

DERMATITIS ATÓPICA

ANA SANGORRÍN IRANZO, SANTIAGO GARCÍA-TORNEL FLORENSA

Pediatras. Hospital Sant Joan de Déu. Servicio de Pediatría. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

La atopía es un trastorno hereditario que predispone a padecer una serie de enfermedades y el eccema es la manifestación cutánea (dermatitis atópica) crónica y recurrente como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados (alimentos, neumoalérgenos, proteínas bacterianas), en niños genéticamente predispuestos.

La prevalencia de la dermatitis atópica (DA) varía de unas zonas geográficas a otras y en general es mayor cuanto más al norte de un país y cuanto más alto es su nivel de desarrollo industrial. Las lesiones eczematosas 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. 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 los primeros 6 meses de vida, 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 tienen antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas.

SÍNTOMAS CLÍNICOS

Las manifestaciones clínicas típicas de la DA se dividen en tres etapas, que suelen diferenciarse en lactante, infantil y del adulto. Junto a ellas se encuentran otras, con frecuencia llamadas atípicas, a pesar de que muchas, como la xerosis, son muy constantes. Además, diversas enfermedades cutáneas y extra-cutáneas se asocian de forma significativa a la DA.

MANIFESTACIONES TÍPICAS

La DA puede iniciarse y finalizar a cualquier edad y se desarrolla de forma continuada o con periodos intermedios (brotes) con manifestaciones cutáneas variables o bien desaparecen partir de cualquiera de ellos. Las lesiones elementales de la DA son:

- **Eccema:** zonas de eritema edema, vesiculación, exudación y costras.
- **Prurigo:** pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, que desaparece rápidamente con el rascado, siendo substituida por una pequeña costra.
- **Liquenificación:** 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.

Dermatitis atópica del lactante

Suele empezar hacia los 5 meses de vida, pero puede hacerlo antes. Algunos niños tienen, además, lesiones de eccema seborreico, que de forma gradual va adquiriendo el aspecto del eccema o DA característicos. La localización más habitual es en la cara, pero suele respetar las zonas alrededor de los ojos, la nariz y la boca. Son también frecuentes las lesiones en el cuero cabelludo, las orejas, el dorso de las manos y las zonas de extensión de las extremidades. Suelen ser pápulas o placas eritematosas y edematosas, muchas veces con erosiones, exudación y costras. Es muy raro que se aprecien las vesículas características del eccema. El prurito es un síntoma constante y el área del pañal no suele verse afectada. Cuando se generaliza puede dar lugar a eritrodermia (fig. 1).

CASO CLÍNICO

Niño de 5 años y medio que consulta por presentar lesiones eczematosas (dermatitis) muy pruriginosas localizadas en los pliegues antecubitales y poplíteos de larga evolución. En la cara, las manifestaciones predominan a nivel palpebral, con conjuntivitis frecuentes que la familia atribuye al rascado, y en zona peribucal.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre afecto de rinitis alérgica con estudio positivo a polen de olivo. Su madre no tolera los frutos secos, aunque prescindió de ellos sin efectuar estudio alérgico.

ANTECEDENTES PERSONALES

Desde los 8 meses, presenta piel muy seca con brotes intermitentes de dermatosis pruriginosa en mejillas, muslos y en pezón izquierdo.

Ha presentado 5 episodios de sibilantes coincidiendo con episodios catarrales febriles y presenta una rinitis perenne, sin requerir ingresos. No tolera el melocotón, ante cuyo contacto reacciona con edema labial y en mejillas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En el momento de la visita, correcto desarrollo pondoestatural. Peso: 29 kg. Talla: 131 cm. Palidez facial, ojeroso, pliegue infraorbitario. Piel muy seca, con dermatitis en párpados superiores, áreas de liquenificación en pliegues antecubitales y poplíteos. Lesiones de rascado. Valoración del índice SCORAD: 20 (grado de DA leve).

Exámenes complementarios: hemograma normal. Ig E: 682 Ku/l. Phadiatop: positivo. Espirometría forzada: normal. Test de broncodilatación con salbutamol negativo.

EVOLUCIÓN

Ante el diagnóstico de DA 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 tópica. Se remite al alergólogo para estudio etiológico de la rinitis y DA.



1. Afectación de flexuras en dermatitis atópica del niño.
2. Afectación en el lactante.
3. Lesiones de rascado y afectación de flexuras.

