

11237
143
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
FEDERICO GOMEZ

" MANIFESTACIONES EXTRACUTANEAS Y
PATOLOGIAS ASOCIADAS EN PACIENTES CON
DERMATITIS ATOPICA REVISADOS EN EL
SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL
INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ,
DURANTE 1994 "

T E S I S
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
PEDIATRIA MEDICA
REALIZADA POR:
DRA. PATRICIA SEPULVEDA GUTIERREZ



ASESOR DE TESIS
C. D. F. R. V.
DR. CARLOS ALFREDO MORA CEDILLOS

SUBDIRECCION DE TESIS Y EXAMENES
[Firma]

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**MANIFESTACIONES EXTRACUTANEAS Y PATOLOGIAS ASOCIADAS EN
PACIENTES CON DERMATITIS ATOPICA REVISADOS EN EL SERVICIO DE
DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
FEDERICO GOMEZ , DURANTE 1994.**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE PEDIATRIA MEDICA
PRESENTA :
DRA PATRICIA SEPULVEDA GUTIERREZ**

**TUTOR :
DR CARLOS ALFREDO MENA CEDILLOS
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ.**

GRACIAS

- A MI MADRE: Por darme la vida, y enseñarme a luchar a pesar de todos los obstáculos.
- A MI PADRE: Por ser el más grande ejemplo a seguir que siempre he tenido, porque me enseñó el amor a la superación y por haberme dado todos sus valores para ser cada día un mejor ser humano.
- A MIS HERMANAS: Mary, María, Elda y Guille, por su apoyo y cariño, por su protección incondicional y porque cada una de ellas me deja una parte de sí para no temer a la vida.
- A MI HERMANO: Ernesto, por ser mi compañero de juegos, por tener esos grandes sentimientos aun incomprensidos y por que gracias a su trabajo pude terminar muchas metas.

A TI EDUARDO: Por ser mi pareja en todo momento,
poque juntos hemos logrado que
nuestros sueños se hagan realidad
a pesar de las tempestades,
porque tu esfuerzo y estímulo fueron
un ejemplo para terminar lo que veía
tan lejano....
Por tu amor y cariño del que nunca
he dudado.

A MI HIJO (A): Que aún llevo en el vientre y que
espero coseche todos los frutos
que para el estoy sembrando ahora.

A TODOS LOS NIÑOS DEL HOSPITAL INFANTIL:

Porque con su dolor y sufrimiento aprendí
no solo la pediatría, sino a amar la vida
y entender que sus valores son lo más
importante en esta tierra.

La vida tiene su valor sólo cuando
hacemos algo que valga la pena
vivirla.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS	13
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	17
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	41

INDICE

FIGURA 1: DERMATITIS ATOPICA FRECUENCIA POR SEXO	18
FIGURA 2: DERMATITIS ATOPICA INCIDENCIAS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO	20
FIGURA 3: RELACION DE PACIENTES CON Y SIN ALTERACIONES AGREGADAS.....	21
FIGURA 4: PACIENTES QUE PRESENTARON MANIFESTACIONES O PATOLOGIAS ASOCIADAS. CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD	22
FIGURA 5: NUMERO TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS CON DERMATITIS ATOPICA.....	24
FIGURA 6: GRADO DE AFECTACION DE LA DERMATITIS ATOPICA	25
FIGURA 7: MANIFESTACIONES EXTRACUTANEAS Y PATOLOGIAS OBSERVADAS CON MAS FRECUENCIA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATOPICA	26
FIGURA 8: (NEONATOS) GRADO DE EFECTACION DE LA DERMATITIS ATOPICA Y PRESENCIA DE DE OTRA MANIFESTACION O PATOLOGJA AGREGADA.....	29
FIGURA 9: (LACTANTES MENORES)	29
FIGURA 10: (LACTANTES MAYORES)	29
FIGURA 11: (PREESCOLARES)	29
FIGURA 12: (ESCOLARES)	29
FIGURA 13: (ADOLESCENTES)	29
FIGURA 14: PACIENTES QUE DESARROLLARON ALGUNA PATOLOGIA ASOCIADA	31
FIGURA 15: PORCENTAJE DE PACIENTES QUE DESARROLLARON PATOLOGIAS ASOCIADAS Y/O MANIFESTACIONES EXTRACUTANEAS. HISTOGRAMA DE COMPARACION	33
CUADRO I: MANIFESTACIONES EXTRACUTANEAS Y PATOLOGIAS ASOCIADAS OBSERVADAS CON MAS FRECUENCIA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATOPICA	27

INTRODUCCION :

La dermatitis atópica, cuyo término engloba todas las erupciones cutáneas eccematosas que ocurren en personas de constitución atópica, es la forma de eczema de más prevalencia durante la infancia. Por regla general se inicia, entre los 3 meses y 2 años de edad, desarrollándose aproximadamente 80% durante el primer año de edad y un 95% de todos los casos en edad pediátrica antes de los 5 años (1)

La primera descripción de la dermatitis atópica hecha hace un siglo por Besnier, define su naturaleza hereditaria su curso recurrente y crónico y su asociación con asma y probablemente con la alergia gastrointestinal (1,2). Fue considerada también como una de las muchas variedades de liquen ó prurigo cuando Brocq creó el concepto de neurodermatitis, quien la ha dividido en dos formas - localizada y diseminada - utilizándose el término de "neurodermatitis diseminada", posteriormente se introduce por Coca y Sulzberger el término "Dermatitis atópica" el cual ha sido hasta la fecha el más ampliamente aceptado (3).

La enfermedad se caracteriza por lesiones eritematosas, papulovesiculares, erupción que progresa a escamas y liquenificación. Tiene variantes en cuanto a la edad y se ha descrito ampliamente su

manifestación diferente en cuanto a esta variante: en la infancia (3 meses a 2 años) en mejillas y muñecas, en brazos y piernas, aparecen lesiones papulo vesiculares, a menudo húmedas o llorosas, que ocasionalmente desarrollan lesiones escamosas ó de moderada liqenificación. El área pericraneal y postauricular frecuentemente es afectada con dermatitis. Puede incluir todo el cuerpo, pero generalmente se encuentra en las áreas ya mencionadas. Son comunes las lesiones traumáticas por el rascado e impetiginización secundaria. En niños de 2 á 12 años se encuentran en superficies flexoras, cuello, tobillos y muñecas, con lesiones secas maculopapulares. El rascado deja escoriaciones, hiperpigmentación y liqenificación. En pacientes escolares, adultos jóvenes se encuentra en superficies flexoras, cara (especialmente periorbitarias), manos y pies. Tienen extrema xerosis, pápulas marcadas y liqenificación más comunmente. En pacientes mayores existen periodos asintomáticos que pueden durar meses, al igual que los periodos de remisión, con tendencia a presentar piel seca y sensible.

Los criterios para el diagnóstico de la dermatitis atópica por Hanifin y Rajka son internacionalmente aceptados (3) siendo propuestas una modificación para estos criterios en los pacientes pediátricos. El principal rasgo incluido es el prurito extremo típico del rash, su morfología también típica y su distribución así como su tendencia hacia un curso crónico y recurrente.

