



Perfil clínico de los pacientes con dermatitis atópica

Dra. Claudia Almendarez Flores,* Dra. Ileana Jiménez Córdoba,*
Dra. Socorro Orozco Martínez**

RESUMEN

Introducción: La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, como manifestación de una enfermedad alérgica produce una sustancial morbilidad y disfunción individual, lo cual explicaría las estrategias apropiadas en prevención.

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con dermatitis atópica es importante para reconocer el perfil clínico que permita tomar medidas preventivas en nuestra población.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de cohorte. Se revisaron todos los expedientes clínicos de los pacientes con dermatitis atópica desde enero de 1989 a diciembre de 1999 en el Departamento de Alergia del Instituto Nacional de Pediatría. El objetivo principal del estudio fue identificar las características clínicas y epidemiológicas para definir el perfil clínico de pacientes con dermatitis atópica. las variables evaluadas fueron: sexo, edad, procedencia, tiempo de lactancia materna, criterios mayores y menores, localización de la lesión eczematosa, diagnósticos médicos y alérgicos asociados, sensibilización a alérgenos, tratamiento y evolución.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 76 expedientes clínicos con criterios de dermatitis atópica, la edad promedio de diagnóstico fue de 7 años, (rango entre 0.8-14 años) 65.8% (50/76) de los pacientes eran del sexo masculino y 72% (55/76) de los pacientes eran originarios del Distrito Federal y 28% (21/76) de otros estados. 59% de los pacientes tienen el peso y la talla en el percentil 50/50 y los pacientes que se encontraban en el percentil para peso y talla < 3 tenían como diagnósticos asociados (acidosis tubular renal, hipotiroidismo, inmunodeficiencia). La localización más frecuente de la lesión fueron las áreas flexurales, 83% (63/76) tenían pruebas cutáneas positivas por prick, de los cuales 5 eran menores de 1 año. La alergia alimentaria se presentó en 17% de los pacientes y 74% (47/63) se encontraban sensibilizados a Dpt, Df. 28% de los pacientes no recibieron alimentación al seno materno presentando una fuerte asociación con la sensibilización temprana a aeroalérgenos. Los factores exacerbantes más frecuentes fueron: infecciones cutáneas (48%) polvo (23%), alimentos (21%), sudor (8%). 38% de los pacientes presentaban en asociación: asma, y rinitis alérgica. El 98.7% de los casos tenían buena evolución clínica y en 87% de los pacientes utilizan inmunoterapia sin recaídas.

Discusión: El perfil clínico de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría se caracteriza por: ser con mayor frecuencia del sexo masculino, entre 6 y 9 años con un peso y talla en el percentil 50/50, tienen historia familiar positiva de alergia y recibieron por lo menos 3 meses de lactancia materna aumentando su riesgo a sensibilizarse tempranamente a aeroalérgenos y asociados con asma bronquial y rinitis alérgica.

Palabras clave: Dermatitis atópica, perfil clínico.



INTRODUCCIÓN

* Residente de Inmunología y Alergia.

** Médico adscrito del Servicio de Alergia.

**ABSTRACT**

Introduction: Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin condition; is consider like allergic disease and produce a substantial pediatric morbidity and individual dysfunction, making its mechanisms and appropriate target for preventive strategies. Knowing the clinical and epidemiological characteristics of the patients with atopic dermatitis are important in order to recognize a clinical profile who allow to the pediatrician and allergist to take preventive measures in our population.

Methods: This is a retrospective, descriptive cohort study. We revised all clinical records of the patients with criteria of atopic dermatitis since January 1989 to December 1999, in the Allergy Department of the National Institute of Pediatrics in Mexico City. The major objective of this study was identifying the clinical and epidemiological characteristics to define the clinical profile of the patient with atopic dermatitis. The variables studied were: gender, age, family history of allergy, weight and high percentiles, time of breastfeeding, major and minor criteria, anatomic site of the eczema, medical and allergic diagnosis associated with atopic dermatitis sensitization to allergens, treatment and evolution.

Results: We include 76 clinical records of patients with criteria of atopic dermatitis. The average of age was seven years (range 0.8-14 years) 65.8% (50/76) of the patients were male and 72% (55/76) of the patients were from Mexico city and 28% (21/76) from other states. 59% have weight and high in 50/50 percentile diagnosis (Tubular renal acidosis, Hypothyroidism, Immunodeficiency). The more frequent localization of the eczema were flexural areas, 83% (63/76) have prick skin test positive and five were minor to 1 year old. The food allergy was associated in 17% of the patients and 74% (47/63) were sensitized to Dpt, Df. The more frequent exacerbation factors were skin infections (48%) dust (23%) food (21%) sweat (8%). 38% of the patients show asthma and allergic rhinitis associated with atopic dermatitis. 98.7% had a good clinical evolution 87% of the patient with skin prick test use immunotherapy without relapses.

Discussion: The clinical profile of the patients attend in the National Institute of Pediatrics were frequently male gender, between 6 to 9 years with weight ant high in the 50/50 percentile, positive family history of allergy, and received less than 3 months of breastfeeding enhancing the risk of sensitization to aeroallergens and are associated with asthma and allergic rhinitis.

