

# Dermatitis atópica en la infancia

## Revisión

En este artículo se revisa la clínica, la evolución, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de una entidad patológica frecuente en la edad pediátrica como es la dermatitis atópica. El farmacéutico puede desempeñar un papel importante en este ámbito, ofreciendo a los padres y cuidadores de los niños afectados un consejo profesional adecuado sobre higiene y cuidados dermatológicos.

**CARLOS MAINOU y ALICIA MAINOU**

Pediatras. EAP Sarriá/Vallvidrera/Las Planas.

**JORDI ARRUFAT**

Médico de familia. EAP Sarriá/Vallvidrera/Las Planas.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel de carácter recurrente. En el transcurso de la historia ha recibido diversos nombres como eccema constitucional, eccema infantil, neurodermitis diseminada de Broco, eccema flexurante de Hebra, prurigo, etc. Aparece en los niños atópicos y se trata de una de las diversas formas de presentación, la mayoría de veces la más precoz, de la alergia. Por tanto, tiene un componente genético. El factor de riesgo más importante es la historia familiar de atopía (asma, rinitis alérgica o dermatitis), y también el ambiente, debido a la fuerte reactividad cutánea del paciente: cualquier forma de contacto agresivo con elementos del medio ambiente (contaminación, pólenes, tratamientos de aguas, etc.) puede inducirla.

La prevalencia de la dermatitis atópica varía de unas zonas geográficas a otras y, en general, es mayor cuanto más al norte se sitúa el área estudiada

## Diagnóstico diferencial

La dermatitis atópica suele confundirse con diversas enfermedades, entre las que destacan:

- **Dermatitis seborreica.** Es de inicio más precoz y suele afectar a las superficies de flexión (cuello, área del pañal). En el cuero cabelludo se denomina costra láctea.
- **Sarna.** Es típica la observación de regueros o surcos y vesículas perladas en las palmas. Es una afección muy pruriginosa.
- **Ptíriasis versicolor (micosis).** A veces de confundirse con la ptíriasis alba pero ésta es rara en la infancia, nunca se localiza en la cara y las lesiones suelen ser muy definidas con un pequeño borde.
- **Psoriasis.** Las lesiones son bien delimitadas en superficies de extensión (codos y rodillas) y nunca hay prurito.
- **Pie de atleta.** Puede confundirse con la acrovesiculosis atópica. Las lesiones, aunque parecidas, son de predominio interdigital (intertrigo).
- **Dermatitis de contacto.** Las lesiones están limitadas al contacto con el alérgeno.



## Antes de iniciar el tratamiento es importante explicar al paciente y a la familia qué es la atopia y la dermatitis, qué pronóstico tiene y qué se puede esperar del tratamiento

y cuanto más alto es su nivel de desarrollo industrial. En un 5-10% de los niños pueden aparecer manifestaciones de esta enfermedad y últimamente se constata un aumento. Cuanto más «artificial» es el medio que nos rodea, mayor reactividad aparece, sobre todo en la parte del cuerpo más expuesta, que es la piel.

Clínicamente, el síntoma fundamental y primero en aparecer es el picor. Esta sensación es típica de los niños con dermatitis atópica (incluso con una piel aparentemente sana) y se exagera por la reacción inflamatoria secundaria a la acción de rascar. Tan importante es este síntoma que su ausencia pone en cuestión el diagnóstico.

### Fases evolutivas

En relación con la edad, se distinguen varias fases evolutivas:

#### Dermatitis del lactante

Se inicia a partir de los tres meses de vida. Afecta fundamentalmente a las superficies de extensión en forma de un enrojecimiento de las mejillas, frente, cuello o parte superior del tórax. En el 50% de los casos se resuelve espontáneamente; de lo contrario, pasa a la siguiente fase.

#### Dermatitis infantil

Se define por dos situaciones: o es la continuación de la dermatitis del lactante hasta al menos los tres años de edad, o es un nuevo inicio a partir de los dos años. Ambas variantes suelen desaparecer antes de llegar a la adolescencia en el 75% de los casos. El enrojecimiento afecta, sobre todo, a las superficies de flexión en codos y rodillas, pero también puede afectar a otras zonas como el cuero cabelludo y las muñecas.

#### Dermatitis del adolescente y del adulto

Se inicia a partir de los 12-14 años, en la pubertad. Igual que la anterior fase,

puede ser una continuidad o un nuevo inicio. Las lesiones típicas se van haciendo más crónicas y secas, predominando la liquenificación sobre la exudación con aumento de la pigmentación (aspecto de suciedad).

