



Influencia de la lactancia materna en el desarrollo de la dermatitis atópica en una pareja de gemelas

Mario Magaña García,* Horacio Reyes Vázquez**

RESUMEN

Se presenta el caso de dos hermanas gemelas probablemente univitelinas, alimentadas al seno materno por sólo dos meses y ablactadas al tercer mes. Una de ellas desarrolló dermatitis atópica muy grave y de difícil control. Se hace una revisión sobre el efecto protector que la lactancia materna puede tener sobre esta enfermedad, con particular énfasis en la dieta de restricción que las madres con alto riesgo deben llevar y la necesidad de enriquecer su alimentación con ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga.

Palabras clave: Dermatitis atópica, lactancia materna, gemelos, ácidos grasos poliinsaturados.

ABSTRACT

We present the case of a couple of female twins who were breast fed for only two months, and were wean at age of three months. One of them developed a severe atopic dermatitis. We review the hypothetical protective role that breast feeding may have for atopic dermatitis; with particular strengthen on the restriction diet that mothers with high risk should follow and the need to improve this diet with long chain polyunsaturated fatty acids.

Key words: Atopic dermatitis, breast feeding, polyunsaturated fatty acids, twins.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad propia y casi exclusiva de la niñez, caracterizada por un bajo umbral al prurito y por áreas de dermatitis con localización peculiar; es de etiología desconocida aunque aparentemente multifactorial y probablemente determinada en forma autosómica dominante.^{1,2}

La dermatitis atópica es una de las enfermedades de la piel más frecuentemente observadas en los niños; motivo de consulta muy común, al grado que ocupa el primer lugar con un 12.9% en nuestra institución.¹

La lactancia materna se ha invocado como un factor de prevención en el desarrollo de la dermatitis atópica; sin embargo, ha sido motivo de controversia el demostrar si realmente protege, conociéndose hoy en día que

para lograr este efecto protector no sólo se trata de recomendar la lactancia con seno materno, sino también el desarrollar cuidados específicos en la dieta de la madre durante el embarazo y la lactancia.^{3,4}

Este es el informe de dos pacientes niñas, gemelas, que fueron alimentadas al seno materno y en una de ellas se desarrolló una dermatitis atópica muy grave.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 14 años de edad, sin antecedentes hereditarios de importancia; excepto que es hermana gemela del caso 2.

Como antecedentes personales de importancia cabe señalar que es producto de embarazo gemelar, el primero de una pareja joven sin antecedentes de consanguinidad; sin antecedentes de enfermedades de la piel, rinitis alérgica o asma bronquial.

* Clínica de Dermatología Pediátrica, Servicio de Pediatría del Hospital General de México.

** Clínica Pediátrica Pigüi del Hospital Español.

Fue alimentada al seno materno de manera exclusiva durante los dos primeros meses de vida, época en que inició con leche entera de vaca; fue ablactada al tercer mes.

Inició su padecimiento un año antes de ser estudiada por nosotros, por la aparición de placas eritematovesiculosas y eritematopapulosas, pruriginosas, en los pliegues de flexión de codos y rodillas.

En su primera consulta presentaba un padecimiento que involucraba más del 50% de la superficie corporal: la cara, el cuello, parte alta del tórax en su cara anterior y las cuatro extremidades por todas sus caras. Constituido por placas de dermatitis, con liquenización y huellas de rascado como escoriaciones y costras hemáticas.

Se estableció el diagnóstico de dermatitis atópica y se inició su tratamiento con dicloxacilina 500 mg cada seis horas por 10 días, un antihistamínico (cetirizina) vía oral por la noche y una crema con valerato de betametasona cada 12 horas por cuatro semanas, cuidados generales y lubricación frecuente con inertes.

Un mes más tarde presentó un 50% de mejoría de sus lesiones y se retiró el antihistamínico, la crema con valerato de betametasona a una aplicación cada 24 horas. La paciente continuó su mejoría y abandonó el tratamiento. Dos años más tarde se le localizó y la madre nos informó que su padecimiento recidivó y, por lo mismo, ha consultado en otras tres instituciones sin que se logre la remisión de su padecimiento al momento de escribir este informe.

Caso 2

Mujer de 14 años de edad, hermana gemela del caso 1. Con relación a sus antecedentes de alimentación al seno materno y ablactación fueron iguales a los referidos en el caso de su hermana gemela.

No ha presentado alteraciones dermatológicas en ningún momento y representa el caso control de su hermana gemela.

DISCUSIÓN

La presentación de estos dos casos es motivo para reflexionar sobre el controvertido papel que la lactancia materna pudiera jugar en el desarrollo o protección contra la dermatitis atópica. Pues se trata de dos personas gemelas, fenotípicamente idénticas y que han crecido y sido alimentadas en el mismo ambiente. Pero sólo una de ellas desarrolló la enfermedad.

