



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

“FRECUENCIA Y GRADOS DE SEVERIDAD DE DERMATITIS ATÓPICA EN URGENCIAS PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ DEL I.S.S.T.E. DEL MES DE ABRIL A JUNIO DEL AÑO 2015”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

PRESENTA:

RICARDO MORALES RODRIGUEZ

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL 2015



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.

DR IKER LEON JIMENO

DIRECTOR MEDICO

DR. CARLOS RAMÍREZ VELÁSQUEZ

JEFE DE ENSEÑANZA

DRA HILDA GABRIELA LEÓN SUAZO

CORRDINADORA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA

DRA HILDA GABRIELA LEÓN SUAZO

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRÍA

DR. GERARDO SAUCEDO CAMPOS

ASESOR

DR. FERNANDO ROMERO RAMÍREZ

ASESOR

RICARDO MORALES RODRÍGUEZ

TESISTA

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa: Alejandra; porque no sólo eres mi compañera de vida sino también mi compañera de desvelos, porque cuando he estado a punto de caer, has estado ahí para levantarme e impulsarme a seguir. Gracias porque éste reto no hubiera sido posible sin ti. Gracias por ser el motor de mi presente, y de nuestro futuro. TE AMO

A ellos dos: Papá y mamá porque sin importar las adversidades siempre antepusieron sus necesidades personales para verme realizado profesionalmente. Porque tu mamá, con tu fortaleza me mostraste que no importa lo difícil o inalcanzable que sea lo que te propones, siempre y cuando luches por conseguirlo. Porque sin tu medida, paciencia, y comprensión, no habría obtenido la clave para alcanzar ésta meta, gracias a ti papá.

A ti “Mano”, porque has sido, y seguirás siendo mi mayor ejemplo, porque siempre has confiado en mí y en mis capacidades, y de no ser por tu apoyo, éste trabajo estaría inconcluso. GRACIAS por ser el mejor hermano.

A mis otros hermanos: Eliza, Jorge y Paco, quienes me han acompañado durante éste camino que parecía interminable y han sabido comprender lo demandante de ésta profesión, y porque aunque dormido gracias a ellos siempre aparezco en las fotos de fiestas o reuniones.

A mis hermanos “Kikis”: Jorge, Fidel, Lubny, porque durante estos 3 años, me han acompañado en ésta aventura, quienes a su manera, me han dado lecciones en lo profesional pero más aún lecciones de vida. A mis hermanitos Brenda, Laura, José, Paulina, Pamela y Antonio, de quienes indiscutiblemente he aprendido más de lo que probablemente ellos hayan aprendido de mí.

Gracias a mis suegros, Manuel y Conchita, por su apoyo incondicional, y por brindarme su confianza, porque desde siempre me adoptaron como uno más de sus hijos.

A Isa, Luis, Paty, Juanpi, Cris, Irmita, Elo, Dr. Grijalva, que razones sobran para ocupar un lugar especial en mi vida, y que con su apoyo incondicional todos forman parte de éste logro.

Agradezco a los médicos adscritos (Dra. León, Dr. Hernández, Dra. Nancy, Dra. Flores, Dr. Arizmendi, Dr. Lechuga, Dr. Pareja, Dr. Soto, Dra. Gámez, Dra. Julia, que se han involucrado e interesado en mi formación, y en que día a día sea un mejor pediatra. Reconociendo de manera especial a las Dras. Fregoso y Reyes, así como a Claudia, que nunca dudaron de mis capacidades, y siempre sacaron de mí lo mejor, no sólo como médico, sino como ser humano, por orientarme cuando fue necesario, y por alentarme a ver siempre hacia adelante.

Un agradecimiento especial al Dr. Fernando Romero, maestro y amigo, quien fue participe en la elaboración de éste trabajo, y con sus palabras impulsó a que lo concluyera de manera oportuna, así mismo agradezco al Dr. Gerardo Saucedo, quien siempre mostró interés por los avances de éste trabajo, y que con paciencia revisaba y corregía los mismos.

Finalmente agradezco al servicio de dermatología pediátrica del Hospital Infantil de México en especial a sus residentes de quienes indirectamente surgió la idea para éste trabajo, y quienes siempre me han tratado como si fuera parte de ése servicio.

A todos los que en algún momento de mi formación profesional han participado y se han involucrado de una u otra manera. GRACIAS.

EL AUTOR.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
	1. Evolución Histórica	
	2. Concepto de Dermatitis Atópica	
	3. Epidemiología	
	4. Etiopatogenia	
	4.1. Alteraciones en la función de barrera de la piel.	
	4.2. Alteraciones Genéticas.	
	4.3. Inmunidad Innata y Agentes Infecciosos.	
	4.4. Inmunidad Adquirida.	
	4.5. Rol de alérgenos alimentarios y ambientales.	
	4.6. Marcha atópica.	
	5. Diagnóstico.	
	6. Severidad y calidad de vida	
	7. Diagnóstico diferencial.	
	8. Complicaciones	
	9. Tratamiento.	
II.	MARCO TEÓRICO.....	23
	1. Problema.	
	2. Antecedentes	
	3. Hipótesis y objetivos	

3.1	Hipótesis	
3.2	Objetivo General	
3.3	Objetivos Específicos	
4.	Justificación	
5.	Material y métodos	
6.	Aspectos éticos	
7.	Definición de variables	
III.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	29
IV.	CONCLUSIONES.....	38
V.	ANEXOS.....	40
	1. Criterios de Hanifin y Rajka	
	2. SCORAD	
VI.	BIBLIOGRAFÍA.....	44

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Evolución Histórica.

La dermatitis atópica es una entidad clínica descrita en 1891 por Brocq y Jaquet denominada en ese momento como neurodermatitis diseminada, un año después Besnier la llamó prurigo diatésico. En 1923 Coca y Cooke sugirieron el término atopia “respuesta fuera de lugar”. Por último en el año de 1933 Hill y Sulzberger la denominaron como se conoce actualmente ⁽⁶⁾.

2. Concepto de Dermatitis Atópica.

La Dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recidivante caracterizada por una disfunción de la barrera cutánea que desencadena un desequilibrio en la homeostasis epidérmica y que se acompaña de diversas alteraciones en las funciones inmunológicas, tanto innatas como adquiridas.

Es una enfermedad multifactorial en la que interactúan diversos aspectos genéticos, inmunológicos, metabólicos, infecciosos y neuroendocrinos, con el medio ambiente, dando lugar a las distintas manifestaciones clínicas.

Los factores que se consideran relevantes en la patogénesis de la Dermatitis atópica son: alteraciones de la función de la barrera de la piel, anormalidades inmunológicas y desregulación de la vía psico-neuro-endocrino-inmune ^(1,2).

3. Epidemiología

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de elevada prevalencia y amplia distribución en el mundo actual, sobre todo en los países desarrollados. Su

inicio suele producirse durante la infancia, atenuándose gradualmente con la edad, aunque puede persistir en el adulto e incluso aparecer en esta época de la vida ⁽¹⁾.

La dermatitis atópica infantil se ha convertido en un problema de salud pública en los países desarrollados, con una prevalencia entre el 20 y 30%. Dicha prevalencia ha aumentado en las últimas décadas en estos países multiplicándose por 3 o por 4 ⁽¹⁾.

En Latinoamérica se ha registrado, con ayuda de la encuesta propuesta por el Estudio Internacional de Asma y Alergias en Niños (International Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC 2009), una prevalencia de 10% en niños de 6 a 7 años, y de 8.3% en adolescentes de 13 a 14 años ⁽²⁾. En México se ha registrado una prevalencia de 3.9 a 4.9% en niños de 6 a 14 años. Del Río-Navarro y col. reportaron que en el norte de la Ciudad de México hubo una frecuencia de 10.3% de síntomas de dermatitis ⁽¹¹⁾.

Afecta a ambos sexos por igual hasta la edad de 6 años en donde tiene mayor prevalencia en niñas que en varones. La edad de comienzo de la enfermedad es en el 60% de los casos en el primer año de vida y en el 30% entre el primer y quinto años de vida. El 80% de los pacientes tienen antecedente de atopia: 60% personales y el 20% restante antecedentes familiares ^(2,3).

4. Etiopatogenia.

4.1 Alteraciones en la función de barrera de la piel.

El proceso de diferenciación epidérmica, que da lugar a los diferentes componentes de esta barrera, se encuentra alterado en uno o varios aspectos, como resultado de diversas alteraciones genéticas o adquiridas. Gran parte de estos defectos genéticos se deben a mutaciones en el gen de la filagrina. Se piensa

también que se encuentra alterado el componente lipídico de la barrera cutánea, especialmente el contenido de ceramidas de la misma. Las alteraciones en las funciones de la barrera del estrato córneo llevan a:

1. Una disminución en el factor humectante natural, que favorecen un aumento de la pérdida transepidérmica de agua, con alteración en el gradiente hídrico de la piel. Situación que dificulta su reparación y renovación
2. Disminución en ácidos grasos y ceramidas.
3. Alteración del pH de la piel
4. Disminución de péptidos antimicrobianos que favorece la adherencia de bacterias como el estafilococos aureus a la piel.
5. Aumento en la permeabilidad a los antígenos exógenos, que permite que los mismos entren en contacto con el sistema inmune y generen respuestas inmunológicas inadecuadas.

