

Dermatitis Atópica



Dra: Patricia Hernández Krauss
Residente de Pediatría 1er año

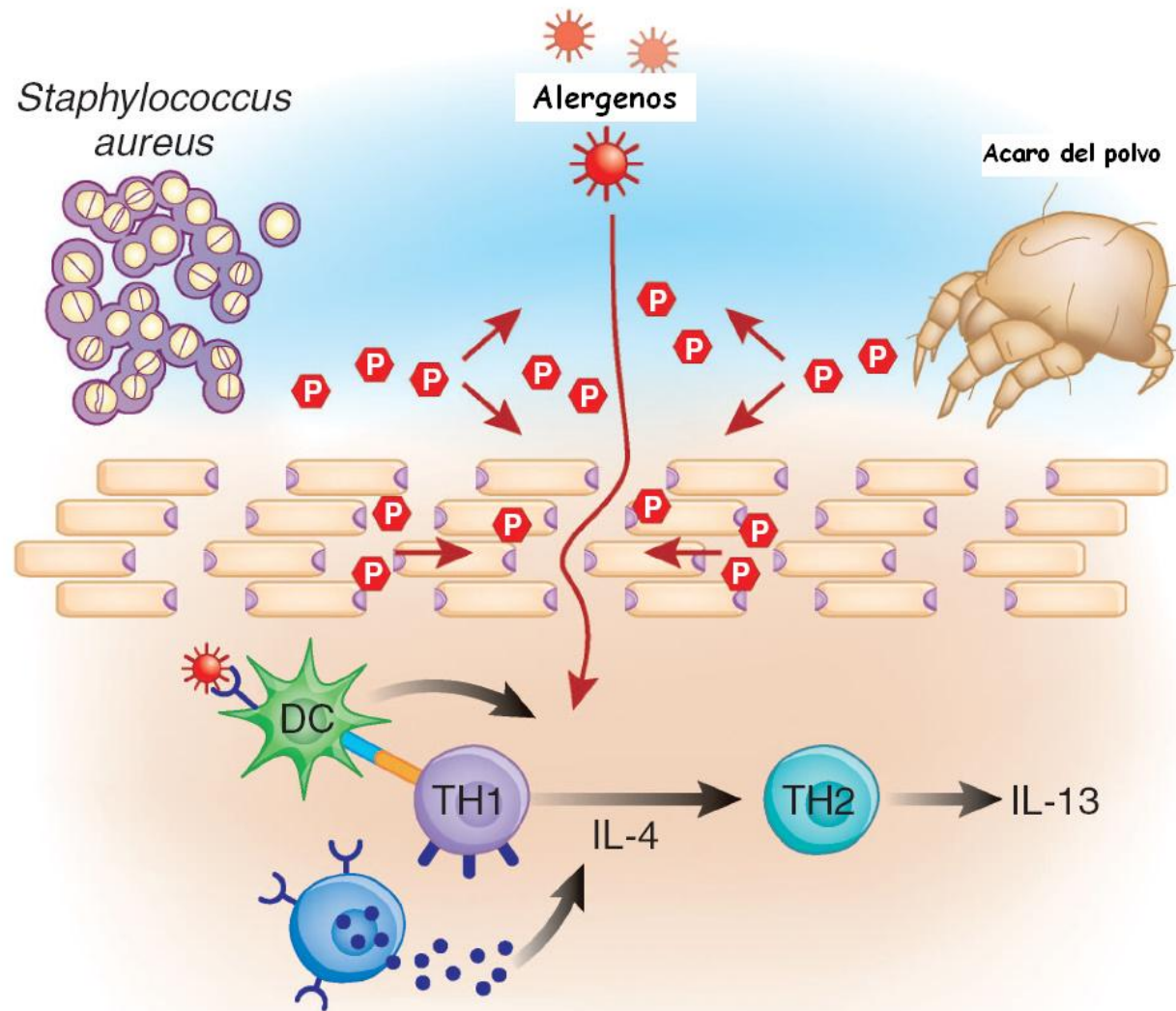
Introducción

- Dermatitis atópica: Enfermedad cutánea inflamatoria crónica más frecuente en la infancia.
- Caracterizada por intenso prurito y piel seca
- Predisposición genética (antecedentes familiares o personales de enfermedad atópica ,asma, rinitis)
- Presenta reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados(alimentos, neumoaergenos, proteínas bacterianas)
- Alteraciones inmunológicas
- Se presenta como eccema y cursa a brotes.
- En la mayoría de los casos aparece antes de los 5 años.
- Disminuye su prevalencia y intensidad con la edad.