Dermatitis atópica infantil

Este período suele considerarse con un inicio hacia los dos años y un final entre los siete años y la pubertad. Las manifestaciones cutáneas pueden comenzar en esta fase o reanudarse tras un intervalo libre de hasta 2 o 3 años. Afectan a los pliegues antecubitales y poplíteos con gran prurito y rascado (figs. 2 y 3), facilitando la sobreinfección bacteriana (impétigo), vírica (molusco contagioso) 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. El niño puede parecer muy pálido y ojeroso.

Dermatitis atópica del adulto

A partir de la pubertad las lesiones típicas de la DA son las placas de liquenificación o liquen simple crónico, consistentes en un engrosamiento de la piel, con aumento de su reticulado normal. Son consecuencia del rascado crónico y es muy frecuente que sobre ellas aparezcan excoriaciones. Se producen sobre todo en la nuca, el dorso de las manos y los pies, la cara de flexión de las muñecas y las zonas de extensión de las piernas. Muy a menudo coexisten con lesiones de dermatitis en los pliegues semejantes a las del período infantil y a veces con lesiones similares a las de los lactantes.

MANIFESTACIONES ATÍPICAS

Piel seca

La piel seca o xerosis es un hallazgo casi constante en los pacientes con DA de todas las edades. Se debe a un trastorno de la composición de lípidos que origina un aspecto de sequedad, cuarteamiento y descamación fina. Sobre todo en los niños mayores y los adolescentes, suele acompañarse de hiperqueratosis en la desembocadura de los folículos pilosos (hiperqueratosis folicular), que es más intensa en los brazos y los muslos. La xerosis causa también el pliegue o línea de Dennie-Morgan, un pliegue doble y a veces varios paralelos al pliegue palpebral inferior.

Pitiriasis alba

La mayoría de los casos ocurren en la edad escolar. Son manchas blanquecinas, con una fina descamación, en general redondeadas u ovaladas y de varios centímetros de diámetro. No producen picor y predominan en la cara y las extremidades superiores. En ocasiones son precedidas por lesiones ecematosas, pero muchas veces se desarrollan sobre piel aparentemente sana. Esta manifestación es más evidente en pieles oscuras y raza negra.

Dermatitis plantar juvenil

Suele presentarse entre los tres años y la pubertad y es favorecida por el uso continuado de calzado deportivo. En la mayoría de los pacientes se limita al tercio distal de las plantas y la cara

GRUPOS DE CORTICOIDES TÓPICOS

GRUPO I. POTENCIA BAJA

- Hidrocortisona 0,5-1%
- Hidrocortisona aceponato 1-2,5%

GRUPO II. POTENCIA MODERADA

- Fluocortina ester butílico 0,75%
- Hidrocortisona butirato propionato 0,1%

GRUPO III. POTENCIA ALTA

- Acetónido de fluocinolona 1%
- Acetónido de flucorolona 0,002%
- Dipropionato de beclometasona 0,025%
- Dipropionato de betametasona 0,05%
- Metilprednisolona aceponato 0,1%
- Mometasona fluorato 0,1%
- Prednicarato 0,25%
- Valerato de betametasona 0,1%

CLASE D. POTENCIA MUY ALTA

- Propionato de clobetasol 0,5%
- Valerato de diflucortolona 0,3%

plantar de los dedos, donde se aprecia eritema y un aspecto brillante y apergaminado, no exudativo. Puede haber fisuración.

Otras

Otras manifestaciones menos frecuentes son el prurigo atópico, la acrovesiculosis, la eritrodermia, las dermatitis irritativas o enfermedades asociadas (la dermatitis por contacto, la alopecia areata, la ictiosis vulgar, el síndrome de Netherton, el vitíligo, el síndrome nefrótico, el síndrome de Kawasaki, la enteropatía sensible al gluten y diversas enfermedades metabólicas, inmunodeficiencias congénitas y alteraciones cromosómicas).

