

CASO CLÍNICO

Dermatitis atópica en un infante

Atopic dermatitis in a child

MsC. Katerinne Álvarez González, MsC. Amarily Delgado Cruz, MsC. Jorge Augusto Naranjo Ferregut, MsC. Martha María Pérez Martín y MsC. Ana Margarita Valdés del Pino

Policlínico Universitario "Luis Augusto Turcios Lima", Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un infante de 2 años de edad, producto de un parto distóxico por cesárea a las 40 semanas, debido a una desproporción cefalopélvica, alimentado con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, quien fue llevado a consulta por presentar prurito persistente, más exacerbado en las noches y lesiones eritematopapulosas en los pliegues de codos y rodillas, así como en el axilar izquierdo. Según los resultados de los exámenes complementarios, los niveles de inmunoglobulinas E estaban elevados, por lo cual fue medicado con antihistamínicos, esteroides en ciclos cortos (vías tópica y oral), factor de transferencia e inmunomoduladores tópicos; también se le ofrecieron orientaciones higienoambientales y dietéticas. Después de 2 meses de tratamiento mejoró ostensiblemente el cuadro clínico y se mantuvo en seguimiento por su área de salud

Palabras clave: infante, dermatitis atópica, lesión eritematopapulosa.

ABSTRACT

The case report of a 2-year-old child born of a dystocia cesarian section at 40 weeks due to a cephalopelvic disproportion is described, who was exclusively breastfed until 6 months of age and taken to the clinic because of persistent itching, which was exacerbated at night, and erythematous papulous lesions in elbow and knee folds, as well as in the left axilla. According to the results of complementary tests there were high levels of immunoglobulin E, so that he received antihistamines, short-course steroids (topical and oral routes), transfer factor and topical immunomodulators; hygienic, environmental and dietetic guidances were also given. After 2 months of treatment the clinical pattern improved significantly and he was monitored in the health area.

Key words: child, atopic dermatitis, erythematous papulous lesion.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA), es una entidad clínica descrita hace varios siglos. En 1891, Brocq y Jaquet la denominaron neurodermatitis diseminada, pero un año después Besnier la llamó prurigo diatésico. Más tarde (1923) Coca y Cooke sugirieron el término atopía "respuesta fuera de lugar" y en 1933 Hill y Sulzberger la nombran como se conoce actualmente.¹

Es una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica recidivante, que generalmente comienza en la infancia o en la adolescencia y se caracteriza por lesiones de morfología y distribución específica según la edad, relacionada con diferentes factores causales, y se asocia con frecuencia con un aumento de los niveles séricos de inmunoglobulina E (IgE) y antecedentes personales o familiares de atopía, que se traduce como una tendencia genéticamente predisposta para reaccionar a ciertos estímulos ambientales irritantes o alergénicos.²

El asma bronquial, la rinitis alérgica y la dermatitis atópica son enfermedades con una elevada prevalencia en Cuba y el mundo. De hecho, han sido catalogadas como una de las epidemias del siglo XXI.³ Se consideran 3 teorías fundamentales en la patogenia de la dermatitis atópica: la genética, la bioquímica y la inmunológica.⁴

Los pacientes con dermatitis atópica pueden tener signos clínicos típicos, o bien variedades mínimas y localizadas, consideradas estígmas de constitución atópica.⁵

Clásicamente, según la edad del paciente, se divide desde el punto de vista clínico en 3 etapas bien definidas:²

1. Dermatitis atópica del lactante: se inicia a partir de los 3 meses hasta los 2 años y se caracteriza por lesiones localizadas en la cara, especialmente en mejillas, frente, cuero cabelludo, mentón y pabellones auriculares, respetando las zonas centrales; también puede afectar otra regiones, tales como: cuello, tronco, extremidades, pliegues e incluso generalizarse y aparecer lesiones en placas, con eritema, edema, vesículas, costras y exudación.
2. Dermatitis atópica infantil: incluye a los niños de 2-12 años y se caracteriza por afectar el cuello y los pliegues antecubital y poplítico, dado por lesiones eritematoescamosas, vesiculosas, papulosas y predominio de liquenificaciones.
3. Dermatitis atópica de los adolescentes y adultos: se presenta a partir de los 12 años y se caracteriza por lesiones localizadas en párpados, región perioral, nuca, cuello, dorso de manos y pies, pliegues antecubital y poplítico, pezones y genitales, en algunos casos también puede generalizarse, con lesiones eritematoescamosas, liquenificadas, con excoriaciones por rascado.

Teniendo en cuenta lo anterior, los autores decidieron publicar este caso, con vistas a evaluar la eficacia de los tratamientos farmacológico y no farmacológico empleados e impulsar el desarrollo de investigaciones que permitan garantizar medicamentos propios del sistema de salud cubano.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un infante de 2 años de edad, de piel blanca, producto de un parto distóxico por cesárea y peso al nacer de 3 750 gramos, quien se alimentó con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, además de ablactación adecuada según el esquema que establece el Sistema Nacional de Salud Pública, cuyo primer año de vida transcurrió sin afecciones asociadas. A partir de esta edad comenzó a presentar prurito intenso que no se aliviaba con los antihistamínicos habituales y a los 2 años de edad empeoró, pues aparecieron lesiones eritematosas y papulopapulosas en pliegues poplíticos y antecubitales, muy pruriginosas, que le dificultaba conciliar el sueño (figura 1).