Patogenia

- ❖ Disfunción de la barrera cutánea: causa genética mutaciones del gen de la filagrina (ictiosis vulgar), poliformismos en el gen SPINK5, alteraciones en genes que codifican citoquinas Th2.
(pérdida transdérmica de agua, alteración del pH cutáneo)
- ❖ Alteración en la inmunidad innata: Función reducida receptores toll-like (TLR) conduce a la liberación de mediadores inflamatorios
- ❖ Trastorno del sistema inmune adaptado(predominio de células Th2 segregan IL4, Anticuerpos IgE, Fase tardía con respuesta de Th1)

Patogenia



Manifestaciones Clínicas

Sospechar cuando:

- Dermatitis pruriginosa
- Localización característica
- Persistente o recurrente
- Más de seis semanas de evolución



Lesiones elementales en la Dermatitis Atópica

- Eccema: eritema, edema, vesiculación, exudación y costras.
- Prurigo: pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, desaparece con el rascado, sustituida por una pequeña costra.
- Liquenificación: placas mal delimitadas, engrosadas, recorridas por surcos, delimitan áreas romboidales brillantes.

Eccema



Prurigo



Liquenificación



Presentaciones

- Aguda: exudación serosa muy pruriginosa.
- Subaguda: descamativa y con excoriaciones.
- Crónica: engrosamiento de la piel y acentuación de los pliegues.



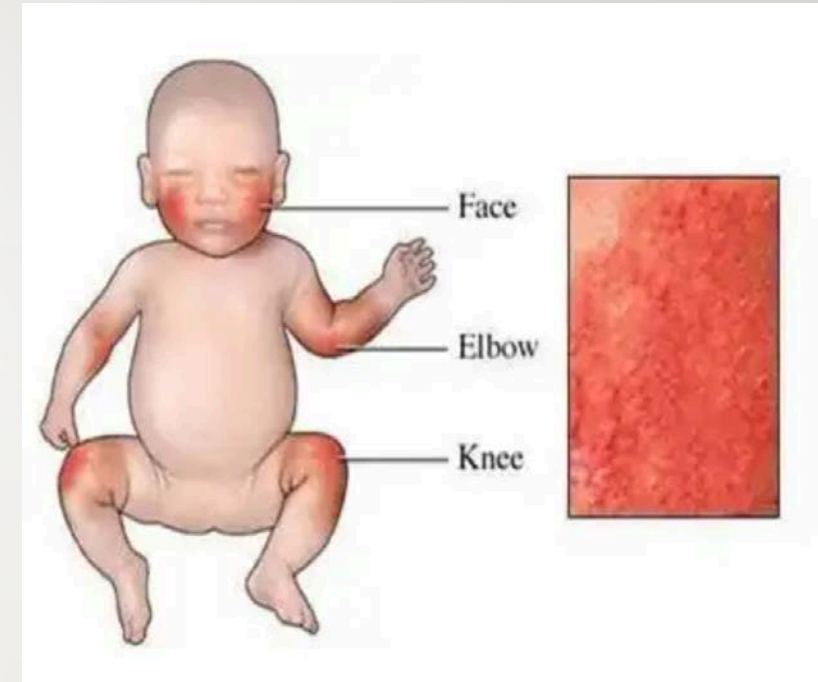
Distribución de las lesiones según edad

Lactantes:

- Comienzan a partir del segundo mes.
- Exantema eritematoso.
- Exudativo que forma costras.