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

La estimación de la gravedad de los casos de DA se realiza aplicando el índice SCORAD (*Severity Scoring of Atopic Dermatitis*), que 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, se tienen en cuenta los síntomas subjetivos (prurito y pérdida de sueño), valorados por los padres o los niños mayores.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

CRITERIOS MAYORES (DEBE HABER AL MENOS 3 SIGNOS)

- Prurito
- Morfología y distribución típicas
- Liquenificación flexural o linealidad (adultos)
- Afectación facial y de zonas de extensión (niños)
- Dermatitis crónica o con recaídas frecuentes
- Historia familiar y/o personal de atopia (asma, rinitis alérgica)

CRITERIOS MENORES (DEBE HABER AL MENOS 3)

- Xerosis
- Ictiosis/hiperlinealidad palmar/hiperqueratosis folicular
- Reactividad cutánea inmediata positiva
- IgE sérica elevada
- Comienzo precoz
- Tendencias a las infecciones cutáneas (*Staphylococcus* y herpes simples)
- Tendencia a dermatitis inespecífica de manos o pies
- Eccema del pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recurrente
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Cataratas subcapsulares anteriores
- Cerco periorbitario
- Palidez o eritema facial
- Pitiriasis alba
- Pliegues anteriores en el cuello
- Prurito con el sudor
- Intolerancia a la lana o los solventes lipídicos
- Intolerancia alimentaria
- Curso fluido por factores emocionales y ambientales
- Dermografismo blanco

Según la puntuación obtenida, se han establecido tres grados:

- DA leve: puntuación de 0 a 25.
- DA moderada: puntuación de 25 a 50.
- DA grave: puntuación mayor de 50.

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

Hay trastornos dermatológicos que entran en el diagnóstico diferencial como la dermatitis seborreica (frecuente en el lactante, con localización en el cuero cabelludo –llamada «costra láctea»–, cejas, pliegues inguinales y área del pañal), dermatitis de contacto, sarna (escabiosis), dermatitis herpetiforme, dermatitis alérgica de contacto y psoriasis.

TRATAMIENTO: MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS PERMANENTES

Antes de iniciar el tratamiento es esencial explicar con detalle a los padres y a los niños mayores que se trata de una enfermedad crónica inflamatoria, que va a mejorar con la edad, así como qué pronóstico tiene, qué puede esperarse del tratamiento y recalcar la importancia de los cuidados diarios. La estrategia terapéutica va dirigida al brote de DA y al intervalo libre. Deben evitarse todas las circunstancias que provocan prurito, como la sequedad ambiental, el calor excesivo en casa especialmente el dormitorio y el producido por aire caliente. La ropa en contacto con la piel debe ser de algodón, amplia y blanca, y conviene evitar la lana y las fibras sintéticas. Hay que quitar las etiquetas interiores de la ropa. Ésta debe lavarse con un detergente suave, sin lejía ni suavizante. Debe aclararse con agua abundante. Si bien el exceso de agua y jabón es perjudicial, también lo es la falta de higiene. La ducha o el baño con sustancias coloidales, agua no excesivamente caliente y un gel de pH ácido sin detergente deben ser diarios. A continuación se aplicará una crema emoliente en todo el cuerpo, y se repetirá su aplicación en otros momentos del día en las zonas de piel seca. No hay que frotar con esponja. Hay que secar la piel con toques suaves, sin frotar. Los baños de mar, evitando la exposición prolongada al sol, son recomendables, pero no las piscinas, por los desinfectantes y el cloro que contienen. El rascado agrava las lesiones y las uñas han de mantenerse cortas para dificultarlo.

Las medidas para evitar irritantes incluyen cuidados para disminuir el contacto con la piel de alimentos ácidos (tomate, cítricos, etc.), cambio frecuente de pañales y aclarado cuidadoso de la ropa. Algunos alimentos ricos en histamina, en cantidades considerables y en niños muy sensibles, pueden agravar el prurito (fresas, frutos secos, mariscos, etc.). Igual efecto pueden tener algunos medicamentos liberadores de histamina (ácido acetilsalicílico, codeína) o vasodilatadores.

De forma cuidadosa, hay que eliminar aquellos alimentos que se asocien a los síntomas mediante estudio alergológico y pruebas de provocación/exclusión. No se deben poner en mar-

cha dietas de exclusión de forma empírica. En niños mayores, debe descartarse la sensibilización a neuroalérgenos o epitelios animales a fin de efectuar medidas de evitación.

TRATAMIENTO DE LOS BROTES

Cuando se producen brotes, la actuación debe ir dirigida a:

REDUCIR EL PICOR

Hidroxicina (2 mg/kg/día, fraccionada en tres 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). Si no está disponible hidroxicina, se puede considerar otro antihistamínico.

ELIMINAR LA INFLAMACIÓN

Terapia tópica

• **Corticoides.** Es el tratamiento más eficaz para reducir el picor. La elección del preparado varía en función de la edad, la extensión y la gravedad de las lesiones y de la zona a tratar. Para las lesiones habituales en los niños, los corticoides de potencia baja o media suelen ser suficientes.