Conviene señalar que no es la lactancia materna simplemente el factor clave en dicha protección contra

la dermatitis atópica, sino que existen otros aspectos dentro de ella que son muy importantes de conocer; principalmente el tipo de dieta que la madre lleve durante el embarazo y la lactancia, y, por otro lado, la capacidad del niño para obtener e incorporar ácidos grasos esenciales.^{5,6} Hay que recordar que existen estudios publicados en los que se menciona que la lactancia materna no tuvo efecto protector alguno.^{4,7}

La mujer embarazada y que pretende lactar enfrenta dos retos específicos para lograr retardar o eliminar la presentación de la dermatitis atópica en el futuro hijo con alto riesgo: evitar la exposición a alérgenos alimentarios y aumentar el aporte de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga en la dieta.⁸

Se sabe que en los niños que desarrollan dermatitis atópica, existe un metabolismo anormal en la generación de ácidos grasos provenientes del ácido linoleico y una incorporación anormal de dichos ácidos grasos a los tejidos. Además, en diversos estudios se establece que los recién nacidos que más tarde desarrollan dermatitis atópica muestran una disminución del contenido de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga al momento del nacimiento (muestras tomadas de sangre del cordón umbilical), al mes y a los tres meses de vida.⁵

El contenido de ácido linoleico se encuentra en concentraciones similares en la leche, tanto de madres con hijos sanos como de madres con hijos con dermatitis atópica. Lo que se encuentra disminuido en la leche materna que recibieron los niños con dermatitis atópica son los ácidos grasos derivados del ácido linoleico, como son: el ácido dihomogamma-linoleico, el ácido gamma-linoleico y el ácido araquidónico, precursores todos de la síntesis de prostaglandina E.⁹

En el estudio de Businco,¹⁰ se concluye que en los niños con dermatitis atópica existe una relación de ácido linoleico/derivados del ácido linoleico de 11.78; a diferencia de niños sin dermatitis atópica cuya relación es de 9.02, siendo estadísticamente significativa dicha diferencia.

Para evitar que los niños con riesgo de desarrollar dermatitis atópica presenten estas alteraciones en los ácidos grasos, se recomienda suplementar a sus madres con ácidos grasos poliinsaturados durante el embarazo y la lactancia, con el fin de favorecer así un mayor aporte de dichos ácidos grasos en la leche materna.¹¹

En los casos que aquí se comunican, la diferencia en la presentación y no presentación de la dermatitis atópica pudo haber sido condicionada porque en el caso 1 existiera ya una alteración en la síntesis de la delta-6-desaturasa, que es la enzima que desdobra

el ácido linoleico en sus derivados y cuya deficiencia favorece el desarrollo de la dermatitis atópica. En el caso 2 es factible que las concentraciones de esta enzima estuvieran dentro del rango normal, favoreciendo así un adecuado metabolismo de los ácidos grasos, lo que muy probablemente evitó el desarrollo de la dermatitis atópica.^{10,11}

La profilaxis de enfermedades atópicas con leche humana se conoce tradicionalmente como un aspecto fundamental que se inicia *in útero*, a través de los alimentos ingeridos por la madre durante esta etapa. Sin embargo, estudios recientes han fallado en demostrar ventaja alguna de la dieta de supresión durante el embarazo, refiriendo una disminución de la sensibilización *in útero* de sólo el 0.3%. Además, al someter a la madre embarazada a dicha dieta de restricción, el aumento de peso durante el último trimestre del embarazo en algunos casos se vio reducido y lo mismo sucedía con los fetos. Por lo que la supresión de los alimentos alergénicos durante el embarazo actualmente no tiene una base de sustentación sólida.^{9,12}

Dicha profilaxis se puede continuar durante toda la etapa de la lactancia materna. Es por ello que se han diseñado diversos estudios en mujeres cuyos hijos anteriores han cursado con dermatitis atópica y que para una nueva etapa de la lactancia se someten a una dieta de eliminación de aquellos alimentos considerados como altamente alergénicos (leche y sus derivados, pescado, huevo y cacahuates).^{13,14}

En tal estudio se establece que cuando una madre alimenta a su hijo al seno materno sin una dieta de restricción, éste tendrá la misma probabilidad para desarrollar dermatitis atópica que se observa en los niños alimentados con fórmula. A diferencia de las madres que lactan y que llevan a cabo esta dieta de eliminación, en cuyos hijos se observa una disminución estadísticamente significativa en el desarrollo de la dermatitis atópica.¹⁵

Como se puede ver en el *cuadro I*, el riesgo de desarrollar dermatitis atópica se redujo en casi un 50% para los niños que recibieron lactancia mater-

na y cuyas madres siguieron una dieta de restricción con las condiciones descritas en el párrafo anterior.¹⁶

En la hipotética situación de que la madre de los presentes casos hubiera ingerido o llevado a cabo una dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, una lactancia materna más prolongada y libre de los alérgenos alimentarios ya mencionados, hubiera sido posible desarrollar un efecto protector más efectivo en la gemela con dermatitis atópica.

