



11237  
2ej  
||

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

PREVALENCIA DE DERMATITIS ATOPICA Y FACTORES ASOCIADOS  
EN LACTANTES Y PREESCOLARES DE UNA ESTANCIA INFANTIL  
DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO.

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

QUE PRESENTAN:

**DRA. ADRIANA / ALVA CHAIRE**

**DR. JOSE RAMON GARRIDO RODRIGUEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

**PEDIATRIA MEDICA**



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

*PREVALENCIA DE DERMATITIS ATOPICA Y FACTORES ASOCIADOS  
EN LACTANTES Y PREESCOLARES DE UNA ESTANCIA INFANTIL  
DEL SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO*

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTAN

*DRA. ADRIANA ALVA CHAIRE  
DR. JOSE RAMON GARRIDO RODRIGUEZ*

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN

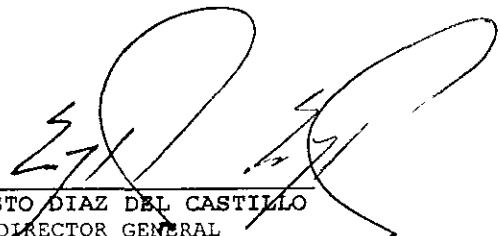
*PEDIATRIA MEDICA*

México, D.F.

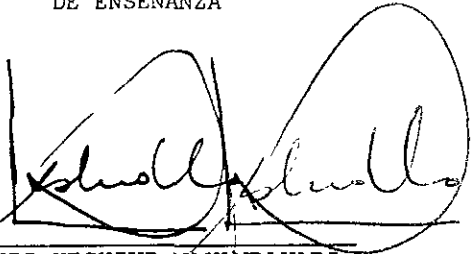
1998



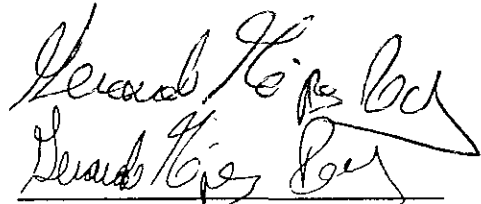
DR. SILVESTRE FRENK  
DIRECTOR GENERAL Y PROFESOR  
TITULAR DEL CURSO



DR. ERNESTO DIAZ DEL CASTILLO  
SUBDIRECTOR GENERAL  
DE ENSEÑANZA



DR. LUIS HESHIKI NAKANDAKARI  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE  
ENSEÑANZA PRE Y POSGRADO



DR. GERARDO LOPEZ PEREZ  
TUTOR DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACION



## **AGRADECIMIENTOS**

**LIC. HECTOR CARDIEL**

Director del programa de Fomento a la Salud  
SEP

**PROF. BEATRIZ I. CARRILLO HERNANDEZ**

Directora de la Estancia Infantil No. 26. ISSTE

**DRA. YOLANDA HERNANDEZ PEREZ**

Pediatra adscrito.  
Estancia Infantil No. 26. ISSTE

**PROF. MARGARITA PIZA**

Directora del Centro de Desarrollo Infantil No. 28  
SEP

**DR. VICTOR GRANJA**

Servicio de Alergia. INP

**QFB CATALINA BARBOSA LOPEZ**

Encargada del Laboratorio de Alergia. INP

## *INDICE*

	<i>PAGINA</i>
I. RESUMEN .....	1
II. INTRODUCCION .....	2
III. JUSTIFICACION .....	5
IV. HIPOTESIS .....	5
V. MATERIAL Y METODOS .....	6
VI. RESULTADOS .....	8
VII. DISCUSION .....	10
VIII. CONCLUSIONES .....	12
IX. BIBLIOGRAFIA .....	13
X. TABLAS Y GRAFICAS .....	16

## ***Prevalencia de Dermatitis atópica y factores asociados en lactantes y preescolares de una estancia infantil del Sur de la Ciudad de México.***

**A. Alva, J.R. Garrido, G. López.\***

\* Servicio de Alergia, Instituto Nacional de Pediatría

### ***I. RESUMEN***

***Diseño:*** Prolectivo, transversal, descriptivo y comparativo

***Sitio y fecha de realización:*** Instituto Nacional de Pediatría, Noviembre de 1996 a Marzo de 1997.

***Antecedentes:*** La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad común, observándose un incremento en su prevalencia en recientes décadas, manifestándose inicialmente en el lactante y siendo su afección predominantemente durante la infancia y que es favorecido por algunos factores asociados como la alimentación al seno materno, edad de ablactación, factores geográficos, genéticos, ambientales y emocionales, con implicaciones importantes a nivel socioeconómico, existiendo pocos estudios de su prevalencia en población abierta en México.