### Formas atípicas

La dermatitis atópica puede presentarse en formas atípicas que conviene tener en cuenta:

- **Piel seca o xerosis.** La xerosis es muy frecuente y se debe a un trastorno de la composición de los lípidos de la piel. Se asocia a un aspecto de sequedad, cuarteamiento y descamación fina.
- **Ptíriasis alba o dartros.** Son manchas blanquecinas, despigmentadas, que predominan en la cara y superficie de extensión de los brazos. En verano se hace más aparente por la mayor exposición al sol y el contraste de la piel con la mancha despigmentada.
- **Prurigo atópico.** Son pápulas muy pruriginosas que aparecen sobre todo en la superficie de extensión de las piernas
- **Acrovesiculosis o eccema dishidrótico.** Son lesiones vesiculosas en los dedos de las manos y los pies. Pueden aparecer en palmas y plantas. Evolucionan hacia la formación de costras, exudación, descamación, fisuras y grietas.
- **Dermatitis plantar juvenil.** Aparición de un eritema de aspecto brillante y apergaminado en las plantas y cara plantar de los dedos. Es típico de los jóvenes que continuamente utilizan calzado deportivo. Puede aparecer fisuración.
- **Eritrodermia.** Eritema generalizado con prurito intenso, edema, exudación y descamación. Es la forma más grave de dermatitis atópica.
- **Dermatitis irritativas.** En este grupo se encuadran la queilitis descamativa, la dermatitis perioral por la saliva y algún tipo de dermatitis del pañal.

### Enfermedades asociadas

La dermatitis atópica puede ir asociada a otro tipo de enfermedades, entre las que destacan la dermatitis de contacto, la alopecia areata, la ictiosis vulgar, el vitíligo, el síndrome nefrótico, el síndrome de Kawasaki, la celiaquía y algunas inmunodeficiencias.

### Pronóstico

La duración de la enfermedad está en función de la precocidad de su inicio. El 50% de las dermatitis que comienzan durante la época de lactante suele desaparecer entre el segundo y el tercer año de vida y hasta un 75% lo hace durante la pubertad. Varios factores pueden empeorar su pronóstico: presencia de alergias alimentarias, asociación con rinitis o asma, historia familiar de atopia y afectación de las manos.

### Tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento es importante explicar al paciente y a la familia qué es la atopia y la dermatitis, qué pronóstico tiene y qué se puede esperar del tratamiento. Es importante recalcar que no existen «curas rápidas», ya que es una enfermedad crónica de la piel, para la cual no se ha encontrado un tratamiento definitivo. Además éste es paliativo y no curativo (no se puede actuar sobre el origen del trastorno, sino sobre sus consecuencias). A pesar de este pronóstico algo sombrío, hay unos objetivos terapéuticos que son:

- Reconocer y eliminar la agresividad ambiental (agentes irritantes y alérgicos).
- Reducir la sequedad de la piel.
- Controlar el prurito.
- Tratar la inflamación.
- Tratar la infección.

Para ello cabe instaurar unas pautas terapéuticas y de manejo higienicoambiental.

## Tratamiento ambiental

El tratamiento ambiental se basa en las siguientes medidas:

- Evitar las altas temperaturas. El calor, sobre todo si es seco, es muy mal tolerado.
- Mantener un índice de humedad superior al 50%. Cuidado con las calefacciones de aire caliente.
- Suprimir los posibles agentes irritantes de la piel, en especial el contacto con saliva, orina, heces, colorantes, colonias, perfumes, lana, plástico y fibras sintéticas. Hay que ir con cuidado con ciertas sustancias utilizadas como hidratantes de la piel que contienen irritantes como el ácido láctico, el propilenglicol y la urea (leer con atención la fórmula del producto).
- Evitar el estrés emocional.
- Evitar el consumo excesivo de ciertos alimentos ricos en histamina en niños muy sensibles (fresas, frutos secos y mariscos). Lo mismo se aplica a los medicamentos liberadores de histamina como el ácido acetilsalicílico o la codeína.
- Evitar el exceso de agua (tiempo prolongado en el baño) y los jabones son perjudiciales (eliminan el unto sebáceo, importante protector de la piel). Por otra parte, la falta de higiene es un factor agravante. En consecuencia, lo más aconsejable es la ducha en vez del baño, corta y utilizando jabones de pH ácido.
- Después del baño se aplicará una crema hidratante (emoliente). Suelen ser cremas formuladas con sustancias blandas grasas u oleosas que hidratan y suavizan la piel. Tienen efecto oclusivo y disminuyen la pérdida de agua transepidérmica. Reducen el prurito y la irritación, flexibilizan la piel y favorecen la reepitelización. Entre los emolientes más utilizados se encuentran los aceites vegetales (soja), los ácidos grasos, la lanolina, la vaselina, las parafinas y la silicona. Se aplican después de la ducha una o dos veces al día en forma de lociones, cremas o aceites.

