



**Universidad Nacional Autónoma de
México.**

Facultad de Medicina

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
DEPARTAMENTO DE

DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

***VARIEDADES MORFOLÓGICAS ATÍPICAS DE LA DERMATITIS
ATÓPICA***

ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

***SUBESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
PEDIÁTRICA***

P R E S E N T A

DRA. ADA VICTORIA ARGUETA ESPINO

**TUTOR DR. CARLOS ALFREDO MENA CEDILLOS.
ASESORA: DRA. ADRIANA MARÍA VALENCIA HERRERA**



MÉXICO D.F.

31 DE AGOSTO

2006.



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Padre Celestial; a quien se la gloria y la honra, quien nos ha amado tanto , que ha enviado a Jesucristo para darnos vida eterna, y por su gracia he disfrutado cada día de ésta noble profesión. **Gracias Dios por siempre...**

A mi madre; quien es el mejor ejemplo para mi vida en todas las esferas que un ser humano pueda aspirar a desarrollarse y alcanzar los más grandes sueños y por darme tanto amor y permitirme aprender de ella. **Te amo mamá**

A la memoria de mi padre, ...te fuiste antes de que mis ojos te recordaran pero en

mi alma estarás inseparable, **Te recuerdo todo el tiempo papá**

A mis maestros: Dr. Carlos Mena y Dra Adriana Valencia

Por la calidad humana que hay en sus corazones y por la paciencia de enseñarme cada día y a ver siempre lo mejor en cada ser humano

ha sido un privilegio haberles conocido

A mis hermanas, Saira y Patricia;

Quienes han creído en las oportunidades que Dios nos da para soñar y crecer
y por el amor fraternal
que seguirá brotando de sus corazones....

Gracias queridas hermanas

A una gran maestra Mi tía Elena,

Usted me ha enseñado que nunca se debe desmayar, y saber que cada día
podemos dar gracias a Dios pues el es nuestra Roca

A Charlee

quien a tan corta edad me enseña a vivir más allá de mi presente

.cuanto se quieren los sobrinos!!!

A mis compañeras del Servicio de Dermatología del Hospital infantil de
México

Federico Gómez , que han sido nobles y cálidas en su trato... **recordaré esos
buenos tiempos.**

A mis amigos Claudia y Eify, les agradezco todo su apoyo y sabios consejos

Son joyas en la amistad ...

A nuestros pacientes , por permitirnos ver más allá de la piel y disfrutar un
segundo de sus sonrisas, por la confianza en nuestro trato y por la oportunidad
de habernos
enseñado a través de sus dolencias significando lo más hermoso de la vida.

A NUESTROS NIÑOS

INDICE	Nº de página
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	14
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	32

RESUMEN

Título: Variedades morfológicas atípicas en dermatitis atópica, Estudio Descriptivo, de casos incidentes en el primer semestre del año 2006

Antecedentes: A pesar de ser una enfermedad bastante común, la Dermatitis Atópica, (DA), se presenta como entidad de nomenclatura y diagnóstica muy amplia por lo cual, ocasionalmente puede ser de comprensión compleja, y que por falta de una prueba definitiva para tal fin, este depende ampliamente de la historia clínica y de las características y distribución de lesiones para las forma clásica no así para las formas inusuales de a DA pueden ocurrir de forma aislada o alternar y coexistir con formas mas clásicas de presentación. Cuando se presenta en forma aislada, su calificación como variedades de DA puede ser discutible y para un diagnóstico adecuado será necesaria la ayuda de la historia personal o familiar de atopia, estigmas de constitución atópica, la y seguimiento evolutivo.

Planteamiento del problema: La Dermatitis Atópica, presenta manifestaciones clínicas no clásicas, la identificación de éstas permite establecer tempranamente el diagnóstico de la enfermedad e iniciar el tratamiento apropiado; asimismo el reconocer un paciente con Dermatitis atópica alerta al médico tratante para detectar otras enfermedades descritas en la marcha atópica.

Justificación: No existen en el Hospital Infantil de México, reportes de variedades morfológicas atípicas en dermatitis atópica

Tipo de estudio: Descriptivo , de casos incidentes.

Diseño: Se evaluaron pacientes con dermatitis atópica, en el Departamento de Dermatología Pediátrica del Hospital Infantil de México Federico Gómez, del sexo femenino y masculino,. El presente estudio incluyó a todos los pacientes que consultaron por primera vez y de este grupo se tomó el subgrupo de pacientes con variedades morfológicas atípicas y se procedió a tabular las principales características de cada una de las variedades, comparándolas entre ambos sexos y entre cada una de las variedades. Los criterios de inclusión fueron pacientes menores de 18 años, femeninos o masculinos, pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica de primera consulta en el departamento de dermatología pediátrica, Con criterios de exclusión: pacientes que hayan recibido tratamiento inadecuado en los últimos 7 días, con sobreinfección o sin expediente clínico. Las variables: edad: consignada en años; sexo; fue consignada como masculino o femenino; la variedad morfológica atípica de dermatitis atópica; consignada como numular, folicular, papular liquenoide, tipo prurigo, fotosensibilizante y la eritrodérmica. La intensidad del prurito y de las lesiones en la piel; fue consignada como: leve, moderada o grave., se realizó la prueba estadística para comparación de proporciones: χ^2 . (Chi cuadrada)

DESCRIPCIÓN: Se revisaron cada uno de los pacientes con dermatitis atópica describiendo la variedad morfológica atípica, agrupándolos por edad y sexo , y se procedió a graficar los grupos de pacientes por variedad, sexo, morfología de las lesiones, así como por los segmentos corporales afectados e intensidad de prurito y de las lesiones presentes en cada una de las variedades.

Resultados: Se atendieron un total de 601 pacientes con dermatitis atópica en el primer semestre del año 2006 y de éste grupo fueron 313 , los que consultaron por primera vez, de los cuales, se tomaron 78 pacientes con variedades morfológicas atípicas de dermatitis atópica, y de ellos; hubo 40 pacientes del sexo femenino y 38 del sexo masculino.

Conclusiones:

Las manifestaciones cutáneas no clásicas, en Dermatitis Atópica; siguen ocupando un lugar importante , incluso ligeramente mayor que el reportado en la literatura y la relevancia de identificarlas apropiadamente, seguirá siendo un reto clínico, sin embargo cuando se tiene la información adecuada del comportamiento clínico de dichas manifestaciones, podremos describirlas para diagnóstico, tratamiento e incluirlas si fuese necesario en cuadros de las enfermedades de estudio para marcha atópica

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad pruriginosa de origen desconocido que usualmente inicia en la infancia temprana y esta caracterizada por prurito, lesiones eccematosas, xerosis y liquenificación sobre la piel.⁽¹⁾

El termino dermatitis o eczema es usado indistintamente en dermatología para referirse a un proceso inflamatorio de la epidermis superficial, caracterizado por alteración de la superficie cutánea y que se manifiesta con exudación, excoriación y formación de costras.⁽²⁾

Atopia, es un término utilizado para definir la tendencia genéticamente predispuesta para reaccionar de manera exagerada ante ciertos estímulos ambientales irritantes o é alergénicos. Los síntomas y signos dependen del órgano de choque involucrado, así tenemos rinitis alérgica si se trata de la mucosa nasal, asma en el caso de vías aéreas inferiores, conjuntivitis alérgica, cuando es la conjuntiva ocular y dermatitis atópica si el órgano de choque es la piel. Atopia cutánea, es un estado de hiperreactividad que ocurre en la piel seca (xerótica) fácilmente irritable, piel atópica que ante ciertos factores externos manifiesta síntomas y signos de de inflamación⁽³⁾

ANTECEDENTES

El término eczema, fue utilizado desde el siglo XIX, para designar a toda dermatosis de aparición brusca, sin embargo fue Williams, quien usó el término en 1808, describió una enfermedad cutánea compatible con prurigo ⁽⁴⁾ Posteriormente en 1844, Hebra describió brotes de lesiones característicamente distribuidas en flexuras, y en 1891, Broca y Jaquet destacan la naturaleza emocional de la enfermedad introduciendo el término neurodermatitis diseminada.

Es con el avance de los estudios inmunológicos que se continuó estudiando los procesos que están interviniendo en su expresividad clínica, por lo que en 1933, Wisey Suizberger propone la denominación dermatitis atópica, consideró que expresaba con mayor exactitud, la relación entre manifestaciones cutáneas, asma y rinitis alérgica.

En 1966, Ishizaka, descubre que la Inmunoglobulina E se encuentra elevada en los pacientes con DA. Y en 1980, Hanifin y Rajka, proponen por primera vez el uso de criterios mayores para el diagnóstico de DA ⁽⁵⁾

Además existen los criterios diagnósticos propuestos por Williams ⁽⁶⁾

A pesar de ser una enfermedad bastante común, la dermatitis atópica, (DA), se presenta como una entidad de nomenclatura y diagnóstico bastante amplio por lo cual, ocasionalmente puede ser de comprensión compleja; mencionando que por falta de una prueba de laboratorio definitiva para el diagnóstico, éste depende ampliamente de la historia clínica y de las características y distribución de las lesiones para las formas clásicas no así para las atípicas

La DA afecta del 10 al 20% de los niños a nivel mundial. Se presenta en todos los grupos de edad; predomina en niños y adolescentes, el 85% de los enfermos inicia dentro de los primeros 5 años de vida, constituye el 4% de la consulta pediátrica de urgencias, siendo la primera causa de consulta dermatológica en general y 22% de la consulta de dermatología en clínicas pediátricas. Se ha descrito un incremento importante en su prevalencia en los últimos años.

La prevalencia varía del 5-15% en niños de los países industrializados⁽⁴⁻⁷⁾ existiendo variaciones regionales, así en el mundo occidental se estima que es del 10-20%, en Rusia 4.3% y las regiones de más baja prevalencia son en el Este de la India y en Asia a diferencia de Londres y el sur de California; también se reconocen variaciones estacionales, jugando un rol importante en la prevalencia, ya que las exacerbaciones se presentan generalmente durante el invierno.