***Objetivo:*** Determinar la prevalencia de DA en una población abierta de lactantes y preescolares residentes del Sur de la Ciudad de México, su edad de presentación, sexo y su relación con la alimentación al seno materno, ablactación, factores genéticos, socioeconómicos, ambientales y emocionales, que sirva como antecedente y permita en un futuro documentar sus variaciones, esclarecer su etiología, establecer diagnósticos oportunos y estrategias preventivas.

***Material y Métodos:*** Se estudiaron 245 niños menores de 6 años de edad, pertenecientes a dos estancias infantiles del Sur de la Ciudad de México, recolectándose las variables estudiadas por medio de un cuestionario estructurado, el diagnóstico estuvo basado en los criterios de Hanfín y Rajka, en todos los casos se realizó el examen físico de la piel por personal médico especializado del Instituto Nacional de Pediatría y en aquellos casos que resultaron positivos se determinó la etiología alérgica por medio de pruebas cutáneas (PRICK) e IgE total (PRIST) El análisis estadístico se realizó con el programa Epiinfo versión 6 por medio de las pruebas de medidas de tendencia central, Ji cuadrada, Mantel-Hanszel y Yates

***Resultados:*** Se encontró una prevalencia de 17.1% en la población general, correspondiendo el 15.8% en lactantes y el 18.9% en preescolares, sin presentar diferencia en cuanto al sexo, la edad promedio fue de 2.56 años, con una moda de 3 años y mediana de 2.11 años, con rango de edad de 1 mes a 5 años 11 meses ( $DE \pm 1.47$ ). El 96% con residencia en el Sur de la ciudad, el nivel socioeconómico medio fue el más frecuente (92.6%). Los antecedentes de atopia familiar de primer grado fueron positivos en un 31%, de segundo grado en un 29.4% y personales en un 32.7%. El 82% recibieron alimentación al seno materno y la ablactación temprana se encontró en un 61.6%. La exposición a tabaquismo fue positiva en un 20.4% y convivencia con mascotas en un 34.7%. En los lactantes las lesiones más frecuentes fueron la resequedad y el eccema y en los preescolares la resequedad, manchas hipopigmentadas y liquenificación, presentando prurito y evolución crónica con exacerbaciones y remisiones, en un 84.2% en ambos casos en lactantes y en un 73.9 y 60.9% respectivamente en preescolares. En los casos diagnosticados con DA las pruebas cutáneas fueron positivas en el 19%, siendo los dermatofagoides los más frecuentes y correlacionando en el 100% de los casos con IgE elevada. La relación entre DA y la edad, atopia familiar de primero, segundo grado y personal, pruebas cutáneas y niveles de IgE tuvieron significancia estadística ( $p < 0.001$ ) con un límite de confianza del 95%.

***Conclusiones:*** La prevalencia de DA en lactantes y preescolares en población abierta del Sur de la Ciudad de México es del 17.1%, observándose un aumento de la misma con respecto a lo reportado hace 25 años, con una mayor frecuencia de presentación entre los 2 a 4 años. Las manifestaciones clínicas corresponden a lo reportado en la literatura. Los antecedentes de atopia familiar y personal son factores que se asocian de forma significativa con DA. Los antecedentes de alimentación al seno materno, ablactación, nivel socioeconómico, exposición a tabaquismo y mascotas no fueron significativos en el desarrollo de DA en esta población. La evidencia de pruebas cutáneas positivas con niveles altos de IgE apoyan la posible base alérgica de esta enfermedad, siendo los dermatofagoides los aeroalergenos más frecuentes. Futuros estudios deberán realizarse en diferentes grupos socioeconómicos y con seguimiento del grupo estudiado durante varios años, para observar los cambios en las características clínicas que se modifican estacionalmente, así como la presencia de sensibilización a otros alérgenos.

## II. INTRODUCCION

La *Dermatitis atópica* es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica. Fue descrita inicialmente hace un siglo por el médico francés Besnier, quien enfatizó su forma hereditaria, su curso crónico recurrente y su asociación con fiebre elevada y asma. Más tarde Wise y Sulzberger coincidieron con el término de *Dermatitis atópica* para posteriormente enfatizar lo que llamaban triada alérgica, constituida por eccema atópico, fiebre alta y asma.