Fig. 1. A) Lesiones eritematopapulopapulosas en ambos pliegues poplíticos; B) Lesión eritematosa con bordes elevados y edematosos

- Antecedentes patológicos familiares: madre con asma bronquial

Fue atendido en el Servicio de Alergología e Inmunología donde se le prescribió tratamiento con esteroides tópicos y orales, ketotifeno, ciproheptadina, montelukast y factor de transferencia durante 8 semanas, con los cuales no mejoró, de manera que se le indicaron vacunas antialérgicas y dieta hipoalergénica. Hubo cierta mejoría, pero el cuadro clínico se exacerbó con los cambios climáticos de verano a invierno y comenzó a presentar crisis de asma bronquial.

Posteriormente fue valorado por los integrantes de la Asociación de Alergología de la República Bolivariana de Venezuela, quienes le indicaron el tratamiento siguiente:

- Cuidados generales: cuidados higiénicos de la piel, corte de las uñas, baño con agua tibia y gel de baño avena, no usar jabón, aplicar las cremas emolientes e hidratantes en los primeros 5 minutos después del baño y usar vestuario de algodón preferentemente.
- Antihistamínicos: jarabe de desloratadina (0,5mg/mL), dosis de 2,5 mL (8 ampollas) y jarabe de cetirizina (5mg/5 mL), a razón de 2,5 mL a las 8 de la noche.

- Emolientes e hidratantes: exomega (crema emoliente) aplicar en las lesiones una capa fina al levantarse; ureaderm lactato (emulsión-loción) aplicarla por la tarde-noche, fuera de las crisis, así como pimecrolimus al 1% (crema) en caso de que se sospeche el inicio de la crisis (durante una semana, 2 veces al día).

A los 3 meses de tratamiento se observó una mejoría evidente del cuadro clínico (figura 2).



Fig. 2. Lesiones residuales no pruriginosas en pliegues poplíticos izquierdo y derecho, respectivamente.

COMENTARIOS

No existe tratamiento curativo para la DA y, hasta el momento, no es posible modificar el curso de la enfermedad. Así, el objetivo se centra básicamente en reducir los síntomas, disminuir el número de recurrencias y controlarla a largo plazo.⁶

• Tratamiento según la gravedad

- Formas leves: puede ser suficiente con las medidas generales de aseo e hidratación. En fases de reagudización se empleará un corticoide tópico de potencia baja o media entre 5-10 días.⁶
- Formas moderadas: seguir constantemente las medidas generales. Cuando se presenten reagudizaciones se tratarán con un corticoide tópico de potencia baja, media o alta, según la gravedad, durante períodos breves. Se utilizará un inhibidor de la calcineurina tópico de mantenimiento y se hará hincapié en su uso en brotes leves o moderados o al principio del brote como ahorrador de corticoides; asimismo, se aplicarán antihistamínicos antiH1 por vía oral mientras exista prurito intenso. Los antihistamínicos de primera generación son más eficaces con este propósito. Estos medicamentos no deben emplearse nunca por vía tópica.⁶

- Formas graves: el brote grave aislado de DA debe tratarse inicialmente con corticoides orales y se recomienda disminuir la dosis progresivamente para reducir el riesgo de taquifilaxia. Se administrará prednisona por vía oral y en ciclos cortos, con dosis iniciales de 0,5-1 mg/kg de peso/día y se irá disminuyendo paulatinamente.⁶

Por otra parte, se seguirán las medidas de precaución y, en su caso, se indicará tratamiento complementario para el uso de esteroides sistémicos. Si la enfermedad no se controla con el tratamiento tópico y se requiere emplear corticoides orales, se valorará iniciar terapia con inmunomoduladores, entre los cuales la ciclosporina resulta el más rápido y eficaz. Si la respuesta es escasa o está contraindicada, se analizará si deben incluirse otros inmunosupresores.⁶

Este paciente se medicó con el tratamiento para la forma moderada, a pesar del antecedente de exacerbaciones graves con el uso de esteroides sistémicos.

- Antihistamínicos: la desloratadina es el metabolito activo de la loratadina. Se han realizado varios ensayos clínicos que han demostrado una eficacia superior a la de placebo. Por otra parte, la desloratadina en jarabe (2,5 mg una vez al día), ha resultado eficaz en el tratamiento de la DA y mejora el índice SCORAD.⁶

En concordancia con lo anterior, muestra un buen perfil de tolerabilidad, puesto que no ocasiona somnolencia ni efectos adversos neurológicos o cardiovasculares significativos. Así, la eficacia de la cetirizina frente a otros antihistamínicos para tratar la urticaria y el prurito asociado a distintas entidades cutáneas alérgicas, ha sido probada en diferentes ensayos clínicos.⁷⁻⁹