Key words: Clinical profile, atopic dermatitis.

genéticos y ambientales, conlleva a una progresión del desarrollo de dermatitis atópica y alergia alimentaria a la sensibilización a aeroalergenos y el desarrollo de alergia respiratoria.¹

La dermatitis atópica se define como un proceso inflamatorio crónico, recurrente de la piel, caracterizado por la presencia de lesiones eczematosas, pruriginosas y deshidratación de las capas superficiales de la piel.²

Se estima que la prevalencia de dermatitis atópica en la infancia es del 10%.² Los hijos de padres atópicos tienen un 70% de probabilidad de desarrollar una enfermedad alérgica en el transcurso de su vida.³ Los niños que tienen una predisposición genética ante las influencias ambientales provocan como respuesta un estado de sensibilización y en muchos aunque no en todos los individuos sensibilizados la exposición subsecuente provocará la liberación de histamina y de otros mediadores de células cebadas sensibilizadas y producir síntomas clínicos de una reacción alérgica, el conocimiento de estos factores puede contribuir a disminuir el riesgo de desarrollar dermatitis atópica y la progresión al desarrollo de alergia respiratoria.⁴

El conocimiento de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con dermatitis atópica es

importante ya que puede ayudarnos a detectar los "aparentes riesgos" y cómo en un futuro reducirlos o evitarlos para así prevenir el desarrollo de la enfermedad.⁴ La evidencia de que la sensibilización a alimentos en los primeros 6 a 12 meses de vida puede conllevar al desarrollo de sensibilización a pólenes y ácaros en el futuro, ha sido tal vez la característica más importante para detectar grupos de riesgo para el desarrollo natural de la enfermedad alérgica⁴ y no sus antecedentes genéticos o la determinación de los niveles de IgE en el periodo neonatal.¹

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

Existen variaciones regionales en la prevalencia de dermatitis atópica. En la parte Oeste del mundo la prevalencia se ha estimado en un 10 a 20% y en partes como Rusia se ha observado una prevalencia de 4.3%.⁶ El Este de India y Asia son áreas de baja prevalencia a comparación de Inglaterra, el Sur de California en Estados Unidos de Norteamérica.^{1,6}

La enfermedad afecta por igual tanto a hombres como a mujeres, no se han establecido diferencias en



cuanto a la severidad de la enfermedad según la raza, estrato socioeconómico bajo.⁶ Pueden existir variaciones estacionales como ser: exacerbaciones durante el invierno.⁴ Los hijos de padres atópicos tienen un riesgo mayor a desarrollar enfermedad atópica.^{3,4}

La dermatitis atópica y la alergia alimentaria interfieren en la calidad de vida y el desarrollo físico y psicológico de los niños, a pesar de que la dermatitis atópica no es considerada una enfermedad letal, sí es una causa importante de sufrimiento emocional tanto para los niños como para sus padres.⁶

Los pacientes con dermatitis atópica presentan otras enfermedades asociadas; un 69% pueden presentar urticaria a comparación de 41% de los pacientes atópicos sin historia de dermatitis atópica y 25% de los no atópicos.⁷ Así también se ha observado que 50 a 75% de los pacientes que tienen diagnóstico de dermatitis atópica desarrollan rinitis alérgica o asma bronquial posteriormente.⁸

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

Los niños con dermatitis atópica pueden presentar síntomas desde los 2 ó 3 meses de vida, además cursar con exacerbaciones periódicas y remitir en el periodo de adulto. La localización puede cambiar con el crecimiento y desarrollo.²

La cara se observa generalmente más afectada en el lactante, las áreas extensoras se afectan en pacientes a la edad de 10 meses y las áreas flexoras se observan mucho más afectadas a partir de esta edad.^{2,6}

Las lesiones generalmente se observan localizadas en áreas flexoras, fosa antecubital, poplítea, el cuello en niños mayores, adolescentes y la diseminación a otras áreas en casos severos.²

El diagnóstico de dermatitis atópica se realiza con por lo menos 3 de los 4 criterios mayores y 3 de los criterios menores.⁷ Los criterios de dermatitis atópica son los siguientes.

CRITERIOS MAYORES DE DERMATITIS ATÓPICA

1. **Prurito:** Es un síntoma descrito como una sensación desagradable en la piel que provoca una respuesta motora de rascado. Este criterio es sumamente importante para realizar el diagnóstico de dermatitis atópica. Si este criterio no está presente el diagnóstico no puede realizarse.⁷
2. **Historia familiar o personal de atopia:** Este criterio se manifiesta por la característica genética de responder con hiperreactividad inmunológica (producción de IgE) a las proteínas ambientales conocidas como antígenos.⁷ La sensibilización de estos pacientes puede ser confirmada por medio de pruebas cutáneas.⁶ Aunque la historia familiar

de atopia es un pobre predictor de la sensibilización a alergenitos, la enfermedad durante la infancia, en la historia personal que pueda identificar pacientes con historia de alergia alimentaria especialmente a la proteína del huevo puede ayudar a establecer el diagnóstico.⁹

3. **Dermatitis eczematosa crónica recurrente:** El eczema es una respuesta isomórfica al rascado y prurito, y debe presentarse en 3 fases:
 - a) **Agudo:** Se manifiesta por la presencia de eritema, vesículas, o flictenas que al romperse forman costras miceléricas con secreción serosa.⁷
 - b) **Subagudo:** Se manifiesta por la presencia de eritema y pápulas, en este caso no hay formación de flictenas.⁷
 - c) **Crónica:** En esta fase el paciente cursa con eritema, pápulas, liquenificación, costras hemáticas, y descamación.⁷
4. **Morfología típica y distribución:** Los pacientes presentan la distribución de las lesiones en el periodo de lactante principalmente en cara y zonas extensoras y en el periodo de la niñez, adolescentes y adultos en áreas de flexión.^{2,7}