Inmunohistoquímicamente se ha demostrado infiltración de linfocitos, predominantemente CD4+, células de Langerhans con afinidad a los receptores RcrI y alérgenos específicos IgE, en sus superficies, una significativa proporción de mastocitos en la piel lesionada son linfocitos dependientes MT (tipo) y eosinófilos de proteína mayor básica (MBP) y proteína catiónica (ECP) son depositados en la dermis de la lesión eczematosa en muchos pacientes. Estudios recientes sugieren que la mayoría de infiltración de CD4+T son antígenos específicos celulares TH2. Una vez activadas las células TH2 secretan IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-3 y GM-CSF. Estas citocinas promueven células B de respuestas, especialmente en producción de IgE mayor regulación de células se Langerhans receptoras de IgE y células de infiltración local, así como de baja regulación de actividad de TH1 y receptores de IL-1 en monocitos (1,4). Los efectos posteriores pueden acontecer por la falta o el retraso de pruebas de reacción en la piel y de anergia cutánea vista en muchos pacientes con dermatitis atópica.

Un número de fisiología anormal y fenómenos inmunológicos están bien delineados en pacientes con dermatitis atópica, muchos de los cuales varían en proporción directa con las extensas lesiones cutáneas.

Anormalidades inmunológicas son características, como sobreproducción de IgE y disminución de funciones de células T. Las

anormalidades del sistema humoral y celular han sido descritas en la dermatitis atópica, entre otras destacan:

1. Concentraciones elevadas en suero de IgE en aproximadamente 80% de los pacientes.
2. Disminución de los niveles de memoria de anticuerpos de antígenos (tétanos, poliomielitis, etc.)
3. Defecto tipo-retardado de respuesta de la piel con incremento de infecciones virales en piel y disminución de habilidad y sensibilidad en pacientes al contacto con antígenos tales como DNCB.
4. Variable disminución de respuesta linfocitaria a mitosis, memoria antigénica y aloantigénica in vitro.
5. Disminución de células CD8 e incremento del porcentaje CD4-CD8 en la sangre periférica.
6. Defectos en la generación de respuesta citotóxica de linfocitos T in vitro, y
7. Disminución variable de la capacidad fagocitaria y quimiotáctica de neutrófilos y monocitos (1,5,6).

La dermatitis atópica como patología con fondo inmunológico se considera una enfermedad multisistémica que en otro tiempo fué difícil diagnosticar. Los criterios diagnósticos han sido recientemente estandarizados; pero además existen otras manifestaciones

extracutáneas que en ocasiones son difíciles de diagnosticar, o que simplemente no se toman en cuenta en el curso clínico de la misma. Entre otras alteraciones a mencionar se encuentran afectaciones en los siguientes órganos y sistemas:

OJO: Se describe que un 50% de los pacientes con Dermatitis atópica puede presentar problemas oculares ó palpebrales (2). Se refieren síntomas como prurito, fotofobia, signos como el pliegue de Morgan, blefaritis (50%) y conjuntivitis (30%). La catarata atópica (tipo subcapsular posterior) se ha descrito en múltiples estudios de pacientes con dermatitis atópica (2,3,7,8) es usualmente bilateral y empieza con vacuolas aplanadas, opacificadas y amarillentas en el polo posterior del lente inmediatamente enfrente de la cápsula. Al mismo tiempo, ó después las opacidades son vistas en la zona subcapsular anterior. No se puede tomar como patognomónica de la dermatitis atópica ya que suele ser indistinguible de la inducida por corticoides y además a menudo es subclínica. La frecuencia de presentarse aumenta con la edad. El Queratocono (ectasia de la córnea en forma de cono) también se ha reportado. Se trata de un proceso degenerativo de la córnea, de inicio usualmente en la adolescencia temprana y cesante en la madurez. Se encuentra con menor frecuencia que la catarata y se ha reportado su presencia en pacientes de 6 años de edad (7). Brunsting, revisó 1,158 pacientes por 13 años con dermatitis atópica observando 136 con cataratas, 79 con

cataratas visibles con síntomas en la visión, y 57 que solo presentaban opacidades. Solamente 6 presentaron Queratocono (7,9). Aunque no es precisa la correlación entre la severidad de la dermatitis y los cambios existentes en el ojo, la frecuencia de estas anomalías sugiere que sea realizado un examen oftalmológico a los pacientes con dermatitis atópica.

OIDO: La otitis media es una de las más frecuentes enfermedades en los niños y los timpanogramas son frecuentemente anormales en los niños alérgicos. Se ha descrito la presencia de otitis media como un problema otológico asociado a la dermatitis atópica (2), muchas veces asociado a rinitis alérgica. En los adolescentes es más frecuente la otitis externa, así como en los adultos. Normalmente los dermatólogos no hacen revisión del canal auditivo de un paciente con eczema y muchas veces puede pasar desapercibido. Cuando este problema es detectado por los otorrinolaringólogos, a menudo se prescriben corticoides tópicos produciendo posteriormente sobreinfección, la cual finalmente es tratada con antibióticos de amplio espectro y agentes antimicóticos.

Se han reportado otras anomalías en pacientes con dermatitis atópica como la pérdida de la percepción auditiva de tipo congénito (10), como el pseudoquistes cartilaginoso del pabellón auricular (11), y el

síndrome de Wardenburg Klein, pero no se ha visto en forma significativa.

PROBLEMAS GASTROINTESTINALES: Además del problema de la alergia alimentaria, ha sido descrita una enteropatía dermatológica en dermatitis exudativas severas, lo cual no es benéfico específicamente para la dermatitis atópica (2). Cuando la alergia alimentaria se trata con dieta adecuada durante un año, las últimas experiencias son buenas en la desaparición del eczema y un significativo descenso en el factor liberador de histamina de basófilos recientemente encontrados en pacientes con dermatitis atópica. La ingestión de alérgenos alimenticios parece que provoca un factor liberador de histamina producido in vivo, el cual puede activar, un umbral más bajo de activación de mastocitos. El derrame espontáneo generado por el factor liberador de histamina parece correlacionarse con pérdida de "hiperreactividad cutánea" (se incrementa el prurito debido a una variedad de estímulos menores como calor, estrés, ó irritantes) (1). Los más comúnmente encontrados como alérgicos en la dieta son: el huevo, leche, cacahuete, nuez, pescado, soya entre otros. En definitivo se debe diagnosticar en pacientes con fondo alérgico alimentario, para dar una terapia adecuada, por lo que se sugiere estudio complementario con el especialista de alergia (4).

HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: Alam et al, reporta una asociación entre hiperreactividad bronquial y pacientes con asma y generación espontánea de factor liberador de histamina por mononuclearse en la sangre periférica. Varias líneas de evidencia, también sugieren un papel patogénico por alérgenos inhalados (polenes, hongos, polvo, etc) en la dermatitis atópica. Cohen confirma que los alérgenos de polen fueron fácilmente absorbidos a través de la mucosa respiratoria y transportados a sitios distales de la piel, y Tuft demostró cambios eczematosos de la piel posteriores a inhalación de alérgenos en pacientes adultos. Mitchel produce eczema en piel en pacientes con anticuerpos de IgE de polvo utilizando una prueba de técnica de parche en piel. Repetidas aplicaciones de antígeno P, resultan en una infiltración en pico de basófilos y eosinófilos y célula monocleares por 48 hrs., y un significativo incremento de mastocitos en 6 días. Hallazgos similares han sido reportados por otros investigadores utilizando diferentes alérgenos aéreos y aereoalérgenos específicos de linfocitos TH2 han sido aislados en lesiones de piel en pacientes con dermatitis atópica⁽¹⁾. Historia de asma, eczema y fiebre es descrita comúnmente en pacientes afectos con alergia, que en pacientes de la población general ^(1,12).

PROBLEMAS METABOLICOS: Serias dermatitis han sido descritas en una variedad de enfermedades metabólico-nutricinales, tales como la acrodermatitis enteropática, deficiencia de carboxilasa,

fenilcetonuria, síndrome de Hurler, enfermedad de Hartnup, deficiencia de prolidasa, dieta deficiente de histidina, histidinemia y deficiencia de ácidos grasos esenciales. Sin embargo, la enorme diferencia en la prevalencia de la dermatitis atópica y la rareza de estas enfermedades metabólicas marca una dificultad para dilucidar cualquier conclusión. La similitud entre la deficiencia de ácidos grasos esenciales y la dermatitis atópica es fuerte. El papel de estas sustancias en la membrana celular, y los niveles anormales de los mismos metabolitos en pacientes afectados con dermatitis atópica, requieren de atención.

CRECIMIENTO DEFICIENTE: Estudios recientes concernientes al crecimiento en niños afectados con dermatitis atópica, revelan que la estatura corta y madurez esquelética puede estar correlacionada con la dermatitis. Este fenómeno visto con frecuente particularidad en pacientes afectados con eczema severo usualmente se asocia también a problemas de asma bronquial, los cuales pueden ser la posible causa de un crecimiento deficientes. En el presente la causas de estatura corta en individuos con atopia es desconocida. El uso prolongado de corticoides sistémicos o tópicos, malabsorción o malnutrición debida a una dieta inapropiada, y deficiencia de vitamina D, ha sido implicada, la pérdida del sueño puede también ser particularmente responsable. Una última posibilidad es el incremento de pérdida de agua transepidérmica que ocurre en la dermatitis atópica, y ambos afectan una normal apariencia de la piel.

SISTEMA URINARIO: En algunos pacientes con síndrome de respuesta a esteroides (síndrome nefrótico) aparecen síntomas que pueden exacerbase con la ingesta de alérgenos por alimentos o aéreoalérgenos. Una correlación genética parece existir en algunos subgrupos de pacientes (HLA-B12, HLA-DR7). La glomerulonefritis postestreptocócica es una rara consecuencia de una sobreinfección agregada en la dermatitis atópica, pero hasta el momento no se ha reportado ningún paciente (2).

SISTEMA HEPATOBILIAR Y PANCREAS: Se realizó un estudio en Rusia en 300 pacientes que indicaban que la pancreatitis crónica y la función deficiente del hígado y excreción de bilis son frecuentes en pacientes con dermatitis atópica. Otro estudio también Ruso confirmó la disfunción biliar (tipo hipercinético) y reveló que la cronicidad y persistencia de la hepatitis es mayor en niños afectados con dermatitis atópica, principalmente los que cursan con enfermedad respiratoria (12).

PROBLEMAS EMOCIONALES: La correlación entre dermatitis atópica y el sistema nervioso ha sido reconocida desde hace tiempo, cuando los términos de eczema endógeno y neurodermatitis fueron empleados rutinariamente, sugiriendo que el papel de los factores emocionales es importante. Esta idea ha persistido hasta nuestra época, con la que algunos autores exponen que la dermatitis atópica puede ser provocada por una inadecuada relación durante los primeros

meses de la vida. Deprivación de sensaciones táctiles de este período de desarrollo neural y emocional pueden desarrollar y provocar reacciones tales como rascado en el bebé como búsqueda de que lo toquen. Se han realizado evaluaciones psiquiátricas en algunas madres que han tenido bebés con dermatitis atópica y se ha estudiado el desarrollo psicomotor. Pero los resultados no confirman esta hipótesis. Por otro lado esta el papel emocional de factores que pueden desencadenar exacerbaciones la dermatitis atópica en los adolescentes en quienes la sospecha de factores externos alérgicos se ha excluido. En resumen influencias psicológicas pueden modular el curso de la dermatitis atópica pero no parece ser la causa primaria (2).

OTROS: Existen muchos otros reportes de problemas asociados en pacientes con dermatitis atópica, como son los observados en glándula hipófisis y tiroides, siendo evaluada su actividad y encontrando casos de hipocalcemia e hipotiroidismo en algunos pacientes; así como su asociación con la fibrosis quística, que se encuentra aún en discusión (2). Por otro lado se encuentran otras descripciones de varias patologías asociadas que son menos frecuentes así se mencionan problemas herpetiformes (13), reacciones vasculares anormales (14), lengua geográfica como manifestación de atopía (14), y publicaciones de asociación con síndromes convulsivos (15), padecimientos congénitos (10), y enfermedad de Hodking entre otros (16).

Es importante por todo lo anteriormente mencionado un estudio integral de estos pacientes, tratando de correlacionar muchas otras patologías que pueden pasar desapercibidas en revisión del dermatólogo y que en el caso de algunas como la aparición de catarata o Queratocono, o la alergia gastrointestinal o bronquial, pongan en riesgo al paciente y dificulten su manejo.

OBJETIVOS

1. Conocer, el número y el tipo de patologías asociadas e independientes que se presentan en los pacientes con dermatitis atópica del HIM.
2. Averiguar si existe correlación entre la presencia de manifestaciones extracutáneas o patologías asociadas y el grado de afectación de la dermatitis atópica.

MATERIAL Y METODOS :

- 1. Tipo de Estudio:** descriptivo, prospectivo y transversal.
- 2. Definición de la población objetivo de estudio:** Se realizó un estudio descriptivo que consistió en revisar todos los expedientes de los pacientes con dermatitis atópica que acudieron a la consulta externa en el servicio de dermatología durante el año de 1994.

Se designaron los pacientes de acuerdo el grado de afectación en leve, moderado y grave (según tabla de valoración), valorando el tiempo de evolución, las fases en que cursaba y su respuesta al tratamiento.

3. Unidades de Estudio:

3.1 Criterios de inclusión: Se indugeron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica captados por el Servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante 1994,

3.2 Criterios de exclusión: Se exdugeron todos los que habian suspendido su tratamiento por el servicio de dermatología antes del término del mismo, de los cuales no se tenia seguimiento en el expediente clínico, así mismo

se excluyeron aquellos expedientes incompletos o ilegibles de los cuales no se pudo obtener la información requerida.