En el servicio de dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez el 15.8% de las consultas de primera vez corresponde a pacientes con dermatitis atópica, siendo de estas el 72% casos leves, el 5% moderado y el 23% grave ⁽⁷⁾

Su etiología es desconocida, pero se han involucrado en su patogenia la presencia de mecanismos inmunológicos celulares y humorales. Se han descrito diversas anormalidades en sangre periférica de pacientes con DA. Entre estas encontramos una elevación de los niveles de IgE (hasta en el 80% de los pacientes), eosinofilia, activación crónica de macrófagos. Incremento de IL-4 e IL-5 secretada por células Th1 y un incremento en la liberación de histamina por los basófilos. Estas alteraciones sugieren una anormalidad subyacente en la inmunorregulación⁽⁸⁾

Se ha establecido una base genética en la patogénesis, ya que aproximadamente un 50 al 70% de pacientes con DA presentan historia de atopía entre los padres (dermatitis atópica, asma, rinitis alérgica). Una anormalidad genética esta posiblemente relacionada en la banda 11q13 ó 5q31, sin embargo estos hallazgos aún no han sido corroborados⁽⁹⁾

La mayoría de los estudios recientes apoyan un modelo multifactorial y poligénico más que la acción de un solo gen autosómico dominante de penetrancia reducida⁽¹⁰⁾

Se han descrito factores disparadores dentro de la evolución de la DA, tales como, irritantes, aeroalergenos, alimentos, microorganismos, hormonas sexuales, stress, sudor y el clima⁽¹¹⁾

Existe un incremento en los niveles de AMPc Fosfodiesterasa, ocasionando la disminución de los niveles del AMPc intracelular, por lo tanto induce hiperreactividad de los basófilos y mastocitos, con mayor producción y liberación de histamina y leucotrienos, predominio de linfocitos T-helper lo que predispone a la atopía.⁽¹²⁾

Otros mecanismos fisiopatológicos involucrados considerados como disparadores incluyen la acción de sustancia P, péptido intestinal vasoactivo; de regulación del sistema inmune, con aumento de la actividad de Th2; disturbios metabólicos de los ácidos grasos, deficiencia de omega-6 plasmática, en tejido adiposo y en los elementos formes de la sangre⁽¹³⁾

Además la pérdida de agua transepidermica (TEWL) la cual es una medida directa de la barrera de permeabilidad de piel; encontrándose incrementada en DA, tanto en áreas afectadas como en no afectadas y esto se correlaciona con la gravedad de la misma⁽¹⁴⁾

El defecto de barrera se ha atribuido a la disminución del contenido de ceramidas en el estrato córneo, los cuales son lípidos claves de los cuerpos lamelares intercelulares; hay incapacidad en la habilidad del estrato córneo en retener agua, esto por disminución del contenido de aminoácidos osmóticamente activos en los corneocitos además de la alteración de los cuerpos lamelares⁽¹⁵⁾

La población más afectada son los niños, teniendo que en un 60% de los casos la enfermedad se manifestará antes del primer año de vida y a los 5 años en el 85% de los pacientes. Se menciona un patrón de herencia autosómica dominante, con una prevalencia del 81% cuando ambos padres la padecen⁽¹⁶⁾

Se ha comprobado que el papel que tienen los alergenos en la manifestación de la DA, es de vital importancia. El 85% de los pacientes presenta pruebas cutáneas positivas tanto a inhalantes como a alimentos (siendo más importante éste rubro en la población pediátrica)

Se han relacionado factores ambientales incluyen contactos con irritantes (jabones, solventes, ropa de lana, detergentes, perfumes), alérgenos, clima, sudor, aeroalérgenos, microorganismos (*Staphylococcus áureas*, *Pitysporum yeass*, *Cándida sp* y *Trichophyton*), ciertos alimentos y el estrés han sido considerados desencadenantes de la dermatitis atópica en individuos susceptibles ⁽¹⁷⁾. El estudio realizado en el INP encontraron alergia alimenticia en 17%, mayor positividad en pruebas cutáneas por prick (huevo, caseína, chocolate, trigo, soya y plátano), sensibilización a aeroalérgenos por pruebas cutáneas en el 41% a diferentes pólenes, sensibilización a proteínas de animales domésticos (gatos y perros), sensibilización a hongos, positividad a dermatofagoides en el 62% de los casos y aquellos pacientes que no recibieron lactancia materna aumentó la posibilidad de sensibilización a dermatofagoides ⁽¹⁸⁾

La morfología de las lesiones de DA es muy variada, oscilando desde simple xerosis y/o eritema, hasta la presencia de excoriaciones, costras, liquenificación y en los casos más graves, el eccema y la impetiginización secundaria.

La topografía de las lesiones depende de la edad en la cual se presente la enfermedad. Así, en el lactante es más frecuente observar las lesiones en la cara (mejillas), en el escolar en las zonas de flexión, el cuello y la nuca, y en el adulto en las manos; aunque en todas las edades puede llegar a presentarse la forma generalizada (eritrodermia) ⁽¹⁹⁾

El diagnóstico de DA se basa en los hallazgos clínicos que varían con la edad. Los criterios de Hanifin y Rajka se utilizan para confirmar el diagnóstico. (ver Anexo N° 1) La Unión Europea para la Dermatitis Atópica desarrolló el índice SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) para estandarizar la clasificación de la gravedad de la DA. A través del cual, se combina la superficie corporal involucrada, la intensidad de los signos clínicos y los síntomas subjetivos de prurito e insomnio y los clasifica en leve, moderado y grave.; sin embargo esto ha sido para las manifestaciones clásicas ⁽²⁰⁾ Y establecer el diagnóstico de las formas clásicas es relativamente fácil, no así para las variedades morfológicas atópicas⁽²¹⁾.

La historia natural de enfermedad atópica en un paciente con riesgos genéticos y ambientales conlleva a la progresión del desarrollo de la dermatitis atópica, alergias alimentarias, sensibilización a aeroalérgenos y al desarrollo de alergia. Se puede presentar en los primeros 2-3 meses de vida, hasta en el 60% se presenta antes del primer año⁽²²⁾ y se caracteriza por períodos de exacerbaciones y remisiones, pudiendo persistir hasta la vida adulta.

En relación al sexo, afecta a ambos por igual, aunque un estudio realizado en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) ⁽²³⁾ se observó mayor frecuencia en el sexo femenino; tampoco ha sido establecida la predilección por raza o etnia .

Es decir que la patogénesis es compleja, en el último consenso de la Academia de Dermatología se agregan otros factores como anormalidades de fosfodiesterasas Y disregulación nucleótidos cíclicos, mediadores neurales (hormona estimulante alfa-melanocitos, neurocinina A ⁽²⁴⁾).

Se ha considerado el prurito como signo universal, sin éste signo no es posible hacer el diagnóstico⁽²⁵⁾. y con tres criterios menores, encontrando que la xerosis se encuentra en más del 90% de los pacientes; la dermatitis de manos se ha encontrado presente hasta en un 70% de los pacientes con DA y en otro estudio se ha considerado que la dermatitis inespecífica de manos y pies se presenta hasta en el 42% de los casos, hipersensibilidad inmediata a pruebas cutáneas hasta en el 85% de los casos pueden presentar pruebas cutáneas positivas; el eczema del pezón se presenta en un 3-20%; conjuntivitis recurrente y eccema de los párpados en un 8-23% y pitiriasis alba en un 30-40% de los pacientes atópicos o con intolerancia alimentaria. Hanifin y Rajka encontraron que los criterios menores más frecuentemente presentes en pacientes mayores de dos años son la xerosis; curso influenciado por factores ambientales; eritema facial; reacción de piel a alimentos; prurito al sudor; pruebas cutáneas por princk positivas y eccema de manos ⁽²⁶⁾.

Debido al prurito y xerosis que se presentan en la DA, frecuentemente se establece un círculo vicioso de: **piel seca → inflamación → prurito → rascado → daño a la barrera cutánea → mayor inflamación**

Los pacientes con DA, pueden exhibir manifestaciones clínicas típicas y atípicas o bien variedades mínimas y localizadas, consideradas estigmas de constitución atópica. Sin embargo en algunos pacientes, se pueden presentar variantes clínicas y morfológicas, con sitios especiales de localización que se han denominado variedades atípicas (no clásicas) de la DA.

Las variedades morfológicas atípicas de la DA pueden ocurrir de forma aislada o alternar y coexistir con formas más clásicas de presentación. Cuando se presenta en forma aislada, su calificación como variedades de DA puede ser discutible y para un diagnóstico adecuado será necesaria la ayuda de la historia personal o familiar de atopia, estigmas de constitución atópica, la histopatológica y el seguimiento evolutivo.

Dentro de las variedades morfológicas atípicas de la DA se incluyen:

1. Variedad folicular
2. Variedad popular liquenoide
3. Variedad tipo prurigo
4. Variedad numular
5. Variedad fotosensibilizada
6. Variedad eritrodermica

Variedad folicular

Esta variedad es frecuente particularmente entre los japoneses, donde fue descrito por primera vez⁽²⁷⁾. Siendo observada también en pacientes de raza negra. Es una forma folicular seca y levemente irritativa de la DA que se caracteriza por la aparición de papulas foliculares de color piel que dan el aspecto de “piel de gallina”

Las papulas se localizan principalmente en las caras laterales tronco, cuello y superficie extensora de las rodillas.

La lesión individual es una papula pequeña ligeramente acuminada o en forma de domo, cubierta con mucha frecuencia por escama fina o costra serosa mínima, pero sin hiperqueratosis. El color de estas lesiones puede variar a un color blanquecino o marrón siendo además dispersas inicialmente pero frecuentemente se agrupan placas densamente yuxtapuestas e hipopigmentadas.

Las lesiones de la variedad folicular se asocian a prurito de moderado a intenso, y secundario al rascado es posible ver la transición de esta variedad de la DA a la forma de placas liquenificadas típicas, rodeadas a su vez por algunas papulas foliculares aisladas. El curso clínico de esta variedad es cíclico con exacerbaciones en el invierno en más de la mitad de los pacientes, y marcada mejoría de las lesiones en verano.