Localización:

- Mejillas, frente y pliegues auriculares, respeta triángulo nasolabial.
- Cuero cabelludo
- Parte anterior del tronco
- Superficies de extensión de las extremidades (simétrico), placas eccematosa



Dermatitis atópica en lactantes



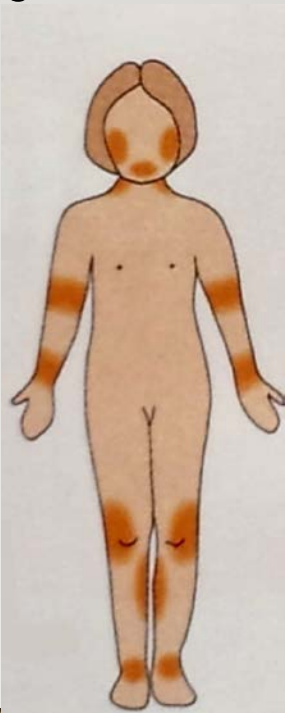
Dermatitis atópica en niños de 2 a 12 años

- Puede comenzar en esta fase o reanudarse tras un intervalo libre de hasta 2 ó 3 años.
- Lesiones más papulosas y menos exudativas.
- Prurito da lugar: liquenificación, sobreinfección bacteriana (impétigo), vírica (moluscum) o fúngica
- Rebrotos: otoño y primavera

Localización:

- Pliegues antecubitales y poplíteos
- Caderas
- Muñecas
- Pliegue auricular

- Párpados
- Región peribucal, queilitis
- Manos, dedos (pulpitis pruriginosa)
- Planta de los pies



Dermatitis atópica en niños de 2 a 12 años

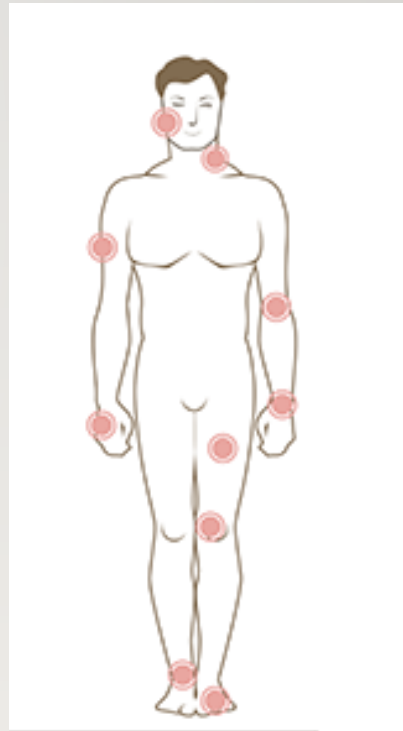


Dermatitis atópica en Adolescentes y Adultos

Predominan las lesiones papulosas y de liquenificación, xerosis.

Localización:

- Grandes pliegues de extremidades.
- Tercio superior de brazos y espalda.
- Dorso de manos y pies y en los dedos.
- Región facial



Dermatitis atópica en Adolescentes y Adultos



Diagnóstico

Tabla I. Criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de dermatitis atópica

Criterios mayores

- Prurito
- Morfología y distribución características:
 - Liquenificación en flexuras en adultos
 - Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes
 - Combinación de estos patrones en niños y adultos
- Carácter crónico y recidivante
- Historia personal o familiar de atopia

Criterios menores

- Xerosis
- Ictiosis/exageración pliegues palmares/queratosis pilar
- Reactividad cutánea inmediata (tipo I) a los test cutáneos
- Elevación de valores séricos de IgE
- Edad precoz de comienzo
- Tendencia a infecciones cutáneas y déficit de la inmunidad celular
- Tendencia a dermatitis inespecíficas de pies y manos
- Eccema de pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recidivante
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Catarata subcapsular anterior
- Ojeras u oscurecimiento periocular
- Palidez facial o eritema en cara
- Pitiriasis alba
- Pliegues en parte anterior del cuello
- Prurito provocado por la sudoración
- Intolerancia a la lana y los solventes de las grasas
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a algunos alimentos
- Evolución influenciada por factores ambientales y emocionales
- Dermografismo blanco

