

Dermatitis atópica

Fecha del artículo: Junio 2008.

La Dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de la piel recurrente (con periodos de empeoramiento y de mejoría) y caracterizada por lesiones en forma de enrojecimiento, picor intenso y sequedad. Constituye una entidad dermatológica que empieza a preocupar a los padres por que "no desaparece" a pesar del tratamiento establecido por el pediatra.

A lo largo de la Historia ha recibido multitud de nombres: Eczema constitucional, eczema infantil, neurodermitis diseminada de Brocq, eczema flexurante de Hebra, prurigo eczema constitucional, etc.

¿Qué frecuencia tiene en la población?

Aproximadamente 5 de cada 100 niños (1 cada 20) padecen DA, si bien, se ha observado un incremento de esta incidencia probablemente debido a una mayor concentración de sustancias irritantes en el ambiente.

¿Cuál es la causa de la dermatitis atópica?

Se desconoce la verdadera causa de la DA. Se sabe, sin embargo, que la predisposición a padecerla se hereda. La DA puede considerarse como la manifestación en la piel de un trastorno de naturaleza hereditaria y familiar que denominamos **atopia**. Esta es una enfermedad compleja que afecta a distintas partes del organismo: en el *aparato respiratorio* la atopia se manifiesta como asma o como rinoconjuntivitis alérgica (picor en ojos y nariz, lagrimeo y estornudos, especialmente en primavera), en el *aparato digestivo* como alergia (vómitos, diarrea, hemorragias) a una o varias proteínas alimentarias, y en la *piel*, constituyendo la enfermedad que nos ocupa, la DA.

¿Qué es exactamente la atopia? El término de atopia hace referencia a la predisposición que tienen ciertas personas a reaccionar exageradamente

frente a sustancias o estímulos ambientales. Ya hemos dicho que esta reacción exagerada puede tener lugar a cualquier nivel; en la piel la atopia sería responsable de la DA.

¿Esto quiere decir que un sujeto atópico va a padecer todas estas manifestaciones en su vida? No. Puede padecer solo una, algunas o, en el peor de los casos, presentarlas todas. Además, no suelen presentarse a la vez. En los casos en los que vaya a aparecer más de una manifestación la primera en dar la cara suele ser la DA.

¿Qué relación existe entre la DA y la alergia?

De lo comentado anteriormente puede deducirse que la DA está estrechamente vinculada a trastornos alérgicos (asma, rinitis, conjuntivitis estacional). Sin embargo, no todos los médicos e investigadores están de acuerdo en calificarla como una verdadera alergia. El desacuerdo es aún mayor cuando se considera su posible relación con alergia a alimentos.

Recientemente se están aportando pruebas a favor de esta posibilidad en un pequeño número de casos, de modo que la adecuada identificación (difícil) del alimento causante de la "alergia" (si realmente existiera) y la subsiguiente dieta de exclusión podría proporcionar una significativa mejoría del trastorno en tales casos. De aceptar esta posibilidad sería necesario efectuar las investigaciones pertinentes.

¿En qué niños deberían hacerse este tipo de investigaciones?

- ? En aquellos que no mejoran adecuadamente con el tratamiento convencional pasados los primeros años.
- ? Niños que aunque responden al tratamiento convencional, continúan necesitando tratamiento diario después de meses/años.

¿Cuándo comienza a presentarse esta enfermedad?

Suele aparecer dentro del primer año de vida y, más concretamente, a partir de los 2 ó 3 meses.

¿Cómo se manifiesta la dermatitis atópica?

El síntoma fundamental es el picor hasta el punto que su inexistencia descartaría el diagnóstico. Se trata de una sensación exclusivamente de la piel que provoca el deseo irrefrenable de rascarse. En la DA se reconocen dos tipos de prurito (picor): uno provocado por diferentes estímulos que en cualquier persona provocan picor, y otro "especial" del sujeto atópico en el que estímulos que en el resto de las personas se sienten como contacto, él los percibe como picor ("la piel del atópico es una piel que pica"). El picor y el rascado consiguiente es causa de la aparición de nuevas lesiones o del empeoramiento de las ya existentes. Es curioso que hasta que el niño no es capaz de desarrollar un patrón de rascado coordinado (los dos ó tres meses de edad) no se desarrolla la DA.