CRITERIOS MENORES DE DERMATITIS ATÓPICA

1. **Xerosis:** La piel de apariencia seca y liquenificada es una característica importante de los pacientes con dermatitis atópica,² además de ser un criterio es una causa importante de la exacerbación de la enfermedad.^{6,9}
2. **Dermatitis en manos y pies:** Se ha reportado que puede ocurrir en el 70% de los pacientes con dermatitis atópica.⁹ La importancia de la dermatitis atópica en manos es que constituye una causa importante de enfermedades laborales.¹⁰
3. **Queilitis:** Se observa frecuentemente la presencia de descamación persistente, espongiosis y edema de labios con eritema que se extiende a la piel adyacente, la queilitis angular generalmente se encuentra asociada a dermatitis atópica facial generalmente asociado a hipersalivación y no a factores de contacto (maquillaje).⁹
4. **Elevación de la IgE sérica:** La elevación de la IgE sérica total y específica es una característica relacionada con la severidad de la enfermedad, 100% de los pacientes con dermatitis atópica severa se encuentran con niveles elevados de IgE sérica mayor de 1000 UI/mL y además 73% de los niños con diagnóstico de dermatitis atópica severa y niveles elevados de IgE total y específica antes de los 2 años permanecerán así hasta los 7 años de edad.^{11,12}
5. **Hipersensibilidad inmediata a pruebas cutáneas:** En estudios multicéntricos se ha podido de-



mostrar que los niños sensibilizados a alimentos antes de los doce meses (principalmente a las proteínas de huevo de gallina) son un marcador importante para el desarrollo de dermatitis atópica y asma en el futuro.¹² Los pacientes con dermatitis atópica tienen una alta reactividad cutánea, presentando pruebas cutáneas positivas hasta en el 85% de los casos.⁷ Así como también se ha determinado que 56% de los pacientes tienen un RAST positivo a aeroalergenos (principalmente dermatofagoides) sólo muestran 24% de positividad en pruebas cutáneas,⁹ lo que hace muy controversial su indicación; sin embargo por este medio se pueden detectar factores exacerbantes que podrían ser eliminados y así disminuir la severidad de la enfermedad.¹³

6. **Palidez facial/líneas de Dennie-Morgan:** Son características del paciente alérgico incluidas dentro de los criterios.
7. **Queratosis pilar, hiperlineriabilidad palmar, ictiosis:**
8. **Eczema del pezón:** Ocurre en un 3-20% de los pacientes con dermatitis atópica.⁷ La piel de la aréola es sumamente sensible, usualmente se presenta en ambas mamas.⁷
9. **Conjuntivitis recurrente y eczema en párpado:** Ha sido reportado en el 8-23% de los pacientes atópicos, con un curso más crónico en los pacientes con dermatitis atópica.⁷ Los pacientes con dermatitis atópica tienen mayor predisposición a desarrollar eczema de contacto, la cual ha sido reportada también a dermatofagoides.⁷ La prueba de esto es que los pacientes presentan prueba de parche positiva a dermatofagoides como causa de dermatitis por contacto crónica en párpados.¹³
10. **Pityriasis alba:** Es reconocida como una descamación fina ligeramente eczematosa caracterizada por la presencia de máculas hipopigmentadas que generalmente se presentan en cara, y que se presentan a una incidencia de 30-40% en pacientes atópicos.⁷
11. **Cataratas subcapsulares anteriores y queratocóno:**
12. **Sensibilidad a factores emocionales:** El estrés emocional puede incrementar significativamente el prurito en los pacientes con dermatitis atópica, sin embargo el mecanismo es poco entendido.²
13. **Intolerancia alimentaria:** La intolerancia alimentaria puede ser una manifestación de alergia alimentaria en niños.⁶ La sensibilización a alimentos en los primeros doce meses de vida puede ser un predictor importante (principalmente la sensibilización a la proteína del huevo de gallina) del desarrollo de enfermedades atópicas y sensibilización a aeroalergenos.¹⁴

De acuerdo con Hansen's el sistema digestivo debe ser considerado un órgano de choque en los primeros meses de vida, todos los niños expuestos a proteínas distintas a la leche materna presentan en un futuro reactividad cutánea a alimentos y la reactividad cutánea en los pacientes con dermatitis atópica puede ser una muestra de la relación existente entre el sistema digestivo y la piel.¹⁵

14. **Prurito al sudor:** Es considerado dentro de los criterios menores, pero es más un factor exacerbante de la enfermedad, el calor, los baños calientes y la actividad prolongada que favorece la sudación agrava el prurito cutáneo.²
15. **Intolerancia a la lana:** La ropa de lana es un factor irritante que contribuye al aumento del prurito en los pacientes con dermatitis atópica.²
16. **Tendencia a infecciones en la piel por estafilococo:** La piel de los pacientes con dermatitis atópica tiene una alta susceptibilidad a la colonización e infección por *Staphylococcus aureus*, los superantígenos derivados del mismo habían sido considerados clásicamente como alérgenos y en la actualidad se ha podido demostrar elevación de IgE específica ante éstos.¹⁶
17. **Dermografismo blanco:** La producción de una línea con un objeto romo en la piel produce eritema, en el paciente con dermatitis atópica se encuentra palidez en lugar de eritema.²

La presentación clínica de los pacientes con dermatitis atópica varía según la edad:

1. **Estadio infantil o del lactante:** A diferencia de la dermatitis seborreica, rara vez se presenta antes de los 2 meses, típicamente se presenta en cráneo, mejillas, y se presentan pápulas, vesículas y sitios de excoiación, las lesiones se localizan a nivel de cuello, tronco, brazos y piernas.²
2. **Estadio de la niñez:** Se localiza en áreas flexurales de codos y rodillas en muñecas, tobillos, alrededor de los lóbulos de las orejas y rara vez ocurre en palmas y plantas.^{2,17}
3. **Estadio adulto:** Generalmente la dermatitis afecta cara y cuello, se presenta en zonas expuestas al aire, hay franca resequedad en la piel y puede presentar eczema irritativo en grandes proporciones.¹⁷

JUSTIFICACIÓN

En vista de que el conocimiento de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con dermatitis atópica de una comunidad es útil para enfocar planes preventivos y terapéuticos, planteamos la necesidad de conocer el perfil clínico de los pacientes con dermatitis atópica que asistieron al INP en los últimos 10 años.

