



Jueves 31 de enero de 2013
Mesa redonda:
Dermatología pediátrica práctica
en Atención Primaria

Moderadora:

M.^a Dolores Cantarero Vallejo
Pediatra. CS Illescas. Toledo.

- **Angiomas y malformaciones vasculares, ¿qué debo saber?**
Raúl de Lucas Laguna
Sección de Dermatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- **¿Dermatitis de contacto o atopia?**
Ramon Grimalt Santacana
Profesor asociado de Dermatología. Facultad de Medicina, Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.
- **Terapéutica dermatológica práctica**
Eudald Sellarès Casas
Consorci Hospitalari de Vic. Barcelona.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Grimalt Santacana R. ¿Dermatitis de contacto o atopia? En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 57-63.

¿Dermatitis de contacto o atopia?

Ramon Grimalt Santacana

Profesor asociado de Dermatología. Facultad de Medicina,
Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.
grimalt@ub.edu

RESUMEN

El eczema es una de las patologías más prevalentes en dermatología pediátrica.

En general se considera que el diagnóstico de eczema es simple y el tratamiento complejo. Pero no siempre es así. A menudo vemos grandes confusiones en la etiología de los eczemas y recibimos peticiones de pruebas de alergia a pacientes que no las precisan.

Clásicamente se dividía en eczema endógeno (atópico y seborreico) y eczema exógeno (eczema de contacto).

Desde nuestro punto de vista esta división resulta un poco arbitraria y poco útil para entender el comportamiento de la piel de nuestros pacientes.

Durante esta charla daremos las herramientas a los pediatras para poder diferenciar de forma clara cuando mandar a un niño a realizar pruebas de alergia y cuando es necesario contar a la madre que "no es culpa de lo que toca sino de lo que es".

INTRODUCCIÓN

Dentro de la patología eczematosa habitual se pueden incluir tres tipos de enfermedades: dermatitis seborreica, dermatitis atópica y dermatitis alérgica de contacto (DAC).

Dermatitis seborreica: en los niños propiamente dichos no existe dermatitis seborreica. Solo es posible observarla en lactantes y en post adolescentes por lo que no vamos a dedicar mucho tiempo a su exposición.

Dermatitis alérgica de contacto: por lo que se refiere a la DAC el tiempo de exposición es lo que marca el riesgo real de desarrollarla. Solo el albañil que realiza 8 horas al día de trabajo con cemento llega a sensibilizarse y en consecuencia al final desarrolla eczema de contacto al cromo. El arquitecto que realiza visita de obras una vez a la semana no tiene exposición suficiente para desarrollar una DAC.

Habitualmente es el personal sanitario quien desarrolla alergia al látex al estar en constante exposición al mismo mediante el uso cotidiano y permanente de guantes protectores. Los usuarios de preservativos una o dos veces por semana no consiguen desarrollar nunca una DAC al látex.

Este es el motivo por el que **el diagnóstico de DAC en un niño es altamente improbable**. El tiempo de exposición marca la diferencia.

A menudo vemos diagnosticados de forma equivocada eccemas de contacto en plantas de pies en niños. Si alguna vez un pie de un niño llegara a sensibilizarse y presentar una DAC lo haría a nivel del dorso del mismo y nunca en la planta. Las alergias al calzado, que si las vemos en adultos, aparecen en el dorso del pie y no en la planta. Los niños no presentan habitualmente DAC pero si lo hacen no es nunca en la planta del pie.

Una planta del pie enferma en un niño debe sugerir dermatitis plantar y no alergia.

En las manos ocurre lo mismo si se observa afectación de la palma o de la punta de los dedos (pulpitis) el diagnóstico no debe ser nunca DAC. La capa de queratina de palmas y plantas no permite el paso de los alérgenos.

Descartados el eczema seborreico y la DAC nos queda por hablar de la atopia y sus variedades.

DERMATITIS SEBORREICA: FORMAS CLÍNICAS

En general el diagnóstico de dermatitis seborreica en cara y cuero cabelludo en un lactante no tiene la mayor dificultad.

El aspecto de escamas grasientas encima de una piel unta y discretamente eritematosa acompañan al pediatra al diagnóstico de esta enfermedad. Es típica la persistencia de costras en las zonas más hirsutas.

En la zona del pañal diferenciar una **dermatitis del pañal** de una dermatitis seborreica en general no tiene ninguna utilidad. El tratamiento y el pronóstico será exactamente el mismo.