Han de cumplirse tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores

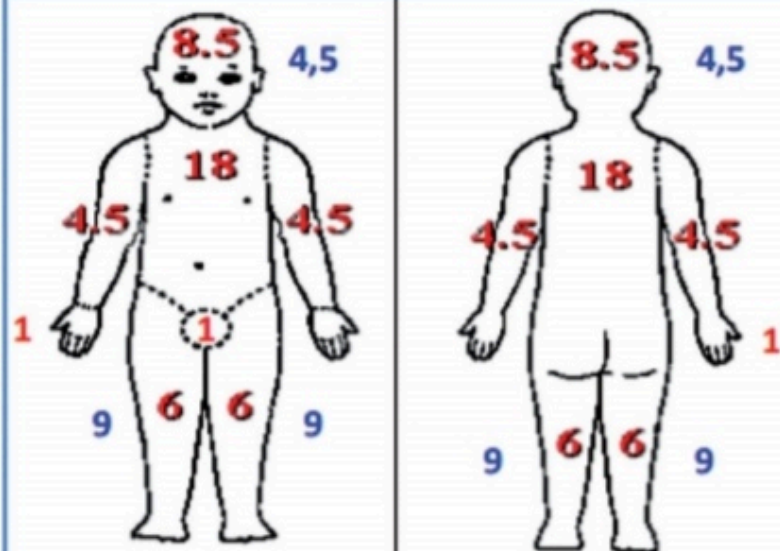
Criterios simplificados para el diagnóstico(Reino Unido)

Debe tener	Lesiones cutáneas pruriginosas, (o referencia paterna de rascado) en los últimos 12 meses
Además, ha de presentar 3 de los siguientes hallazgos	<ul style="list-style-type: none">• Historia de afectación de los pliegues cutáneos: antecubital, huecos poplíteos, cara lateral de tobillos, cuello y zona periorbitaria (pliegue de Dennie Morgan)• Historia personal de asma o rinitis alérgica (o historia de enfermedad atópica en un familiar de primer grado en un paciente <4 años)• Historia de xerosis cutánea generalizada en el último año• Inicio antes de los 2 años de vida (no se utiliza si el niño tiene <4 años)• Dermatitis flexural visible (incluyendo dermatitis de mejillas, frente, cara externa de miembros en <4 años)

Valoración de la gravedad: índice SCORAD

Índice SCORAD

Extensión: Regla de los 9
% de Sup. corporal afectada



Color rojo: <2 años

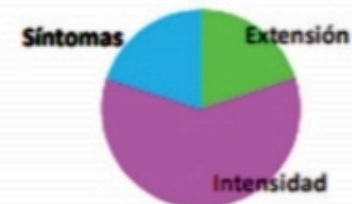
Color azul: ≥2 años

Leve: 0-25

Moderado: 25-50

Grave: > 50

Valor máximo posible: 103



A: Extensión, indicar % superficie afectada

B: Intensidad

C: Síntomas

Prurito y pérdida de sueño

Criterio	Puntos	Promedio del área evaluada
Eritema		0: Ausencia
Pápulas-edema		1: Leve
Exudación, costras		2: Moderado
Excoriación rascado		3: Intenso
Engrosamiento		Se valora la piel no afectada
Sequedad		

Índice SCORAD

$$A/5 + 7B/2 + C$$

Escala VISUAL

Promedio 3 últimos días

Prurito: 0 a 10

Pérdida de sueño: 0 a 10

0

10

Superficie corporal afectada: __ /100

(Las áreas de sequedad sin eritema no se contabilizan. Redondear al valor más próximo múltiplo de 5, excepto si la extensión es inferior al 5 %)

Diagnósticos Diferenciales

- Dermatitis seborreica.
- Dermatitis irritativa de contacto.
- Dermatitis alérgica de contacto.
- Escabiosis.
- Impétigo y síndrome de piel escaldada por estafilococo.
- Infecciones micóticas
- Infecciones virales.
- Ictiosis vulgar.
- Psoriasis.
- Enfermedades metabólicas.
- Inmunodeficiencias.
- Enfermedades malignas.
- Dermatitis herpetiforme

Complicaciones

- Infecciones bacterianas por estafilococo(+ frecuente)
- Eccema herpético (erupción variceliforme de Kaposi) herpes simple + frecuente 3 primeros años.
- Molluscum contagiosum
- Infecciones por dermatofitos (Tiñas)

Tratamiento

- Educación de los pacientes y familias.
- Reducir los síntomas (prurito).
- Prevención y disminución del grado y frecuencia de los brotes.
- Reducir la sequedad cutánea (hidratación adecuada de la piel)
- Tratar la inflamación.
- Tratar la infección
- Mejorar la calidad de vida



Educación al paciente y su familia

1. Temperatura ambiental y humedad ambiental.
2. Exposición solar.
3. Ropa.
4. Alimentos.
5. Vacunas.
6. Higiene.
7. Emolientes (Importantes)
8. Deportes.
9. Identificar y evitar factores desencadenantes.



