

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **70**
Volume

Número **2**
Number




Marzo-Abril **2003**
March-April

Artículo:




Eccema facial persistente en un lactante

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Eccema facial persistente en un lactante

(Chronic eczema dermatitis in an infant child)

Jorge Arturo Aviña Fierro*

RESUMEN

Caso clínico. Se presenta el caso de un lactante con eccema facial crónico sin respuesta clínica a diferentes tratamientos dermatológicos y se discute la posible causa de la dermatitis. Se hace especial énfasis en la modificación del medio ambiente de la casa para lograr la remisión de la enfermedad. Se menciona que es una enfermedad dermatológica con cuya prevalencia en los lactantes es aproximadamente de 10% y que generalmente se acompaña de una historia personal o familiar de alergia.

Palabras clave: Dermatitis eczematosas.

SUMMARY

Case report. A case of an infant with a chronic facial eczema, whom does not have any clinical dermatological response to different kinds of therapies, is presented. Comments are done about the factors implicated in the disease and the importance of change the child environment as part of the treatment.

Key words: Eczematous dermatitis.

La dermatitis eczematosas es una enfermedad subaguda, con prurito intenso y persistente en un área que cursa con inflamación de la piel;¹ generalmente ocurre en pacientes con historia familiar de procesos alérgicos como rinitis persistente, asma bronquial, fiebre de heno o dermatitis atópica.² Se reporta el caso de un lactante menor con dermatosis eczematosas localizada en cara, presenta una evolución tórpida, a pesar de múltiples tratamientos, que finalmente evolucionó favorablemente al modificarse las condiciones ambientales.

CASO CLÍNICO

Producto de la segunda gestación sin complicaciones prenatales; nació a término, por eutocia, sin complicaciones neonatales. Recibió alimentación al seno materno durante los primeros 4 meses y después un sucedáneo de leche materna. Padres y hermana sanos y sin antecedentes de enfermedades alérgicas.³

Es visto por primera vez a los 6 meses de edad con una dermatosis facial de 4 meses de evolución. A los 2 meses principió con resequedad en ambas mejillas que se manejó con aceite de bebé, jabón de avena y una crema con linimento oleocalcáreo, sin mejoría. Por lo que el médico le recetó ácido fusídico en crema y la madre utilizó, además, remedios caseros con emolientes. En nuevas consultas le prescribieron diferentes esteroides tópicos: (hidrocortisona, betamerasona y mometasona).⁴ Pero con ninguno se obtuvo éxito. Las lesiones consistían en áreas eritematosas congestivas bien delimitadas en ambas mejillas con una zona central exudativa y exulceraciones, costras dérmicas descamadas en pequeñas zonas centrales y algunas partes con aspecto inicial de liquenificación y huellas de reacción inflamatoria dérmica intensa (*Figura 1*). No se encontraron otras zonas de dermatosis evidentes ni manifestaciones alérgicas a otro nivel. Dado que había recibido varios tipos de tratamientos sin resultado alguno, se realizó una historia clínica cuidadosa con la finalidad de determinar la existencia de algún factor ambiental que ocasionara el problema; se encontró que el padre trabaja en un depósito de materiales de construcción, donde tenía contacto con cal, ce-

* Investigador Clínico, Departamento de Pediatría Médica, Hospital General de Zona 14, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadaluajara, Jalisco.

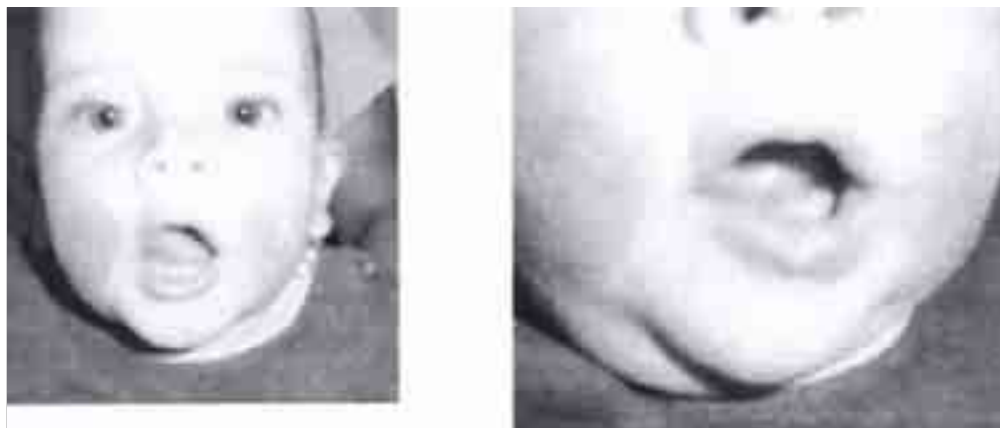


Figura 1. El paciente al iniciar su tratamiento.