Solo si se observa afectación exclusiva de los pliegues y respeto de las zonas en contacto con el pañal y si el niño presenta simultáneamente muguet y ven pústulas satélites realicen el diagnóstico de **cándidas** en la zona del pañal. La mayor parte de los eczemas del pañal no están sobreinfectados por cándidas.

En el diagnóstico diferencial después de las candidiasis cabe considerar a la **psoriasis infantil**.

En la mayor parte de los textos clásicos se tiende a mantener diferenciadas las formas seborreicas de las psoriáticas. En algunos de los textos más modernos (Harper; Prose, Oranje 2005)² se tiende a unificar ambas formas y a entender que son intensidades distintas del mismo problema.

Se podría afirmar que si existe eritema y descamación con predominio del eritema es eczema, si existen descamación y eritema con predominio de la descamación es psoriasis pero obviamente los límites de una y otra forma son muy resbaladizos.

Lo que es bien seguro es que en muchos pacientes el pronóstico no va a poder realizarse correctamente en fase de lactante.

Muchos bebés con dermatitis seborreica no presentan de mayores ni dermatitis seborreica del adulto ni psoriasis.

Algunos presentan psoriasis de mayores.

Otros presentan dermatitis atópica posteriormente.

Los límites del reino de la atopía están muy lejos de poder ser plasmados en un texto.

DERMATITIS ATÓPICA (DA): FORMAS CLÍNICAS

En general la DA se presenta con aspectos altamente polimórficos. Desde pequeñas pápulas en los antebrazos, vesículas en la parte lateral de los dedos, descamación en la planta del pie, eritema en el pliegue antecubital... son manifestaciones comunes y habituales. De todos modos el diagnóstico no acostumbra a acarrear ninguna dificultad sino que el mayor reto sigue siendo el terapéutico.

El polimorfismo de las lesiones también guarda relación con el hecho que las lesiones por rascado van a provocar cambios en la piel y estos pueden ser altamente variables por intensidad o por cronicidad.

A continuación realizaremos un repaso de las formas clínicas más frecuentes.

Atopia flexural: esta es sin duda la forma más frecuente y más simple de diagnosticar. Se puede afirmar sin miedo a equivocarnos que: si un niño presenta picor y lesiones de rascado en el pliegue antecubital o poplíteo se trata de un niño atópico.

Otros pliegues pueden resultar menos seguros. En axilas o ingles pudiera existir una forma de psoriasis inversa.

Blefaritis atópica: a menudo en los párpados el diagnóstico ofrece dudas al pediatra y vemos pacientes incorrectamente diagnosticados de DAC al tener los párpados irritados.

Pulpitis atópica: muchos atópicos presentan una característica descamación en los pulpejos de los dedos. Esta forma clínica puede extenderse a la parte lateral de la

uña y a menudo es la vía de entrada de infecciones víricas como las provocadas por el VPH.

Dishidrosis: es rara en niños pequeños pero aumenta en frecuencia a partir de la pubertad. Pequeñas vesículas sobre una base muy poco eritematosa se distribuyen por la cara lateral de los dedos de las manos y también en la parte lateral de pies y manos. Resultan tremendamente pruriginosas y a menudo observamos solo lesiones por rascado. Al existir una capa de queratina importante en esta zona el contenido líquido de las vesículas puede pasar desapercibido y confundirse con pápulas.

Queilitis atópica: es muy característica la descamación de los labios siguiendo un patrón estacional. El principal error es confundir con DAC a barras de labios o cremas de cacao protectoras.

Dermatitis plantar: ya se ha comentado anteriormente las plantas de los pies al estar sometidas a un roce continuo con el calzado y debido a la humedad y maceración por la sudoración pueden provocar frecuentemente lesiones eritematosas y descamativas. Existen formas recidivantes estacionales (principalmente en primavera) tanto infantiles como juveniles.

Foliculitis atópica frustré: nos gusta usar sus iniciales tan sonoras: FAF, para denominar a esta forma clínica de atopía. Se presenta típicamente en las nalgas y también en menor grado en la parte alta y posterior del brazo como pequeñas pústulas estériles. Responde bien al tratamiento clásico del eczema y no precisa antibióticos.

Dermatitis estivales: también llamada eczema de los prados. Es una forma micropapular de predominio en dorso de antebrazos muy pruriginosa y casi exclusiva de esta época del año. La etiología es poco clara.

EL ECZEMA URBANO

¿Qué entendemos por eczema urbano?

Cada día existe un número mayor de casos de eczema que son diagnosticados quizás un poco a la ligera de eczema atópico.