4.2. Alteraciones Genéticas

Dos complejos de genes alterados han sido identificados en la patogénesis de la Dermatitis Atópica: 1. Los que codifican proteínas epidérmicas, muchos de los cuales se localizan dentro del complejo de diferenciación epidérmica en el cromosoma 1q21.5, el cual contiene los genes de la filagrina, la loricrina, la involucrina y la trichialina, entre otras. Uno de los componentes más importantes de éste complejo es la filagrina, una proteína intracelular que participa inicialmente en el agregado de las citoqueratinas, y que posteriormente es hidrolizada a moléculas de menor tamaño, como el Factor Humectante Natural y diversos aminoácidos interviniendo en el control de la pérdida transepidérmica de agua y reduciendo el pH cutáneo. Mutaciones que generan pérdida de las funciones de la

filagrina son asociadas con Dermatitis Atópica, así como con la severidad de la misma. Defectos en el gen de la filagrina predispondrían no solo al desarrollo de la DA sino también a la sensibilización inicial y progresión de la enfermedad alérgica en otros órganos (marcha atópica). Y 2. Los que codifican proteínas con funciones inmunológicas.

4.3. Inmunidad Innata y agentes infecciosos.

La epidermis es la primera línea inmunológica del organismo y tiene capacidad de respuesta inflamatoria a estímulos exógenos y endógenos, a través de la producción de diversas citoquinas reguladoras de las respuestas inmunológicas innata y adquirida.

Los mecanismos de inmunidad innata que intervienen en el desarrollo de las manifestaciones de Dermatitis Atópica son: los Toll Like Receptors, y los péptidos antimicrobianos (betadefensina y catelicidina). La función alterada de los toll like receptors y betadefensina, en pacientes con Dermatitis Atópica está asociada con una mayor susceptibilidad para la infección de la piel con *Staphylococcus aureus*, mientras que aquellos pacientes con deficiencia en betadefensinas y catelicidina están más predispuestos a las infecciones por herpes virus.

El *Staphylococcus aureus* podría agravar la enfermedad por varios mecanismos: por efecto superantígeno, por inhibición de linfocitos T reguladores, por respuestas alérgicas vía IgE específica contra sus toxinas o modificando a los receptores de glucocorticoides generando una resistencia a la acción de los mismos.

Diversas células de la inmunidad innata como mastocitos, basófilos, eósinofilos y linfocitos natural killer, participarían también de la modulación de ésta respuesta inmune inadecuada.

En la Dermatitis Atópica existe una mayor actividad de las proteasas cutáneas que median efectos proinflamatorios al actuar sobre diversos receptores en los queratinocitos, las células endoteliales y los mastocitos, y estimular su activación.

4.4. Inmunidad Adquirida.

Los linfocitos T CD4 naïve expuestos a diferentes perfiles de citoquinas y a la interacción con otras células del sistema inmune son estimulados a madurar hacia diferentes poblaciones celulares: Th 1, Th 2, Th 9, o Th 17, entre otras. Cada una de estas poblaciones de linfocitos T son capaces de generar diferentes tipos de respuesta inflamatoria.

En la Dermatitis Atópica existe un desbalance relacionado con una disminución de la actividad de las células natural killer productoras de las células facilitadoras de la vía Th 1 y altos niveles de las citoquinas facilitadoras de la vía Th2, generadas por distintos caminos, que no sólo favorecen las respuestas alérgicas sino también la aparición de infecciones virales y bacterianas de la piel, al alterar la producción de péptidos antimicrobianos.

La Dermatitis atópica progresa en varias etapas. La fase inicial representada por la etapa intrínseca o no mediada por IgE que puede remitir o persistir, en donde el sistema inmune innato tiene un rol preponderante. Del 60 a 80 % de ésta forma intrínseca evoluciona a la variable extrínseca o mediada por IgE., en la cual la respuesta inmune adquirida cobra mayor importancia. Fenómeno dependiente de las características genéticas del individuo y de las condiciones del medioambiente especialmente relacionado con los alérgenos alimentarios y ambientales.

4.5. Rol de alérgenos alimentarios y ambientales.

Las alergias alimentarias contribuyen en la patogenia de la Dermatitis Atópica, y principalmente se asocian con la gravedad de la misma. Los alimentos habitualmente involucrados incluyen huevo, trigo, leche, soya y cacahuete. La inhalación de aeroalergenos, tales como polvo de ácaro doméstico, epitelio de animales y/o pólenes, se asocia con el agravamiento de las lesiones de Dermatitis Atópica

4.6. Marcha atópica

Desde el 2003 se le conoce a la marcha atópica como la progresión del eccema en bebés, la rinitis alérgica en niños pequeños y finalmente la instalación de asma y alergias alimentarias en niños mayores (2,8).

5. Diagnóstico.

El diagnóstico de la dermatitis atópica se basa en las características clínicas de la enfermedad, siendo las lesiones principales de ésta enfermedad el prurito y la xerosis.

Las lesiones de Dermatitis Atópica se clasifican en:

Agudas: Pápulas y vesículas pruriginosas, exudativas sobre base eritematosa.

Subagudas: Pápulas y/o placas con discreto eritema, descamación y leve engrosamiento.

Crónicas: Pápulas excoriadas, erosionadas o placas liquenificadas, lesiones residuales hipo o hiperpigmentadas.

En algunos pacientes pueden coexistir lesiones en diferentes estadios de evolución.

Existen variantes de presentación según la edad del niño:

Fase del lactante (3 meses a 3 años de edad). Las lesiones se localizan en mejillas, cuello, superficies de extensión de los miembros y tronco. Suelen ser más exudativas que en los niños mayores.

Fase infantil (3 a 10 años de edad). Tienen su localización característica en zonas de flexión y pliegues (principalmente cuello, pliegues antecubitales y huecos poplíteos). Debido a la capacidad de rascado del paciente y al tiempo de evolución de las lesiones pueden evidenciarse excoriaciones y signos de liquenificación.

Fase del adolescente. Afecta principalmente dorso de las manos, párpados y zonas de flexión.

La herramienta más ampliamente utilizada para el diagnóstico de dermatitis atópica son los criterios de Hanifin y Rajka. En la cual se requieren 3 criterios de 4 mayores y 3 criterios de 23 menores ⁽²⁾. (TABLA 1)

TABLA 1 CRITERIOS DE HANIFIN Y RAJKA

CRITERIOS MAYORES
PRURITO(CONDICIÓN BÁSICA)
DISTRIBUCIÓN CARACTERÍSTICA
DERMATITIS DE CURSO CRÓNICO
ANTECEDENTES DE ATOPIA
CRITERIOS MENORES
XEROSIS
ICTIOSIS/HIPERLINEARIDAD PALMAR/QUERATOSIS PILAR
EDAD DE COMIENZO PRECOZ
REACTIVIDAD INMEDIATA A TEST CUTÁNEOS
IGE ELEVADA

TENDENCIA A INFECCIONES CUTÁNEAS/DEFECTOS DE LA INMUNIDAD MEDIADA POR CÉLULAS
DERMATITIS INESPECÍFICA DE MANOS Y PIES
ECCEMA DEL PEZÓN
QUEILITIS
BLEFARITIS RECURRENTE
PLIEGUE INFRAORBITARIO DE DENNIE MORGAN
QUERATOCONO
CATARATA SUBCAPSULAR ANTERIOR
OSCURECIMIENTO ORBITARIO
ERITEMA/PALIDEZ CENTRO-FACIAL
PITIRIASIS ALBA
PLIEGUES ANTERIORES DE CUELLO
PRURITO AL TRANSPIRAR
INTOLERANCIA A LA LANA Y SOLVENTES DE LIPIDOS
ACENTUACIÓN PERIFOLICULAR
INTOLERANCIA A ALIMENTOS
CURSO INFLUENCIADO POR FACTORES AMBIENTALES/EMOCIONALES
DERMOGRAFISMO BLANCO/BLANQUEAMIENTO RETARDADO

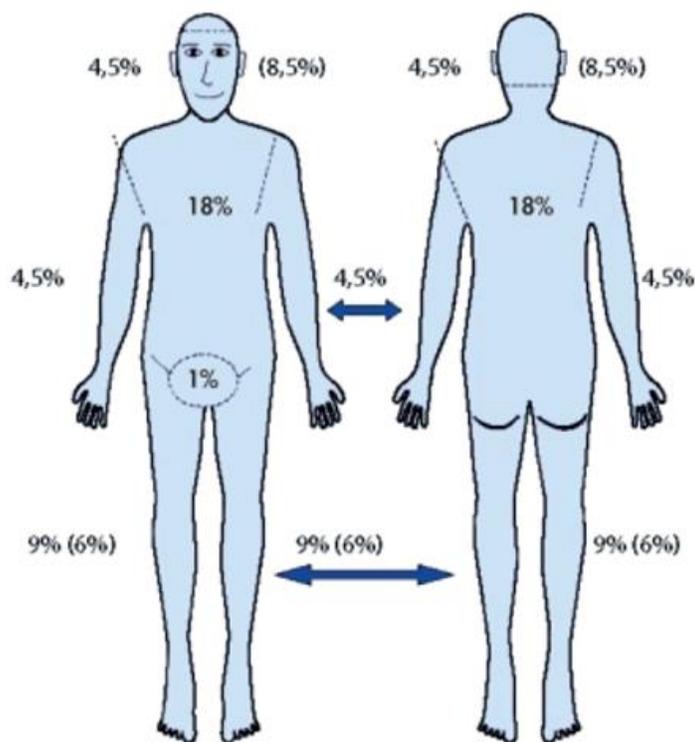
6. SEVERIDAD Y CALIDAD DE VIDA

La Dermatitis Atópica afecta el bienestar físico y psicosocial de quienes la sufren, por lo que se han desarrollado instrumentos para medir la gravedad y el impacto en la calidad de vida en los pacientes afectados. Dentro de los instrumentos desarrollados el más ampliamente validado es el SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis).