A la hora de recomendar estos productos, es importante tener en cuenta que no hay dos pieles iguales, de ahí que lo que puede ser bueno para un niño no ha de serlo necesariamente para otro. En cualquier caso, en la farmacia hay una oferta suficientemente amplia de cremas hidratantes y emolientes como

para cubrir todo tipo de necesidades y demandas particulares.

## Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico es controlar el prurito, la inflamación y la sobreinfección. Para ello se dispone de:

### Corticoides tópicos

Los corticoides de uso tópico son el tratamiento electivo y más eficaz para el prurito y la inflamación, pero como pueden presentar importantes efectos secundarios es necesario incidir en la necesidad de observar unas normas correctas de utilización:

- Limitar el uso de fluorados (más potentes) y clobetasol a mayores de 12 años.
- En general, es suficiente con dos aplicaciones al día (en los más potentes basta con una), de 3 a 10 días.
- En las zonas de mayor absorción (cuello cabelludo, párpados, axilas y escroto) conviene utilizar corticoides de baja intensidad (hidrocortisona, prednicartrato, mometasona) en forma de crema o loción, bien circunscritos a la lesión y en una capa delgada.
- En las zonas secas, liqueificadas, hay que utilizar un corticoide más potente y en forma de ungüento o pomada.
- Las cremas y lociones son útiles en zonas húmedas extensas y en el cuello cabelludo.
- Siempre comenzar por un corticoide de baja intensidad y si no hay mejoría pasar a uno de mayor potencia durante el mínimo tiempo posible.
- Los corticoides sistémicos (vía oral o parenteral) deben ser evitados en todos los casos.
- Están contraindicados en enfermedades víricas sistémicas con manifestación cutánea (varicela) y locales (verrujas o *molluscum contagiosum*).

### Inmunomoduladores

Los fármacos inmunomoduladores actúan a través de la supresión de la inmunidad dérmica, con lo cual desaparece la respuesta inflamatoria. Se han sintetizado dos en forma tópica: tacrolimus y pimecrolimus. Su uso ha generado múltiples polémicas y finalmente, tras numerosos pronunciamientos de sociedades a favor

y en contra, las recomendaciones han quedado limitadas a casos rebeldes y en tratamientos de corta duración.

### Antihistamínicos

El antihistamínico más utilizado es la hidroxicina 2 mg/kg/día fraccionada en 3 dosis. Por la noche, si el prurito es intenso, se puede añadir una dosis de 1 mg/kg. También se puede utilizar la dexclorfeniramina. Tiene una acción relativa, ya que la causa del prurito en la dermatitis atópica no es la liberación de histamina. A pesar de ello, la sedación secundaria puede ser beneficiosa para el descanso del paciente.

## Tratamiento de la sobreinfección

La dermatitis atópica altera la función de barrera de la piel favoreciendo distintas sobreinfecciones como el impétigo, la aparición de verrugas planas o *molluscum contagiosum* y micosis (candidas). Cada una de ellas tiene un tratamiento específico, tanto tópico como sistémico, en función de la gravedad, que se escapa al objeto de la presente revisión. □

## Bibliografía general

- AEMyPS. Nota informativa. Pimecrolimus y tacrolimus y riesgo tumoral. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Madrid: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Ref. 2005/07. Abril 2005.
- Albisu Y. Dermatología pediátrica. Madrid: Ergon; 2005.
- Ferrando J. Dermatología pediátrica. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. 9.ª ed. Madrid: Ergon; 2006. p. 2144-59.
- Guerra A. Dermatitis atópica. En: Fonseca E. Dermatología Pediátrica. Madrid: Aula Médica; 1999. p. 83-180.
- Harper J, Oranje A, Prose N. Textbook of Pediatric Dermatology. 2.ª ed. London: Blackwell Pub; 2006.
- Stores G, Burrows A, Crawford C. Psychological sleep disturbance in children with atopic dermatitis: a case control study. *Pediatr Dermatol*. 1988;15:324.
- Zambrano A, López Barrantes V, Torrelo A. Atlas de Dermatología Pediátrica. Barcelona: Médica Jims; 2004.

### Bibliografía de consulta a texto completo en [www.doymafarma.com](http://www.doymafarma.com)

- Baselga E. Tratamiento de la dermatitis atópica en la infancia. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:345-55.
- Fonseca E. Inhibidores tópicos de la calcineurina. *Piel*. 2004;19:4-7.