



Tratamiento de la dermatitis atópica (DA)

Dra. Lourdes Trevizo Ortiz*

Las enfermedades atópicas se han convertido en una de las causas más comunes de enfermedades crónicas en la infancia. En los países de estilo de vida occidental la prevalencia de dermatitis atópica se ha incrementado en las últimas décadas de 20%, 23% y nosotros en escolares de la ciudad de Chihuahua encontramos un 22%. En la consulta externa de dermatología pediátrica ocupa uno de los 2 primeros lugares dentro de las 10 dermatosis más frecuentes. Por lo que los pediatras, médicos familiares, dermatólogos y alergólogos deben estar familiarizados con su diagnóstico, manejo y tratamiento.

El tratamiento de la DA debe individualizarse, no hay una terapia efectiva para todos los pacientes y sobre todo educar al paciente y su familia, por pequeño que sea el niño deberá participar en su manejo para obtener periodos de remisiones al romper círculos de vicios de resequedad-inflamación- prurito- rascado- de la piel y que los periodos de exacerbación sean cada vez menos frecuentes y severos.

Dentro de las medidas preventivas en los pacientes de alto riesgo de atopia se recomienda lactancia materna y ablactación tardía después del 6o. mes de edad, mejorar las condiciones de vivienda evitando objetos que acumulen polvo y tierra, así como el humo del cigarro que cada vez es más evidente que favorece la inflamación de la piel.

Sin embargo los riesgos de una prevención inadecuada pueden ser: desnutrición por evitar alimentos con nutrientes esenciales para el desarrollo del niño, sobreprotección del paciente que nos pueden llevar a alteraciones en la dinámica familiar económicas y psicosociales con sentimientos de culpa cuando existan recaídas, por lo que debe llevarse un diálogo abierto con el paciente y su familia.

Afortunadamente la mayoría de los pacientes con DA responden favorablemente al tratamiento convencional como es:

I. Evitar factores desencadenantes, que resultan irritantes como el sudor, son niños que sudan fácilmente

te y su sudor les irrita presentando cuadros de miliaria, o sudamina, se recomienda no abrigo mucho.

Evitar vestido de ropa sintética o lana, se recomienda uso de ropa con la textura del algodón. Evitar detergentes para el lavado de ropa y sólo emplear jabones y enjuagarla muy bien.

Evitar lociones o cremas perfumadas y dentro de lo posible excesos de polvo y tierra.

Las alteraciones emocionales en estos niños pueden desencadenar crisis de sudor, prurito y rascado por medio de la sustancia P (neurotransmisor entre la neurona y el mastocito cutáneo).

II. Hidratar. La hidratación es primordial para mantener la integridad del estrato córneo (que es seco y escamoso), para esto se recomienda baño en tina con agua tibia por 10 a 15 minutos, sólo en inmersión sin tallar la piel, y lavando el cabello por separado para que el shampoo que es detergente no entre en contacto con la piel inflamada. Empleo de sustituto de jabón como (polvo coloidal o lowila barra, nosop, aveesop etc.). inmediatamente después del baño, con la piel medio húmeda aplicar aceite en agua para impedir que se evapore el agua retenida en el estrato córneo, con crema líquida como (Inbriderm, moistarel, ph eucerin etc.).

III. Lubricar. Varias veces al día de preferencia con crema tipo cold cream que por su gran contenido de agua disminuye su peso molecular y favorece la absorción percutánea, si aun así la piel está seca pueden agregarse emolientes con aceite de almendras dulces. La lubricación tiene que hacerse cuantas veces la piel se vea seca. La urea (nutraplus) es muy útil como hidratante, y antipruriginoso disminuye la xerosis pero no debe usarse cuando la piel está inflamada porque resulta irritante.

IV. Esteroides tópicos. En la fase aguda inflamatoria son de gran utilidad actuando como antipruriginoso y vasoconstrictor, en los niños de preferencia se usan esteroides suaves como la crema de hidrocortisona 1% de 2 a 3 veces al día, en áreas de lesiones por 8 días y se va disminuyendo progresivamente cada semana hasta retirada, también se puede usar valeriato de hidrocortisona al 2% y sólo en casos severos cuando los anteriores no dieron resultado y evitando sitios de piel delgada

* Dermatóloga Pediatra.



como pliegues, axilas, ingles, párpados y podrá utilizarse acetónido de fluocinolona y mometasona y siempre deberá tenerse en cuenta que el uso prolongado e indiscriminado nos puede dar importantes efectos adversos. Los esteroides por vía oral no se recomiendan.

En lesiones crónicas con liquenificación se usará alquitrán de hulla como queratolítico.