La aparición de papulas foliculares en pacientes con DA, ha sido considerada por varios autores, como una queratosis pilar atípica; con presentación en el tronco.

Kitamura describió a esta erupción como un tipo de eccema crónico en la infancia denominándolo eccema liquenoide pitiriasiforme.

Sasagawa demostró que la piel de los pacientes con la presencia de las pápulas foliculares descritas, tiene todos los estigmas de la piel atópica, y por ende considera que la variedad liquenoide pitiriasiforme es un tipo de DA de la infancia.

Finalmente son Ofuji y Uehara quienes describen ampliamente las características típicas de esta variedad folicular en pacientes con DA.

El examen histopatológico de una papula folicular demuestra cambios en la porción superior de los folículos, con grados variables de espongiosis y migración de células mononucleares.

El diagnóstico diferencial más importante de esta variedad, lo constituye la queratosis pilar. En esta entidad, las papulas son queratósicas, tienen predilección por superficies extensoras de brazos, muslos y mejillas, y tienden a no ser pruriginosas,

En general, la variedad folicular responde en forma adecuada a la aplicación tópica de esteroides o pimecrolimus.

Variedad papular liquenoide

Esta variedad ha sido denominada erupción friccional liquenoide, dermatitis papular juvenil, pitiriasis recurrente de codos y rodillas, dermatitis del tobogán y prurigo de verano de Sutton. Es una enfermedad cutánea recurrente que afecta a pacientes pediátricos, en especial niños entre los 4 y 13 años de edad.

Se caracteriza por pequeñas pápulas planas del color de la piel, localizada en los pliegues extensores de las extremidades, en particular en codos, rodillas y dorso de las manos, aunque en ocasiones puede afectar la superficie extensora de los antebrazos y mejillas.

Las lesiones en la variedad papular liquenoide de la DA se caracterizan por pápulas liquenoide individuales o agregadas en placas, redondas o poligonales, planas, de una a dos mm. de diámetro, del color de la piel o hipopigmentadas, con descamación ocasional discreta.

El prurito es leve y no está necesariamente presente en todos los casos.

Las lesiones recurren anualmente, durante la primavera y verano, cuando hay mayor cantidad de actividades al aire libre.

Su etiología no se ha aclarado. La observación de que la dermatosis ocurre en forma paralela con síntomas de rinitis ha llevado a algunos autores a sugerir que los aeroalergenos y la polinosis son los agentes causales ⁽²⁸⁾.

Sin embargo la irritación mecánica como la fricción, o el contacto con materiales abrasivos o irritantes como arena, tapetes o alfombras de lana, hierbas o pasto también ha sido relacionada (8-11).

Asimismo algunos autores han considerado que la exposición a la radiación ultravioleta puede estar también relacionada con la patogénesis de esta dermatosis.

Su relación con la DA ha sido puesta en duda por algunos autores, 9 sin embargo, varios estudios demuestran que un gran número de pacientes con la variedad papular liquenoide son atópicos o tienen antecedentes familiares de atopia y en general se cree que esta tendencia de base es importante para el desarrollo de esta enfermedad (10-13).

Los cambios histopatológicos son inespecíficos mostrando hiperqueratosis ortoqueratósica, un grado moderado de acantosis e infiltrado perivascular por linfocitos, monocitos e histiocitos en dermis superior.

En algunos casos se pueden ver áreas focales de espongirosis.

El diagnóstico diferencial principal de la variedad papular liquenoide de la DA debe realizarse con la variedad folicular de la DA, la queratosis pilar y el liquen nítido. En la variedad folicular de DA, las pápulas y predominan en el tronco, aparecen en el invierno y mejoran en los meses del verano. En la queratosis pilar, las pápulas son foliculares y predominan en superficies dorsales de brazos, muslos y mejillas y, en general, no exhiben variación estacional. En el caso del liquen nítido, las pápulas son aun mas pequeñas y uniformes, predominan en extremidades superiores, tronco anterior abdomen y genitales y exhiben fenómeno de Koebner.

Otros diagnósticos diferenciales a considerar son la erupción juvenil primaveral, variante de la erupción polimorfa lumínica, en donde las lesiones son papulovesiculares, predominan en la hélix , y en algunas ocasiones se observan en el dorso de las manos.

La acrodermatitis papular de la infancia se agrega al diagnóstico diferencial, sin embargo en esta patología las pápulas son de mayor tamaño y más eritematosas, se diseminan sobre zonas acrales en forma más amplia se asocia con infecciones virales.

El manejo incluye evitar el trauma friccional de las áreas afectadas y el uso de esteroides tópicos, cremas lubricantes con o sin urea.

Variedad tipo prurigo

Es una variedad de DA que se observa con mayor frecuencia en la infancia temprana, aunque también puede presentarse en adolescentes. Se caracteriza por pápulas eritematosas excoriadas. Las lesiones tienen una distribución clásica en las superficies extensoras de las extremidades, respetando palmas y plantas

La lesión individual es una pápula eritematosa pequeña, en forma de domo de 0.5 a 1.5 mm. de diámetro, que usualmente tiene una vesícula en el techo. La pápula es intensamente pruriginosa e induce rascado compulsivo, lo que inevitablemente su excoriación para producir un techo erosionado y con

costras hemorrágicas .El prurito continuo y el rascado pueden además provocar liquenificación localizada o perilesional, entremezclada con lesiones maculopapulares hipo e hiperpigmentadas, de una como daño a tejidos más profundos con la formación de cicatrices .

El examen histopatológico de una lesión de prurigo demuestra marcada acantosis y edema intercelular moderado. La acantosis que al inicio solo se encuentra en el centro de la lesión, produce la forma crónica observada clínicamente .La apariencia histológica difiere solo en grado de la espongiosis típica de una epidermis eccematosa.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con prurigo por insectos y el prurigo nodular de Hyde . El prurigo por insectos es una variedad aguda y recurrente, caracterizada no solo por pápulas si no por vesículas y lesiones urticariformes, predominante en tronco, secundario a hipersensibilidad de a los piquetes de los insectos. El prurigo nodular de Hyde es una variante crónica de prurigo que se puede asentar sobre piel atópica (con inicio temprano) o sobre piel no atópica (inicio tardío) , caracterizado por nódulos con una superficie queratósica o una depresión crateriforme localizadas en las extremidades inferiores.

Esta variedad de DA responde al tratamiento habitual de esta entidad.

Variedad numular

La variedad numular es una forma crónica que ocurre en niños y se caracteriza por placas de eccema discoide o en forma de moneda, bien demarcadas, escamosas, con eritema variable. El nombre es derivado del latin *numulus* que se refiere a su tamaño y configuración de moneda .Los sitios de predilección son el tronco y las superficies extensoras de las extremidades, el dorso de las manos, los antebrazos y las extremidades inferiores. Ocasionalmente se pueden observar en cara . La exacerbación ocurre preferentemente durante en el invierno.

Las lesiones de DA numular están caracterizadas por placas redondeada de tamaño variable, desde uno hasta varios centímetros de diámetro, poco elevadas del plano cutáneo, exudativas o cubierta por escama o costra húmeda , de numero variable, surge inicialmente con escasas vesículas y pápulas que crecen por confluencia o por extensión periférica para formar placas redondas u ovals, eritematosas, hiperpigmentadas y liquenificadas .El prurito es variable en este caso pero en general no es intenso.

La etiología específica es desconocida, sin embargo, las lesiones aparecen con mayor frecuencia en climas fríos o secos y se agravan con el baño excesivo e irritantes locales como la lana o jabones fuertes. La designación de la dermatitis o eccema numular como variedad morfológica de DA es discutida. En la población pediátrica, las lesiones exudativas del eccema numular coinciden con mucha frecuencia con otras lesiones morfológicas clásicas de DA. Sin embargo, este tipo de lesiones pueden también presentarse en pacientes sin ningún otro estigma de esta enfermedad.

Hay algunos estudios que demuestran la relación de esta variedad con forma mas clásicas de DA, pero algunos autores refutan la asociación al no encontrarse un incremento un incremento en la incidencia de atopia en

pacientes con eccema numular, y los niveles relativamente normales de Ig E que se observan en pacientes con eccema numular (24)

En el servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México, se considera una variedad atípica de DA que coexiste con otras manifestaciones clásicas de la misma.

El patrón histopatológico es el de una dermatitis subaguda, con acantosis y vesículas intraepidérmicas con focos de espongirosis.

La dermatitis o eccema numular debe ser diferenciada de la dermatitis por contacto y en especial de infecciones superficiales por dermatofitos. La dermatitis por contacto se sospecha cuando las lesiones son asimétricas y localizadas en el dorso de las manos y pies. En el caso de tiña del cuerpo, las lesiones son más eritematosas, inflamatorias, figuradas, vesiculares o descamativas. Si hay duda la realización de examen directo con KOH permitirá la identificación de hifas.

La dermatitis atópica numular es resistente al tratamiento estándar y puede ser recurrente

Variedad fotosensibilizante

En esta variedad, las lesiones de DA, son morfológicamente típicas y lo que se considera atípico es su localización ya que se distribuyen en zonas foto expuestas, afectando la cara (donde se pierde el respeto al área centro facial típico de la DA, V del escote, caras externas de antebrazos y caras anteriores de piernas.

Las lesiones individuales de la DA fotosensibilizada son clásicas, ya sean de tipo eccematoso, placas se tiene el antecedente de lesiones previas en áreas no foto expuestas. Los pacientes con DA y fotosensibilidad agregada, se deterioran durante los meses de primavera y verano.

Es clínicamente bien conocido que las radiaciones ultravioletas puede exacerbar la DA, de hecho la dermatitis atópica fotosensibilizada, pertenece a las dermatosis fotoagravadas, o enfermedades autónomas de la piel en las cuales la exposición solar puede empeorar la enfermedad o precipitar su inicio y / o progresión. Diversos estudios foto biológicos han confirmado la existencia de fotosensibilidad en pacientes con DA, siendo UVB, la radiación responsable de la misma, al observarse respuesta cutáneas anormales 24 a 72 horas después de su aplicación.²⁶⁻²⁸ Sin embargo, no se ha aclarado el porque algunos pacientes con DA presentan fotosensibilidad y otros no.