- Emolientes e hidratantes: se denomina sustancias hidratantes a aquellas que aumentan el contenido en agua de la capa córnea; emolientes, a las que la hacen menos áspera y más flexible, aunque a menudo se emplean ambos términos indistintamente, pues muchos emolientes basan su acción en el aumento del contenido de agua de la epidermis. La aplicación de emolientes forma parte del tratamiento de mantenimiento de la DA, ayudan a mejorar el aspecto de la piel atópica y proporcionan sensación de bienestar al reducir el prurito y facilitar la reepitelización de la piel. Asimismo, poseen cierta actividad antiinflamatoria, disminuyen el riesgo de infección y su uso continuado reduce la necesidad de corticoides tópicos, por lo que forman parte de la mayoría de guías de tratamiento. Se sugiere su aplicación 3 minutos después del baño, con la piel todavía húmeda, tantas veces como sea necesario, aunque se recomienda 2 veces al día como mínimo. Entre estos figuran: exomega, Cetaphil®, nuvo dermo, ictyane, Lactum®, Eucerin®, Ureaderm®, nívea, xeralaude y Topyalise®, entre otros.⁵⁻⁹

- Inmunomoduladores tópicos: los inhibidores tópicos de la calcineurina surgen como alternativa de los corticoides tópicos, como respuesta a la demanda de agentes antiinflamatorios no esteroideos, sin la capacidad atrofogénica de los corticoides. Tacrolimus es un macrólido inmunomodulador que inhibe la fosfatasa calcineurina e impide la activación de linfocitos T, la transcripción de citocinas proinflamatorias y la liberación de mediadores de mastocitos y basófilos en la piel. A nivel sistémico la absorción es mínima y en muchos pacientes está por debajo del límite detectable en suero. El pimecrolimus es un derivado de la ascomicina, con mecanismo de acción similar a tacrolimus, pero con menor absorción sistémica (crema al 1%). Al igual que el tacrolimus, se ha demostrado su eficacia en el control de los síntomas de la DA

leve a moderada en niños y adultos, con mejoría habitualmente en la primera semana. Al igual que el tacrolimus, se considera de primera elección en zonas como cara, cuello o genitales, donde el empleo continuado de corticoides está contraindicado.^{6,10}

En los EE. UU. y Europa, el tacrolimus (0,03%) y el pimecrolimus (1 %) están aprobados para su uso en DA en mayores de 2 años, mientras que el tacrolimus al 0,1% está aprobado solo en adultos; sin embargo, en la práctica clínica se utilizan en ocasiones en lactantes de más de 6 meses que requieren corticoides de manera continuada o bien en zonas complejas como la cara, con muy buena experiencia en cuanto a eficacia y seguridad. Se administran en capa fina 2 veces al día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez de Armas L, Seijas Sende MC, Daniel Simon R, Abreu Daniel A, Martín Díaz ME. Eficacia del Blue-Cap y Viusid en el tratamiento de la dermatitis atópica. Folia Dermatol Cubana.2008 [citado 30 May 2013]; 2(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol2_3_08/fdc06308.htm
2. Díaz Rodríguez A, Fabré Ortiz DE, Coutin Marie G, González Méndez T. La sensibilización a hongos ambientales y su relación con enfermedades atópicas en escolares. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010 [citado 30 May 2013]; 26(4): 647-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400007&lng=es.
3. Conde Saure P, Romero González P, Gómez Jiménez CA, Sánchez Linares V, Dermatitis atópica y oxigenación hiperbárica. Gaceta Médica Espirituana. 2007 [citado 30 May 2013]; 9(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_11/p11.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_11/p11.html)
4. Campollo Rodríguez I, Machado Del Risco E, Limache Yaringaño LM. Eccema del Pezón en un varón: presentación de un caso. AMC. 2011 [citado 13 Jul 2013]; 15(4): 714-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000400009&lng=es.
5. Sendagorta Cudós E, de Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009 [citado 24 Jun 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-7632200900030004&lng=es
6. Madridejos Mora R, Bistuer Mallén C. Nuevos antihistamínicos H1. Boletín de información terapéutica. 2004 [citado 24 Jun 2013]; 16(1). Disponible en: <http://www.cedimcat.info/html/es/dir1516/esbit104.pdf>
7. Balato N, Ayala F, Gaudiello F, Ayala F. Evaluación de la eficacia y seguridad de desloratadina en jarabe en la dermatitis atópica de la infancia. 2004 [citado 24 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.alergomurcia.com/pdf/Dermatitis.pdf>

8. Luelmo J, Peidro M, Revuelta J. Tolerabilidad y efectividad del tratamiento con cetirizina del prurito y la urticaria de tipo alérgico. Piel. 2004; 19(2):83-9.
9. Baselga E. Tratamiento de la dermatitis atópica en la infancia. Actas Dermosifiliogr. 2003 [citado 27 Jun 2013]; 94(6). Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13049817&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=123&accion=L&origen=correo&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=103v94n06a13049817pdf001.pdf

Recibido: 20 de septiembre de 2013.

Aprobado: 29 de septiembre de 2013.

Katerinne Álvarez González. Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima", Máximo Gómez, esquina Gerardo Medina, Pinar del Río, Cuba. Correo electrónico:

katyalv@princesa.pri.sld.cu