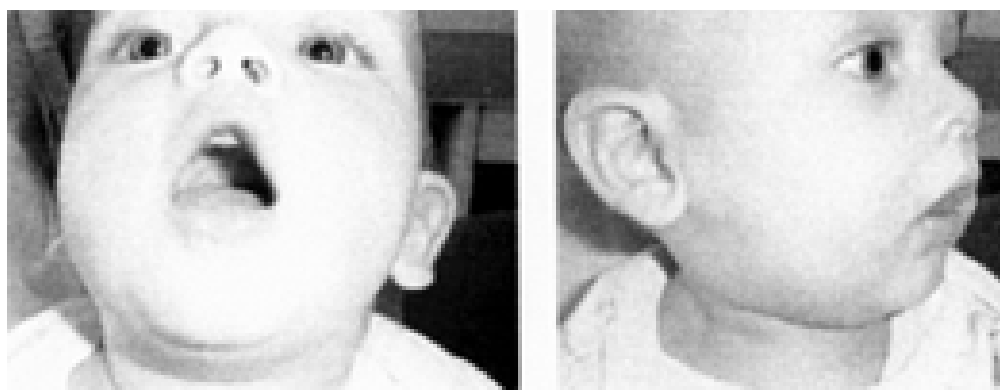


Figura 2. Remisión clínica dos semanas después.



Figura 3. Estado actual al cumplir un año de vida.

mento y otro tipo de sustancias que impregnaban su ropa de trabajo, misma que seguía utilizando en su casa y con la cual tenía contacto, por lo que se concluyó que el niño se exponía a dichos materiales en forma cotidiana.^{5,6}

Se orientó al familiar para cambiarse la ropa del trabajo antes de estar en contacto con el niño, se descontinuaron los medicamentos que el niño recibía y se prescribió la aplicación local de compresas con solución de manzanilla (kamillosan®), tres veces al día y un antihistamínico por vía oral (difenhidramina) a dosis de 4 mg/kg/día, en tres dosis. A la semana de manejo mostró mejoría notable, con disminución muy importante de la reacción inflamatoria, aparición de zonas de piel sana, ausencia de la resequedad dérmica y no se encontraron huellas de rascado (Figura 2). Se retiró el antihistamínico y se continuó con la aplicación tópica del extracto de manzanilla durante dos semanas más, con lo cual el cuadro clínico remitió en forma definitiva (Figura 3).

DISCUSIÓN

Este caso clínico resulta muy interesante, pues pone en evidencia que la realización de un interrogatorio completo orientado y encauzado hacia las posibles etiologías que pueden provocar una dermatosis persistente, resulta más benéfico que el cambio constante de terapéuticas o el incremento de la potencia de las medicaciones der-

matológicas utilizadas, que en este enfermo había influido para prolongar la evolución de la dermatosis, al utilizarse sin haberse eliminado el factor causal que era principalmente el contacto directo con el polvo de cal y cemento, y que al tomarse medidas preventivas la remisión clínica fue espectacular. Se realizó un seguimiento a 4 meses con valoración cada tres semanas, sin que recurriera la dermatosis. Actualmente el paciente ha cumplido un año de edad y ya no ha vuelto a presentar la dermatosis eccematosa que padeció en forma prolongada durante cuatro meses.⁷

Referencias

1. Oranie AP, De Waard FB. Atopic dermatitis: review 2000 to January 2001. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14: 410-13.
2. Greaves DR. Atopic allergy and other hypersensitivities. *Curr Opin Immunol* 1997; 9: 765.
3. Bever PV. Early events in atopy. *Eur J Pediatr* 2002; 161: 542-6.
4. Kapp A, Papp K, Bingham A, Folseter R, Ortonne JP. Long-term management of atopic dermatitis in infants with topical pimecrolimus, a non-steroid anti-inflammatory drug. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110: 277-84.
5. Simons FE. H1-antihistamines in children. *Clin Allergy Immunol* 2002; 17: 437-64.
6. Munday J, Bloomfield R, Goldman M, Robey H, Kitowska GJ. Chlorpheniramine is no more effective than placebo in relieving the symptoms of childhood atopic dermatitis with a nocturnal itching and scratching component. *Dermatology* 2002; 205: 40-5.
7. De Berker D. Atopic eczema and the home environment. *Br J Dermatol* 2002; 147: 393.

Correspondencia:
 Dr. Jorge Arturo Aviña Fierro.
 Alberto Cossío No. 1432
 Huentitán el Alto, 44390
 Guadalajara, Jalisco
 Tel. 36-74-37-01
 E-mail: javina@infosel.net.mx

Alimentación a pecho y disminución del riesgo de obesidad. Se cree que la lactancia natural puede proteger contra la obesidad en un periodo ulterior de la vida, pero no hay pruebas concluyentes sobre las que sustentar esta afirmación. Los autores investigaron esta hipótesis de la asociación entre lactancia materna y menor riesgo de obesidad en una muestra de población de 32,200 niños escoceses de entre 39 y 42 meses de edad en los años 1998 y 1999. La obesidad se definió como un índice de masa corporal situado entre los percentiles 95 y 98 o superior. La prevalencia de la obesidad fue significativamente más baja en los niños criados a pecho, asociación que persistía después del ajuste por nivel socioeconómico, peso al nacer y sexo. Los resultados obtenidos sugieren, por tanto, que la lactancia natural se asocia con una reducción en el riesgo de padecer obesidad. (J. Armstrong y cols., *Lancet* 2002; 359: 2003-2004). Tomado de: *MTA-Pediatría*, Vol. XXIV, N° 1, 2003.