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar las características clínicas y epidemiológicas que definan el perfil clínico de los pacientes con dermatitis atópica que han asistido al INP de enero de 1989 a enero de 1999.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, revisando los expedientes del archivo clínico del INP de pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica, referidos al servicio de consulta externa de alergia de enero de 1989 a diciembre de 1999.

Se incluyen todos aquellos pacientes que cumplan criterios para el diagnóstico de dermatitis atópica. Considerando los criterios planteados por Hanifin y Rajka en 1980. En este grupo de pacientes evaluamos las siguientes variables: Edad, sexo, procedencia, percentiles de peso y talla, criterios mayores, criterios menores, localización de la lesión, evolución, severidad, tiempo de lactancia materna y ablactación, pruebas cutáneas positivas y uso de inmunoterapia, factores exacerbantes identificados, diagnósticos alérgicos y no alérgicos asociados, tratamiento, evolución.

Se excluyeron del estudio los expedientes que no expresaran en su historia clínica o notas evolutivas y los criterios diagnósticos de dermatitis atópica. Los datos clínicos recolectados fueron analizados en Excel 97.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 112 expedientes de los pacientes que asistieron a la consulta externa de alergia de enero de 1989 a diciembre de 1999, de estos pacientes 76 cumplían criterios de inclusión al estudio.

El grupo de pacientes estudiados se encontraba entre las edades de 0.8 a 14 años; la edad promedio de diagnóstico fue de 7 años (*Cuadro I*).

El diagnóstico de dermatitis atópica en nuestra población es más frecuente en el sexo masculino 65.8% (50 pacientes) que en el sexo femenino 34.2% (26 pa-

cientes). De los pacientes estudiados, 55 procedían del Distrito Federal que corresponden al 72% de la población estudiada, 16% (12 pacientes) procedían del Estado de México y 9 (12%) procedían de otros estados.

Tal como podemos observar en la *figura 1*, los pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica se encuentran en un 59% en percentiles de peso y talla, de 50 o más los pacientes que se encuentran en percentiles de peso y talla < 3 cursaban con diagnósticos médicos asociados como acidosis tubular renal (3), hipotiroidismo (2), inmunodeficiencia (1).

En los 76 pacientes incluidos en el estudio, el diagnóstico se realiza sobre la base de 3 criterios mayores: Eczema, dermatitis crónica recurrente, y prurito. La localización más frecuente de las lesiones eczematosas puede observarse en el *cuadro II*. Los antecedentes familiares fueron positivos para enfermedad alérgica en 55 pacientes (72%).

Los pacientes entre 3 y 9 años presentaban las lesiones con mayor frecuencia en áreas de flexión (51.3%).

Los criterios menores que son identificados en la historia clínica, fueron principalmente xerosis 71% (54 pacientes) y liquenificación 39%, luego infecciones por estafilococo en 2 pacientes, queratosis pilar en 3 y dermatografismo blanco en un paciente.

El resto de criterios diagnósticos menores como ser hipersensibilidad a pruebas cutáneas por prick fueron positivas en 63 pacientes (*Figura 2*).

Estos pacientes corresponden al 82.9% y en 13 (17.1%) las pruebas cutáneas fueron negativas.

Aun cuando la positividad en pruebas cutáneas a alimentos se presentó en 11 pacientes (17%) la historia clínica mostraba datos que orientaban a alergia alimentaria e incluso exacerbaban el cuadro clínico, ameritaron tratamiento de dieta de exclusión en 13 pacientes

Cuadro I. Distribución de los pacientes con dermatitis atópica según la edad.

Grupo etáreo	No. pacientes	Porcentaje
< 1 año	8	10.3
1-2 años	18	23.7
3-5 años	16	21.0
6-9 años	25	33.0
>10 años	9	12.0
Total	76	100

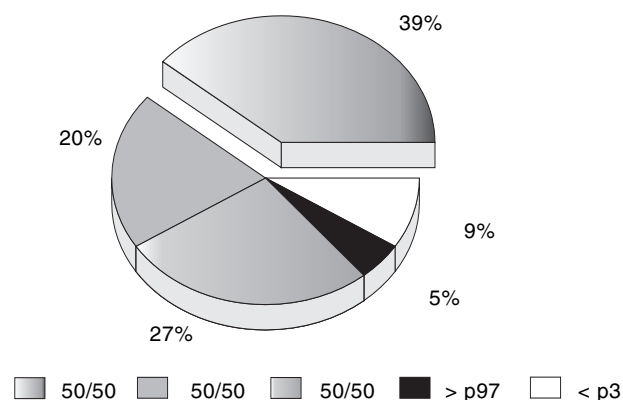


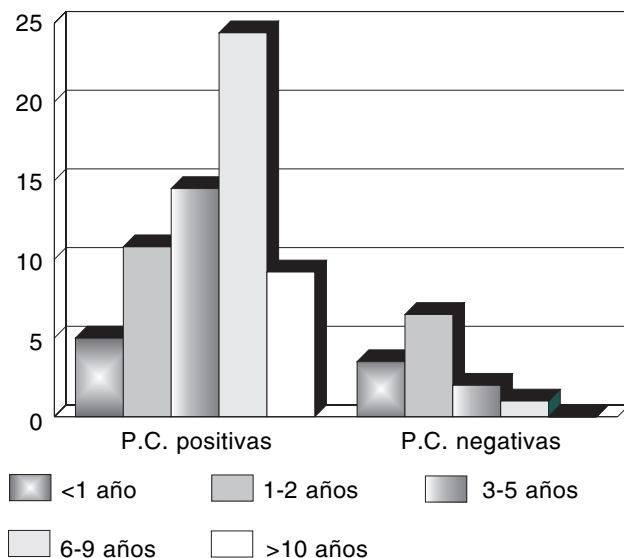
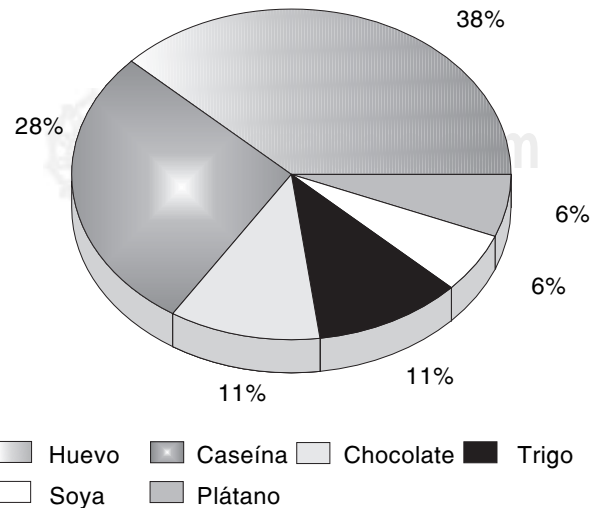
Figura 1. Distribución de pacientes según sus percentilas de peso y talla.