Este breve informe intenta llamar la atención del pediatra hacia el tema de la lactancia materna como un posible factor de protección y de ninguna manera establecer conclusión alguna. Este es un tema muy controvertido, pues no siempre es posible demostrar dicho efecto protector, sobre todo en niños mayores.

Todo pediatra debe conocer la presentación clínica de la dermatitis atópica, pero igualmente importante es conocer su prevención. Para esto, deberá identificar durante el embarazo, el alto riesgo que exista en desarrollar la dermatitis atópica en los futuros niños cuyos padres, hermanos o familiares de primer grado (abuelos y tíos) cursen o hayan cursado con dermatitis atópica y/o presenten una elevación de la IgE en la sangre del cordón umbilical.

Para aquellas madres embarazadas cuya producto corre el riesgo de desarrollar dermatitis atópica, se recomienda que durante todo el periodo de lactancia se lleve a cabo una adecuada dieta de eliminación, y se enriquezca su alimentación con ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (aceite de cártamo, por ejemplo) para contribuir a aminorar dicho riesgo.^{5,6,10,17}

BIBLIOGRAFÍA

1. Magaña GM, Vázquez R, González-Campos N. Dermatología Pediátrica en el Hospital General. Frecuencia de las enfermedades de la piel del niño en 10,000 consultas: 1990-94. *Rev Med Hosp Gral Mex* 1995; 58: 124-130.
2. Magaña GM. *Guía de dermatología pediátrica*. México: Editorial Médica Panamericana/UAM, 1998.
3. Vandenplas Y. Pathogenesis of food allergy in infancy. *Curr Opin Pediatr* 1993; 5: 567-572.
4. Kay J, Gawkrödger DJ, Mortimer MJ, Jaron AG. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 35-39.
5. Galli E, Picardo M, Chini L et al. Analysis of polyunsaturated fatty acids in newborn sera: A screening tool for atopic disease. *Br J Dermatol* 1994; 130: 752-756.
6. Wuthrich B. Atopic dermatitis. *Ther Umsch* 1994; 51: 45-54.
7. Gustafsson D, Lowhagen T, Andersson K. Risk of developing atopic disease after early feeding with cow's milk based formula. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1008-1010.

Cuadro I. Estudio prospectivo de mujeres cuyo hijo previo desarrolló dermatitis atópica.

	<i>Seno materno</i>	<i>Fórmula</i>
Dieta libre	11/36	13/18
Dieta de eliminación	5/35*	12/20

* (p < 0.001) Referencia: 16

8. Aoki T, Kojima M, Adachi J, Okano M. Effect of short term egg exclusion diet on infantile atopic dermatitis and its relation to egg allergy. *Acta Derm Venereol* 1992; 176: 99-102.
9. Melnik BC. Advance for the prevention of atopic diseases. *Monatsschr Kinderheilkd* 1990; 138: 162-166.
10. Businco L, Ioppi M, Morse NL, Nisini R, Wright S. Breast milk for mothers of children with newly developed atopic eczema has low levels of long chain polyunsaturated fatty acids. *J Allergy Clin Immunol* 1993; 91: 1134-1139.
11. Lilja G, Dannaeus A, Fourcard T. Effects of maternal diet during late pregnancy and lactation on the development of atopic diseases in infants of to 18 months of age-*in-vivo* results. *Clin Exp Allergy* 1989; 19: 473-479.
12. Zeiger RS, Heller S, Mellon MH. Effect of combined maternal and infant food-allergen avoidance on development of atopy in early infancy: a randomized study. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 84: 72-89.
13. Hide DW. The clinical expression of allergy in breast feed infants. *Adv Exp Med Biol* 1991; 310: 475-480.
14. Kajosaari M. Atopic prophylaxis in high risk infants. Prospective 5-year follow up study of children with six months exclusive breast feeding and solid food elimination. *Adv Exp Med Biol* 1991; 310: 453-458.
15. Ruiz RG, Kemeny DM, Price JF. Higher risk of infantile atopic dermatitis from maternal atopic than from paternal atopy. *Clin Exp Allergy* 1992; 22: 762-766.
16. Chandra RK, Shakuntla P, Hamed A. Influence of maternal diet during lactation and use of formula feeds on development of atopic eczema in high risk infants. *Br Med J* 1989; 299: 228-230.
17. Zeiger RS. Dietary manipulations in infants and the mothers and the natural course of atopic disease. *Pediatr Allergy Immunol* 1994; 5 (suppl 1): 33-43.

Dirección para correspondencia:

Dr. Mario Magaña García
Viaducto M. Alemán 230 y Minería
11800 México, D.F.
Tel: 5277-1575 - 5277-5752
E-mail: dermatopatologia@hotmail.com