Los datos histopatológicos en la DA fotosensibilizada dependerán del estado agudo o crónico de la enfermedad. En las fases agudas predomina la espongirosis, mientras que en el estado crónico predomina la acantosis, con infiltrado inflamatorio de grado variable en la dermis.

El principal diagnóstico diferencial de DA fotosensibilizada lo constituye el prurigo actínico. Esta entidad denominada también prurigo actínico o solar es una fotodermatosis idiomática, predominantemente en mestizos que puede afectar piel, labio y conjuntiva.

En piel afecta zonas fotoexpuestas, y se caracteriza por eritema, papulas, costras hemáticas y costras y liquenificación.

En labio, se observa eritema, escama, fisura y exulceraciones. En la conjuntiva, puede haber congestión, pingüecula y pseudopterigión. La característica

histológica distintiva es la formación de folículos linfoides en la biopsia del labio y conjuntiva.

En cuanto al tratamiento de la DA fotosensibilizada, además de la terapéutica clásica se debe agregar fotoprotección física y el uso de filtros solares.

Variedad Eritroérmica

Es una variedad de DA, que se presenta en menos de 1% de los casos. Se caracteriza por eritema que afecta más de 90% de superficie corporal, acompañada de descamación de grado variable.

La eritrodermia en pacientes con DA se puede observar a cualquier edad. Por lo general es secundaria a exacerbación de lesiones preexistentes. Aparece eritema en parches, que rápidamente se generaliza, y puede acompañarse de fiebre, escalofríos y ataque al estado general.

El eritema se extiende rápidamente y puede ser universal en 12 a 48 horas. La descamación aparece después de 2 a 6 días y es muy variable. Con mucha frecuencia se acompaña de prurito intenso. La Linfadenopatía generalizada, denominada Linfadenopatía dermatopática, es un hallazgo frecuente.

Los hallazgos histológicos dependerán si se trata de la fase aguda o crónica. En la fase aguda, la paraqueratosis y la espongirosis son prominentes y se observa un infiltrado inflamatorio inespecífico en una dermis edematosa.

En los casos crónicos aparece acantosis y elongación de los procesos de los procesos interpapilares.

El diagnóstico de eritrodermia de causa atópica es fácil cuando se tiene el antecedente de DA previa. Sin embargo, en algunos casos esta puede ser la manifestación inicial de DA y es necesario distinguirla de otras causas. En pacientes pediátricos (excluyendo a los neonatos), la eritrodermia puede ser secundaria a dermatitis seborreica, genodermatosis, psoriasis, síndrome de la piel escaldada estafilocócica y administración de fármacos.

En los neonatos, las causas más frecuentes de eritrodermia son DA o dermatitis seborreica que responde rápidamente al tratamiento con esteroides tópicos. Otras causas son varias formas de ictiosis, síndrome de Netherton, así como algunas infecciones y trastornos inmunológicos y metabólicos que se deberán sospechar con base en datos sutiles del examen físico y el estado general del paciente.

El tratamiento de la variedad eritroérmica de DA, frecuentemente requiere de hospitalización para el manejo de la inflamación cutánea aguda y vigilancia sumada a las medidas generales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Dermatitis Atópica, presenta manifestaciones clínicas atípicas, la identificación de éstas permite establecer tempranamente el diagnóstico de la enfermedad e iniciar el tratamiento apropiado; asimismo el reconocer un paciente con Dermatitis atópica alerta al médico tratante para detectar otras enfermedades descritas en la marcha atópica.

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Infantil de México, no existen reportes de la frecuencia de manifestaciones inusuales de dermatitis atópica

OBJETIVOS

Identificar la frecuencia de las manifestaciones no clásicas de Dermatitis Atópica en los pacientes de la consulta externa del Departamento de Dermatología, durante el primer semestre del año 2006

Describir las características clínicas de las formas no clásicas de Dermatitis Atópica, en pacientes femeninos y masculinos de la consulta externa del Departamento de Dermatología, del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

MATERIAL Y METODO

Diseño del estudio:

Descriptivo, de casos incidentes

A desarrollarse en la consulta externa del Departamento de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Fuente de los pacientes: aquellos que consultaron por primera vez al Departamento de Dermatología, con diagnóstico de Dermatitis Atópica no clásica durante el período del 1 de enero al 30 de junio del año 2006

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Total de pacientes con dermatitis atópica de la consulta externa del Departamento de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, del 1° de enero al 30 de junio del año 2006

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes menores de 18 años.

Cualquiera de los dos sexos

Diagnóstico: dermatitis atópica no clásica.

Pacientes acudieron por primera vez a la consulta externa de Dermatología en el Hospital infantil de México Federico Gómez

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con sobreinfección

Con antecedente de haber recibido tratamiento inadecuado en la última semana.

Pacientes que no cuentan con expediente clínico del Hospital, al momento de su consulta

PROCEDIMIENTO:

Se evaluó cada paciente con diagnóstico de dermatitis atópica atípica y según la morfología de las lesiones y se agrupó en una de las 6 variedades mencionadas

Se representó a través de un esquema cada uno de los segmentos afectados en cada uno de los pacientes ver Anexo (Nº 1) diagnosticados con dermatitis atópica con manifestaciones atípicas

De acuerdo a una escala del prurito, se definió la intensidad; 1: leve, 2: moderada y 3: grave y esta escala fue relacionada con la interrupción del sueño de cada paciente (ver Anexo Nº 2)

También se utilizó la escala de la gravedad de las lesiones más características de cada una de las variedades en esta se consignó: 0: lesión ausente, 1: leve, 2: moderada y 3: grave (ver Anexo Nº 3)

Se tomó fotografías de casos representativos; previa autorización por alguno de los padres o responsable del paciente a l momento de la consulta (ver Anexo Nº 4).

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Edad: Se consignó en años para cada paciente cuando es entrevistado (a) para ingresar al estudio.

Sexo: masculino o femenino.

Variedad clínica de dermatitis atópica:

Definida, como papular liquenoide, folicular, numular, tipo prúrigo, fotosensibilizada o eritrodérmica

Segmento (s) del cuerpo afectado,

Consignado como: cabeza, tronco o extremidades

Intensidad del prurito

Fue consignado como: leve, moderado o grave

Escala de medición: 1:leve, 2:moderado, 3: grave

Intensidad de las lesiones más características de cada variedad no clásica de Dermatitis Atópica

Definida como ausente, leve, moderada o grave

Escala de Medición 0:ausente, 1:leve, 2:moderada, 3:grave

RESULTADOS

ANALISIS DE RESULTADOS

Se atendieron un total de 601 pacientes con dermatitis atópica; que acudieron a la consulta externa del Departamento de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el primer semestre del año 2006, y de éste grupo; 313, habían consultado por primera vez; de los cuales 78 pacientes presentaron manifestaciones no clásicas de Dermatitis Atópica, de los cuales 40 fueron del sexo femenino y 38 del sexo masculino.

La distribución de las variedades se resume en la siguiente tabla y su respectiva gráfica

Se usó la prueba estadística χ^2 para comparación de proporciones

RESULTADOS

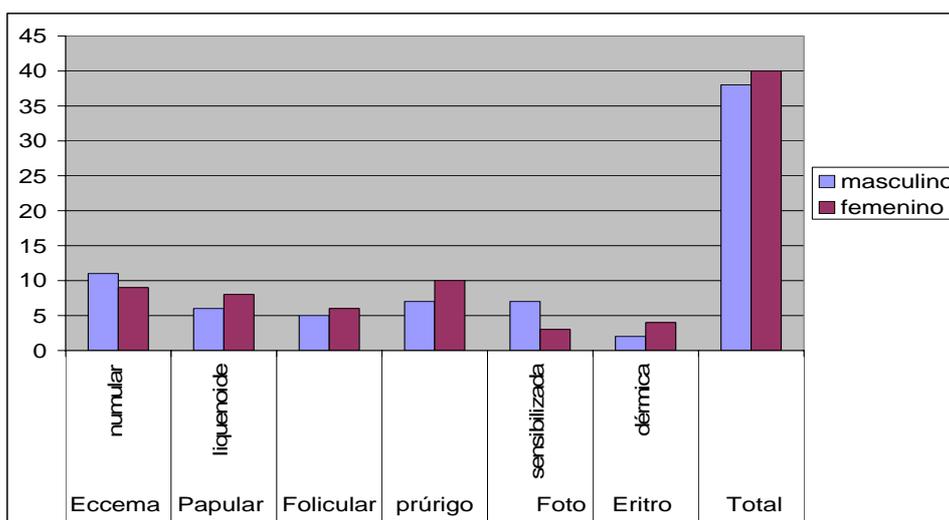
Tabla N°1

Distribución por sexo de las variedades morfológicas de dermatitis atópica en pacientes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el primer semestre del año 2006

Sexo	Eccema numular	Papular liquenoide	Folicular	Tipo prúrgo	Fotosensibilizante	Eritrodérmica	Total de casos
femenino	9	8	6	10	3	4	40
masculino	11	6	5	7	7	2	38
Total	20	14	11	17	10	6	78

Distribución por sexo de manifestaciones no clásicas de dermatitis atópica en pacientes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el primer semestre del año 2006 y su respectivo porcentaje