La *Dermatitis atópica* es uno de los padecimientos cutáneos más frecuentes en niños, estudios epidemiológicos recientes reportan que afecta entre el 10-15% de la población pediátrica, iniciando el desarrollo de los síntomas en alrededor del 60% de los casos en menores de 1 año y el 85% antes de los primeros 5 años de edad (1-4). En un estudio realizado en Malasia en 1993 se examinaron 14342 personas, encontrando una prevalencia del 3.7% con un predominio en lactantes del 39% y en preescolares del 21%, en escolares y adolescentes del 16 y 9.6% respectivamente (5). Neame en 1992 estudio en Inglaterra una población de 322 niños entre 1 y 4 años encontrando una prevalencia del 14% (6), al igual Kay en el mismo año reportó en un grupo de niños entre 3 y 11 años una prevalencia del 20%, iniciando el 75% durante los primeros 6 meses de vida (7), múltiples estudios han sufrido un incremento en su prevalencia durante las últimas tres décadas (8-14).

Los síntomas cutáneos generalmente se presentan como una erupción eritematosa, papulovesicular que progresa a la descamación y dermatitis liquenificada al paso del tiempo. A diferencia de las demás dermatosis, la *Dermatitis atópica* no tiene una lesión cutánea primaria específica, sino que es identificada por una constelación de síntomas, donde la resequedad es la alteración más constante, lo que causa una mayor susceptibilidad al prurito, descamación fina, acentuación folicular y placa hipocrómica; la distribución de las lesiones varía típicamente con la edad, siendo los sitios más frecuentemente afectados en los lactantes las mejillas, muñecas, superficies extensoras de las extremidades, tronco y el área del pañal; el proceso se inicia como placas eritematosas con escama que provocan prurito y en ocasiones liquenificación; en cara las lesiones se humedecen y encostran (eccema) debido al rascado, hay descamación fina tipo seborréica en el cuero cabelludo, las regiones postauriculares pueden también estar afectadas. El rascado frecuente produce lesiones traumáticas en la piel e infección secundaria. En solo el 11% de los pacientes menores de 3 años de edad se presentan las lesiones sobre las áreas flexurales a diferencia de los niños entre los 3 y 12 años de edad, que característicamente presentan lesiones en superficies flexoras, cuello, mejillas, y rodillas, siendo la característica prominente las lesiones maculopapulares secas, así como eritema, secundariamente al prurito y rascados se presenta hiperpigmentación y liquenificación.



La mayoría de los pacientes tienden a presentar áreas limitadas de afección con exacerbaciones periódicas, durante estas últimas los pacientes presentan eritema sistémico y linfadenopatías dermopáticas, no obstante en la mayoría de los pacientes pediátricos presentan solo piel seca, descamación y ocasionalmente placas eritematosas

Los criterios de diagnóstico, propuestos en la clasificación de Hanifin y Rajka (15), internacionalmente aceptados (tabla 1), con algunas modificaciones en los niños (tabla 2), hacen énfasis en la naturaleza pruriginosa del rash, la típica morfología y distribución y su tendencia a la cronicidad y recurrencia. Algunas características poco comunes pero específicas son la presencia de catarata subcapsular anterior, eccema del pezón y queilitis, otras son comunes pero poco específicas como ojeras, pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan hasta en un 70% de los pacientes pareciendo ser más específico en menores de cuatro años de edad e hiperlinealidad de palmas.

Las alteraciones fisiológicas descritas en estos pacientes incluyen un umbral disminuido al prurito, pérdida incrementada de agua transepidermal, respuesta vascular cutánea y farmacológica incluyendo bloqueo beta adrenérgico anormal. Se han descrito dentro de las anomalías inmunológicas tanto alteración celular como humoral; hay elevación de la IgE sérica hasta en un 80% de los pacientes, teniendo una correlación adecuada con la gravedad de las lesiones; respuesta de hipersensibilidad tipo IV defectuosa ante varios antígenos; disminución variable de la respuesta de los linfocitos ante mitógenos, revocación de antígenos y aloantígenos in vitro, generación defectuosa de linfocitos T citotóxicos in vitro y disminución variable de la capacidad fagocítica y quimiotaxis de neutrófilos y monocitos; todas estas alteraciones fluctúan dependiendo de la actividad de la enfermedad y generalmente se normalizan durante las remisiones prolongadas. Clínicamente los pacientes con Dermatitis atópica experimentan un incremento en las lesiones cutáneas, teniendo colonizada la piel por *S. aureus* en más del 90% en las áreas con lesiones activas. Los hallazgos tanto clínicos como de laboratorio muestran una disminución de la respuesta mediada por células en estos pacientes. Los cambios histológicos en la piel no son característicos, observándose en la fase aguda espongiosis de la epidermis y en las lesiones crónicas hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis e infiltrados celulares inflamatorios dérmicos no específicos.