3.3 Criterios de eliminación: Los pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

3.4 Ubicación temporal y espacial: Pacientes vistos durante 1994 por el Servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez que cumplieron con los criterios de inclusión.

- 4. MUESTRA:** Se revisaron los expedientes del archivo clínico de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión por grupos de edad:

Neonatos (0 a 30 días)

Lactantes menores (1 mes a 11 meses)

Lactantes mayores (1 año a 1 año 11 meses)

Preescolares (2 años a 5 años 11 meses)

Escolares (6 años a 9 años 11 meses)

Adolescentes (10 años a 18 años)

5. VARIABLES:

5.1 Cualitativas: Sexo, tipo de patología, tipo de manifestación extracutánea ó patología asociada y grado de afectación de la dermatitis.

5.2 Cuantitativa: Edad.

6. ESCALAS DE MEDICION: Se utilizarón de tipo nominal, ordinal y absoluta de todas las categorías obtenidas.

6. FUENTES, METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION: La información que se extrajo de los expedientes es la siguiente: nombre, edad, sexo, y fecha de captación del paciente, número de expediente, fecha de diagnóstico de la dermatitis atópica, cronicidad de la dermatitis atópica, y otras patologías dermatológicas presentes. Con respecto a las patologías asociadas e independientes se registró el tipo de enfermedad, la fecha del diagnóstico, el manejo y la evolución.

RESULTADOS :

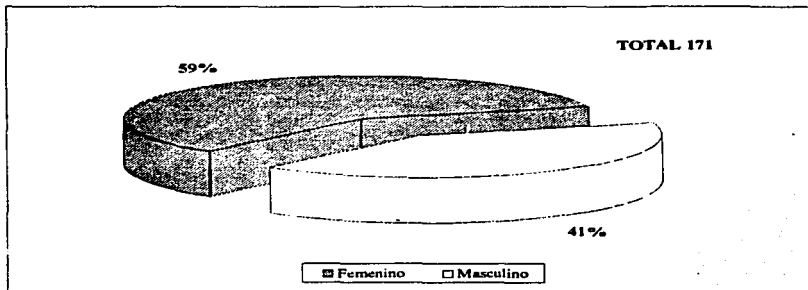
Se revisaron 200 expedientes del archivo clínico de pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1994 ; de los cuales se excluyeron 29 expedientes ya que habían suspendido el tratamiento antes del término del mismo, por no tener seguimiento en el expediente clínico y en algunos casos los expedientes se encontraron incompletos o ilegibles por lo que no se pudo obtener la información requerida, quedando un total de 171 expedientes que constituyeron el 100% de la muestra analizada.

Del total de pacientes (171) se encontraron 101 del sexo femenino (59%) y 70 del sexo masculino (41%). (Fig 1)

Por grupos de edad se distribuyeron de acuerdo al sexo, fueron 35 lactantes menores (20.46%), 22 masculinos y 13 femeninos, también del grupo de lactantes mayores correspondieron 35 casos (20.46%), 15 masculinos y 20 femeninos; de los 42 casos de preescolares (24.56%) hubo 19 masculinos y 23 femeninos; del grupo de escolares correspondieron 29 pacientes (16.95%), 6 masculinos y 23 femeninos; al igual que el grupo anterior hubo 29 casos de adolescentes (16.95%), 8 masculinos y 21 femeninos. (Fig 2)

FIGURA 1

DERMATITIS ATÓPICA FRECUENCIA POR SEXO



En cuanto a la presencia de la dermatitis atópica sin otra manifestación extracutánea o patología asociada, se encontraron 52 pacientes que representan el 30.40% comparados con 119 pacientes (69.60%) que tuvieron otras alteraciones aparte de la dermatitis atópica. (Fig. 3 y 4)

Se realizó un análisis de la presencia de la dermatitis por grupo etáreo encontrando la mayor frecuencia en pacientes de 1 año de edad, donde hubo 35 pacientes que representaron el 20.46% del total de la muestra estudiada. No se encontraron pacientes mayores de 16 años, solamente 2 en el grupo de edad de 15 años que corresponden al 1.16% del total.

Entre los objetivos de este trabajo se encuentra el clasificar los pacientes según el grado de afectación de la dermatitis atópica, en leve, moderada o grave, de acuerdo al grupo de edad, encontrando que en neonatos solo hubo un paciente y éste tuvo afectación moderada; de los 35 lactantes menores 20 cursaron con afectación leve, 15 moderada y ninguno grave; en el grupo de lactantes mayores, que también fueron 35, se encontraron 16 con afectación leve, 16 moderada y 3 grave; del grupo más numeroso que fueron los preescolares con 42 pacientes, 14 presentaron afectación leve, 24 moderada y 4 grave; de los 29 pacientes en edad escolar, 10 tuvieron afectación leve, 19 moderada y ninguno grave ; finalmente en el grupo

FIGURA 2

DERMATITIS ATÓPICA: INCIDENCIA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

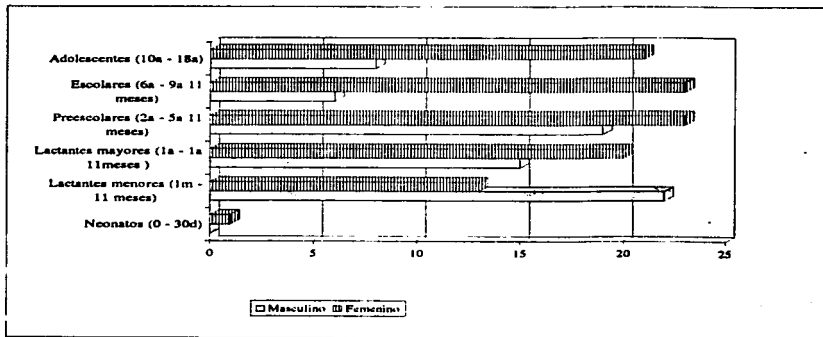


FIGURA 3

RELACION DE PACIENTES CON Y SIN ALTERACIONES AGREGADAS

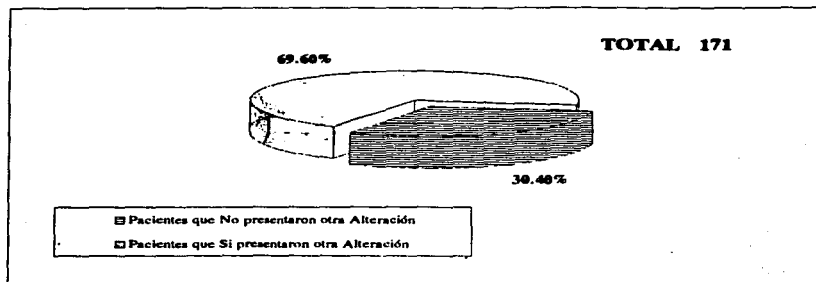
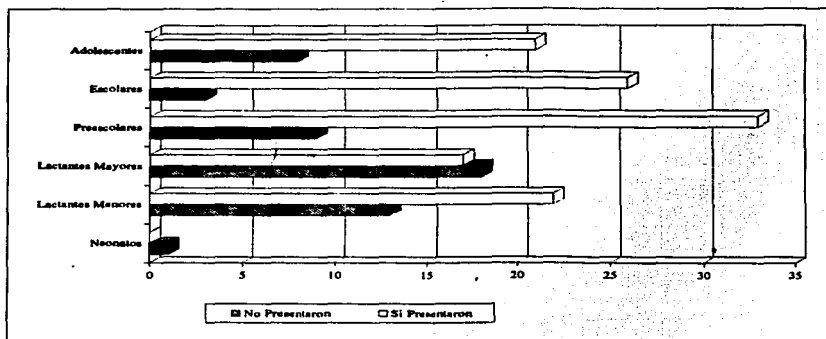