El SCORAD evalúa tres aspectos:

a. Extensión de la enfermedad a través de la regla de los 9. (FIGURA 1)

FIGURA 1



(ENTRE PARENTESIS PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS)

b. Características clínicas (gravedad de las mismas): 0- ausente; 1-leve; 2-moderada; 3-grave (máximo 18 puntos).

Características que se evalúan:

1. Eritema
2. Pápulas-edema
3. Exudación-costras
4. Excoriación
5. Liquenificación
6. Xerosis

c. Síntomas subjetivos (Escala visual análoga): 0 a 10 (máximo 20 puntos)

Se evalúa en los últimos 3 días previos a realizar el SCORAD:

1. Prurito
2. Pérdida de sueño

El cálculo del SCORAD para conocer la gravedad del paciente con dermatitis atópica se realiza mediante la siguiente fórmula: $SCORAD = A/5 + 7(B/2) + C$. Siendo: <15: LEVE; 15-40: MODERADA y > a 40: SEVERA ⁽¹⁴⁾.

7. Diagnóstico Diferencial

Dermatitis seborreica.

Se presenta desde los 15 días de vida hasta los 3 a 6 meses. Las escamas son amarillentas, untuosas. Afecta piel cabelluda, zona centrofacial y caudal. No es pruriginosa.

Dermatitis de contacto irritativa.

Las lesiones circunscriptas, se vinculan a un agente irritante primario, como puede ser la saliva o en una dermatitis del pañal.

Dermatitis de contacto alérgica.

Es poco frecuente en los niños pequeños. Puede ser por níquel o cromo, o por tatuajes de henna.

Enfermedades eritematoescamosas.

Psoriasis, pitiriasis rosada, o pitiriasis rubra pilaris.

Ectoparasitosis

Sarna eczematizada, caracterizada por lesiones pápulo vesiculosas, palmo plantares. Puede observarse compromiso interdigital y en muñecas. Es frecuente que otro miembro de la familia presente las mismas lesiones.

Infecciones micóticas.

Dermatofitiasis de piel lampiña: lesiones eritematoescamosas pruriginosas anulares, con bordes netos, el crecimiento es centrífugo y la curación central.

Enfermedades hereditarias.

Ictiosis vulgar: Enfermedad autosómica dominante. Su incidencia 1/250. No es congénita. Tiene escamas más notables en la superficie de extensión de los miembros e hiperlinealidad palmoplantar. Disminución o ausencia de la filagrina o su precursor proflagrina (7).

8. Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes de la Dermatitis Atópica surgen como consecuencia de las alteraciones de la función de barrera cutánea y de las alteraciones inmunológicas humorales y celulares que favorecen las infecciones bacterianas y virales.

Las infecciones bacterianas son las más comunes y se pueden producir por staphylococcus aureus o Streptococcus B hemolítico del grupo A, ya sea en forma aislada o en forma combinada. Se manifiestan con forma de impétigo, foliculitis y en casos más infrecuentes por infecciones de tejidos blandos o sistémicas.

Las infecciones virales se manifiestan con herpes simple diseminado, conocido como erupción variceliforme de Kaposi, que es una diseminación cutánea del virus simple herpes 1 en el 80% de los casos. Es una afección grave, que se manifiesta

con vesículas o pústulas umbilicadas, diseminadas, confluentes, que dejan zonas de piel denudada, costras y zonas hemorrágicas, acompañadas de fiebre y adenopatías.

Los pacientes con dermatitis atópica presentan mayor riesgo de contagio y de diseminación por virus de molusco contagioso.

El aumento de la presentación de verrugas vulgares e infecciones por dermatofitos y también *Candida albicans* se observan frecuentemente ^(2,7).

9. Tratamiento.

El objetivo del tratamiento no es la curación, sino el control de los signos y síntomas hasta que la enfermedad remita, como ocurre en la mayoría de los pacientes.

El enfoque terapéutico de la Dermatitis atópica comprende dos aspectos: el manejo del brote propiamente dicho y las medidas generales para que el mismo pueda prevenirse o sea menos grave.

Evitar dentro de lo posible los factores desencadenantes, restablecer la función de barrera de la piel y mejorar la sintomatología durante los brotes constituyen los principales objetivos durante el tratamiento.

La higiene de la piel y el uso de emolientes son 2 estrategias fundamentales en el manejo de dermatitis atópica.

El baño tiene como objetivo remover costras y reducir la colonización bacteriana, recomendando jabones no irritantes, con pH similar al de la piel y que no contengan moléculas que puedan actuar como alérgenos.

El baño debe durar no más de 10 minutos a temperatura entre 27 y 30°C, ya que el exceso de calor y el contacto prolongado con agua, alteran la barrera cutánea.

Los emolientes son la base del tratamiento de mantenimiento, actúan mejorando la función de barrera cutánea y ejercen un efecto ahorrador de corticoides. Deben de ser utilizados de forma frecuente, prefiriendo los de composición lipídica, especialmente en épocas invernales.

Es recomendable el uso de ropa suelta, de colores claros, suave, y de algodón capaz de absorber el sudor. Es importante lavar la ropa con jabones blancos o detergentes neutros, y enjuagarlas bien. Evitar el uso de suavizantes o químicos. Deben evitarse lana, nylon y otros materiales sintéticos. La sudoración empeora el prurito, por lo tanto los pacientes no deben sobreabrigarse.

Existe una mayor incidencia de atopia con la exposición temprana con el epitelio de los gatos, sobre todo aquellos que presentan mutaciones en el gen de la filagrina, pero no en aquellos niños en contacto con perros.

En los pacientes con Dermatitis atópica la evidencia actual no recomienda el uso de dietas de evitación en forma rutinaria en pacientes no seleccionados. Es importante investigarla en niños con síntomas sugestivos de alergia alimentaria, con cuadros clínicos que sugieran estar mediados por IgE (urticaria, angioedema, asma, rinoconjuntivitis, anafilaxia), lactantes y niños pequeños con Dermatitis atópica severa que no responden adecuadamente al tratamiento y particularmente cuando los síntomas se asocian con dismotilidad intestinal (cólicos, vómitos, diarrea, constipación) o falla de medro. En preescolares los alimentos más frecuentemente relacionados con dermatitis atópica son: Huevo, leche, trigo y soya.

Los corticoides tópicos constituyen el tratamiento de primera línea en la Dermatitis atópica durante la fase aguda o brote. Actúan por medio de su acción antiinflamatoria, antiproliferativa, inmunosupresora y vasoconstrictora. La elección del corticoide y el tipo de vehículo, está relacionado con el área a tratar, la edad del paciente y el estado de la dermatosis. Deben ser elegidos corticoesteroides de moderada a baja potencia. Los efectos locales descritos por uso de corticoesteroides como sobreinfección de las lesiones, atrofia, estrías, foliculitis, erupciones acneiformes y telangiectasias, no están demostrados en regímenes cortos de 5 a 10 días de aplicación de corticoesteroides (2,4,10).

TABLA 2. CORTICOESTEROIDES TÓPICOS

Potencia débil
Hidrocortisona Fluocortina
Potencia intermedia
Clobetasona butirato Dexametasona Fluocinolona acetónido Triamcinolona acetónido Betametasona valerato
Potencia alta
Betametasona dipropionato Budesonida Diflucortolona valerato Metilprednisolona aceponato Mometasona Prednicarbato
Potencia muy alta
Clobetasol propionato Halcinonido

Los inmunomoduladores tópicos son drogas de segunda línea en el tratamiento de la dermatitis atópica que se utilizan a corto o largo plazo de manera intermitente. En contraste con los corticoesteroides no inducen atrofia, esto favorece su uso en

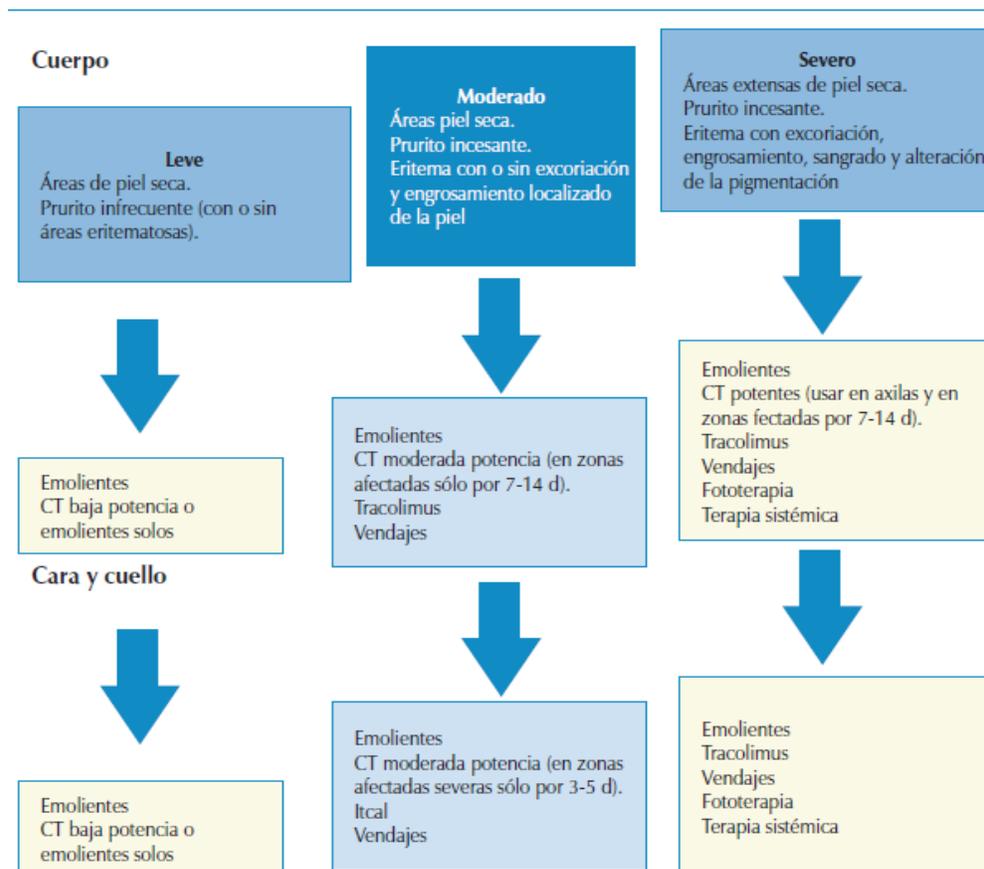
regiones delicadas como párpados, área perioral, genital, axilar, inguinal, así como en la aplicación prolongada de estos medicamentos.