Las lesiones de la DA varían a lo largo de la edad por lo que pueden distinguirse 3 periodos o fases:

- ? *Fase del lactante.* Se inicia a partir de los tres primeros meses de vida y determina un enrojecimiento "húmedo" de las mejillas y la frente; también se afecta el cuello y la parte superior del tórax. En un 50% de los casos la enfermedad cura por sí sola y desaparece. Cuando esto no sucede se pasa a la siguiente fase.
- ? *Fase infantil.* Si la DA no desaparece en la fase anterior se dice que estamos en esta fase cuando las lesiones persisten pasados los tres años de edad. El enrojecimiento aparece en los pliegues internos del codo (fig 2), rodillas (fig. 3), en las muñecas (fig 2), cuero cabelludo, etc. Debido al intenso picor, el rascado empeora las lesiones dejando una piel dura y seca permanente. La DA puede acabar desapareciendo en esta fase antes de que llegue la adolescencia en un alto porcentaje de los casos (75%).
- ? *Fase del adolescente y del adulto.* Se inicia a partir de los 12-14 años. Puede ser continuación de la fase anterior aunque

puede ser el comienzo de la enfermedad. Las lesiones y su localización son similares a la de la fase infantil. Las áreas de piel dura, consecuencia del rascado pertinaz, se van pigmentando dando, típicamente en el cuello, aspecto de suciedad.

Cualquiera de estas lesiones se presentan en brotes, habiendo épocas de mejoría y otras de empeoramiento. Puede suceder, a veces, que solo haya picor en ausencia de lesiones en la piel.

Otras manifestaciones de la piel pueden también formar parte de la dermatitis atópica: dermatitis plantar juvenil (pies agrietados), pulpitis digital (inflamación del pulpejo de los dedos), eccema dishidrótico (ampollas y enrojecimiento que aparece entre los dedos), queilitis descamativa (irritación de los labios), blefaritis atópica (irritación de los párpados), etc. *Consulte con su pediatra las dudas sobre cada una de estas entidades.*

Por otra parte, hay ciertos rasgos que aparecen más frecuentemente en la DA que en un sujeto normal; son los llamados "Estigmas de la Dermatitis atópica" y, que pueden hacernos sospechar una DA: doble pliegue que aparece en el párpado inferior, lengua geográfica (la superficie de la lengua tiene regiones de aspecto y coloración diferente que parecen dibujar un mapa geográfico), áreas de palidez a modo de círculos en la cara y otras localizaciones (a esto se le llama pitiriasis alba), etc.

¿Hay factores que empeoren una dermatitis atópica?

...es decir, ¿existen factores que precipiten la aparición de un nuevo brote de DA? En efecto. A veces cambios estacionales o ambientales pueden modificar su curso hacia peor o, al contrario, mejorarlo; en algunos casos la mejoría resulta espectacular cuando el niño es separado de su medio ambiente habitual. También los cambios hormonales pueden mejorar o empeorar la situación. El estrés psicológico suele facilitar la aparición de un nuevo brote de DA o agravar uno ya existente.

¿A qué complicaciones puede dar lugar?

Al ser niños con una piel más sensible, existe una mayor predisposición a padecer infecciones

cutáneas por bacterias, virus (sobre todo del tipo Herpes) y hongos.

¿Es preciso realizar estudios en un niño con dermatitis atópica?

No, en la mayor parte de los casos. El diagnóstico lo habrá hecho su pediatra al observar las lesiones. En casos muy contados podrá ser conveniente la realización de pruebas de alergia cutánea o de algún otro tipo de estudio más complejo.

¿Qué pronóstico tiene esta enfermedad?

Es una enfermedad absolutamente benigna aunque, muchas veces, desesperante. Su tendencia natural es a desaparecer con la edad:

- 50% desaparecen tras la primera fase.
- Hasta un 75% curan en la pubertad.

¿Hay alguna manera de conocer si esta enfermedad se va a prolongar durante largo tiempo? No. Sin embargo, se han señalado algunos signos que incrementan la probabilidad de que sea prolongada:

- Alergias alimentarias
- Asociación con rinitis o asma
- Historia familiar de atopia
- Afectación de las manos.

¿Cuál es su tratamiento?

Antes de exponer en que consiste el tratamiento de la DA, conviene dejar claro ciertos puntos:

- Es importantísimo comprender que no existen curas rápidas pues la DA es una enfermedad crónica de la piel para la cual, todavía, no se ha encontrado un tratamiento curativo definitivo. En algunos casos ciertas sustancias pueden ser responsables de la persistencia de una DA por lo que su eliminación sería el objetivo más importante para conseguir una clara mejoría.
- Existe una tendencia de la enfermedad a mejorar con la edad (no siempre) e incluso en muchos casos a desaparecer por sí sola.