FIGURA 4

**PACIENTES QUE PRESENTARON MANIFESTACIONES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS
CLASIFICADOS POR GRUPO DE EDAD**



de adolescentes se encontraron 6 con afectación leve, 18 moderada y 5 grave. (Fig. 5)

Del total de 171 pacientes, en cuanto a grado de afectación, se presentaron 66 casos (38.59%) que se calificaron como leve, 93 casos (54.34%) con afectación moderada y 12 casos (7.01%) con afectación grave. Siendo el mayor porcentaje para los pacientes que presentaron afectación moderada. (Fig. 6)

Además de la dermatitis atópica, 119 pacientes tuvieron manifestaciones extracutáneas o patologías asociadas, que corresponden al 69.60% del total de 171 pacientes evaluados. (Fig. 7)

De las manifestaciones señaladas en el cuadro I, observamos que los grupos más numerosos correspondieron a cuadros de sinusitis, asma, alergia alimentaria, rinitis alérgica y problemas emocionales.

Finalmente se correlacionó el grado de afectación de la dermatitis atópica y la presencia o no de otra manifestación o patología agregada, encontramos en el grupo de neonatos un paciente con afectación moderada sin otra alteración agregada. (Fig. 8). Del total de 35 lactantes menores 22 tuvieron otra alteración, correspondiendo 11 con afectación leve, y 11 moderada. (Fig. 9)

FIGURA 5

NUMERO TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS CON DERMATITIS ATÓPICA

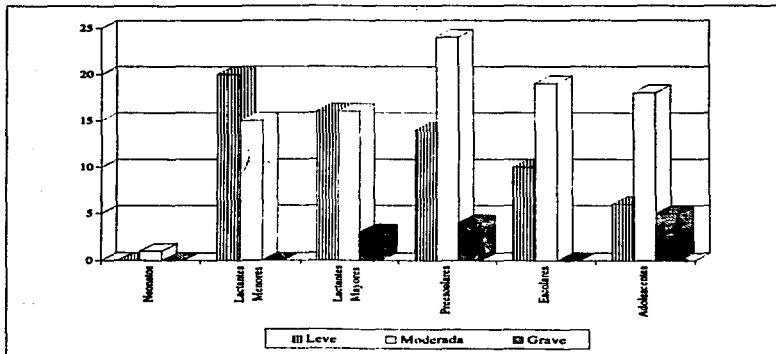


FIGURA 6

PORCENTAJE DEL GRADO DE AFECTACION DE LA DERMATITIS ATÓPICA

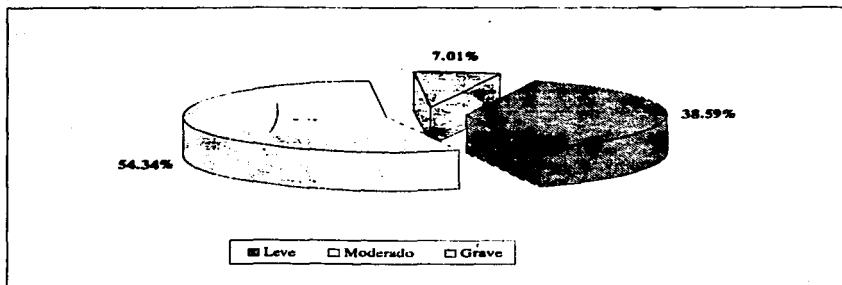
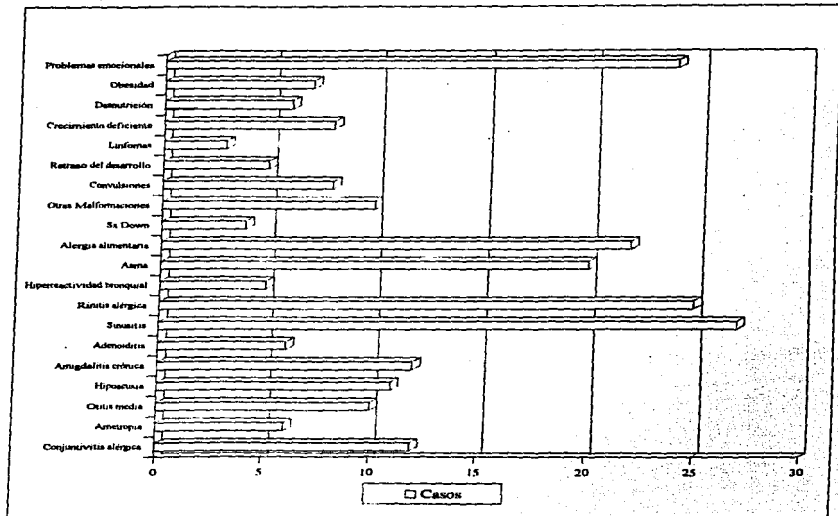


FIGURA 7

MANIFESTACIONES EXTRACUTÁNEAS Y PATOLOGÍAS OBSERVADAS
CON MÁS FRECUENCIA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA



CUADRO I

MANIFESTACIONES EXTRACUTÁNEAS Y PATOLOGÍA ASOCIADA, OBSERVADA EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

CUPO	Casos	%
Complemento sérico	12	10.08
Autoeruptia	6	5.04
Angioedema	3	2.52
Atrofia papilar	2	1.68
Quelmo conjuntival	1	0.84
Riforral	1	0.84
Strabismo	1	0.84
Nistagmo conjugado +	1	0.84
Lacrimosa corneal	1	0.84
Microcórnea		

ONG	Casos	%
Sensibil	27	22.68
Amigdalitis crónica	12	10.84
Hipocacasia	11	9.24
Otitis media	10	8.40
Adenoiditis	6	5.04
Faringoamigdalitis	2	1.68
Otitis externa	1	0.84

RESPIRATORIAS	Casos	%
Rinitis alérgica	25	21.00
Alergia	20	16.80
Hiperreactividad bronquial	5	4.20
Rinosinusitis	1	0.84

DIGESTIVO	Casos	%
Alergia alimentaria	22	18.48
ERGE	4	3.36
Estreñimiento crónico	3	2.52
Enteropatia	2	1.68
Apandicitis	2	1.68
Enf. ácido péptico	2	1.68
Invaginación intestinal	1	0.84
Evertción diafrág	1	0.84

URINARIO	Casos	%
Sx nefrótico	1	0.84
DCT	1	0.84

HEMATOLÓGICO	Casos	%
Púrpura	1	0.84
Anemia sistémica	1	0.84

ENDOCRINOLOGÍA	Casos	%
Sx Cushing	1	0.84

CONGENITAS	Casos	%
Sx Down	4	3.36
Glomielia	3	2.52
Malformación cardíaca	2	1.68
Otras Malformaciones	10	8.40

(Malformación en falange, hernia inguinoescrotales, Sx Klippel Trw, Sx Noonan, braquicefalicia, sinquia valvular, microcefalia, hipogenesia de pared abdominal, hipoplasia testicular y deformidad en tobique.)