Tratamiento de los brotes

Controlar el prurito (agrava las lesiones, evitar el ciclo picor-rascado-lesión):

Mantener uñas cortas.

Hidroxicina (2mg /kg/día fraccionado en dos dosis, o una dosis nocturna 1mg/kg/día).

Tratar la Inflamación (corticoides tópicos):

- Lesiones exudativas: se utilizará crema o emulsión (cuero cabelludo).
- Lesiones crónicas o liquenificadas: se emplean pomadas y ungüentos



Corticoides Tópicos

- Lactantes (Cara y axila) corticoides de potencia débil hidrocortisona dos veces al día, menos de 2 semanas
- Lesiones cronificadas en extremidades: corticoides de potencia alta una dosis diaria , capa fina

Efectos secundarios de los corticoides:

- Locales : atrofia cutánea, petequias, estrías atróficas, hipertrichosis, despigmentación o foliculitis.
- Sistémicos: corticoides de alta o muy alta potencia dosis mayores a 20 gr en niños y 10gr en lactantes.

Clasificación potencia corticoides tópicos

1	Baja	<ul style="list-style-type: none">• Hidrocortisona acetato 1-2,5%• Metilprednisolona acetato 0,25%• Dexametasona 0,1-0,2%• Fluocinolona acetonido 0,0025%
2	Media	<ul style="list-style-type: none">• Prednicarbato 0,25%• Dipropionato aldometasona 0,05%• Valerato betametasona 0,025%• Butirato clobetasona 0,05%• Desoximetasona 0,05%• Acetonido fluocinolona 0,00625-0,01%• Butilo de fluocortina 0,75%• Aceponato hidrocortisona 0,1%• Butirato hidrocortisona 0,1%
3	Alta	<ul style="list-style-type: none">• Dipropionato betametasona 0,05%• Dipropionato beclometasona 0,025%• Valerato de betametasona 0,1%• Budesonida 0,025%• Diflorasone diacetato 0,05%• Butirato de hidrocortisona 0,1%• Aceponato metilprednisolona 0,1%• Furoato mometasona 0,1%• Triamcinolona acetonido 0,1%• Fluticasona propionato 0,1%
4	Muy alta	<ul style="list-style-type: none">• Propionato clobetasol 0,05%• Halcinónido 0,1%
Corticoides tópicos de 4.ª generación		<ul style="list-style-type: none">• Butirato hidrocortisona• Prednicarbato• Aceponato metilprednisolona• Furoato mometasona• Fluticasona propionato pomada

Cantidad de corticoide según zona y edad

FTU, finger tip unit: equivale a 0,5 gr



	3-6 meses	1-2 años	3-5 años	6-10 años	Adultos
Cara y cuello	1	1,5	1,5	2	2,5
Tórax y abdomen	1	2	3	3,5	7
Espalda	1,5	3	3,5	5	7
Brazo y mano	1	1,5	2	2,5	4
Mano y dedos					1
Pierna y pie	1,5	2	3	4,5	8

Tratamiento de los brotes

Inhibidores tópicos de la calcineurina: mayores de 2 años , detienen la inflamación, no producen atrofia.