Los antihistamínicos son utilizados en el tratamiento de dermatitis atópica para el alivio del prurito.

La fototerapia constituye un tratamiento de segunda línea de dermatitis atópica, se reserva para casos con lesiones extensas o resistentes a los tratamientos tópicos habituales.

En raras ocasiones en donde el tratamiento tópico no es efectivo, se pueden llegar a utilizar inmunomoduladores o glucocorticoides sistémicos (5).

ALGORITMO TERAPÉUTICO EN DERMATITIS ATÓPICA



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Problema

A pesar que en el Hospital Fernando Quiroz se observan frecuentemente en pediatría signos y síntomas de dermatitis atópica no se le ha prestado la debida atención a éste padecimiento, en parte por la desinformación del personal de salud que desconoce los criterios diagnósticos, como las escalas de severidad, y por otro lado ignorando la patología dermatológica, lo que genera el retraso en el diagnóstico y el tratamiento, y a su vez consultas subsecuentes por dicha dermatosis, encontrándose ya en éste momento en estadios más avanzados y con mayores complicaciones, ameritando de más medicamentos y de mayor costo, generando también mayor impacto en la calidad de vida del paciente y sus familias.

De lo anterior parte la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia y el grado de severidad de dermatitis atópica mayormente identificado en pacientes que acuden a urgencias pediatría del Hospital General Dr. Fernando Quiroz G en el servicio de pediatría del mes de abril a junio del año 2015?

2. Antecedentes.

En North Europa, Finn Schultz, encontró Dermatitis Atópica en un 15,6% de la población de estudio, en las niñas fue más frecuentemente el compromiso flexural, en una razón de 1.3:1.0 en relación a los niños, por otro lado los niños tuvieron más frecuentemente historia personal de asma, mientras que las niñas tuvieron historia familiar de asma.

En Japón, Yura encontró que la prevalencia de Dermatitis Atópica aumentó de

15% en 1985 a 24% en 1993.

En Dinamarca, Schultz, encontró Dermatitis Atópica en el 3% de gemelos, entre los años 1960 y 1964; y el 12 % entre los años 1975 y 1979.

En Suecia, Rothe M., en 1979 mostraron una prevalencia de 7 % de dermatitis atópica y el 18 % en 1991 agregaron que los climas cerrados dentro de los cuartos pueden ser un factor de riesgo.

En Finlandia se encontró prevalencia de 9.7% en 1989 –1990.

Diepgen encontró el 12 % de prevalencia para dermatitis atópica.

En Alemania, Werner y col. encontraron que 10.5 % de todos sus niños estudiados sufrían de dermatitis atópica, y además una correlación entre estilo de vida privilegiado y alta incidencia de dermatitis atópica.

En Trujillo, Tincopa O., encontró que la prevalencia de Dermatitis Atópica en escolares de 7 años fue de 16.7 %, la relación de niña/ niño fue de 1.2/1.0 la localización más frecuente en brazos manos y piernas, el antecedente personal más frecuente fue rinitis alérgica.

En Lima, Cáceres H., en el Instituto de Salud del Niño se ha encontrado el 9 % entre julio de 1994 y junio 1998.

En Londres Mc NALLY encontró asociación entre los síntomas de eczema atópico y el polvo de casa, el uso de calefacción en el dormitorio de los niños y el uso de almohadas sintéticas.

En México se ha registrado una prevalencia de 3.9 a 4.9% en niños de 6 a 14 años. Del Río-Navarro y col. reportaron que en el norte de la Ciudad de México hubo una frecuencia de 10.3% de síntomas de dermatitis ⁽¹¹⁾.

3. Hipótesis y Objetivos

3.1 Hipótesis

La mayoría de los pacientes pediátricos que acuden al Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del I.S.S.S.T.E. cursan con algún grado de severidad de dermatitis atópica.

3.2 Objetivo General.

Determinar la frecuencia de dermatitis atópica en los pacientes que acuden a urgencias pediátricas en el Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz G. del I.S.S.S.T.E.

3.3 Objetivos específicos

1. Determinar la severidad de la Dermatitis Atópica
2. Conocer la casuística de acuerdo a la clasificación de SCORAD
3. Identificar cual es el grupo de acuerdo a sexo y edad más afectados.

4. Justificación

Debido al incremento en los últimos años en la incidencia de dermatitis atópica y que se desconoce ésta en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez en el servicio de pediatría pretendemos con éste trabajo dar a conocer la frecuencia y severidad de la misma.

Con éste trabajo pretendemos también realizar un diagnóstico oportuno de dermatitis atópica mediante los criterios de Hanifin y Rajka, y a través del SCORAD se evalúe su severidad con la finalidad de otorgar un tratamiento y referencia oportuna con el subespecialista y así evitar futuras complicaciones.

5. Material y Métodos.

El diseño del estudio es de tipo **clínico, observacional y transversal**. Se obtuvo una muestra por conveniencia de 41 pacientes que cumplieron con los criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de dermatitis atópica, de 2 meses de edad a 16 años de edad, y que previamente no se les haya efectuado el diagnóstico o recibido tratamiento para dermatitis atópica, la muestra obtenida fue el resultado de un total 2193 consultas otorgadas a pacientes que acudieron a urgencias pediatría en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez durante los meses de abril a junio del año 2015, se excluyeron del estudio aquéllos pacientes que cursaran al momento de la consulta con alguna dermatosis o enfermedad exantemática, o bien pacientes previamente diagnosticados y tratados por dermatitis atópica.

La información recabada a partir de las consultas otorgadas en urgencias pediatría se registró en papel de forma manual a través del formulario de recolección de datos (Anexos 1 y 2); interrogando edad, género, criterios de Hanifin y Rajka, y evaluación de SCORAD.

Los datos se computaron a través de Microsoft Excel 2010, para posteriormente hacer un análisis estadístico, tomando en cuenta procedimientos de inferencia estadística central, de manera que permita analizar medias medianas y modas, con el fin de encontrar respuestas a las científicas formuladas.

6. Aspectos éticos

Debido al tipo de estudio que se llevó a cabo, el riesgo de éste trabajo fue mínimo . La recopilación de la información se efectuó previo consentimiento informado y con total confidencialidad.

