alimentos en la dermatitis atópica: datos a favor. *Allergol et Immunopathol.* 2002; 30(3): 114-20.

Bibliografía recomendada

- Martín Mateos MA, et al. Guía de Tratamiento de la Dermatitis Atópica en el niño. Documento de Consenso Grupo de Expertos. Madrid: Ergon; 2011.

De forma clara y actualizada, revisión del tratamiento por parte de dermatólogos, alergólogos y pediatras. Una guía de consenso imprescindible y recién publicada.

- Martorell A, Martorell A, Febrer MI, Rodríguez M. Dermatosis crónicas en pediatría: Dermatitis atópica. Dermatitis de Contacto. En: Martín Mateos MA. Tratado de Alergología Pediátrica. Madrid: Ergon; 2011. p. 179-98.

Tratado de Alergología Pediátrica, ya en su segunda edición, para tener un libro de consulta sobre todos los aspectos relevantes de la alergología infantil. Realizado por reconocidos expertos.

Capítulo dedicado a las dermatosis crónicas dentro de un tratado que constituye una revisión actualizada, bien organizada y muy útil para ampliar conocimientos en alergología pediátrica.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of atopic eczema in primary care. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 125). [March 2011]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

Guía realizada según la metodología de evidencia científica. Revisa el manejo y tratamiento de la DA en Atención Primaria.

Caso clínico

Niña de 20 meses que consulta por presentar dermatitis pruriginosa localizada en zonas de extensión de brazos y piernas. En la cara predomina a nivel palpebral y en zona peribucal.

Antecedentes familiares

Un hermano de 3 años con piel seca que ha mejorado con la edad. Padre con clínica de rinoconjuntivitis primaveral, no estudiado.

Antecedentes personales

Desde los 11 meses presenta piel muy seca con brotes intermitentes de dermatosis pruriginosa en mejillas y muslos. Ha presentado tres episodios de sibilantes, coincidiendo con episodios catarrales febriles al inicio de la guardería.

Exploración física

En el momento de la visita, correcto desarrollo pondero-estatural. Peso: 11,8 kg, talla; 84 cm. Palidez facial, ojerosa

con pliegue infraorbitario. Piel muy seca, con dermatitis en párpados superiores, tronco y extremidades inferiores. Lesiones de rascado. Valoración del índice SCORAD: 23 (grado de dermatitis atópica leve).

Exámenes complementarios

Hemograma normal. IgE: 128 Ku/L. Immunocap Rapid positivo a epitelio de gato.

Evolución

Con el diagnóstico de dermatitis atópica, se instaura tratamiento con antihistamínicos de primera generación, emolientes y normas generales de cuidado de la piel. Sobre las lesiones inflamatorias de los pliegues se instaura tratamiento con dos dosis diarias de hidrocortisona.

Se recomienda evitar el contacto con el gato que está presente en el domicilio de la abuela.

Se remite al alergólogo para realizar estudio alérgico.