Cuadro II. Distribución de los pacientes según la localización anatómica de la lesión.

Localización anatómica	No. pacientes	Porcentaje
Áreas de flexión	22	29
Áreas de flexión cara y miembros	27	35
Cara	6	8
Zona extensora	3	4
Extremidades y tronco	18	24
Total	76	100

(11 con pruebas cutáneas positivas que corresponde al 85%). Los alimentos que presentaron mayor positividad en pruebas cutáneas por prick fueron: Huevo (7), caseína (5), chocolate (2), trigo (2), soya (1), plátano (1). Cuatro de los 11 pacientes presentaron reactividad cutánea a más de un alimento (Figura 3).

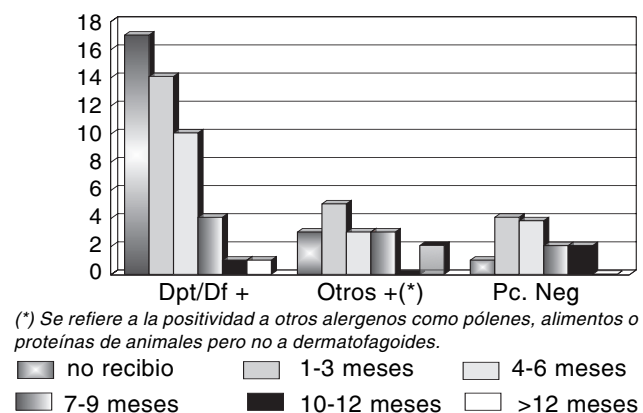
En cuanto a la sensibilización a aeroalergenos demostrada en pruebas cutáneas podemos observar que 26 (41%) pacientes presentaron positividad a diferentes pólenes siendo los más frecuentes *Fraxinus* (7), *Lolium* (7), *Atriplex* (5), *Artemisa* (4). La sensibilización a proteínas de animales domésticos se observó principalmente a gato (7) y perro (2). En cuanto a la sensibilización a hongos demostrada en pruebas cutáneas, los pacientes presentaron mayor reactividad a *Alternaria* (7) y *Aspergillus* (7). De los 63 pacientes que presentaron pruebas cutáneas positivas 47 (62%) presentaron positividad a dermatofagoides y de éstos, 20 eran menores de 5 años (42.5%). De los pacientes menores de 1 año 5 presentaron prue-

**Figura 2. Pruebas cutáneas y grupos etáreos.****Figura 3. Sensibilidad a alimentos en pruebas cutáneas.**

bas cutáneas positivas (62.5%) de los cuales 2 tenían pruebas cutáneas positivas a dermatofagoides (40%) (Figura 4).

En cuanto al tiempo de lactancia materna recibida, como podemos observar en el *cuadro III*, que el 28% de los pacientes no recibieron lactancia materna y el 30% la recibió hasta los 3 meses de edad. El periodo de ablactación promedio fue de 3.4 meses (1 mes-6 meses). De los pacientes que no recibieron lactancia materna se observa que 17 de 21 estaban sensibilizados con pruebas cutáneas positivas 4 + a Dpt y Df únicamente 1 a cucaracha, 1 a alimentos y 2 presentaron pruebas cutáneas negativas, observando que el no recibir lactancia materna aumenta la posibilidad de sensibilizarse a dermatofagoides.

Entre las características laborales más importantes de los pacientes con dermatitis atópica las podemos



(*) Se refiere a la positividad a otros alérgenos como pólenes, alimentos o proteínas de animales pero no a dermatofagoides.

Figura 4. Sensibilización a dermatofagoides y tiempo de lactancia materna.

Cuadro III. Tiempo de lactancia materna.

Tiempo de lactancia materna	No. pacientes	Porcentaje
No recibió lactancia	21	28
1-3 meses	23	30
4-6 meses	17	22
7-9 meses	9	12
10-12 meses	3	4
> 12 meses	3	4
Total	76	100

observar en el *cuadro IV*. Los valores de IgE sérica se encontraron entre 4 y 4,000, aun cuando estos valores dependen de la edad, llama la atención niveles de IgE tan bajos en un paciente con pruebas cutáneas positivas. Los niveles de eosinófilos séricos oscilaron entre 100 y 2,000, con un promedio de 700, los pacientes con más de 2,000, eosinófilos al momento del diagnóstico (6) recibieron tratamiento antiparasitario y en cuentas repetidas presentaron cifras entre 500 y 700 eosinófilos. La citología de moco nasal fue indicada en los pacientes que cursaban con alergia respiratoria concomitante.