7. Definición de variables

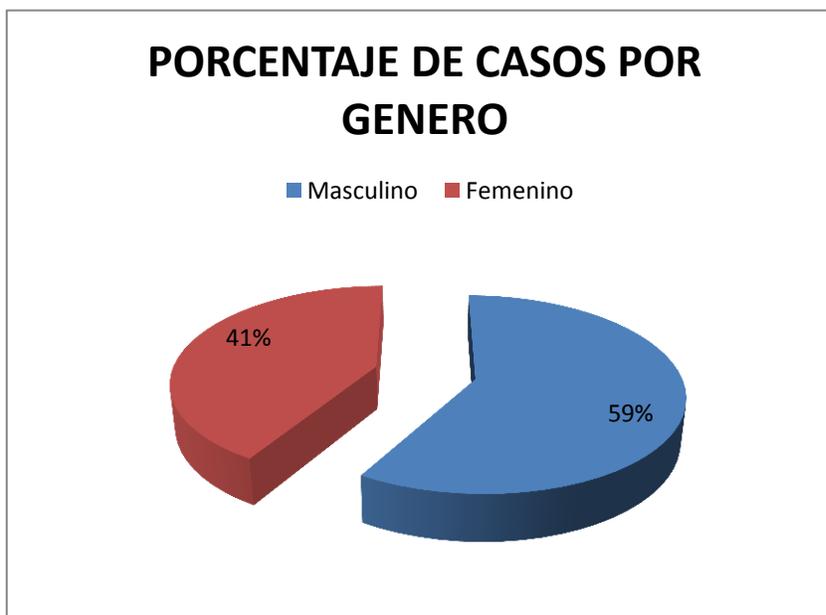
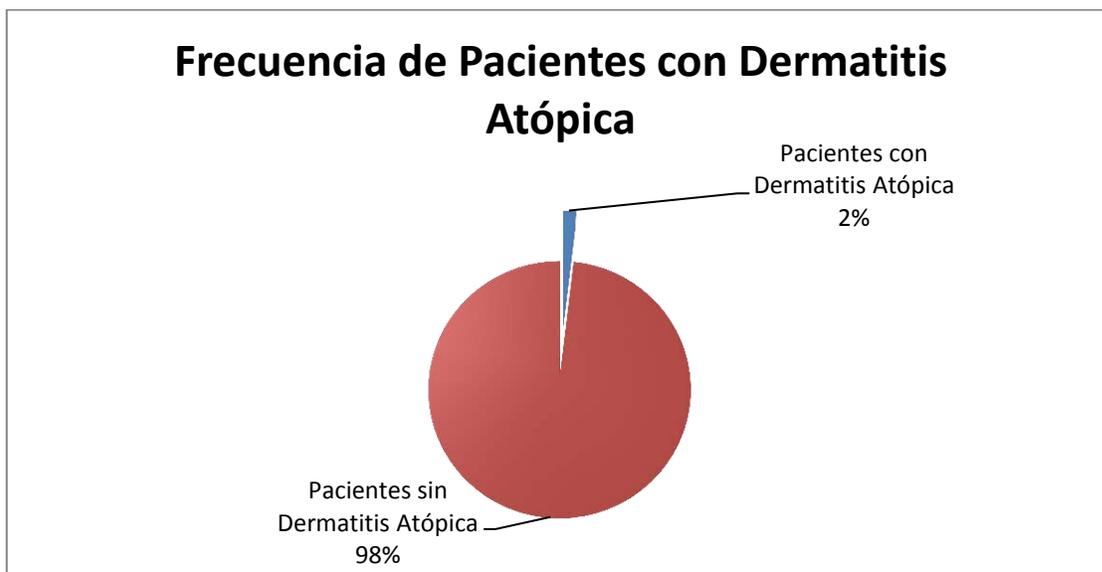
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VARIABLES DE MEDICIÓN
Edad	Cualitativa en escala de intervalos	Intervalos de edades
Género	Cualitativa nominal	Masculino/Femenino
Antecedentes personales de asma	Cualitativa Nominal	Si/No
Antecedentes familiares de asma	Cualitativa Nominal	Si/No
Antecedentes personales de Rinitis Alérgica	Cualitativa Nominal	Si/No
Antecedentes familiares de Rinitis alérgica	Cualitativa Nominal	Si/No
Antecedentes familiares de dermatitis atópica	Cualitativa nominal	Si/No
Prurito	Cualitativa nominal	Si/No
Morfología/Topografía de DA	Cualitativa nominal	Si/No
Tiempo de evolución	Cualitativa en escala de intervalos	Agudo/Crónico
Xerosis	Cualitativa Nominal	Si/No
Ictiosis/Hiperlinealidad palmar/Queratosis pilar	Cualitativa Nominal	Si/No
Reactividad inmediata a test cutáneos	Cualitativa Nominal	Positiva/Negativa
IgE Elevada	Cualitativa nominal	Si/No
Edad de comienzo precoz	Cuantitativa discreta	Edad menor a 6 meses
Tendencia a infecciones cutáneas	Cualitativa Nominal	Si/No
Dermatitis inespecífica de manos y pies	Cualitativa nominal	Si/No
Eccema del pezón	Cualitativa Nominal	Si/No
Queilitis	Cualitativa Nominal	Si/No
Blefaritis recurrente	Cualitativa Nominal	Si/No
Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan	Cualitativa Nominal	Si/No
Queratocono	Cualitativa Nominal	Si/No
Catarata Subcapsular Anterior	Cualitativa Nominal	Si/No
Oscurecimiento orbitario	Cualitativa Nominal	Si/No
Eritema/palidez Centrofacial	Cualitativa Nominal	Si/No
Pitiriasis Alba	Cualitativa Nominal	Si/No
Pliegues anteriores de cuello	Cualitativa Nominal	Si/No
Prurito al transpirar	Cualitativa Nominal	Si/No
Intolerancia a la lana y solventes de lípidos	Cualitativa Nominal	Si/No
Acentuación perifolicular	Cualitativa Nominal	Si/No
Intolerancia a alimentos	Cualitativa Nominal	Si/No
Curso influenciado por factores ambientales y emocionales	Cualitativa Nominal	Si/No
Dermografismo	Cualitativa Nominal	Si/No

blanco/Blanqueamiento retardado		
---------------------------------	--	--

CAPÍTULO III

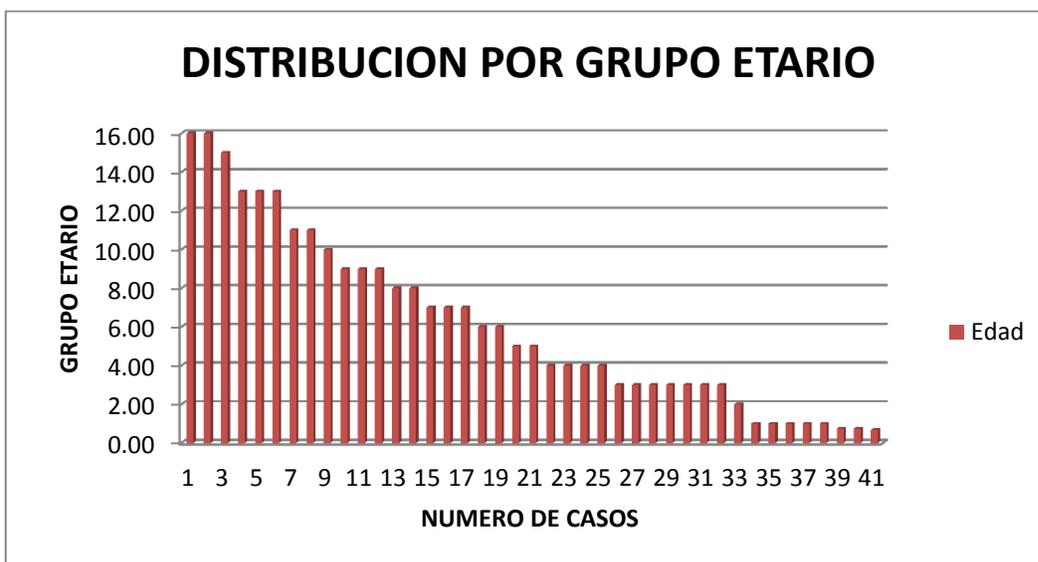
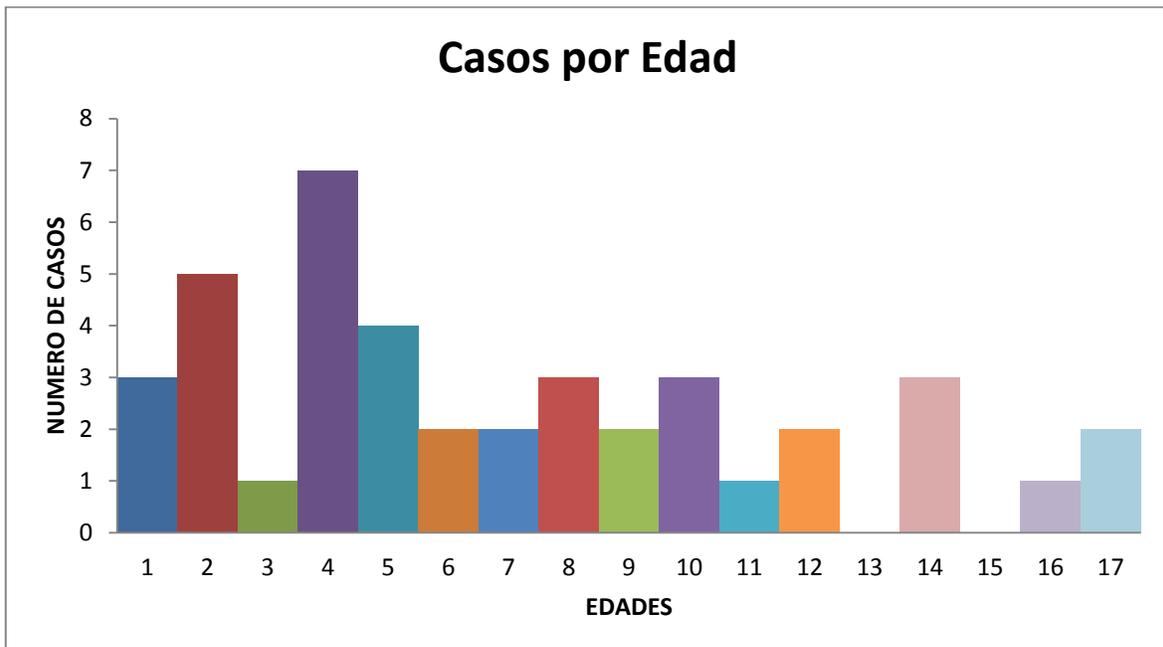
ANÁLISIS, Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

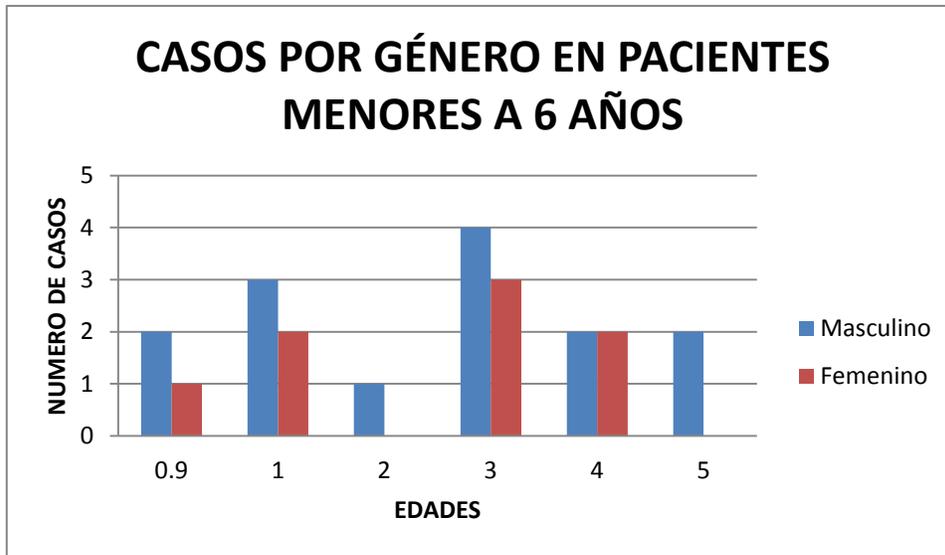
Del mes de abril a junio del 2015 se otorgaron un total de 2193 consultas en urgencias pediatría del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, de las cuales 41 cumplen con criterios para integrar el diagnóstico de dermatitis atópica correspondiendo esto al 2% de la población total de ese periodo. Siendo lo anterior discretamente menor a lo publicado por ISAAC 2009 en donde se registra en México de un 3.9 a 4.8% dermatitis atópica en niños de 6 a 14 años, y también menor a los hallazgos reportados por Del Río-Navarro donde la frecuencia de síntomas de dermatitis atópica son del 10.3% al norte de la Ciudad de México.