Sexo	N° de casos	porcentaje
Masculine	38	48.70%
Femnino	40	51.30%
Total	78	100%

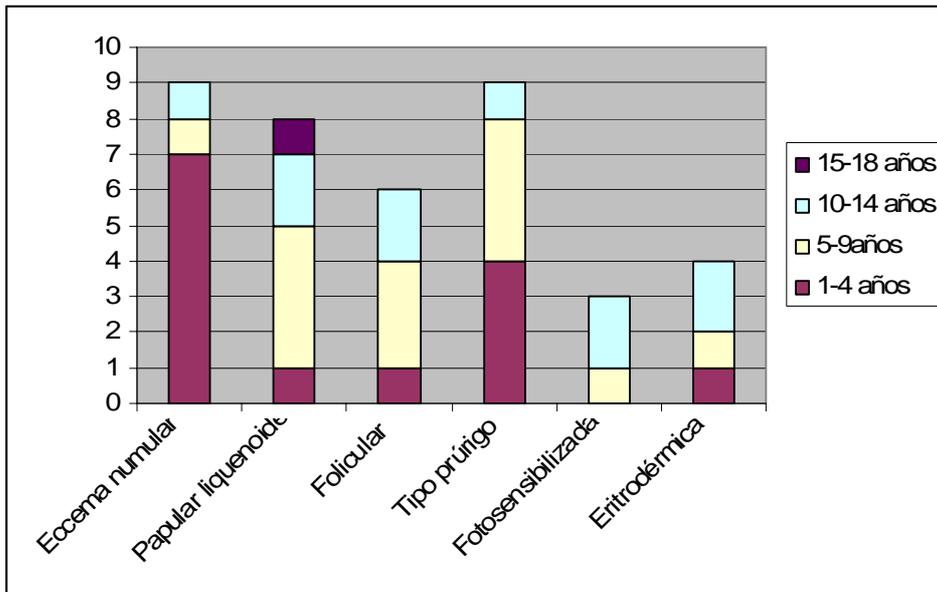


ns : no hubo diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de manifestaciones no clásicas de dermatitis atópica entre el sexo masculino y femenino

Tabla N° 2**Distribución por edad de las manifestaciones no clásicas de dermatitis**

Edad (años)	Eccema numular	Papular liquenoide	Folicular	Tipo prúrigo	Fotosensibilizada	Eritro-dérmica	Total
1 - 4	7	1	1	4	0	1	14
5- 9	1	4	3	4	1	1	14
10- 14	1	2	2	1	2	2	10
15- 18	0	1	0	1	0	0	2
Total	9	8	5	10	3	4	40

atópica en niñas del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el primer semestre del año 2006



ns : no hubo diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de manifestaciones atípicas de dermatitis atópica entre las edades del sexo femenino

Tabla N° 3

Distribución por edad de las manifestaciones no clásicas de dermatitis atópica en niños del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el primer semestre del año 2006

Edad (años)	Eccema numular	Papular liquenoide	Folicular	Tipo prúrigo	Fotosensibilizada	Eritrodérmica	Total
1- 4 años	9	1	0	3	0	1	14
5—9 años	1	3	2	2	3	1	12
10-14 años	1	1	3	2	4	0	11
15- 18 años	0	1	0	0	0	0	1
Total	11	6	5	7	7	2	38

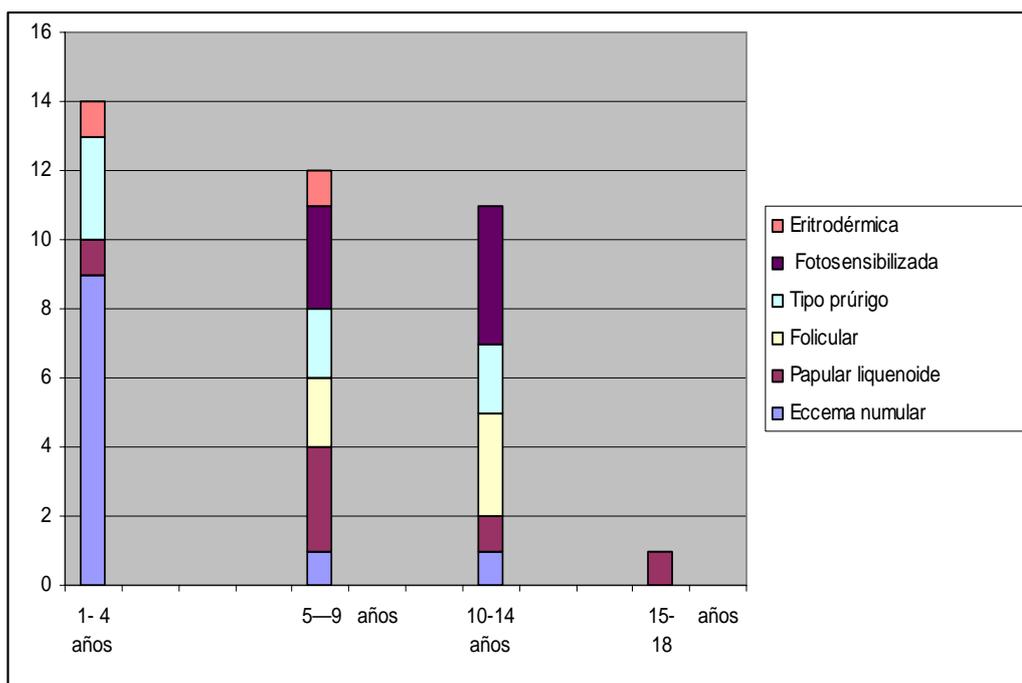


Tabla N° 4

Distribución corporal de las manifestaciones atípicas de Dermatitis Atópica en niños de la consulta externa de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, durante el primer semestre del año 2006

Segmento	eccema numular	papular liquenoide	folicular	tipo prúrigo	fotosensibilizada	eritrodérmica
Cabeza	3	4	2	3	3	4
Tronco	2	6	4	2	0	4
Extremidad superior derecha	4	4	2	8	2	4
Extremidad superior izquierda	5	5	4	8	2	4
Extremidad inferior derecha	6	4	3	10	1	4
Extremidad inferior izquierda	6	4	4	10	1	4

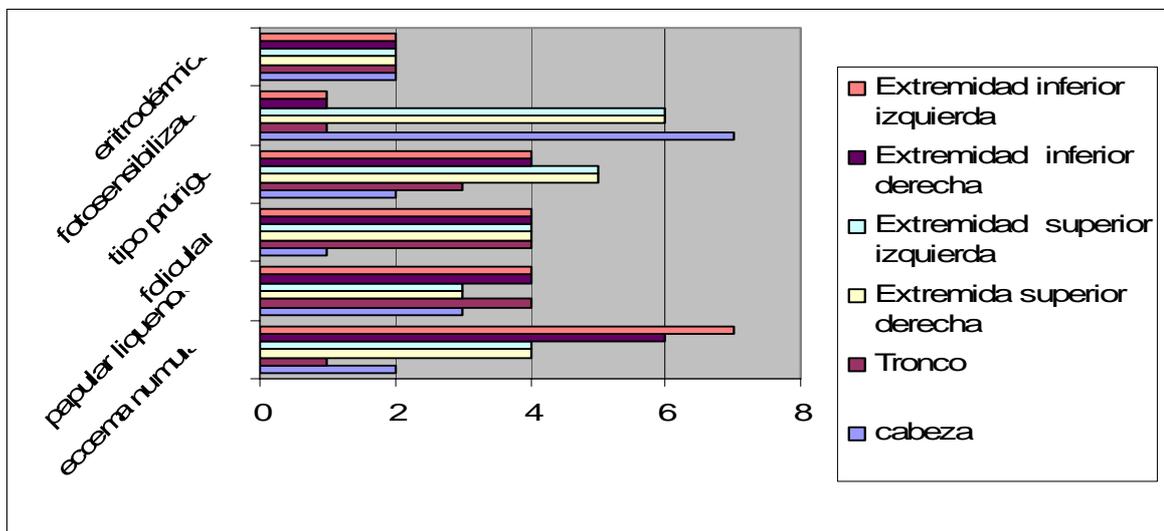


Tabla Nº 5
Distribución corporal de las manifestaciones atípicas de Dermatitis
Atópica en niñas de la consulta externa de Dermatología del Hospital
Infantil de México Federico Gómez, durante el primer semestre del año
2006

Segmento	eccema numular	papular liquenoide	folicular	tipo prurigo	fotosensibilizada	eritrodérmica
cabeza	2	3	1	2	7	2
Tronco	1	4	4	3	1	2
Extremida superior derecha	4	3	4	5	6	2
Extremidad superior izquierda	4	3	4	5	6	2
Extremidad inferior derecha	6	4	4	4	1	2
Extremidad inferior izquierda	7	4	4	4	1	2