El RAST se realizó en 27 pacientes, de los cuales existió correlación con pruebas cutáneas en 1 paciente, la positividad a alimentos fue determinada por RAST en 8 pacientes, de los cuales 6 presentaron RAST clase III ó IV al huevo y la leche. La identificación de factores exacerbantes en la historia clínica y notas evolutivas fue consignada en 65 de los 76 pacientes incluidos. Los factores exacerbantes con mayor frecuencia identificados son: Infecciones en piel 32 (49%), polvo 15 (23%), alimentos 14 (21%), sudación excesiva 5 (7%) (*Figura 5*).

En cuanto a los diagnósticos de enfermedades alérgicas asociadas observamos que el 38% (29) de los pacientes presentaban en asociación rinitis alérgica y asma bronquial de los cuales 24 tuvieron pruebas cutáneas positivas (*Cuadro V*). Además de la alergia respiratoria diagnosticada en estos pacientes, 13 cursaban con alergia alimentaria (17%) y 4 presentaban alergia a la penicilina (5.2%).

En cuanto a los diagnósticos asociados diferentes a enfermedades alérgicas se presentaron en 18 pacientes siendo los siguientes: Acidosis tubular renal (2) aso-

Cuadro IV. Características laboratoriales de los pacientes con dermatitis atópica.

Exámenes laboratorio	Rango	Promedio
Niveles de IgE	4-4000	323.1
Eosinófilos séricos	100-2000	700
Eosinófilos moco nasal	0-3+	1.8 (2+)

Cuadro V. Dermatitis atópica y enfermedades alérgicas asociadas.

Enfermedades alérgicas	No. pacientes	Porcentaje
Dermatitis atópica (DA)	5	6.6
DA + asma bronquial	8	10.4
DA + rinitis alérgica (RA)	21	28
DA + asma bronquial + R.A	29	38
DA + RA + conjuntivitis		
alérgica + asma bronquial	-10	13
DA + urticaria	3	4
Total	76	100%

ciado a percentiles bajos de peso y talla, hipertrofia adenoidea (3), hipotiroidismo (1) asociado a percentiles bajos de peso y talla, deficiencia de subclases de IgG (1) y neumopatías por enfermedad de reflujo gastroesofágico (2) y enfermedad de reflujo gastroesofágico (2). Cuatro pacientes presentaron: inversión del cromosoma 18, bocio difuso, varicocele, hepatitis crónica.

La severidad de la dermatitis atópica sólo fue consignada en 28 expedientes (37%) siendo la dermatitis atópica moderada la que con mayor frecuencia fue identificada (19 pacientes).

Cincuenta y cinco (87%) de los 63 pacientes con pruebas cutáneas positivas recibieron inmunoterapia específica iniciando a dosis de p/v de 1:1000. La vacuna bacteriana fue indicada en 20 pacientes. En ninguno de los expedientes se consignaban reacciones adversas a la inmunoterapia o aumento en la frecuencia de exacerbaciones de lesiones en piel desde su inicio. Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la dermatitis atópica consignados en el expediente consistían en lubricación y cuidados de la piel así como el uso de esteroides (principalmente mometasona tópica 98% de

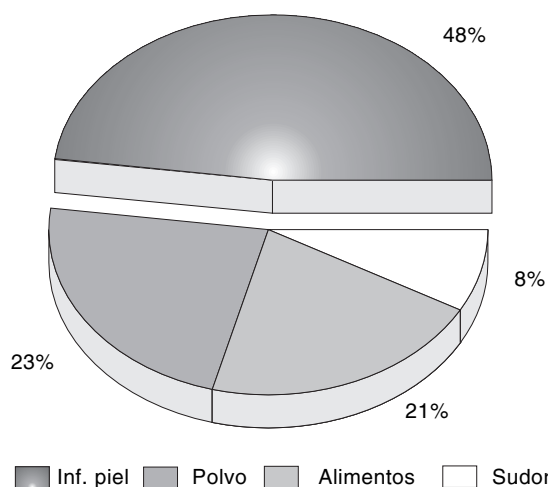


Figura 6. Factores exacerbantes en dermatitis atópica.



los casos) en periodos de exacerbaciones. La evolución en un 98.7% de los casos ha sido buena y sólo un paciente cursa con dermatitis atópica severa y recibe como parte de su tratamiento talidomida con buena evolución.

DISCUSIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel que pertenece al grupo de las enfermedades atópicas y está caracterizada por prurito severo, curso crónico y recurrente, generalmente inicia en el periodo de lactante y su expresión es el resultado de una serie de alteraciones bioquímicas e inmunológicas.¹⁸

En la presente investigación la población objeto de nuestro estudio fue diagnosticada entre los 8 meses y los 14 años, la edad promedio de diagnóstico fueron los 7 años. Aunque se ha descrito que no existen diferencias en cuanto a sexo y raza en pacientes con dermatitis atópica² en nuestra población de estudio se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino (65.8%). Los pacientes con dermatitis atópica que han asistido en los últimos 10 años al Instituto Nacional de Pediatría, el 59% se encontraba en percentilas mayores o iguales de 50 para peso y talla, con lo siguiente no podemos determinar su estado nutricional real ya que una valoración nutricional completa incluye más parámetros que el peso y talla, pero sí es notable que los pacientes que se encuentran en percentilas menores que 3 para peso y talla (9%) cursan con otros trastornos médicos (acidosis tubular renal, hipotiroidismo, inmunodeficiencia), por lo que los pacientes con dermatitis atópica y bajas percentilas en peso y talla deberán considerarse ser estudiados por problemas metabólicos.

La presencia de 3 criterios mayores es el parámetro a utilizar en la consulta externa de alergia para realizar el diagnóstico, los criterios diagnósticos menores como ser xerosis, queratosis pilar, niveles elevados de IgE, reactividad en pruebas cutáneas por prick, fueron consignados en el expediente en términos de apoyo diagnóstico pero no para establecer el mismo.