NEUROLOGÍAS	Casos	%
Convulsiones	8	6.72
Retraso del desarrollo	5	4.20
Disgrafía del lenguaje	1	0.84
Esclerosis tuberosa	1	0.84
Parálisis Facial	1	0.84

ONCOLOGICÓN	Casos	%
Linfomas	3	2.52
Laricrionoma	2	1.68
Leucemia	1	0.84
Tumor esarino	1	0.84
Linfangoma	1	0.84
Quiste urico	1	0.84

OTRO	Casos	%
Crecimiento deficiente	8	6.72
Obesidad	7	5.88
Demencia, sim	6	5.04
Nasofaríngea fibrosis	1	0.84
F.E.S.	1	0.84
Otras alérgias	1	0.84
Problemas emocionales	24	20.16

(Ansiedad, hiperqueratosis, disfunción familiar, subpretección, agresividad, ts del sueño, introversión y depresión)

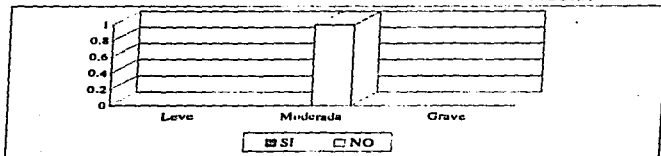
De los 35 pacientes incluidos en el grupo de lactantes mayores, 17 tuvieron otra alteración además de la dermatitis atópica, siendo 7 con afectación leve, 8 moderada y 2 grave. (Fig. 10) De los 42 preescolares, 33 pacientes presentaron otra alteración agregada, 10 con afectación leve, 20 moderada y únicamente 3 grave. (Fig. 11) En cuanto a los escolares, 26 de 29 pacientes tuvieron otra alteración agregada, 8 con afectación leve, y 18 con afectación moderada. (Fig. 12). Por último, el grupo de adolescentes que fue de 29 pacientes, presentó 21 pacientes con otra alteración, 5 con afectación leve, 13 moderada y 3 grave. (Fig. 13)

En la siguiente gráfica (Fig. 14) se presentan los pacientes que desarrollaron alguna patología asociada además de la dermatitis atópica, se excluyeron los que presentaron afectación grave, ya que corresponden al 10% del total de los individuos estudiados, llama la atención que en los menores de 10 años la mayoría corresponde a los que presentan afectación leve, sin embargo en los pacientes adolescentes esto se invierte presentando más alteraciones los que tienen afectación moderada.

GRADO DE AFECTACION DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y PRESENCIA DE OTRA MANIFESTACION O PATOLOGIA AGREGADA, CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

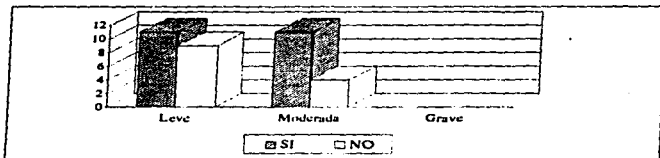
NEONATOS

FIGURA 8



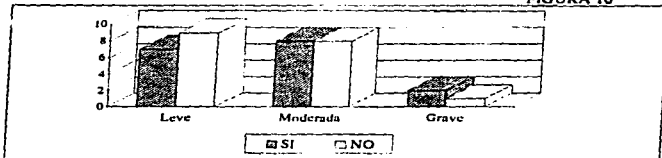
LACTANTES MENORES

FIGURA 9



LACTANTES MAYORES

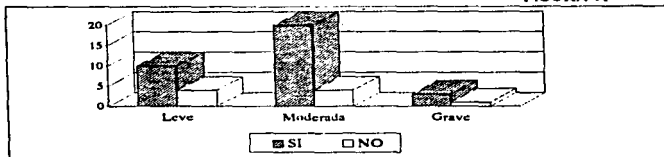
FIGURA 10



GRADO DE AFECTACION DE LA DERMATITIS ATÓPICA Y PRESENCIA DE OTRA MANIFESTACION O PATOLOGÍA AGREGADA, CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

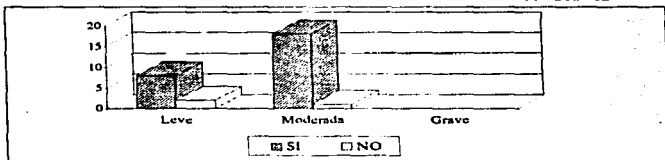
PREESCOLARES

FIGURA 11



ESCOLARES

FIGURA 12



ADOLESCENTES

FIGURA 13

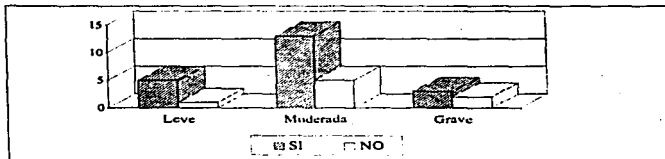
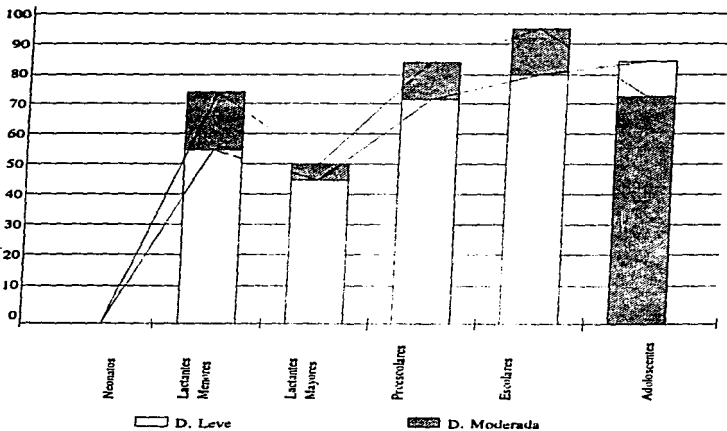


FIGURA 14

PACIENTES QUE DESARROLLARON ALGUNA PATOLOGÍA ASOCIADA



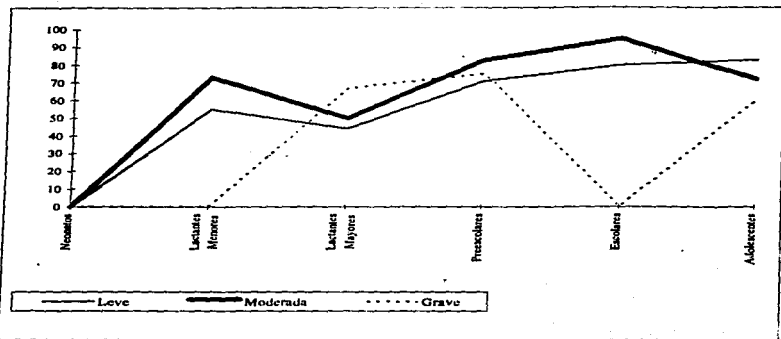
El histograma que corresponde a la (fig. 15), para los pacientes con dermatitis atópica leve es similar al de los pacientes con dermatitis atópica moderada que desarrollaron alguna patología asociada.