De los 41 pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica 24(59%) pacientes pertenecen al género masculino y 17(41%) al género femenino

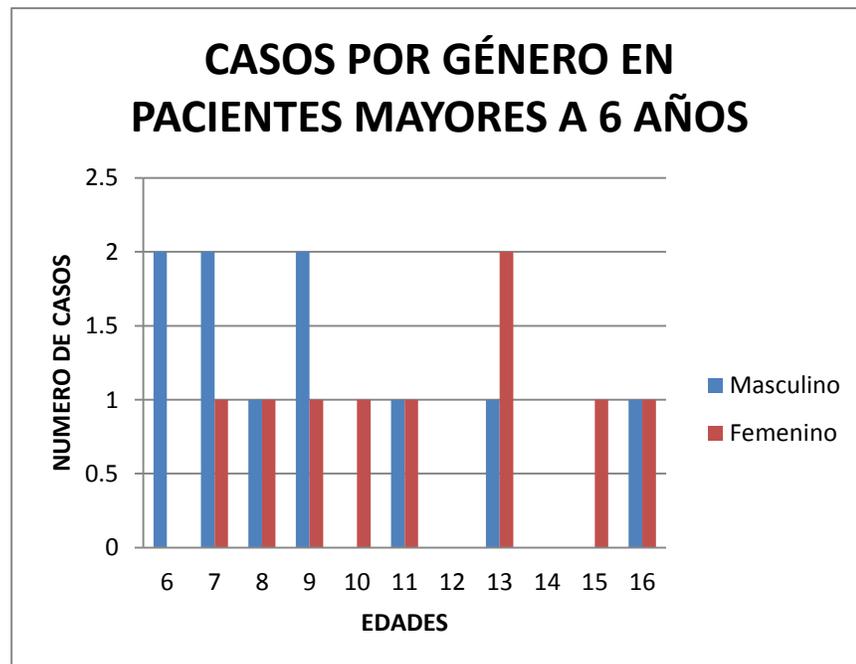
En las siguientes gráficas se observa que del total de casos de pacientes con dermatitis atópica tres tienen menos de 1 año de edad, cinco tienen 1 año, uno 2 años, siete 3 años, cuatro 4 años, dos 5 años, dos 6 años, tres 7 años, dos 8 años, tres 9 años, uno 10 años, dos 11 años, ninguno de 12 años, tres de 13 años, ninguno de 14 años, uno de 15 años y dos de 17 años. Siendo la moda los 3 años de edad, repitiéndose en 7 ocasiones, la mediana los 5 años, y un promedio de edades de 6 años.





Dentro de los casos registrados en pacientes menores de 6 años: 13 corresponden al género masculino y 8 al género femenino. Con una relación de 1.6:1. Contrario a lo descrito en la literatura, se observa mayor relación en el género masculino en éste grupo etario

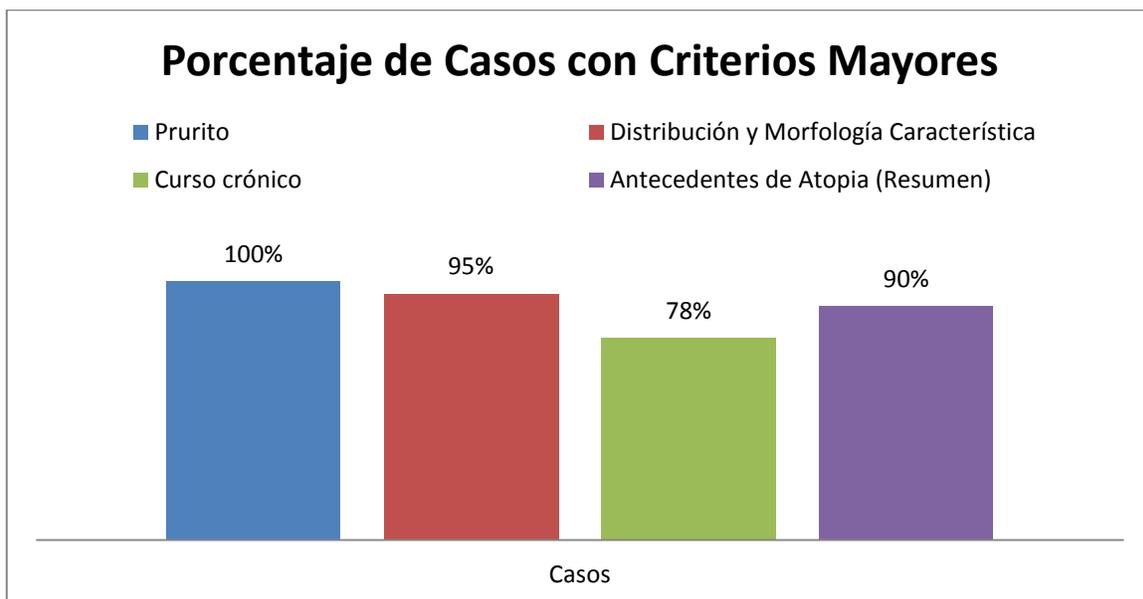
Respecto a los casos encontrados en pacientes mayores de 6 años: 10 corresponden al género masculino y 9 corresponden al género femenino. Con una relación de 1.1:1. No habiendo una diferencia significativa dentro del grupo etario en



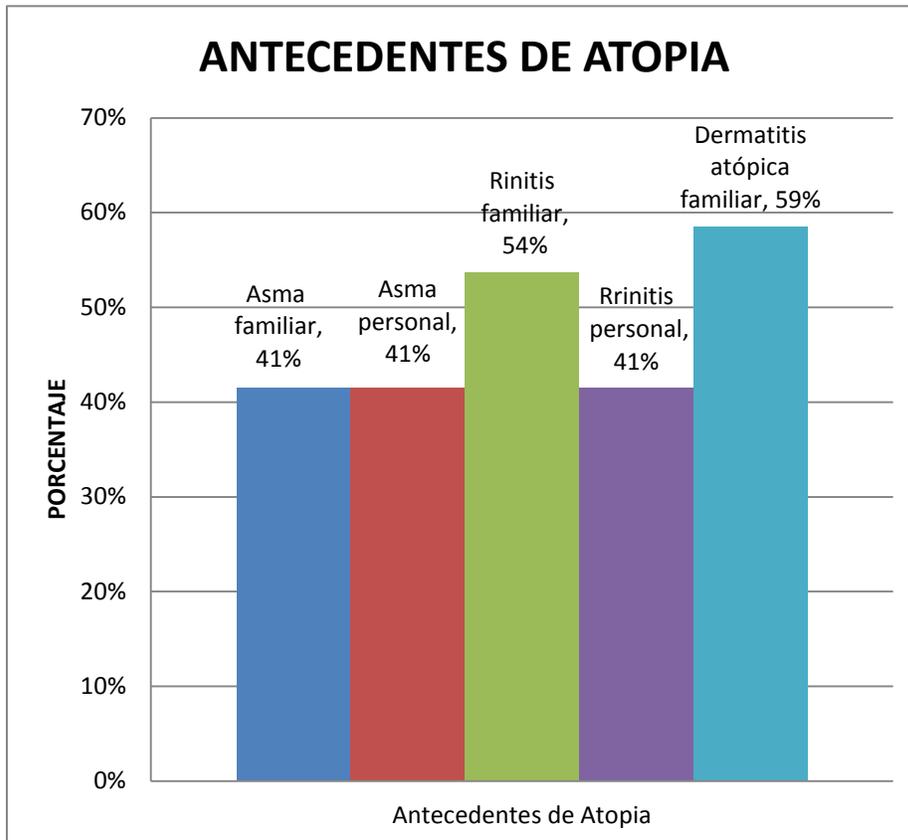
estudio en relación a lo descrito en la bibliografía, en donde se describe que a partir de los 6 años de edad hay un predominio en el género femenino sobre el masculino con dermatitis atópica

Al analizar las 2 gráficas anteriores se observa que el predominio del género masculino pese a que es mayor en los 2 grupos etarios en cuestión, no es significativo respecto a lo que se observa en el género femenino.