T

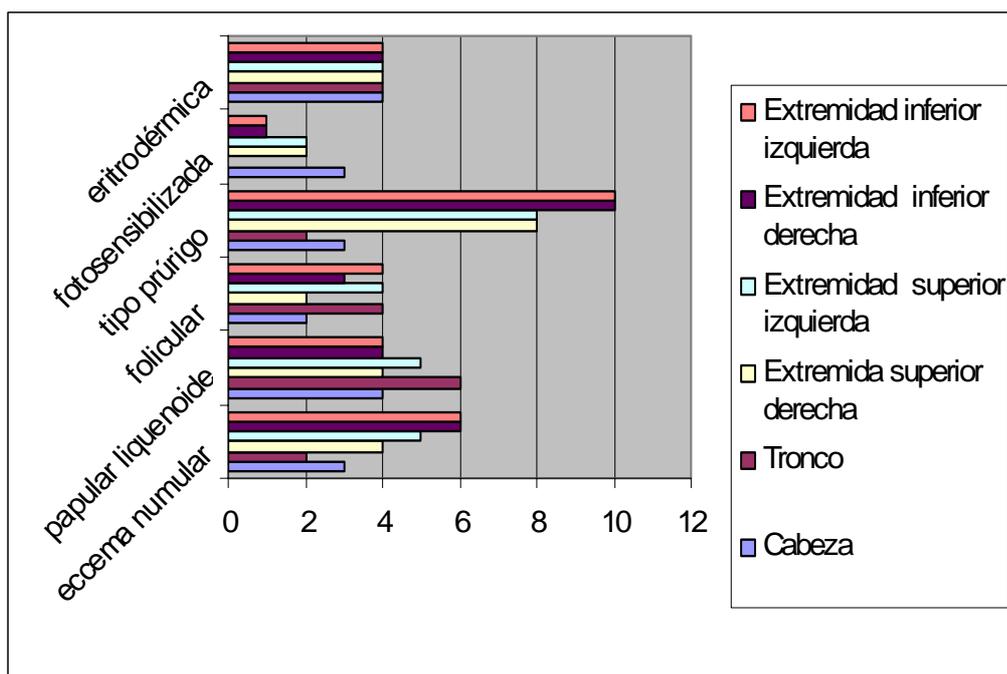
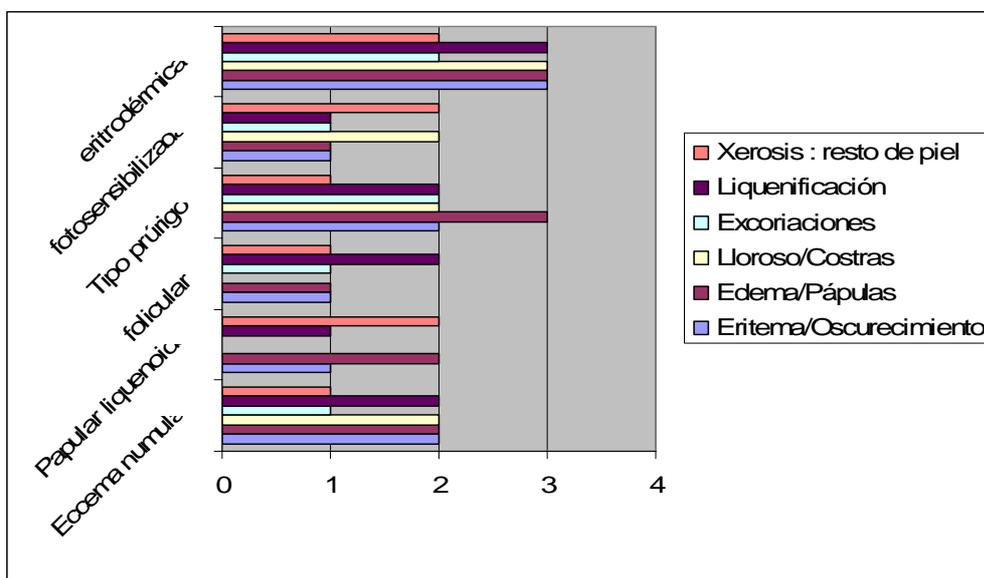


Tabla N° 6
Intensidad de las variedades morfológicas atípicas en niñas con dermatitis atópica del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante el primer semestre en el año 2006

CRITERIO	Eccema numular	Papular liquenoide	folicular	Tipo prúrig o	fotosensibilizada	Eritrodérmica
Eritema/Oscurecimiento	2	1	1	2	1	3
Edema/Pápulas	2	2	1	3	1	3
Lloroso/Costras	2	0	0	2	2	3
Excoriaciones	1	0	1	2	1	2
Liquenificación	2	1	2	2	1	3
Xerosis : resto de piel	1	2	1	1	2	2
Total de pacientes evaluados	9	8	6	10	3	4



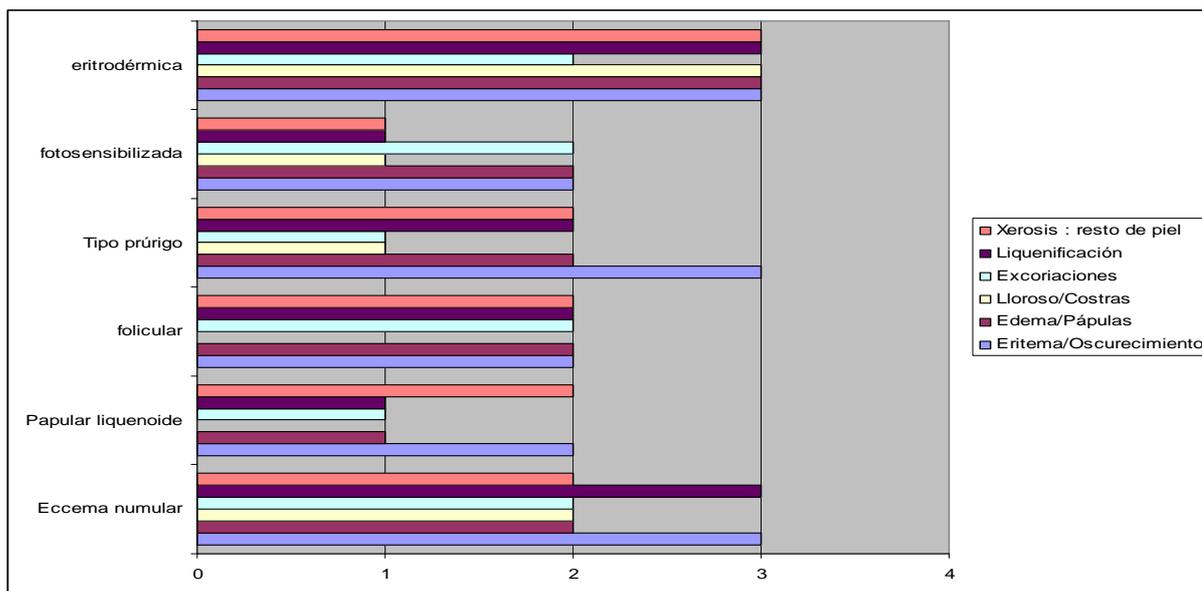
Promedio del área representativa

- 0 Ausente
- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Grave

Tabla Nº 7

Intensidad de las variedades morfológicas atípicas de dermatitis atópica, en niños de la consulta externa del Departamento de Dermatología, del Hospital Infantil de México Federico Gómez

CRITERIO	Eccema numular	Papular liquenoide	folicular	Tipo prúrigo	fotosensibilizada	eritrodérmica
Eritema/Oscurecimiento	3	2	2	3	2	3
Edema/Pápulas	2	1	2	2	2	3
Lloroso/Costras	2	0	0	1	1	3
Excoriaciones	2	1	2	1	2	2
Liquenificación	3	1	2	2	1	3
Xerosis : resto de piel	2	2	2	2	1	3
Total de pacientes evaluados	11	6	5	7	7	2

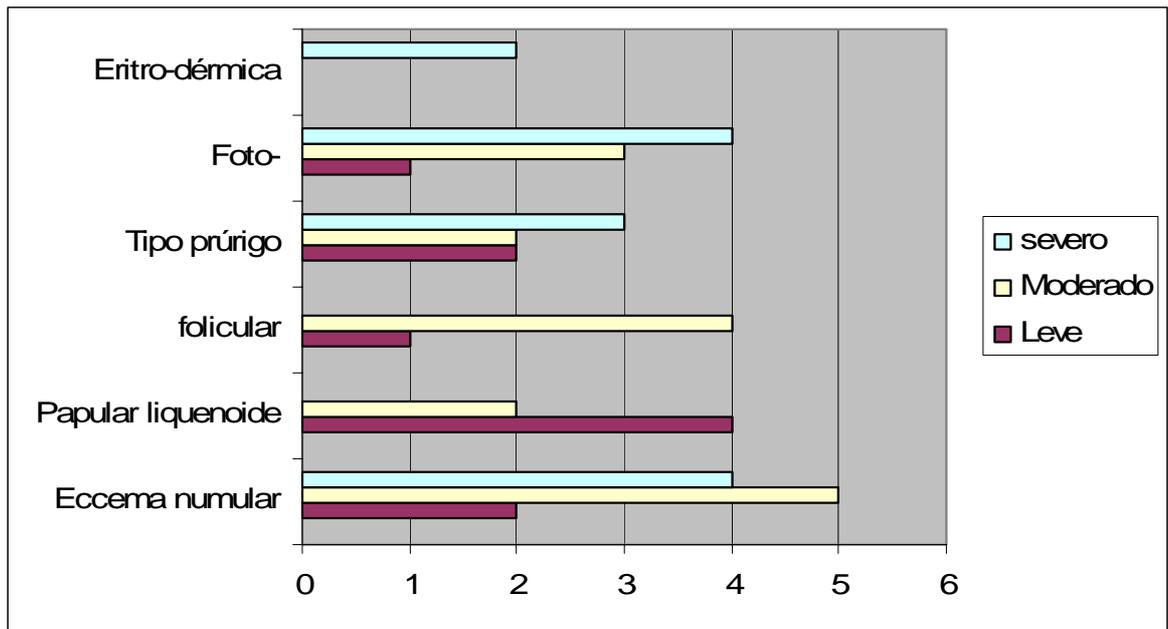


Promedio del área representativa

- 0 Ausente
- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Grave

Tabla N° 8
Intensidad del prurito en las variedades morfológicas atípicas en niños con dermatitis atópica del Hospital Infantil de México Federico Gómez del primer semestre del año 2006

Intensidad del prurito	Eccema numular	Papular liquenoide	folicular	Tipo prúrigo	Foto-sensibilizada	Eritro-dérmica
Leve	2	4	1	2	1	0
Moderado	5	2	4	2	3	0
severo	4	0	0	3	4	2
Total pacientes	11	6	5	7	7	2