En todos los grupos de edad, excepto en el de adolescentes el porcentaje de pacientes que desarrollaron alguna patología asociada fue mayor en los individuos con dermatitis moderada que en los de dermatitis leve.

Considerando únicamente a los pacientes con dermatitis leve y moderada, el porcentaje de lactantes que presentaron alguna patología asociada fluctuó entre 45 y 70%, mientras que en los preescolares, escolares y adolescentes dicho porcentaje varió entre 70 y 90%.

FIGURA 15

**PORCENTAJE DE PACIENTES QUE DESARROLLARON PATOLOGÍAS ASOCIADAS
Y/O MANIFESTACIONES EXTRACUTÁNEAS**



CONCLUSIONES :

Dos tercera parte de los pacientes revisados tuvieron otra alteración además de la dermatitis atópica, de estos la mayoría podemos considerarlas como manifestaciones extracutáneas. Los pacientes con dermatitis atópica presentan múltiples manifestaciones secundarias a la predisposición que presentan para formar IgE en respuesta a la exposición a un antígeno. Así como existe una reactividad alterada de la piel, existe una reactividad de la mucosa del aparato respiratorio por lo que podemos explicar la alta frecuencia de casos que se acompañaron con cuadros de asma, así como también de rinitis alérgica, por lo que los casos que se presentaron en nuestros pacientes se pueden considerar como esperados. En cuanto a la presencia de sinusitis, que fue el padecimiento con más casos presentados, debemos señalar que si bien se encuentra entre el 0.5% y el 5.0% de la población pediátrica sin antecedentes de atopia como complicación de una infección respiratoria aguda, en los pacientes con antecedentes atópicos con síntomas respiratorios tiene una alta incidencia, presentándose hasta en un 27 a un 70% de estos pacientes alteraciones radiológicas en senos paranasales con síntomas de sinusitis, además existen factores que predisponen a un cuadro de sinusitis (28), como son condiciones debilitantes generalizadas como la desnutrición, diabetes no controlada, terapia prolongada con esteroides u otros agentes inmunosupresores,

discracias sanguíneas, fibrosis quística, etc., algunas de las cuales se presentaron en nuestros pacientes, nosotros encontramos en un 22.68% de los pacientes revisados el cuadro agregado de sinusitis. Así mismo debemos considerar que en pacientes alérgicos con cuadro aunado de asma, esta descrito que la principal infección respiratoria desencadenante de una crisis asmática es la sinusitis.

La conjuntivitis alérgica se presentó en 12 pacientes con 10.98% del total, en la literatura revisada se reporta que cerca del 50% de los pacientes con dermatitis atópica pueden tener afección ocular o palpebral debido al origen ectodérmico de la epidermis (29) y de muchas estructuras oculares. No encontramos ningún caso de catarata como complicación seria, ya que como sabemos esta es más frecuente en la 2a década de la vida y puede desarrollarse en forma bilateral y rápida, se ha reportado incluso en más de 16% de los casos, especialmente en aquellos pacientes que tienen una dermatitis atópica grave.

En lo que se refiere a los padecimiento congénitos, ocupa el primer lugar de estos en nuestra revisión el síndrome de Down, con 4 casos que representan el 3.36% del total. Como sabemos estos pacientes pueden cursar con alteraciones inmunológicas principalmente de tipo celular y entre las alteraciones que pueden presentar a lo largo de su vida se encuentran las de tipo atópico como la dermatitis atópica y la alergia alimentaria. De los 4 casos

comentados 2 presentaban ambos diagnósticos además del síndrome de Down.

La otitis media y la amigdalitis crónica fueron vistas también en alto porcentaje en nuestro trabajo (8.40 y 10.84% respectivamente), en estos casos se encuentra bien descrito que la presencia de atopia definida como presencia de dermatitis seca y prurítica entre otras manifestaciones de la misma, es uno de los factores predisponentes más importantes en el caso de la otitis media (28). En lo que respecta a la alergia alimentaria presentada en el 18.48% del total de los pacientes revisados, es un porcentaje hasta cierto punto esperado dentro de las manifestaciones atópicas en este tipo de pacientes, ya que la alergia a los alimentos como causa de una dermatitis atópica se presenta hasta en un 33% de los pacientes (29), existiendo una relación directa entre el incremento del prurito y signos de dermatitis posterior a la ingesta de alimentos específicos, se ha referido que la reacción aparece en áreas previamente afectadas, entre 15 y 90 minutos posteriores a la ingesta los alimentos y se pueden acompañar de síntomas gastrointestinales o de tipo respiratorio (30). Los alimentos más frecuentemente encontrados como desencadenantes de una dermatitis atópica fueron la naranja, el cacahuete, huevo, trigo y nuez entre otros. Así mismo cabe mencionar que de los 4 casos con síndrome de Down y dermatitis atópica, 2 presentaban además alergia alimentaria.

La conjuntivitis alérgica se presentó en 12 pacientes con 10.08% del total, en la literatura revisada se reporta que cerca del 50% de los pacientes con dermatitis atópica pueden tener afección ocular ó palpebral debido al origen ectodérmico de la epidermis (29) y de muchas estructuras oculares. No encontramos ningún caso de catarata como complicación seria; como sabemos esta es más frecuente en la 2a década de la vida y puede desarrollarse en forma bilateral y rápida, se ha reportado en más del 16% de los casos, especialmente en aquellos con una enfermedad grave (18). En lo que se refiere a los padecimientos congénitos ocupa el primer lugar el síndrome de Down, como ya se había mencionado anteriormente, hubo 4 casos. Estos pacientes pueden cursar con alteraciones inmunológicas de tipo celular principalmente, y entre las alteraciones que pueden presentar a lo largo de su vida se encuentran manifestaciones atópicas que incluyen la dermatitis y la alergia alimentaria entre las más comunes.

El crecimiento deficiente se observó en 8 pacientes y la desnutrición en 6 casos; se ha referido que el uso de esteroides tópicos o sistémicos por periodos prolongados, mala absorción intestinal o malnutrición debida a una dieta inadecuada, así como la deficiencia de vitamina D, se han implicado como causa de baja estatura en estos pacientes (29), además de la falta de sueño y pérdida transepidérmica de agua secundaria al prurito intenso.

Llama la atención la alta frecuencia de problemas emocionales que se presentaron, siendo en orden de importancia la tercera alteración agregada que más encontramos en esta revisión, en total fueron 24 casos que representan el 20.16% del total de los pacientes revisados. Sabemos que las alteraciones emocionales en muchas ocasiones desencadenan el círculo prurito-rascado, nosotros vimos principalmente problemas de ansiedad, hiperquinesia, y disfunción familiar entre las más importantes, en los pacientes con alteraciones agregadas.