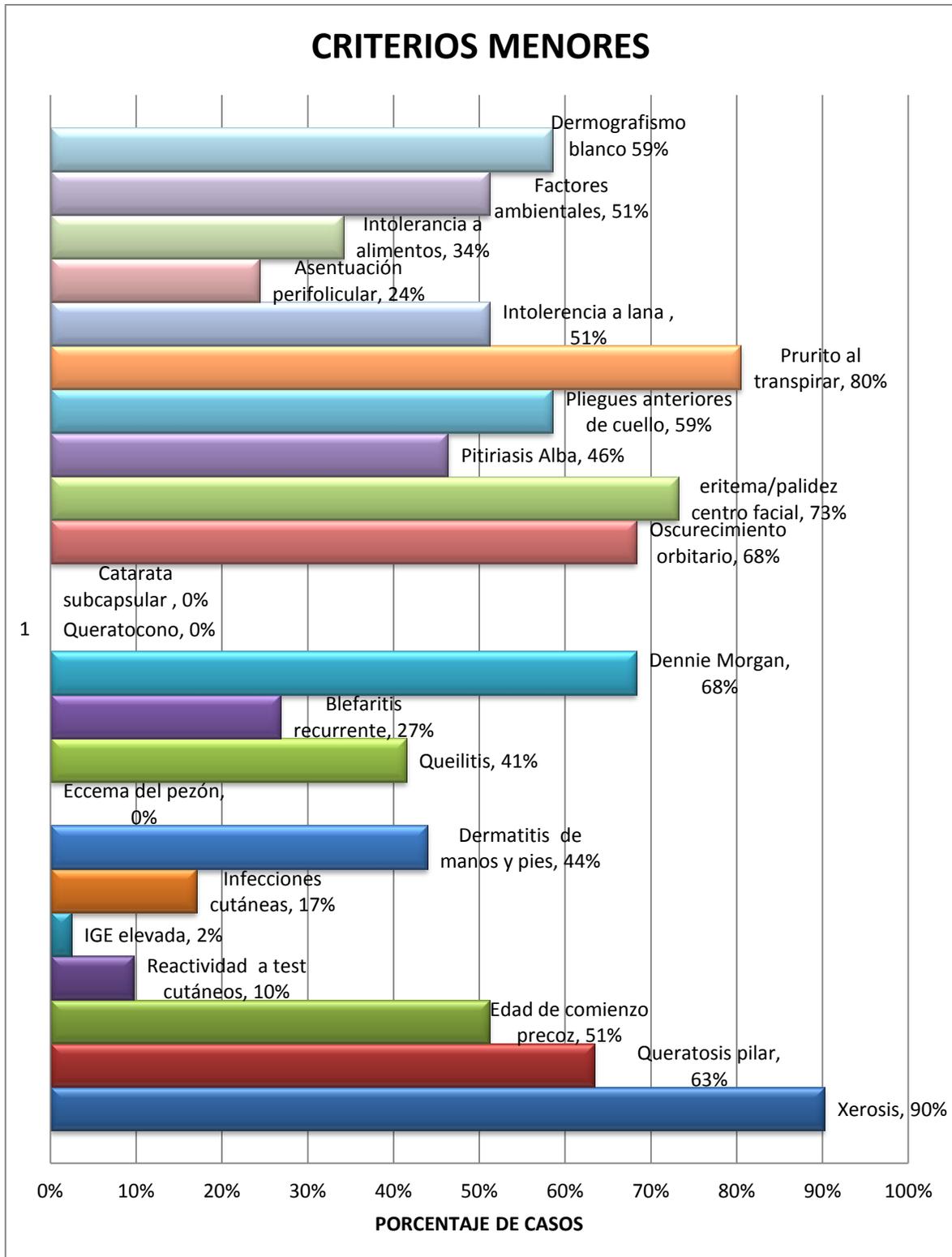
De los 41 pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica, se encuentra que con base a los Criterios de Hanifin y Rajka dentro de los criterios mayores el 100% presenta prurito, 95% distribución y morfología características, 78% curso crónico y el 90 % antecedentes de atopía.

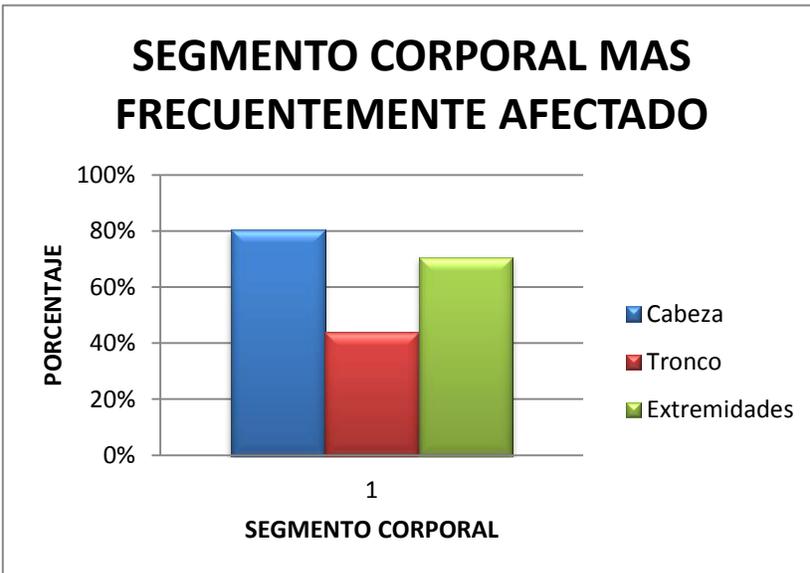


A diferencia de lo que describe Tincopa O. en Trujillo, acerca de que el antecedente de atopia más importante es la rinitis alérgica personal, ésta gráfica muestra como la dermatitis atópica familiar es el antecedente de atopia más frecuentemente asociado repitiéndose en un 59% de los pacientes de los 41 estudiados. Seguido de Rinitis familiar con un 54%, y con un 41% asma, rinitis personal, y asma familiar.



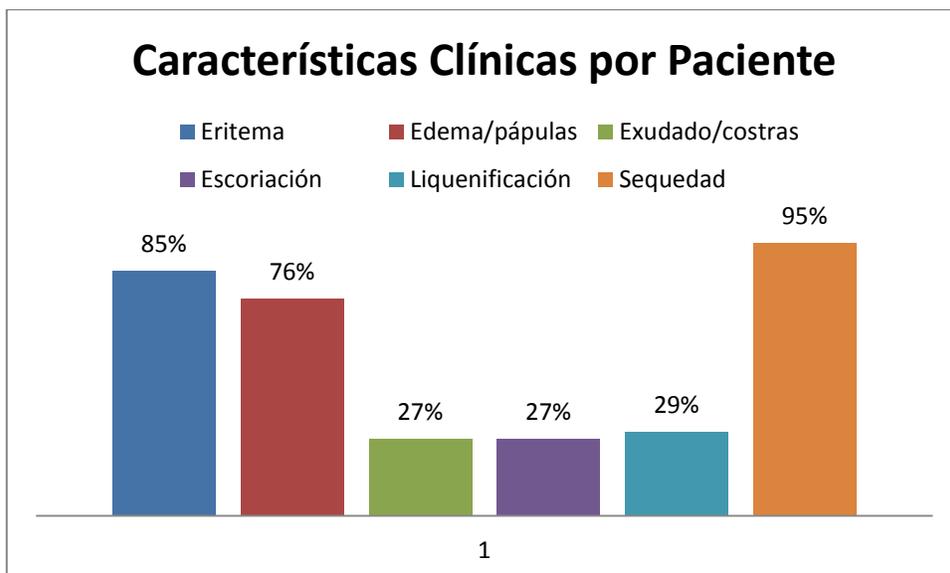
En la siguiente gráfica se observa cómo dentro de los criterios menores de Hanifin y Rajka el que repite en mayor número de pacientes es la xerosis con un 90% de casos.





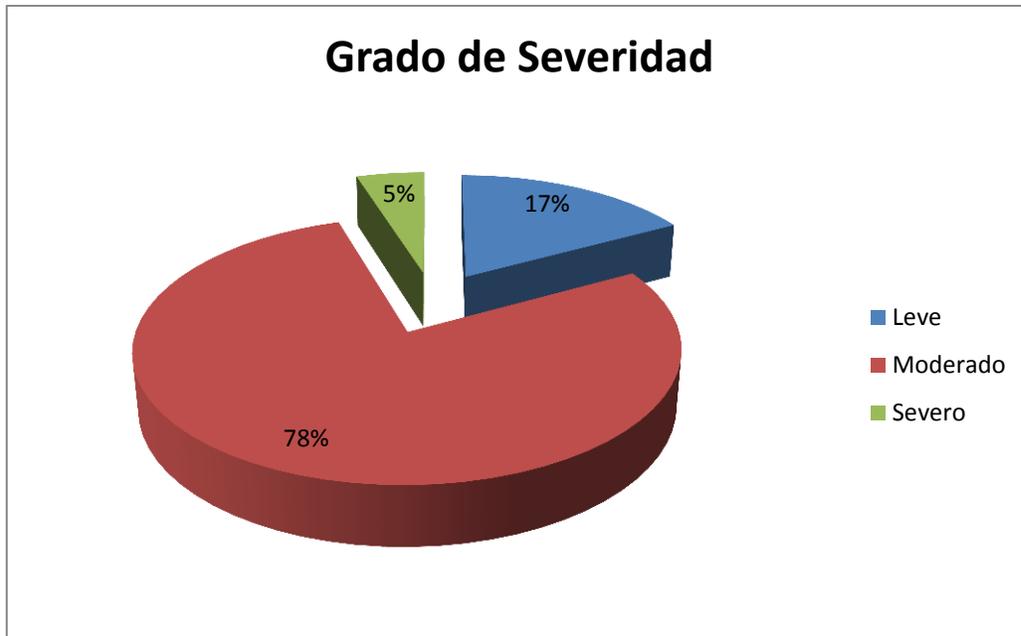
Aunque Tincopa O. en Trujillo reporta que las extremidades son el segmento corporal que con mayor frecuencia es afectado, al realizar el SCORAD a los pacientes con diagnóstico de Dermatitis atópica en éste estudio se encuentra que el segmento corporal que

más se afecta en los pacientes es la cabeza (80 %) seguido de extremidades (71 %) y finalmente tronco (44 %).



En ésta gráfica se observa que durante la evaluación SCORAD la característica clínica que predomina dentro de los pacientes con dermatitis atópica es la

sequedad de tegumentos con un 95%, seguida de eritema con un 85%, edema y pápulas con un 76%, liquenificación 29% y con un 27% exudado/costras y escoriación.