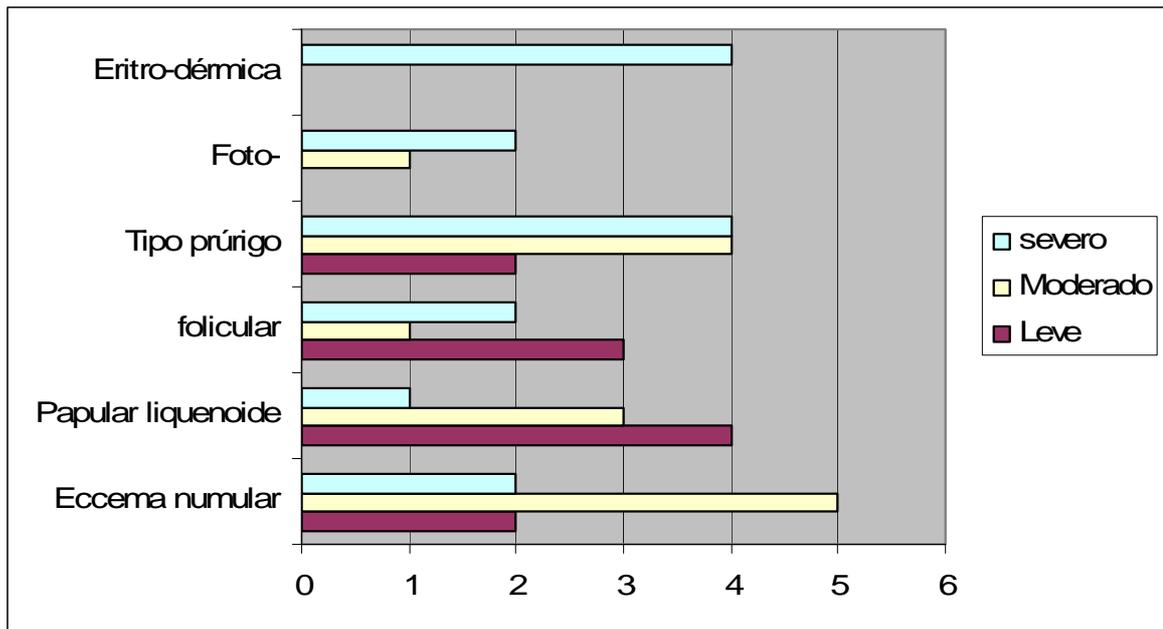
Promedio del área representativa

- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Grave

Tabla N° 9

Intensidad del prurito en variedades morfológicas atípicas en niñas con dermatitis atópica del Hospital Infantil de México Federico Gómez del primer semestre del año 2006

Intensidad del prurito	Eccema numular	Papular liquenoide	folicular	Tipo prúrigo	Foto-sensibilizada	Eritro-dérmica
Leve	2	4	3	2	0	0
Moderado	5	3	1	4	1	0
grave	2	1	2	4	2	4
Total pacientes	9	8	6	10	3	4



Promedio del área representativa

- 1 leve
- 2 moderado
- 3 Grave

DISCUSIÓN

Las variedades morfológicas atípicas en Dermatitis Atópica, ocuparon el 24% del total de los pacientes evaluados por primera vez en la consulta externa del Departamento de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, durante el primer semestre del año 2006

Se evidenció que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de las manifestaciones no clásicas de Dermatitis Atópica, entre sexo femenino y masculino.

En cuanto a la variedad no clásica de Dermatitis Atópica y edad de presentación, se determinó que la variedad numular se presenta con mayor frecuencia a la edad de 1 a 4 años, con la Distribución de Pearson, obteniendo un valor de $p: 0.286$, mencionando que este resultado fue para ambos sexos.

La variedad considerada la más grave fue la eritrodérmica; debido a que afecta más del 90% de superficie corporal y en nuestro estudio, correspondió a 6 pacientes representando un 7.6% ligeramente mayor que la reportada en la literatura.

Las variedades que presentaron menor grado de prurito fueron la variedad folicular y la papular liquenoide.

Y la que presentó mayor intensidad de las lesiones y del prurito fue la tipo eritrodérmica.

Las variedades morfológicas, presentaron cierta distribución característica, como está reportado en la literatura.

La variedad más frecuente en el grupo de los preadolescentes fue la folicular, así como está reportado en los textos consultados.

CONCLUSIONES

La incidencia de las manifestaciones no clásicas de Dermatitis Atópica, que se incluyeron en el presente estudio, superan ligeramente la reportada en la literatura, podríamos inferir que este dato, estaría relacionado con el tipo de Hospital de concentración y el tercer nivel que ha representado el Hospital Infantil Federico Gómez para la población mexicana.

La identificación de las características clínicas no usuales o no clásicas, denominadas en otros textos como manifestaciones atípicas de dermatitis atópica, nos permite dirigir los tratamientos de una forma más adecuada y orientar a los pacientes sobre los factores exacerbantes o desencadenantes de la piel.

El conocimiento detallado de las diferentes manifestaciones no clásicas de dermatitis atópica, nos permitirá orientar la marcha atópica; en aquellos pacientes que lo ameriten, y así evitar otros estudios innecesarios en el Hospital.

RECOMENDACIONES

Se propone continuar con este tipo de estudios, debido a la alta incidencia de Dermatitis Atópica, que representa en nuestro Departamento, y así contar con estudios prospectivos para aumentar el conocimiento de Pediatras y Dermatólogos (as), que se seguirán formando en nuestra institución

BIBLIOGRAFIA

- 1) Krafchik, Bernice R Atopic Dermatitis E medicine April 2006 p 2-11
- 2) Abramovits W: Atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2005 Jul; 53(1 Suppl 1): S86-93
- 3) Amrinder J, Kanwar, Sandipan Dhar, Surrinder Kaur Evaluation of Minor Clinical Features of Atopic Dermatitis Pediatr, Dermatol. Vol 8, N° 2 114 - 116
- 4) Brocq L y Jacquet L Notes pour servir á l'histoire des neurodermites ou lichen circumscriptus des neurodermites ou lichen circumscriptus des anciens auteurs, ou lichen simplex chronique de M. le dr E. Vidal. Ann Dermatol Sprhiligr (Paris) 4:634, 1892
- 5) Angela Rystedt. Prognostic Factors in Atopic Dermatitis. Acta Derm Venereol. 1985;65:206-213.
- 6) Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis Acta Dermatol Venereol 1980; supplay vol 2 N° 92, pag 44- 47
- 7) Morales-Martínez M. Dermatitis atópica. Estudio de prevalencia en el Hospital Infantil de México Federico Gómez , año 2002. Tesis
- 8) Kang K, Tian R. Atopic dermatitis, an evaluation of clinical and laboratory findings. Int J Dermatol 1987; 26(1): 27-32.
- 9) Leung DY. Patogenesis of atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 1999; 104: S99-108.
- 10) Leung DY, Atopic dermatitis: The skin as a window into the Pathogenesis chronic allergic diseases. J Allergy Clin Immunol 1995; 96: 303-19
- 11) Leung DYM, Soter NA. Cellular and inmunologic mechanisms in atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol, 2001; 44 (1suppl): S1-17. Lawrence F. Eichenfield, Chair Jhon M. Hanifin, Thomas A. Luge Seth R. Strevens, Howard B. Pride. Consensus Conference on Pediatric Atopic Dermatitis. 2003;6:10881095.

- 12) Maria Böhme, Ake Svensson, Inger Kull, Carl-Fredrick Wahlgren. Hanifin's and Rajka minor criteria for atopic dermatitis: Wich do 2-year-olds exhibit?. 2000;5;785-792. Nelson EC, Wasson JH, Jonhson DJ, Hays RD. Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts: Brief Measures for Clinical Practice. En: Spiker B ed. Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2a. ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1996. p.161-68.

- 12)López GA, Vilois FL, Arias GJ, Alonso VF, Cárdenas NR, Villasis KMA et al. Validación del cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. Bol Med Hosp. Infant Mex 1996; 53: 606-15.

- 13)Toledo BM. Evaluación de Calidad de Vida en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas mediante el empleo de cuestionarios específicos y genéricos como instrumentos de medición. Tesis, Pediatría médica. UNAM,Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, 1999.
- 14) Carolyn Charman, Hywel Williams. Outcome Measures of Disease Severity in Atopic Eczema. 2000;136:763-69.

- 15)Mary-Margaret Chren. Giving "Scale" New Meaning in Dermatology.Arch Dermatology. 2000;136:788-90.

- 16)N Barbier, C. Paul, T. Luger, R. Allen, Y deProst, K Papp, L. F. Eichenfiel, Cherill, J. Hanifin. Validation of the Eczema Area and Severity Index for atopic dermatitis in a cohort of 1550 patients from the pimecrolimus cream 1% randomized controlled clinical trials programme. British Journal of Dermatology. 2004;150:96-102.

- 17)Carolyn Charman, Colette Chambers, Hywel Williams. Measuring Atopic Dermatitis Severity in Randomized Controlled Clinical Trials: What Exactly Are We Measuring?. The Journal of investigative Dermatology. 2003;6:932-941.

- 19.) Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity Scoring of Atopic Dermatitis:The SCORAD Index. Dermatology. 1993;186:23-31.

- 20) Consensus Report of the European Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Clinical Validation and Guidelines for the SCORAD Index. Dermatology. 1997;195:10-19.

- 21). A Wolkerstorfer, F.B. De Waard Van Der Spek, E.J. Glazenburg, P.G.H. Mulder, A.P. Oranje. Scoring the Severity of Atopic Dermatitis: Three Item Severity Score as a Rough System for Daily Practice and as a Pre-Screening Tool for Studies. *Acta Derm Venereol.* 1999;79:356-359.
- 22) J.Berth-Jones. Six Area, Six Sign Atopic Dermatitis (SASSAD) severity score: a simple system for monitoring disease activity in atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology.* 1996;135:25-30.
- 23) C.R. Charman, A.J. Venn, H.C. Williams. Reability testing of the Six Area, Six Sign Atopic Dermatitis severity score. *British Journal of Dermatology.* 2002;146:1057-1060.
- 24) Hyvel Williams. "Objective" Measures of Atopic Dermatitis Severity. *Arch Dermatology.* 2003;139:1490-92.
- 25) . J. Cork, J. Britton, L. Butler, S. Young, R. Murphy, S.G. Keohane. Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *British Journal of Dermatology.* 2003;149:582-89. Rauch PK, Jellinek MS, Murphy JM, Schachner L, Hansen R, Esterly NB, et al. Screening for psychosocial dysfunction in pediatric dermatology practice. *Clin Pediatr* 1991 30: 493-7.
- 26) Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994;19: 210-6.
- 27) Hanifin JM, Cooper KD, Ho VC, Kang S, Krafchik BR, et al. Guidelines of care for atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2004; 40: 391-404.
- 28) Feinstein AR. The evaluation of validity. En: Feinstein AR. *Clinometrics.* New Haven (CT): Yale University Press, 1987.
- 29) Viccent S. Beltrani. The clinical spectrum of atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 1999;3:20-26.