Aunque la etiología de esta entidad aún no se conoce, algunos alimentos e inhalantes alérgicos inducen una respuesta inmediata mediada por IgE y de fase lenta, además de factores liberadores de histamina como linfocinas y monocinas que estimulan a los basófilos y células cebadas a liberar varios mediadores inflamatorios.

Los estudios en familias apoyan que menos del 20% de los pacientes sin antecedentes familiares atópicos desarrollan Dermatitis atópica u otras alergias respiratorias, al contrario de aquellos en que el riesgo de padecer estas enfermedades se dobla cuando uno de los padres es atópico y puede alcanzar hasta un 66% ó más cuando ambos padres están afectados (16), los estudios en gemelos sugieren también que existen determinantes hereditarios para la aparición de atopia, lo que sugiere una transmisión vertical dominante, sin embargo no se han encontrado los genes responsables de estas características ni tampoco

se ha identificado su forma de transmisión (17), además se ha observado que la expresión de la enfermedad también depende *significativamente de los factores ambientales*. El polvo casero, los ácaros de polvo (especie de Dermatofagoides) se han relacionado como agentes causales de las alergias respiratorias, pero su función en la dermatitis atópica como irritantes primarios ó sensibilizadores permanece como especulación, así como la convivencia con mascotas (18,19). La protección favorecida por la alimentación al seno materno es controversial, Kay observó que *el seno materno no ofrecía ninguna protección en el grupo de niños estudiados (7,20-22)*. También se ha relacionado que la introducción temprana de alimentos sólidos favorece el desarrollo de Dermatitis atópica, Ferguson encontró que de los 1265 niños evaluados, el número de alimentos sólidos proporcionados antes de los 4 meses tenía una significancia estadística en el desarrollo de la enfermedad *cero alimentos correspondió al 13.7%, de 1 a 3 alimentos al 17% y más de 4 alimentos correspondió al 21.5% (23-26)*. La relación entre la tensión emocional y los brotes de Dermatitis atópica es bien conocida, aunque no hay una comprensión adecuada de la fisiopatología y psicodinamia de esta relación. Dado que la hidratación de la piel juega un papel importante en el desarrollo de las lesiones, se ha observado que la zona geográfica puede alterar la lubricación normal de la misma, con un aumento de la incidencia en su presentación, como lo observó Jaafar en zonas tropicales (5).

Las muertes atribuidas a Dermatitis atópica son raras, no obstante la superinfección con virus dermatotrópicos como son Herpes ó vaccinia, pueden comprometer la vida y producir úlceras corneales. Las infecciones bacterianas severas pueden favorecer la endocarditis bacteriana, glomerulonefritis postestreptocócica así como piodermas de difícil control. Al menos en dos tercios de los niños afectados desaparecen las lesiones ecematosas a la edad de 5 años para entrar en la fase característica de los escolares antes mencionada, sin embargo en el 5% pueden persistir a través de la vida en un círculo vicioso ó reaparecer posterior a una remisión observada posterior a la adolescencia. Si la xerosis persiste predispone más adelante a eccema de pies y manos. La presencia de lesiones en párpados es de difícil manejo y aunado a queratitis puede comprometer la visión. Por lo que el manejo de esta enfermedad está orientado a mantener la hidratación normal de la piel, evitar factores que favorezcan la resequead y rascado, prevenir las infecciones, controlar los factores ambientales y emocionales y reducir la respuesta inflamatoria con medicamentos específicos.

La prevalencia de una enfermedad es el número total de casos nuevos y antiguos en una población específica en un tiempo determinado. Aunque la Dermatitis atópica es una entidad frecuente, su prevalencia ha variado enormemente y esto puede explicarse por varias razones, como son el cambio con el tiempo de las diferentes regiones geográficas, las *diferentes metodologías utilizadas*, además que pocos estudios han definido adecuadamente los criterios diagnósticos y algunos están basados en estadísticas de hospitales, de visitas realizadas por personal de la salud no experimentado ó por cuestionarios realizados a los padres.

### *III. JUSTIFICACION.*

La Dermatitis atópica tiene implicaciones importantes a nivel socioeconómico. Por los antecedentes descritos podemos apreciar el incremento de la prevalencia de este padecimiento en la edad pediátrica, manifestándose inicialmente en la lactancia y siendo la afección predominantemente durante la infancia, con un pico de presentación en los dos primeros años de vida y que es favorecido por algunos factores asociados como son la alimentación al seno materno, edad de ablactación, factores ambientales, emocionales y región geográfica. Dado que en nuestro medio no existen reportes actuales de la prevalencia de esta enfermedad en lactantes y preescolares en población abierta, se realizó el presente estudio que permitió establecer un antecedente de esta entidad, que permitirá en un futuro documentar sus variaciones, estudiar los factores genéticos y ambientales que puedan aportar información valiosa para esclarecer su etiología y establecer un mejor manejo, así como estrategias preventivas.