Gran parte del esfuerzo terapéutico ha de dirigirse a hidratar la piel por medio de baños y, luego, a retener la hidratación mediante la aplicación de sustancias hidratantes (emolientes) inmediatamente después de salir del baño. Estas sustancias se aplicarán como crema o como ungüentos dependiendo del clima local (húmedo y templado, seco y frío) y del estado de la enfermedad. Los aceites de baño proporcionan cierto beneficio pero no pueden desplazar ni sustituir a los emolientes que se aplican al final del baño. Las lociones siempre son inadecuadas para hidratar la piel seca en los pacientes con DA.

BAÑOS Y HUMIDIFICACIÓN DE LA PIEL

En caso de brote severo, se procederá a duchar (mejor que bañar) al niño una vez cada dos días, y solo con agua templada. Medidas esenciales durante el baño:

- Hay que evitar frotar, rascarse (o permitir que se rasque). Se limitará el uso de jabón o sustancias limpiadoras especiales a las zonas más sucias de la piel tales como las ingles y zona del pañal, las axilas y los espacios interdigitales.
- El secado se hará solo incompletamente y mediante toques o palmeados con la toalla: No frotar.
- Cuando la piel aún se encuentra mojada (dentro de los 3 minutos siguientes al baño) se aplicarán:

§ Cremas o ungüentos de corticoides en las áreas más afectadas (rojas y causantes de picor).

§ Cremas hidratantes en todo el cuerpo.

OTRAS CONSIDERACIONES

La baja humedad ambiental favorece la deshidratación. Por eso, especialmente en invierno y en hogares dotados de calefacción, debe procurarse mantenerla al 50%.

La sudoración profusa provocada por calor ambiental, ejercicio físico o excesivo abrigo, también empeora la situación por lo que éstas

circunstancias deben evitarse en lo posible y razonable (no lo sería prohibir el juego por el temor a que sude).

El estrés emocional también es perjudicial. A veces deben tomarse medidas para reducirlo o evitarlo.

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). Leer con atención la fórmula de las sustancias hidratantes y geles de limpieza corporal por si contienen éstas sustancias.

Si su hijo padece una DA y contrae varicela o una infección por virus herpes (la típica "calentura" que, como una costra, aparece en los labios) corre el riesgo de que las lesiones de la varicela o el herpes sean más extensas e intensas que en los demás niños. Deberá consultar con su pediatra.

TRATAMIENTO MEDICO

- Los corticoides tópicos (medicación antiinflamatoria de aplicación directa sobre la lesión) son esenciales en los brotes.

Dependiendo de la severidad de las lesiones, de la extensión y de la localización se utilizarán preparados más o menos potentes. Especial cuidado en los que se empleen en zonas tan delicadas como la cara. *Consulte con su pediatra las dudas.*

- Los corticoides por vía general (por boca o inyectados) deben evitarse prácticamente en todos los casos. *Consulte con su pediatra las dudas.*

- Para reducir el picor suele recurrirse a los antihistamínicos. Estos no deben usarse nunca como cremas sobre las lesiones pues pueden sensibilizarla y empeorar la situación.

- Los antibióticos pueden ser necesarios en caso de sobreinfección de la piel lo cual no es raro que suceda.

- Nuevos tratamientos: Hace unos años se ha aprobado dos nuevos tratamientos tópicos (Tacrolimus y pimecrolimus) aunque su uso ha quedado restringido a niños mayores de 2 años y siempre bajo prescripción de un facultativo experimentado en su empleo. También se han descrito otras formas de tratamiento no totalmente acreditadas o reservadas para formas especialmente graves y rebeldes: fototerapia o fotoquimioterapia (PUVA, UVA), ciclosporina, interferón, etc. Sólo el especialista podrá informarle acerca de la conveniencia de recurrir a ellos.

Nota importante:

La información ofrecida no sustituirá NUNCA a la consulta médica con su pediatra de confianza. Consulte siempre con él las dudas. Este artículo lo encontrará actualizado en <http://www.aeped.es/infofamilia>. La reproducción parcial o completa del mismo así como su distribución están prohibidas. Para más detalles sobre el uso de esta información consulte los apartados *Avisos legales* y *Advertencias sobre el uso de la información médica* en la página principal de InfoFAMILIA..