En lactantes, para tratar las lesiones situadas en cara, axilas, pliegues, mamas y región genital se recomienda hidrocortisona en crema, dos dosis diarias por ser de perfil de seguridad alto y para evitar efectos indeseados. En lesiones cronicadas en extremidades, se pueden utilizar los de potencia alta en pomada o ungüento. 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. Evitarlos en infecciones virales y utilizarlos con precaución si hay una infección bacteriana, después de iniciar un antibiótico.

• **Inmunomoduladores.** Tacrolimus y pimecrolimus figuran en este grupo, como alternativa a la medicación con corticoides. Tacrolimus es un macrólido producido por el hongo *Streptomyces tsukabaensis*. Es un inmunomodulador eficaz por vía tópica. Está comercializado al 0,03% para niños de 2 a 15 años. Su uso intermitente permite un control efectivo de la enfermedad a largo plazo, y se considera un tratamiento de elección en dermatitis moderada-grave refractaria a otros tratamientos en niños a partir de 2 años y adultos. Requiere dos aplicaciones al día y ha sido aprobado para pacientes con DA moderada-grave. Los datos publicados avalan su seguridad y no produce atrofia cutánea. Pimecrolimus es un inmunomodulador, inhibidor selectivo de las citocinas inflamatorias producido por el *Streptomyces hygroscopicus*. Está indicado para la DA leve-moderada. Su efectividad no disminuye con el tiempo aplicándolo en crema al 1% en dos dosis diarias. Puede utilizarse en lactantes y algunos autores lo recomiendan como tratamiento de primera línea.

Terapia sistémica

Los antihistamínicos orales, especialmente los de primera generación que poseen un efecto sedante, son una medida

GLOSARIO

PHADIATOP INFANT: mezcla equilibrada de neuroalérgenos (ácaros, caspa de gato, caspa de perro, polen de gramíneas, polen de árboles y polen de malezas) y de alérgenos alimentarios (huevo, leche, gamba, cacahuete y soja). Es una técnica de primera elección en la identificación temprana de la sensibilización alérgica en los lactantes y niños con síntomas atópicos (DA, sospecha de sensibilización y/o alergia alimentaria, asma bronquial y rinitis de posible origen alérgico).

XEROSIS: sequedad de la piel de los pacientes atópicos. Es uno de los cambios más frecuentes en estos pacientes.

LIQUENIFICACIÓN: es la consecuencia del rascado repetido causado por el prurito en los pacientes atópicos que provoca engrosamiento de la piel.

PITIRIASIS ALBA: máculas blanquecinas de predominio en cara y extremidades superiores que no suelen provocar prurito. Son más visibles en las pieles oscuras y tras la exposición solar en verano.

QUEILITIS: sequedad intensa en la mucosa labial que provoca descamación peribucal con formación de fisuras.

ICTIOSIS: presencia de piel áspera, escamosa y seca.

coadyuvante de los corticoides tópicos de gran utilidad. Los antibióticos activos frente a *Staphylococcus aureus* pueden ayudar a controlar los brotes agudos, especialmente si hay sobreinfección evidente. Los corticoides orales sólo deben usarse en casos rebeldes a los tratamientos anteriores y durante periodos cortos. Si son necesarios, es preferible el empleo de prednisona o metilprednisolona que dexametasona. Sólo en casos excepcionales es preciso recurrir a otras medidas, como la administración de otros inmunosupresores o inmunomoduladores sistémicos (ciclosporina, metotrexato,

A PARTIR DE LA PUBERTAD LAS LESIONES TÍPICAS DE LA DA SON LAS PLACAS DE LIQUENIFICACIÓN O LIQUEN SIMPLE CRÓNICO, CONSISTENTES EN UN ENGROSAMIENTO DE LA PIEL, CON AUMENTO DE SU RETICULADO NORMAL

azatioprina, tacrolimus, ascomicina, etc.) o a antidepresivos tricíclicos, para controlar el prurito. En niños mayores de 13 años puede valorarse la fotoquimioterapia (PUVA).

Tratamiento de las sobreinfecciones

Se administrarán antibióticos tópicos y/o sistémicos en función de la gravedad y extensión, utilizando tópicamente mupirocina o ácido fusídico. Por vía general, eritromicina, cloxacilina, amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas de primera generación. **of**