V. Antihistamínicos. Simultáneamente a todo lo anterior de suma importancia es la administración de antihistamínicos por vía oral que no ayudarán a controlar el prurito y la irritabilidad en estos niños que engendra crisis de rascado con mayor daño cutáneo, por lo que la elección del antihistamínico, su dosificación adecuada y los intervalos de toma del medicamento de acuerdo a la vida media del mismo y según la severidad del cuadro debemos tomar en cuenta y serán útiles los antihistamínicos H1, (clorfeniramina 0.2-0.4 mg/kg/día), hidroxicina de (2-4 mg/kg/día dividido en 3 o 4 tomas al día). Antihistamínicos de primera generación que su efecto secundario de sedación le permitirá al niño descansar, ya que el prurito intenso y la irritabilidad le impide dormir y comer alterando la dinámica familiar. La cetirizina es derivado de la hidroxicina, una de las ventajas es la administración cada 24 horas, y además de su efecto H1 inhibe al factor quimiotáctico del eosinófilo. Los antihistamínicos de nueva generación H1 como la terfenadina, astemisol y loratadina tienen la ventaja de menos efectos colaterales. No se recomienda el uso de antihistamínicos tópicos por su capacidad sensibilizante.

VI. Antibacterianos. En la fase aguda inflamatoria la piel es húmeda y constituye una puerta de entrada para gérmenes, que también será favorecida por el uso prolongado de esteroides tópicos por lo que infecciones bacterianas, virales y micóticas son frecuentes complicaciones de la DA. Las bacterias además de actuar como patógenas, pueden actuar como superantígenos acentuando o perpetuando la inflamación por lo que el uso de antimicrobianos tópicos como el mupirocín disminuye la inflamación de éstas, o bien en ocasiones el uso de antibióticos sistémicos para gérmenes grampositivos.

Ante la **falla del tratamiento** hay que cuestionarnos: si el diagnóstico clínico es correcto, si está llevando el tratamiento en la forma indicada, o si está utilizando por automedicación otras sustancias, exposición persistente al factor desencadenante, infección agregada no identificada y favorecida por el esteroide tópico. Si no es así aquellos pacientes que no responden a tratamientos convencionales y que presentan manifestaciones de atopia en vías respiratorias como rinitis, conjuntivitis, asma, deberán ser evaluados para descartar alergia a alimentos o inhalantes, con determinación de IgE sérica, identificación del antígeno por intradermorreacción o RAST, prueba de eliminación en caso de sospecha de alergia a alimentos y generalmente en la gran mayoría de los casos con un buen manejo en equipo y en forma integral el paciente sale adelante.

Tratamiento inmunomodulador. Se basa en modificar la función de TH 2 y la producción de citocinas que está alterada en estos pacientes y se hará en los casos de pronóstico severo con antecedentes positivos de atopia, atopia respiratoria asociada y en dermatosis, generalmente es de inicio a edad temprana y con pobre respuesta a tratamientos anteriores.

1. PUVA. (psoralenos más UVA) con resultados variables. M. acción modula la respuesta inmune modificando las moléculas de adhesión del queratinocito, disminuye la actividad de las células de Langerhans y del eosinófilo, tienen los inconvenientes que requiere un aparato especial no accesible a todos los pacientes, el tratamiento es por largo tiempo, a dosis altas y las recaídas son casi inmediatas al suspenderlo y es carcinogénico.

2. Ciclosporina. Polipéptido de origen fúngico se utiliza de 2 a 5 mg/kg/día por 6 a 8 semanas, con mejoría a los 15 días de tratamiento. M. acción: disminuye la función de TH2, con disminución de IL4, 5, 10, 2 y disminuye la función de las células de Langerhans. Inconvenientes: la recidiva de la dermatosis al suspenderlo y nefrotoxicidad. Contraindicaciones: evitar su uso con tratamiento simultáneo de azoles, eritromicina, sulfonas ya que interfieren en su metabolismo y aumentan las concentraciones séricas, así como evitarla, en infecciones agregadas de estafilococo o herpes simple para evitar su diseminación.

3. Interferón gamma. M. acción- disminuye la IL-4 y la producción de IgE, mejora la eosinofilia y el prurito al disminuir la IL-5, IL-2. Administración subcutánea dos veces por semana, desventajas y efectos adversos como: fiebre cefalea, mialgias. Recaída de las lesiones al suspenderlo y alto costo.

Terapia experimental. Tracolimus FK 506. Antibiótico-macrólido con efecto tópico similar a la ciclosporina, se recomienda en áreas reducidas.

Hierbas chinas. Efecto inmunomodulador, antibiótico, sedante, desventaja: hepatotóxico.

Talidomida. Inmunomodulador y sedante utilizado en casos generalizados eritrodérmicos con buenos resultados. Inconvenientes-no está en el mercado y efectos adversos como teratogenicidad.

Por su alta frecuencia la **dermatitis atópica** es considerada un problema de salud pública, que requiere tratamiento médico continuo y prolongado. Hasta la fecha no existe el tratamiento inocuo y eficaz para resolver este tipo de problema por lo que debemos tener en mente nuestro papel como educadores del paciente y sus familiares para evitar los factores desencadenantes de sus exacerbaciones. Esto sólo se logra con un manejo integral y en equipo de la atopia.