De acuerdo a la evaluación SCORAD se encuentra que los pacientes con dermatitis atópica cursan en su mayoría con una severidad moderada (78%). El 17% cursan con una dermatitis atópica de severidad leve y la minoría cursa con una dermatitis atópica severa (5%). Representado en la gráfica anterior.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

1. Se concluye que la frecuencia de dermatitis atópica en urgencias pediátrica en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez es del 2% de la población total que acudió a consulta de los meses de abril a junio del año 2015.
2. Al evaluar la escala de severidad de SCORAD se determinó que la forma de presentación predominante fue la moderada, observándose en un 78% de los pacientes.
3. Dentro de los antecedentes de atopia se demuestra en los resultados que el de mayor importancia para que un niño cursara con ésta dermatosis, fue que previamente un familiar hubiera cursado con dermatitis atópica.
4. Con un 59 % la dermatitis atópica predominó en el género masculino sobre un 41% que se diagnosticó en el género femenino.
5. La edad en la que se diagnosticó con mayor frecuencia dermatitis atópica fue en pacientes de 3 años.
6. No se observó una diferencia significativa en la relación masculino-femenino con base a pacientes menores y/o mayores de 6 años.

CAPÍTULO V

ANEXOS

1. Criterios de Hanifin y Rajka

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

CÉDULA.....

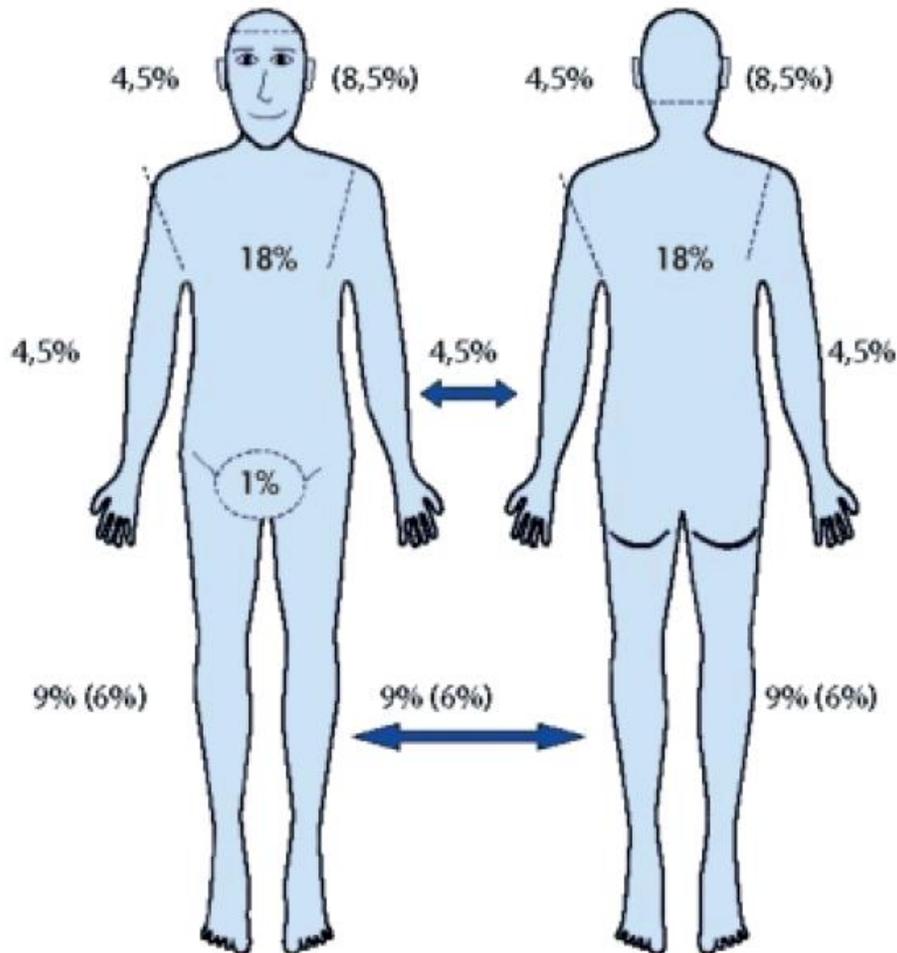
EDAD:..... **GÉNERO:** MASC / FEM **TELÉFONO:**.....

NOMBRE Y PARENTEZCO DEL FAMILIAR RESPONSABLE:.....

MARCA CON EL NÚMERO (1) EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE SI EL PACIENTE CUMPLE CON EL CRITERIO INTERROGADO, Y CON EL NÚMERO (2) SI EL PACIENTE NO CUENTA CON EL CRITERIO EN CUESTIÓN.

CRITERIOS MAYORES	SI(1)	NO(2)
PRURITO(CONDICIÓN BÁSICA)		
DISTRIBUCIÓN CARACTERÍSTICA		
DERMATITIS DE CURSO CRÓNICO		
1.1 ANTECEDENTES FAMILIARES DE ASMA 1.2 ANTECEDENTES PERSONALES DE ASMA 1.3 ANTECEDENTES FAMILIARES DE RINITIS 1.4 ANTECEDENTES PERSONALES DE RINITIS 1.5 ANTECEDENTES FAMILIARES DE DERMATITIS (EJ: SI HAY ANTECEDENTE FAMILIAR DE ASMA REPORTAR COMO 1.1; SI NO LO HAY REPORTAR COMO 2)		
CRITERIOS MENORES		
XEROSIS		
ICTIOSIS/HIPERLINEARIDAD PALMAR/QUERATOSIS PILAR		
EDAD DE COMIENZO PRECOZ		
REACTIVIDAD INMEDIATA A TEST CUTÁNEOS		
IGE ELEVADA		
TENDENCIA A INFECCIONES CUTÁNEAS/DEFECTOS DE LA INMUNIDAD MEDIADA POR CÉLULAS		
DERMATITIS INESPECÍFICA DE MANOS Y PIES		
ECCEMA DEL PEZÓN		
QUEILITIS		
BLEFARITIS RECURRENTE		
PLIEGUE INFRAORBITARIO DE DENNIE MORGAN		
QUERATOCONO		
CATARATA SUBCAPSULAR ANTERIOR		
OSCURCIMIENTO ORBITARIO		
ERITEMA/PALIDEZ CENTRO-FACIAL		
PITIRIASIS ALBA		
PLIEGUES ANTERIORES DE CUELLO		
PRURITO AL TRANSPIRAR		
INTOLERANCIA A LA LANA Y SOLVENTES DE LIPIDOS		
ACENTUACIÓN PERIFOLICULAR		
INTOLERANCIA A ALIMENTOS		
CURSO INFLUENCIADO POR FACTORES AMBIENTALES/EMOCIONALES		
DERMOGRAFISMO BLANCO/BLANQUEAMIENTO RETARDADO		

2. SCORAD.



(ENTRE PARENTESIS PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS)

A) EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LA REGLA DE LOS 9

A)	EXTENSIÓN

B) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (ERITEMA, PÁPULAS/EDEMA, EXUDACIÓN/COSTRAS, EXCORIACIÓN, LIQUENIFICACIÓN Y XEROSIS) Y GRAVEDAD DE LAS MISMAS DONDE: 0 = AUSENTE; 1= LEVE; 2=MODERADA; 3=GRAVE (MÁXIMO 18 PUNTOS)

B)	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	INTENSIDAD
1.	ERITEMA	
2.	EDEMA/PÁPULAS	
3.	EXUDADO/COSTRAS	
4.	ESCORIACIÓN	
5.	LIQUENIFICACIÓN	

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde A, González FJ, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99:690-700
2. Giachetti A, Greco MF, Scacchi MF, Fliores RM, Castro C. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica. 2013
3. Mateos M. Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. 2ª Ed. Madrid: Ergon; 2011
4. Garnacho G, Salido R, Moreno JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliográficas.* 2013; 104(1):4---16
5. Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Dermatitis Atópica. México: Secretaría de Salud, 2014.
6. Álvarez K, Delgado A, Naranjo JA, Pérez MM, Valdés AM. Dermatitis atópica en un infante. *MEDISAN.* 2014; 18(1):120
7. Olmos CE, Ramón KS. Dermatitis atópica: ¿Qué hay de nuevo? CCAP. Volumen 9 Número 1
8. Ortiz FJ, A, De Lucas R, González MA, Alomar A, Vera Á, et al. Dermatitis atópica desde la perspectiva del paciente: desencadenantes, cumplimiento de las recomendaciones médicas y control de la enfermedad .Estudio DATOP. *Actas Dermosilográficas.* 2014
9. Rubel D, Thirumoorthy T, Soebaryo R, Weng S, Gabriel T, Villafuerte L, et al. Consensus guidelines for the management of atopic dermatitis: An Asia–Pacific perspective. *Journal of Dermatology* 2013; 40: 1–12
10. Ortiz FJ. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la dermatitis atópica. Elsevier 2015
11. Bedolla M, Barrera AT, Morales J. Dermatitis atópica en niños escolares de Ciudad Guzmán, México. Prevalencia y factores asociados. *Revista Alergia México* 2010; 57(3):71-78

12. Jaramillo OD, González CH. Probióticos en prevención primaria de la dermatitis atópica en infantes con riesgo de padecerla. Metaanálisis. Biosalud, Volumen 12 No. 1, enero - junio, 2013.
13. Guerra A, González E. Actualizaciones en dermatitis atópica.
14. Stalder JF, Taieb A. Severity Scoring of Atopic dermatitis: The SCORAD Index. *Dermatology* 1993; 186:23-31