En muchos de estos pacientes no se encuentran antecedentes familiares de atopía ni tampoco otros signos clínicos de constitución atópica en la anamnesis personal del paciente.

De todas formas no es raro observar que otros hermanos del paciente presenten el mismo tipo de eczema erróneamente diagnosticado de atópico.

¿Puede la incidencia de eczema atópico haber cambiado hasta este punto?

¿Existen factores ambientales sociales y culturales que pudieran provocar la aparición de estas formas clínicas de *falsa atopía*?

Nuestra sensación es que en realidad nos encontramos delante de muchos de estos casos a los que se podrían llamar un **eczema urbano**.

La incidencia de atopía en la población no se ha podido modificar hasta este nivel. Por el contrario el estilo de vida en general dentro de la sociedad si que ha efectuado un cambio enorme y ello como veremos potencia la aparición de estos casos de *falsa atopía*.

Analicemos que factores (tabla 1) pueden favorecer la aparición del eczema urbano.

Es importante notar que la constitución atópica no figura entre ellos. De todos modos los límites del reino de la atopía resultan indefinibles y a menudo resulta aventurado etiquetar a un niño de atópico.

Tabla 1. Factores que pueden favorecer la aparición de eczema urbano

1. Número y frecuencia de baños.
2. Uso de jabón directamente dentro del agua o en la totalidad del tegumento.
3. Uso de esponja.
4. Agua del grifo en condiciones de "sequía geográfica".
5. Viviendas con bombas de calor.
6. Moquetas, cortinas, libros, peluches.
7. Actividad lúdica al interior y en espacios cerrados.
8. Asistencia a cursos de natación.
9. Otros.

La mejoría en la calidad de vida de nuestra sociedad ha permitido cambiar, en menos de una generación, de tener las casas con braseros y estufas de gas butano a tener bombas de calor y calefacción central en muchas de nuestras viviendas.

Esta mejoría permite tener los cuartos de baño a una temperatura muy confortable y este motivo favorece que padres, además de bañar a los niños más a menudo ("todos" pueden pagar la factura del gas), permitan que estos pasen también un rato mayor dentro del agua.

También resulta fundamental considerar que el agua que sale del grifo no es el mismo tipo de producto químico hoy que 40 años atrás. El aumento en el nivel de consumo, y la escasez de lluvia que a menudo nos acompaña hace que la concentración de sustancias potabilizadoras del agua sea cada vez mayor y por tanto más segura para el consumo por vía oral, pero más irritante para la piel.

En la mayor parte de nuestras viviendas existen complementos mobiliarios que permiten la acumulación de polvo y ácaros domésticos. Moquetas, cortinas, alfombras, sofás y muñecos de peluche entre otros inundan la mayor parte de nuestras viviendas. Lentamente se ha perdido la costumbre de ventilar las casas (nadie está en ellas durante el día). Muchos disponen de dobles cristales o de ventanas de cierre casi-hermético que dificultan el intercambio de aire interior/externo.

Las calles de nuestras ciudades resultan demasiado peligrosas como para dejar que los niños campen a sus anchas. A menudo nuestros pacientes juegan exclusivamente en espacios cerrados y aislados. Cada vez hay más ludotecas y espacios interiores donde los niños pasan su tiempo libre.

¿Qué medidas simples se podrían tomar?

Existen cambios de hábito que resultan muy difíciles de aplicar y otros por el contrario son tremendamente simples:

Reducir la frecuencia y la duración de los baños.

Uso de jabón exclusivamente en zonas determinadas.

Si el jabón se usa de modo correcto es innecesario el uso de *sindets*.

Aplicar cremas barrera antes de sumergirse en una piscina.

Dejar las bañeras y pasar a las duchas tan rápidamente como sea posible (a los 2-3 años).

Ventilar habitualmente la casa.

No dejar de usar diariamente cremas emolientes hasta la pubertad.

Evitar acumular objetos "absorbe-polvo" en las viviendas.

NORMAS DE TERAPÉUTICA EN EL ECZEMA

Una vez establecido el diagnóstico de eczema resulta necesario tratar. A menudo el tratamiento no va a ser muy distinto frente a un eczema seborreico, o un eczema atópico pero sin duda el pronóstico si que variará y por tanto la necesidad de prevención activa será muy distinta en uno y otro caso.

Tratamiento de la dermatitis seborreica del lactante

En general, la dermatitis seborreica del lactante no precisa tratamiento o si lo precisa responde más a un interés para mejorar el aspecto del bebe frente a la familia que a una necesidad médica. Resulta obvio comentar que el eczema seborreico es en general asintomático.