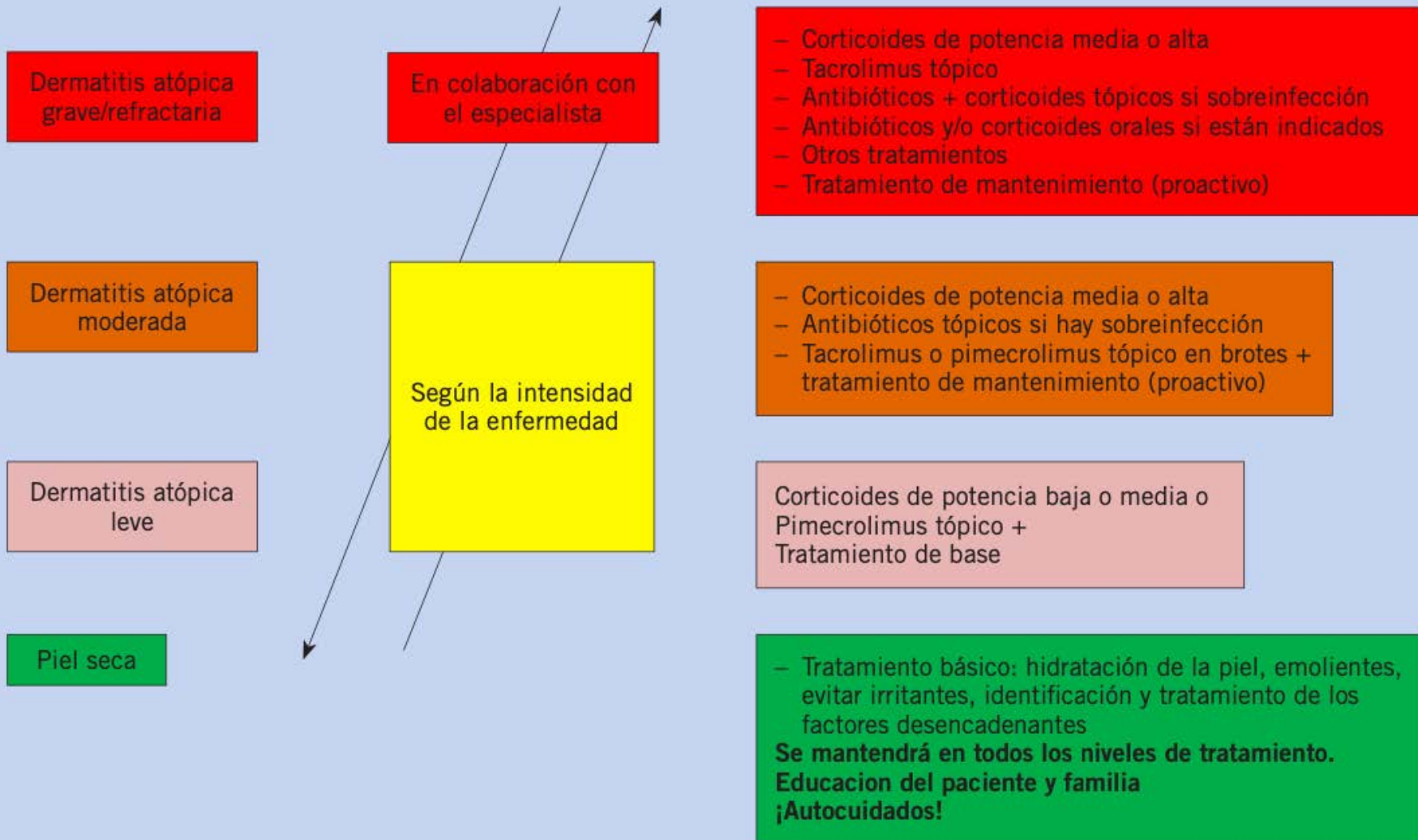
- Tacrolimus: pomada 0,03% o 0,1% (la segunda se reserva solo para mayores de 15 años) dos aplicaciones al día por 3 semanas.
- Pimecrolimus crema al 1%. dos veces al día en la piel seca, durante un periodo máximo de 6 semanas.

Efectos secundarios:

- Sensación de quemazón
- Irritación cutánea
- Autolimitado y desaparece de 5 a 7 días después del inicio del tratamiento

Niños con 4 o mas brotes por año: tratamiento de mantención (2 o 3 veces a la semana en las zonas más frecuentemente lesionadas)

Escalones de tratamiento según gravedad



Cuando derivar a especialista

- Niños que nos presenten dudas diagnósticas
- Dermatitis moderadas-graves que no responden a un tratamiento adecuado durante un tiempo prudencial

Otros tratamientos:

- Fototerapia.
- Corticoides sistémicos.
- Inmunosupresores vía oral: Ciclosporina, Azatioprina, Metrotexate en casos graves (especialista).
- Anticuerpos monoclonales: omalizumab.
- Atención psicológica: por alteración del sueño, irritabilidad, reducir estrés del paciente y sus familias.

Bibliografía

Dermatitis atópica: disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_dermatitis_atopica.pdf

Dermatitis atópica disponible: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/06/213-221-Derm.atopica.pdf>

Revista Chilena de Dermatolog disponible en:

: <https://www.sochiderm.org/web/admin/revistas/1-2015/files/assets/basic-html/page20.html>

Gracias por su atención