En esta revisión no encontramos diferencia importante en cuanto al sexo, se afectan similarmente ambos sexos, con ligera predisposición en el sexo femenino, lo cual no es significativo. Los pacientes se presentaron en mayor número de los casos en edad preescolar, sin embargo debemos considerar que algunos ya habían sido diagnosticados en edades anteriores y nuestra revisión solo se limitó a ver pacientes que acudieron durante 1994.

El grado de afectación se presentó con mayor porcentaje en pacientes con afectación leve y moderada, debemos considerar respecto a esto que el mayor número de pacientes lo observamos en menores de 7 años y que la gravedad del padecimiento está íntimamente relacionada con la cronicidad de la misma. Uno de los objetivos de nuestro trabajo fue tratar de relacionar el grado de

afectación de la dermatitis atópica y la presencia o no de otras alteraciones, respecto a ésto encontramos que el porcentaje de pacientes que desarrollaron alguna patología asociada fue mayor en individuos con dermatitis atópica moderada que en los de dermatitis leve. No se pudo realizar un análisis estadístico concluyente respecto a ésto, ya que no se podrían incluir los pacientes con afectación grave por representar solo el 10% del total de la población estudiada; pero si podemos inferir que el grado de afectación de alguna manera condiciona a la aparición de manifestaciones extracutáneas en forma proporcional según lo visto en este trabajo comparando los pacientes con afectación leve y moderada. Para poder llevar a cabo la comprobación de esto último se debe hacer un estudio en forma prospectiva valorando el tiempo que tarda en desarrollar una manifestación extracutánea u otras alteraciones asociadas, después del diagnóstico inicial de la dermatitis atópica y valorar cada grupo de edad por nivel de gravedad de la dermatitis.

Finalmente considero que es valioso el saber el tipo de alteraciones que encontramos con más frecuencia en los pacientes con dermatitis atópica, dado el alto porcentaje en que se presentan estos pacientes en la consulta diaria vista en dermatología, para dar un manejo integral en forma multidisciplinaria enviándolos oportunamente a los servicios pertinentes y explicando a los padres y a los pacientes las alteraciones que pueden llegar a presentar considerando que es un

padecimiento que evoluciona hacia la cronicidad y que en muchas ocasiones es de difícil control, sobre todo si no conocemos las condiciones que lo desencadenan y que en la mayoría de los casos pueden ser evitados.

BIBLIOGRAFIA

1. Sampson HA. Atopic dermatitis. *Ann Allergy* 1992; 69: 469-82
2. Gelmetti C. Extracutaneous manifestations of atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 1992; 9: 380-2.
3. Rudolf L. The development of the concept of atopic dermatitis. En: Rudolf L, ed. *Atopic dermatitis*. Nueva York: Lippincott, 1955; 1-9.
4. Apter AJ, Rothe MJ, Grant-Kels JM. Allergy consultation in the management of atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 1991; 8: 341-7.
5. Reed CE, Busse WV, Tee PL. Adrenergic mechanisms and the adenylyl cyclase system in atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 1976; 67: 333-8.
6. Stiehm R. Immunologic aspects of pediatric illness. Canada: 1973; 354-6.
7. Brunsting LA, Reed WB, Bair HL. Occurrence of cataracts and keratoconus with atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1955; 72: 237-41.
8. Christensen JD. Frequency of cataract in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1981; 61: 76-7.

9. Roth HL, Kierland RR. The natural history of atopic dermatitis. Arch Dermatol 1964; 89: 209-14.
10. Larsen M. Atopic dermatitis and congenital deafness. B J Dermatol 1978; 99: 380-2.
11. Devlin R. Cartilaginous pseudocyst of the external auricle in children with atopic eczema. B J Dermatol 1990; 122: 698-704.
12. Wanakul S, Huiprasert P, Pongprasit P. Eczematous skin reaction from patch testing with aeroallergens in atopic children with and without atopic dermatitis. Pediatr Dermatol 1993; 10: 209-13.
13. Davies MG, Fifield R, Marks R. Atopic disease and dermatitis herpetiforme. B J Dermatol 1979; 101: 429-34.
14. Marks R, Simons MJ. Geographic tongue-a manifestation of atopy. Br J Dermatol 1979; 101: 159-62.
15. Rajka G, Winkelmann RK. Atopic dermatitis and Sezary syndrome. Arch Dermatol 1984; 120: 83-4.
16. Winkelmann RK, Rajka G. Atopic dermatitis and Hodgkin's disease. Acta Derm Venereol (Stockh) 1983; 63: 176-7.

17. Uehara M, Ofuji S. Abnormal vascular reactions in atopic dermatitis. Arch Dermatol 1977; 113: 627-9.
18. Ibarra-Duran MG, Mena-Cedillos CA, Rodríguez-Almaraz M. Cataratas y dermatitis atópica en niños. Estudio de 68 pacientes. Bol Med Hosp Infant Mex 1992; 49: 851-5.
19. Kierland R. Certain stigmata associated with atopic dermatitis. En: Rudolf L, de. Atopic dermatitis. Nueva York: Lippincott, 1955; 43-55.
20. Leyden JJ, Marples RR, Kligman AM. Staphylococcus aureus in the lesions of atopic dermatitis. Br J Dermatol 1974; 90: 525-30.
21. Schultz-Larsen F, Vase P, Schmidt H. Atopic dermatitis and congenital deafness. Br J Dermatol 1978; 99: 325-28.
22. Hanifin JM. Atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 1984; 73: 211-22.
23. Kanwar AJ, Dhar S, Kaur S. Evaluation of minor clinical features of atopic dermatitis. Pediatr Dermatol 1991; 8: 114-6.
24. Hernández-Pérez E. Clínica dermatológica. 3a. de. El Salvador: UCA editores, 1987; 253-69.

25. Rudolf L. Clinical and histologic picture. En: Rudolf L, de. Atopic dermatitis. Nueva York: Lippincott, 1955; 25-41.
26. Velásquez JL. Redacción del escrito médico. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1986; 73-105.
27. García-Barrios C, Moreno-Altamirano L, Namihira-Guerrero D. El protocolo de investigación. En: García-Barrios y cols, de. Programa de investigación para segundo año de la carrera de medicina general integral. Protocolo de investigación. Documento interno. México: UNAM, 1985; 45-63.
28. Rodríguez-Suárez RS. Infecciones de vías respiratorias superiores en pediatría. México : Impercalli, 1989 ; 69-75.
29. Rodríguez- Galván YE, Sierra-Monge JL, Ponce-Castro VH y col. Dermatitis atópica. Un nuevo enfoque. Experiencia en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Bol Med Hosp Infant Mex 1995 ; 52 : 316-28.
30. Del Río-Navarro BE, Sierra-Monge JL. Alergia a alimentos. Bol Med Hosp Infant Mex 1993 ; 50 : 422-29.