Si por presión familiar, después de informar a los padres que el curso es benigno asintomático y autocurativo, la familia requiere un tratamiento, podemos utilizar las siguientes pautas:

En cara y cuero cabelludo el ketokonazol puede resultar útil en forma de solución oral (jarabe) o de champú.

Dos aplicaciones al día de ketokonazol jarabe encima de las descamaciones grasientas suelen solucionar los casos más inflamatorios y menos descamativos.

Formas más costrosas pueden precisar del uso de queratolíticos. Atención al ácido salicílico que puede ser absorbido si existen micro traumatismos en las zonas de aplicación. Concentraciones demasiado altas pueden también provocar irritación local.

Numerosas formulaciones comerciales se componen de una asociación de queratolíticos suaves, con sustancias antiinflamatorias tópicas y emolientes.

En la zona del pañal la dermatitis seborreica responde bien a las pastas; pasta al agua o pasta lassar (óxido de Zn) son las más adecuadas. El uso de los antimicóticos en esta zona de forma preventiva no se ha demostrado útil. En demasiadas ocasiones el dermatólogo observa dermatitis seborreica del lactante erróneamente diagnosticada de candidiasis (o de sobreinfección por candidas) y tratada con antifúngicos tópicos, que conviene recordar que resultan altamente irritantes, y que por tanto va a empeorar la lesión de base que motivó la consulta.

Conviene evitar no solo los antimicóticos sino también los corticoides siempre que sea posible en la zona del pañal por el aumento de su absorción por el efecto oclusivo del pañal.

Tratamiento de la dermatitis atópica

Dar normas específicas sobre el tratamiento de la DA que puedan ser útiles y utilizables de forma generalizada resulta altamente difícil.

No disponemos de una formula mágica que nos permita curar mejor los atópicos de lo que la mayoría de pediatras ya realizan por su cuenta.

Así como norma general acostumbramos a utilizar en casos de atopia flexural un corticoide tópico por la mañana adecuado a la zona y la edad asociado a la

aplicación de una crema o pasta (en base al tipo de eczema agudo o subagudo) por la noche y siempre asociado a un anti-H1 de primera generación pautado dos veces al día y con dosis mayor durante la noche.

Los anglosajones disponen de un juego de palabras muy adecuado para describir la DA "it is not a rash that itches but it is an itch that rashes" (no es una enfermedad que pica sino un picor que enferma).

Si no evitamos el rascado en la DA no vamos a conseguir solucionar el brote. Si queremos evitar el rascado tenemos que evitar el picor y los anti-H1 de primera generación por vía oral son el método más eficaz del que disponemos.

Esta pauta con los tres fármacos (corticoide mañana, pasta noche y anti-H1 oral 2 veces al día) la prescribimos normalmente durante 15 días seguidos. Al tercer día todos están mejor pero si suspenden el tratamiento antes de los 10 días las posibilidades de recidiva inmediata son altísimas.

La hidroxicina (Atarax solución oral®) es un fármaco muy útil. En niños menores de 6 años dosis de 2 mg/kg/día dividida en dos o tres tomas acostumbran a ser suficientes. En niños mayores de 6 años dosis de 10 a 20 mg al día son suficientes.

Existe una gran variabilidad en la respuesta individual a la somnolencia que la hidroxicina puede ocasionar. Resulta siempre útil advertir a los padres al tratar a escolares, iniciar con dosis bajas y siempre de noche. Advertan también que el prospecto habla de otro tipo de trastornos.

Una vez realizado el tratamiento pasamos a la fase de prevención y resulta fundamental diferenciar en la receta del paciente el **tratamiento del brote** del de **prevención de nuevos brotes**. Muchos pacientes, meses más tarde, confunden uno con otro y no solucionan correctamente los futuros brotes que sin duda aparecerán.

Muchos padres realizan correctamente los 10 días de tratamiento, inician con la prevención a los 4 meses se

cansan o se les agota el producto o... y dejan la prevención. El brote vuelve y los padres optan por volver a tratar al niño pero con el tratamiento de prevención y no con pauta de tratamiento. Lo que, no solo no cura el brote sino que, a menudo, molesta al niño porque las cremas de prevención acostumbran a no ser toleradas encima de una piel "encendida".

A mi personalmente me gusta usar dos tipos de letra, o dos colores en mi impresora, para evitar confusión. He aprendido que los padres agradecen en gran medida la simplicidad.