APENDICES

Anexo Nº 1

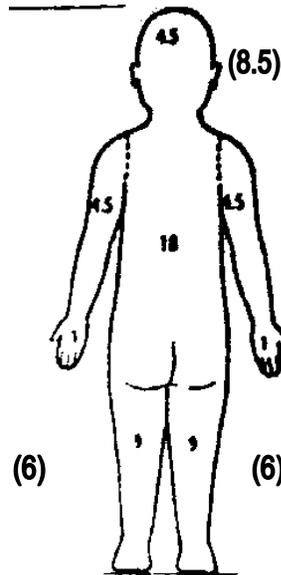
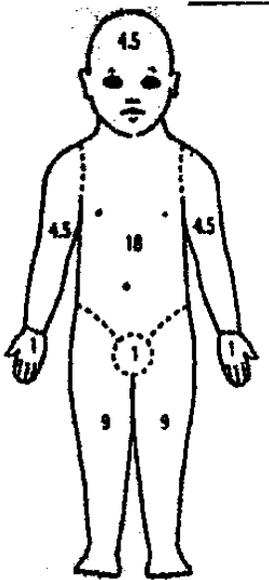
ANEXO 1

VALORACION DE GRAVEDAD DE DA

SCORAD, EUROPEAN TASK FORCE ON ATOPIC DERMATITIS
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ

Nombre:
Registro:
Fecha:
Tratamiento actual:

Investigador:
No. Paciente:
No. Visita:



(Menores de 2 años)

A: EXTENSION : Área involucrada: .
B: INTENSIDAD: .

CRITERIO	INTENSIDAD
Eritema/Oscurecimiento	
Edema/Pápulas	
Lloroso/Costras	
Excoriaciones	
Liquenificación/Prurigo	
Sequedad de la piel en áreas no involucradas	

Promedio del área representativa

- 0 Ausente
- 1 Leve
- 2 Moderado
- 3 Grave

Escala análoga visual (promedio de los 3 últimos días y

noches)

PRURITO (0 a 10) 0 10

SUEÑO ALTERADO

**SCORAD objetivo: $A/7+7B/2$ /83

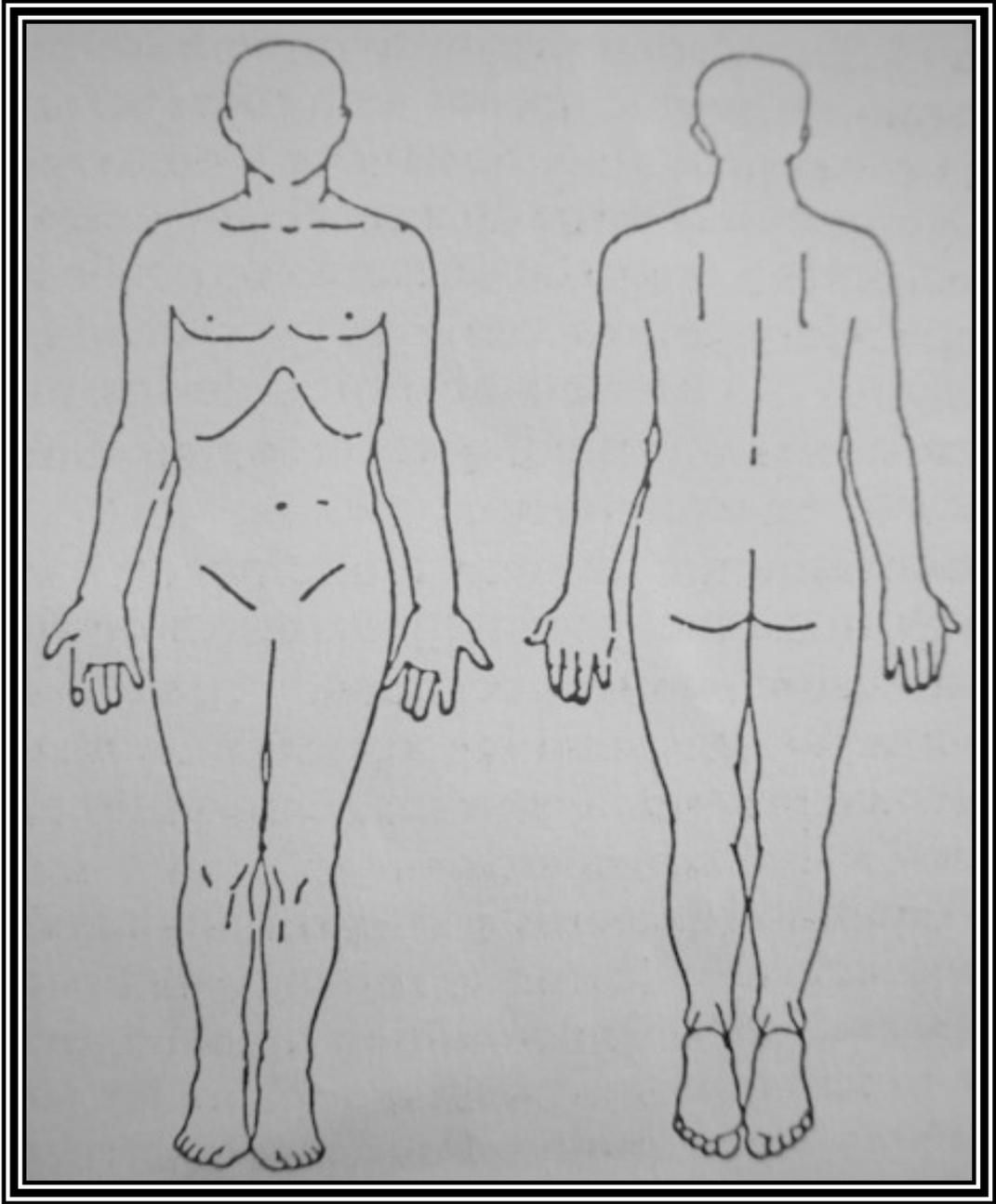
SCORAD $A/5+7B/2+C$ /103

: Síntomas subjetivos: Prurito + sueño alterado

LEVE < 15
MODERADA 15-40
GRAVE > de 40

Anexo N° 2

Segmentos del cuerpo tomados para describir las variedades morfológicas típicas en dermatitis atópica de los pacientes de consulta externa del Departamento de Dermatología en el Hospital Infantil de México Federico Gómez



Edad: años () meses ()

Sexo M () F ()

Anexo N° 3

Intensidad de las lesiones en las variedades morfológicas atípicas de Dermatitis Atópica

Edad (años)	Eccema numular	Papular liquenoide	Folicular	Tipo prúrigo	Fotosensibilizada	Eritrodérmica	Total
1- 4 años							
5—9 ñs							
10-14 años							
15- 18 años							
Total							

Promedio del área representativa

- 0: Ausente
- 1: Leve
- 2: Moderado
- 3: Grave

Anexo N° 4 Variedades morfológicas atípicas en pacientes con DA, de la consulta externa del Hospital Infantil de México Federico Gómez



Fig 1: Aspecto de lesiones en dermatitis variedad folicular



Fig 2: Característica de lesiones atópica variedad papular Liquenoide.

Anexo N° 4



Fig 3: Aspecto de lesiones en dermatitis atópica variedad eritrodérmica



Fig 4: Característica de lesiones de dermatitis atópica variedad tipo prúrigo

Anexo N° 4

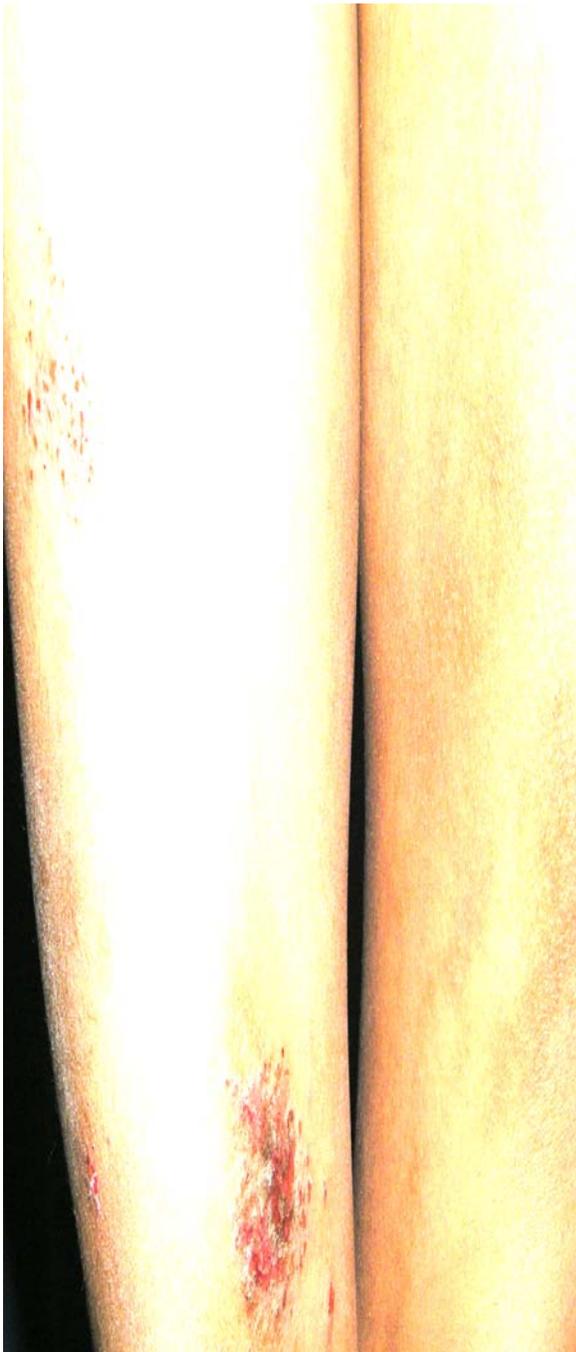


Fig 5:Aspecto de lesiones de dermatitis atópica variedad numular



Fig 6: Variedad no clásica de dermatitis atópica fotosensibilizante