### *IV. HIPOTESIS*

Existe mayor frecuencia de Dermatitis atópica en nuestra población de lactantes y preescolares del Sur de la Ciudad de México, que la reportada previamente en la literatura nacional e internacional para este grupo etáreo.

Existe mayor frecuencia de factores asociados en los sujetos que presentan Dermatitis atópica, que en las que no lo presentan.

### ***III. JUSTIFICACION.***

La Dermatitis atópica tiene implicaciones importantes a nivel socioeconómico. Por los antecedentes descritos podemos apreciar el incremento de la prevalencia de este padecimiento en la edad pediátrica, manifestándose inicialmente en la lactancia y siendo la afección predominantemente durante la infancia, con un pico de presentación en los dos primeros años de vida y que es favorecido por algunos factores asociados como son la alimentación al seno materno, edad de ablactación, factores ambientales, emocionales y región geográfica. Dado que en nuestro medio no existen reportes actuales de la prevalencia de esta enfermedad en lactantes y preescolares en población abierta, se realizó el presente estudio que permitió establecer un antecedente de esta entidad, que permitirá en un futuro documentar sus variaciones, estudiar los factores genéticos y ambientales que puedan aportar información valiosa para esclarecer su etiología y establecer un mejor manejo, así como estrategias preventivas.

### ***IV. HIPOTESIS***

Existe mayor frecuencia de Dermatitis atópica en nuestra población de lactantes y preescolares del Sur de la Ciudad de México, que la reportada previamente en la literatura nacional e internacional para este grupo etáreo.

Existe mayor frecuencia de factores asociados en los sujetos que presentan Dermatitis atópica, que en las que no lo presentan.

## ***V. MATERIAL Y METODOS***

### ***A) Diseño del estudio***

Prolectivo, transversal, descriptivo y comparativo

### ***B) Criterios de inclusión***

Todos los niños con edades comprendidas entre un mes y 5 años 11 meses que asistan a las estancias infantiles seleccionadas

### ***C) Criterios de exclusión***

La no autorización por parte de los padres.

### ***D) Criterios de eliminación***

Ninguno

### ***E) Variables de interés primario***

Antecedentes familiares de atopia, antecedentes personales de atopia, edad de inicio, dermatitis con prurito, evolución crónica con exacerbación y remisión de las lesiones, predominancia topográfica de las lesiones, morfología y características de las lesiones

### ***F) Variables sustitutas de interés primario***

Existencia de factores asociados: Edad y sexo, lugar de procedencia, actividad laboral del padre, características de la vivienda, hacinamiento, lactancia materna, edad de ablactación, número de alimentos con que se ablactó, tabaquismo padre y/o madre, convivencia con mascotas

### ***G) Variables auxiliares***

Pruebas cutáneas por método de PRICK y niveles de IgE total por método de PRIST

### ***H) Selección de la población estudiada***

Se incluyeron niños de un mes de edad hasta 5 años 11 meses, que asisten a dos estancias infantiles del Sur de la Ciudad de México, una perteneciente al ISSTE y otra al CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA SEP (CENDI) Se enviaron a los padres cartas describiendo el estudio y solicitando su autorización para examinar a los niños Además de incluir un cuestionario estructurado para registrar los siguientes factores asociados: características demográficas incluyendo edad, sexo, lugar de procedencia, clase social determinada por la actividad profesional del padre, características de la vivienda,

hacinamiento, lactancia materna, ablactación temprana y número de alimentos con se que ablastó, tabaquismo y convivencia con mascotas, antecedentes personales y familiares de atopía y en los casos positivos edad de inicio de los síntomas, presencia de dermatitis con prurito, períodos de exacerbaciones y remisiones

Se realizó un examen físico de la piel de los niños que sus padres autorizaron su participación, completando los datos no especificados adecuadamente en el cuestionario vía telefónica. Este examen fue realizado en las estancias infantiles por personal médico experimentado pertenecientes al Servicio de Alergia del Instituto Nacional de Pediatría, registrando la morfología y distribución de las lesiones.