Actúe inmediatamente después del tratamiento con prevención de un modo activo. Aplique diariamente y si es necesario dos veces al día la suficiente cantidad de crema hidratante que evite que el niño entre de nuevo en brote.

Si no lo consigue realice una nueva tanda de tratamiento y vuelva a intentarlo 10 días más tarde con mayor cantidad de crema de prevención.

Estas normas resultan muy simples y fáciles de seguir y muchos atópicos leves responden bien a esta pauta.

A menudo vemos en nuestras consultas pacientes que intentan solucionar un brote de atopia con una crema de prevención. Evidentemente el médico prescriptor no diferenció de modo claro las dos fases del tratamiento.

Es en esta fase cuando las cremas no son toleradas. El paciente en brote con la piel inflamada no va a tolerar el uso de una crema grasienta que tiende a ocluir la piel y que por tanto irrita y molestará provocando picor inmediato encima de la zona tratada.

Novedades terapéuticas en el eczema

La aparición de los nuevos inhibidores de la calcineurina por vía tópica (tacrolimus y pimecrolimus) nos ha hecho replantear la estrategia terapéutica delante de los eczemas.

¿Tras años después de disponer de estos productos en el mercado cuál es nuestra sensación?

¿Tenemos ya claro cual es su indicación?

¿En qué casos deberíamos seguir usando corticoides tópicos?

¿Para qué ocasiones deberíamos reservar el uso de estos nuevos TIMS (*topical immunomodulators*) que resultan claramente más caros que los clásicos corticoides?

¿Es demasiado pronto para extraer conclusiones?

Los estudios preliminares pretendían quizás crear una falsa sensación de terapéutica sustitutoria: hay que dejar atrás el uso de corticoides tópicos y a partir de hoy vamos a tratar el eczema con TIMS.

Esto obviamente no ha sido así.

En realidad los TIMS pretenden ocupar un lugar entre un corticoide y un emoliente.

Muchos pediatras y dermatólogos se quejan de su escasa eficacia en comparación con los corticoides tradicionales. Algunos dermatólogos prefieren usar en la fase aguda un corticoide tópico y pasar luego al uso de los TIMS para evitar el rebrote que a menudo no resulta evitable usando exclusivamente un emoliente. De hecho pueden ser utilizados de modo más o menos continuo sin los riesgos conocidos de los corticoides. Un poco como ocurre en el asma que el tratamiento de las crisis no evita la aparición de nuevos brotes y por tanto en el asma se utiliza un tratamiento de base. A menudo los emolientes no son suficientes como tratamiento de base del eczema y resulta necesario utilizar algo más para evitar los brotes.

Las publicaciones recientes entre estados de inmunosupresión y neoplasias desencadenadas por el uso sistémico de estos fármacos han provocado una gran confusión por lo que se refiere a la seguridad de los mismos.

Basándonos exclusivamente en hechos, y revisando la literatura de modo científico, no existe hasta el día de hoy ningún motivo para relacionar el uso tópico de los TIMS con la aparición de ningún tipo de neoplasia.

El hecho de que nos encontramos delante de fármacos inmunomoduladores/immunosupresores y la escasez de experiencia en estudios a largo plazo debería hacernos actuar de forma cauta en el momento de su prescripción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becker JC, Houben R, Vetter CS, Bröcker EB. The carcinogenic potential of tacrolimus ointment beyond immune suppression: a hypothesis creating case report. *BMC Cancer*. 2006;6:7.
2. Grimalt R. Infantil seborreic eczema. In: Harper J, Oranje A, Prose N (eds.). *Textbook of pediatric dermatology*. 2ª ed. Wiley-Blackwell; 2005.
3. Safety concerns for two eczema drugs. *FDA Consum*. 2005;39(3):5.
4. Cancer risk with topical pimecrolimus and tacrolimus. *Prescrire Int*. 2005;14(80):223.
5. Ormerod AD. Topical tacrolimus and pimecrolimus and the risk of cancer: how much cause for concern? *Br J Dermatol*. 2005;153:701-5.
6. Paul C, Cork M, Rossi AB, Papp KA, Barbier N, de Prost Y. Safety and tolerability of 1% pimecrolimus cream among infants: experience with 1133 patients treated for up to 2 years. *Pediatrics*. 2006;117:e118-28.
7. Rodriguez Orozco AR, Ruiz Reyes H, Marin Hernandez D. Safety of topical tacrolimus and pimecrolimus in children with atopic dermatitis. *Rev Alerg Mex*. 2005;52:171-6.