La localización más frecuente de las lesiones es la de áreas de flexión, esto se correlaciona con la edad promedio de diagnóstico 7 años, lo que corresponde a la literatura con la localización más frecuente a esta edad.

Sampson en 1990 estableció criterios diagnósticos en pediatría que incluían básicamente:

A. Criterios mayores: 1) Historia familiar de atopia, 2) evidencia de dermatitis pruriginosa, 3) dermatitis liquenificada o eczematosa en áreas de extensión o facial.¹⁸

B. Criterios menores: Xerosis, hiperlinereabilidad palmar, 2) fisuras periauriculares, 3) descamación crónica del cráneo, 4) acentuación perifolicular.¹⁸

Sin embargo, los criterios menores por mucho que traten de reducirse en los cuestionarios realizados tanto a padres como a médicos son poco incluidos.¹⁸

La literatura a partir de 1991 según el metaanálisis de Schultz Larsen¹⁹ señala que las características epidemiológicas actuales de la dermatitis atópica son: a) Una incidencia acumulativa elevada a la edad de 7 años,¹⁹ lo cual se correlaciona con nuestra población de estudio. b) Una tasa de prevalencia en la infancia de 10 a 12% con una ligera incidencia mayor en mujeres.¹⁹ En nuestro estudio la dermatitis atópica pura se presentó en el 6.6% con una frecuencia mayor en el sexo masculino. c) Tasa de persistencia después de la pubertad de 10-15% y 10 a 20% de estos niños desarrollan asma en la edad adulta.¹⁹

Los antecedentes familiares que orientan la historia familiar de atopia, son incluidos dentro de los criterios mayores para el diagnóstico de DA, en nuestra población de estudio 72% tenían antecedentes familiares positivos siendo los más importantes: Asma (47%) y 24% tenían antecedentes familiares de DA. En correlación con lo reportado en la literatura.⁹

El 72% de los pacientes de la población de estudio procedían del Distrito Federal, por lo que no podemos hacer comparaciones factibles con los procedentes de otros estados.

Ha sido muy bien demostrado en diversos estudios la importancia de la lactancia materna en la prevención de enfermedades alérgicas.²⁰ En el presente estudio el 28% de los niños no recibieron lactancia materna y 30% la recibieron únicamente por 3 meses aunque no se especifica en los expedientes clínicos por cuánto tiempo fue lactancia exclusiva. En definitiva, los pacientes que se encuentren cursando con eczema atópico y que estén recibiendo lactancia materna, deberá considerarse según el caso si la madre debe realizar dieta de exclusión principalmente de lácteos y mariscos durante este periodo en pacientes de alto riesgo.²⁰

La sensibilización desde edades tempranas puede ser observada en pacientes con dermatitis atópica, en el presente estudio lo podemos observar en los resultados de pruebas cutáneas.

La historia natural de la enfermedad alérgica ha demostrado que los pacientes sensibilizados a alimentos en el periodo de lactantes tienen un riesgo mayor a desarrollar dermatitis atópica y alergia respiratoria.¹ La intolerancia alimentaria es un criterio menor para el diagnóstico de dermatitis atópica.² Los alimentos principalmente la leche y el huevo han sido asociados con la severidad y exacerbaciones de las lesiones eczematosas.¹⁸ En el presente estudio podemos observar que 13 pacientes presentaron datos de alergia alimentaria y de éstos, 11 demostraron mediante pruebas cutáneas sensibilización a alimentos principalmente huevo (38%) y caseína (28%). Existen 3 factores importantes para el desarrollo de alergia alimentaria: la exposición al antígeno, la predisposición genética, y la presencia de factores contribuyentes.²¹ La dermatitis atópica es reconocida como una



manifestación importante de alergia alimentaria.²¹ La historia de sensibilización en pacientes con dermatitis atópica moderada a severa se demuestra hasta en el 33% de los casos.¹¹ En el presente estudio 83% presentaron sensibilidad cutánea de los cuales 62% eran positivos a aeroalergenos, la sensibilización a alimentos no fue una característica predominante en nuestro grupo de estudio, no hubo correlación entre el tiempo de lactancia recibido y la presencia de alergia alimentaria. En cuanto a la sensibilización a aeroalergenos, llama la atención que de 47 pacientes sensibilizados a dermatofagoides 4.2% eran menores de 1 año, y 38% de los niños entre las edades de 6 a 9 años presentaban pruebas cutáneas positivas a ácaros del polvo casero. Lo que se apoya en estudios que han demostrado que la sensibilización a dermatofagoides puede jugar un papel importante en la patogénesis y exacerbación del eczema atópico.²² En el presente estudio existe una correlación importante entre el no recibir lactancia materna y sensibilizarse a dermatofagoides, lo cual es de suma importancia en vista de que en nuestra población de estudio 28% no recibieron lactancia materna y 30% la recibieron únicamente por 3 meses, por lo que a diferencia del resto de estudios publicados^{2,11,18,22} nuestros pacientes desde edades tempranas se encuentran sensibilizados en mayor proporción a aeroalergenos que a alimentos y el no recibir lactancia materna o recibirla por un corto periodo aumentaría el riesgo.

Las infecciones en piel (48%) y el polvo (23%) constituyeron las causas más frecuentes identificadas como exacerbantes de la enfermedad. Es muy bien conocido el rol de las infecciones en piel virales y principalmente las bacterianas (por *Staphylococcus aureus*) contribuyen a la patogénesis de la enfermedad exacerbando el prurito y creando un círculo vicioso en piel aumentando el prurito, rascado, y eczema, pero también se ha conocido que las toxinas del estafilococo pueden despertar una respuesta inmunológica como superantígenos o desarrollando la producción de IgE a las mismas.¹⁶ La presencia de polvo en el hogar ha sido también una causa importante de exacerbación y que puede demostrarse a través de pruebas cutáneas por prick o especiales por parche para dermatofagoides, el posible papel que juega el ácaro del polvo en la exacerbación de la enfermedad.¹³

Las determinaciones de IgE en nuestra población de estudio se encontraron entre 4 y 4000 con un promedio de 323 UI/mL, aunque los valores están relacionados con la edad se encontraron elevados en el 98% de los pacientes.