Aquellos niños detectados con Dermatitis atópica, previa autorización de los padres y conocimiento de los procedimientos, se determinó la etiología alérgica por medio de pruebas cutáneas (PRICK) e IgE total (PRIST)

Siendo realizado el estudio en el periodo comprendido entre Noviembre de 1996 y Marzo de 1997

#### *I) Diagnóstico*

Los criterios diagnósticos se basaron en los propuestos por Hanifin y Rajka, requiriendo la presencia de al menos 3 ó 4 criterios mayores y 3 de 23 criterios menores.

#### *J) Método Estadístico*

El análisis de las variables cualitativas en escala nominal se evaluó a través de la prueba no paramétrica de Ji cuadrada, medidas de tendencia central y dispersión, promedio  $\pm$  DE. El análisis de las variables independientes y para la asociación entre las variables se empleo la prueba de Mantel-Hanszel y Yates, se considera intervalos de confianza para cada uno de los estimadores puntuales. Todas aplicadas con el programa estadístico de Epiinfo version 6.0

#### *K) Consideraciones éticas*

Se consideró una investigación de riesgo mínimo, debido a que se realiza en pacientes ambulatorios y los procedimientos de diagnóstico (pruebas cutáneas y toma de productos) son de mínima invasión y fueron realizados por lo investigadores sólo en los sujetos que reunieron los criterios de Dermatitis atópica

## VI. RESULTADOS

### *Asistencia y tasa de repuesta*

Se visitaron 2 estancias infantiles del Sur de la Ciudad de México, ubicadas en la Delegación Coyoacán. Se realizó una visita inicial invitando a los padres a participar en el estudio, explicándoles los objetivos y justificación del mismo, de la población total de ambas estancias únicamente del turno matutino, el 61% estuvo de acuerdo en participar en el estudio, un total de 245 niños fueron entonces examinados.

### *Características demográficas*

De los 245 niños examinados, 123 fueron niños (50.2%) y 122 niñas (49.8%) Fig. 1. Con una edad promedio de 2.56 años, una moda de 3 años y una mediana de 2.11 años, con un rango de un mes a 5 años 11 meses ( $DE \pm 1.47$ ). La distribución por edades de la población se muestra en la Fig. 2. Correspondiendo a menores de un año el 9.8%, de un año a 1 año 11 meses el 17.55%, de 2 años a 2 años 11 meses el 22.85%, de 3 años a 3 años 11 meses el 20.40%, de 4 años a 4 años 11 meses el 17.95% y de 5 años a 5 años 11 meses el 11.45%.

Se estudiaron 69 niños en la guardería del ISSTE (28.2%) y 176 niños en el CENDI (71.8%). El lugar de procedencia de los niños se clasificó de acuerdo a la delegación correspondiente a su domicilio, 235 pertenecientes a la zona Sur (96%), 6 a la zona Centro (2.4%) y 4 a la zona Norte (1.6%), la distribución por delegaciones se muestra en la Fig. 3.

El medio socioeconómico se clasificó de acuerdo a la actividad laboral del padre, constituyendo la clase media el 53%, media alta el 39.6% y media baja el 7.4%, se muestra su distribución en la Fig. 4. Dentro de las condiciones importantes de la vivienda el 96.7% ( $n=237$ ) cuentan con agua potable, el 92.2% ( $n=226$ ) cuentan con drenaje y únicamente el 29% ( $n=71$ ) conviven en hacinamiento. El 82% ( $n=201$ ) realizan baño diario, ver Fig. 5.

### *Antecedentes de atopía familiar y personal*

Los antecedentes positivos de atopía familiar de primer grado en la población total correspondió al 31% ( $n=76$ ), los de segundo grado al 29.4% ( $n=72$ ) y los antecedentes de atopía personal en 32.7% ( $n=80$ ), esquematizados en la Fig. 6.

### *Alimentación al seno materno y ablactación.*

201 niños recibieron seno materno correspondiendo el 82% de la población total, Fig. 7. La ablactación temprana fue positiva en 61.6% de los niños ( $n=151$ ), el inicio de la ablactación con un alimento correspondió al 40.4% ( $n=151$ ), con 2 alimentos el 22.8% ( $n=56$ ) y con 3 alimentos el 36.7% ( $n=90$ ), se muestran en la Fig. 8.