En cuanto a los diagnósticos asociados de enfermedad alérgica 38% mostraban la tríada de asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica, mostrando la evolución natural de estos pacientes.¹¹ Los diagnósticos de alergia alimentaria (17%) y alergia a medicamentos (5.2%).

La evolución de los pacientes en un 98.2% es catalogada como buena, y en un 87% de los pacientes con pruebas cutáneas positivas reciben inmunoterapia, para valorar su utilidad, muy discutida en pacientes con dermatitis atópica¹⁸ deberán considerarse estudios posteriores. Únicamente un paciente utilizaba terapia alternativa con talidomida, desde hace 6 meses y aún ha cursado con exacerbaciones.

En el presente estudio podemos concluir que los pacientes con dermatitis atópica que asisten al Instituto Nacional de Pediatría se caracterizan por: proceder del D.F., ser con mayor frecuencia del sexo masculino y entre 6 y 9 años de edad, con un peso y talla en el percentil 50 para su edad, antecedentes familiares de asma o dermatitis atópica, recibir menos de 3 meses de lactancia materna, presentar lesiones eczematosas en áreas de flexión (en clasificación de severidad: moderada), estar sensibilizados a dermatofagoides y asociarse a rinitis alérgica y asma bronquial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zeiguer RS, Heller S. The development and prediction of atopy in high-risk children: follow-up at age seven years in prospective randomized study of combined maternal and infant food allergen avoidance. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 95: 1179-90.
2. Woodmansee D, Christiansen S. Atopic dermatitis. *Pediatric Annals* 1998; 27: 11.
3. Solomon R. Prevention of allergic disorders. *Pediatr Rev* 1994; 15: 301-9.
4. Hide DW. Early intervention for the prevention of atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol* 1997; 87: 4-10.
5. Cantani A, Gagliesi D. Prediction and prevention of atopic disease in at risk children. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 1998; 2: 115-25.
6. Resano A, Crespo E, Fernanadez BM, Sanz ML, Oehling A. Atopic dermatitis and food allergy. *J Invest Clin Immunol* 1998; 8: 271-6.
7. Beltrani V. Atopic dermatitis-Allergic or non- Allergic syllabus Allergic Asthma & Immunology. *ACAAI*. Philadelphia 1998; 6-11.
8. Schafer T, Heinrich J, Wjst M, Adam H, Ring J, Wichmann HE. Association between severity of atopic eczema and degree of sensitization to aeroallergens in schoolchildren. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104: 1280-4.
9. Kuling M, Bergmann R, Niggemann B, Burrow G, Wahn U. Prediction of sensitization to inhalant allergens in childhood: evaluating family history, atopic dermatitis and sensitization to food allergens. The MAS study group. multicentre allergy study. *Clin Exp Allergy* 1998; 28: 1397-403.
10. Sutthipisal N, Mcfadden JP, Cronin E. Sensitization in atopic and non atopic Hairdressers with hand eczema. *Contact Dermatitis* 1993; 29: 206-9.
11. Gullet G, Guillet MH. Natural history of sensitizations in atopic dermatitis. A 3-year follow up in 250 children: food allergy and high risk of respiratory symptoms. *Arch Dermatol* 1992; 128: 187-92.
12. Etac (Early Treatment of the Atopic Child) a multicentre European Study. Determinants of total and specific IgE in infants with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 101(1Pt 1): 84-9.



13. Gutgesell C, Seubert A, Jughans V, Neumann C., Inverse correlation of domestic exposure to *Dermatophagoides pteronyssinus* antigen patch test reactivity in patients with atopic Dermatitis. *Clin Exp Allergy* 1998; 28: 965-70.
14. Nickel R, Kulling M, Fodter J, Bergmann R, Bauer CP, Lau S, Guggenmoos-Holzmann I, Wahn U. Sensitization to hen's egg at age of twelve is predictive for allergic sensitization to common indoor and outdoor allergens at age of three years. *Acta Paediatr* 1997; 86: 1188-94.
15. Oehling A, Fernandez M, Cordoba H, Sanz ML. Skin manifestations and immunological parameters in childhood food Allergy. *J Investig Allergol Clin Immunol* 1997; 7: 98-102.
16. Bunikowski R, Mielke M, Skarabis H, Herz U, Bergmann RL, Wahn U. Prevalence and role of serum IgE antibodies to *Staphylococcus aureus*-Derived superantigens sea and seb in children with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: 119-24.
17. Niels M, Dahl R, Soren P. *Essential allergy* Clackwell Science. Second Edition Hamilton Canada 1996.
18. Wüthrich B. Clinical aspects, Epidemiology and prognosis of atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology* 1999, 83.
19. Schuftz LF. The epidemiology of atopic dermatitis. In Burr ML ed. *Epidemiology of clinical allergy*. Basel: Karger 1993; 31: 9-28.
20. Isolauri E, Tahvanainen A, Peltola T, Arvola T. Breast-feeding of allergic infants. *J Pediatr* 1999; 134: 27-31.
21. Vandenplas Y. Pathogenesis of food allergy in infants. *Curr Opin Pediatr* 1993; 5: 567-72.
22. Scalabrin DM, Bavbeck S, Perzanowoski MS, Wilson BB, Platts-Mills TA. Use of specific IgE in assessing the relevance of fungal and dust mite allergens to atopic dermatitis: a comparison with asthmatic and non asthmatic control subjects. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104: 1273-9.