### *Tabaquismo*

Del total de niños solo en un 20.4% (n=58) se tiene el antecedente de que alguno de sus padres fuma en casa

### *Convivencia con mascotas*

El 34.7% (n=85) del total de la población convive con mascotas

### *Prevalencia de Dermatitis atópica, morfología y distribución de lesiones y su relación con factores asociados.*

De los 245 niños examinados el 17.1% (n=42) cumplieron con los criterios de diagnóstico establecidos, 19 lactantes (45.2%) y 23 preescolares (54.8%) La prevalencia de Dermatitis atópica en el grupo de lactantes fue del 15.8% y en el grupo de preescolares de 18.9% Fig 9

La morfología y distribución de las lesiones característica por edad descrita en la literatura fue del 100% en los lactantes y del 91.3% en los preescolares, mostradas en la Fig 10 Las lesiones más frecuentes en los lactantes fueron del 1° al 6° lugar, la resequedad (63%), eccema (42.1%), manchas hipocrómicas (31.6%), liquenificación (26.3%), manchas hiperocrómicas (10.5%) e impetiginización (5.3%). El prurito se presentó en el 84.2% de los casos, con una evolución crónica con remisiones y exacerbaciones en el 84.2%. Fig 11 Las lesiones más frecuentes en los preescolares fueron del 1° al 6° lugar, la resequedad (82.6%), manchas hipocrómicas (60.9%), manchas hiperocrómicas (34.8%), liquenificación (21.7%), eccema (21.7%) e impetiginización (17.4%) El prurito se presentó en el 73.9%, con una evolución crónica con exacerbaciones y remisiones del 60.9%. Fig 11.

De los 42 niños con diagnóstico de Dermatitis atópica, sus padres autorizaron la realización de pruebas cutáneas y cuantificación de IgE en 32 niños (76.2%). Siendo positivas las pruebas cutáneas en el 25% de ellos (n=8), dentro de los cuales la respuesta cutánea ante dermatofagoides se observó en el 100%, polvo y chocolate en el 12.5% respectivamente Fig 12 El resultado de IgE fue elevado de acuerdo a valores normales para cada una de las edades en el 34.4% (n=11), siendo elevado en el 100% de los casos en aquellos niños con pruebas cutáneas positivas. Fig 13

Los resultados del análisis de correlación entre la Dermatitis atópica y los diferentes factores asociados estudiados, tuvo significancia estadística en lo que corresponde a la edad ( $p < 0.0001$ ), los antecedentes de atopia familiar de 1er grado ( $p < 0.0001$ ), de atopia familiar de 2o grado ( $p < 0.0001$ ), de atopia personal ( $p < 0.001$ ) y pruebas cutáneas e IgE total ( $p < 0.001$ ) con un límite de confianza del 95%, corroborados con la prueba de Mantel-Hanszel y Yates La correlación con el seno materno, ablactación temprana, con uno, dos ó tres alimentos y algunos datos demográficos como el sexo, actividad laboral y hacinamiento no fueron estadísticamente significativos



## VII. DISCUSION.

En relación a lo reportado en México hace 25 años, la prevalencia de Dermatitis atópica era del 3% (27) y lo encontrado por nosotros muestra a una prevalencia del 17.1% en menores de 6 años, correspondiendo en lactantes el 15.8% y en preescolares el 18.9%, todos ellos en población abierta y basados en la historia y examinación de los niños como lo sugiere Neame en su estudio (6), que nos hace pensar en el incremento de la prevalencia de esta entidad y que corresponde a los reportado en la actualidad en otros grupos poblacionales (14)

No hubo diferencia significativa en cuanto al sexo, como lo observado en otros estudios (28,29) En cuanto a las características clínicas de las lesiones pudimos constatar que en los lactantes, la resequedad y el eccema son los más frecuentes, en tanto que en los preescolares son las lesiones hipo/hipercrómicas así como la liquenificación, observándose que el eccema disminuye con la edad y la impetiginización aumenta, condiciones que igualmente son reportadas en la literatura, al igual que la distribución de las lesiones encontradas por grupo de edad

Es importante mencionar que en relación a las pruebas cutáneas, la positividad se encontró en el 25% de los casos evaluados, que nos puede hacer considerar que no existe necesariamente una hipersensibilidad cutánea, como se describe en estos sujetos, e incluso este porcentaje se ubica dentro de la positividad a pruebas cutáneas en la población en general, no obstante una observación es el hecho de que el alérgeno más frecuente encontrado por nosotros es el correspondiente a dermatofagoides siendo baja la frecuencia a alimentos, con lo que podemos argumentar que la sensibilidad a los aeroalérgenos con manifestaciones cutáneas y no necesariamente respiratorias es un elemento a considerar además de la alergia alimentaria en este padecimiento. Por otro lado se observó determinaciones altas de IgE en estos sujetos, que coinciden en el 100% de los casos con los que tuvieron positividad en las pruebas cutáneas y en 4 sujetos que tuvieron pruebas cutáneas negativas también se observó este fenómeno, lo que nos justifica la aseveración de que la Dermatitis atópica tiene una base de índole alérgico.

En cuanto a los factores asociados para el desarrollo de Dermatitis atópica, los antecedentes de atopia familiar como personal son de importancia preponderante en esta población, como lo es para el desarrollo de otras entidades alérgicas. Así mismo la edad en que se presenta esta entidad inicialmente sigue siendo más frecuente en lactantes y preescolares, nosotros pudimos observar mayores manifestaciones clínicas en el grupo etáreo de 2 a 4 años, lo que nos debe alertar ante un paciente con estas condiciones.

En la mayoría de la literatura se reporta que la ausencia de seno materno, la ablactación temprana y el uso de aditivos a las comidas aún en pacientes alimentados al seno materno pueden figurar como parte importante en el desarrollo de enfermedades atópicas, sin embargo nosotros no pudimos constatar de manera significativa esta asociación (30,31), como lo reportan Kay y Gustafsson (7,21), aunque vale la pena mencionar que la población estudiada recibió lactancia materna en el 82% y la ablactación temprana solo se observó en

el 61% de los casos, que puede explicarse por el nivel educacional de los padres, por lo que quizá estos dos elementos pudieron servir de factor protector para no incrementar la prevalencia de esta entidad en el grupo estudiado

El aspecto socioeconómico analizado muestra que es una población en la mayoría de un nivel medio, manifestada por su ocupación y condiciones de vivienda, que a su vez nos permite concluir que aunado a los factores de alimentación contribuyen al resultado de la prevalencia de Dermatitis atópica encontrado, por lo que sería muy interesante en un futuro evaluar grupos socioeconómicos con condiciones diferentes

El tabaquismo se ha argumentado como un elemento sensibilizante para las enfermedades alérgicas, pero nosotros observamos que solo el 20% de los casos tienen este antecedente, que fue evidente en la asociación estadística realizada no resultando significativo y que coincide con lo reportado por Ownby (18) Igualmente la convivencia con mascotas fue baja, lo que contribuyó quizá a no tener una mayor posibilidad de sensibilización hacia alérgenos de animales y por lo tanto no condicionar manifestaciones más importantes

### *VIII. CONCLUSIONES*

- 1 - La prevalencia de Dermatitis atópica en una población de lactantes y preescolares que habitan en el sur de la Ciudad de México es del 17.1%
- 2 - La edad más frecuente de presentación de esta entidad en la población estudiada es entre los 2 y 4 años
- 3 - Las manifestaciones clínicas corresponden a lo reportado en la literatura
- 4 - La alimentación al seno materno y la ablactación temprana no son factores asociados a Dermatitis atópica en esta población
- 5 - El nivel socioeconómico no es un factor asociado a la Dermatitis atópica en esta población
- 6 - Existió baja frecuencia de tabaquismo y convivencia con mascotas, asociándose negativamente con el desarrollo de Dermatitis atópica en esta población
- 7 - La evidencia de pruebas cutáneas positivas con niveles altos de IgE apoyan la posible base alérgica de esta enfermedad.
- 8 - Los dermatofagoides son en el 100% de los sujetos estudiados, los aeroalergenos más frecuentes
- 9 - Futuros estudios en relación a la asociación del nivel socioeconómico y Dermatitis atópica deberán ser realizados, al igual que el seguimiento del grupo estudiado durante varios años para observar tanto las manifestaciones clínicas que pueden estar influenciadas estacionalmente y la presencia de sensibilización a otros aeroalergenos.

## IX. BIBLIOGRAFIA

- 1 Neame RL, Bearth-Jones J, Graham-Brown RAC A population based study of atopic dermatitis in the U K. *J Invest Dermatol* 1993, 100:543
- 2 Vickers CFH The Natural History of atopic dermatitis. *Acta Venereol(Stockh)* 1980; 92(Suppl) 113-5
- 3 Bonifazi E, Meneghini CL Atopic dermatitis in the first six months of life *Acta Derm Venereol(Stockh)* 1989, 144(Suppl) 20-3
- 4 Walker RB, Warin RP The incidence of eczema in early childhood *Br J Dermatol* 1956, 68 1182-3
- 5 Jaafar RB, Petit JH Atopic eczema in a multifactorial country (Malaysia). *Clin Exp Dermatol* 1993, 18 496-99
- 6 Neame RL, Bearth-Jones J, Kurinazuk JJ Prevalence of atopic dermatitis in Leicester: a study of methology and examination of possible ethnic variation. *Br J Dermatol* 1995; 132 772-7
- 7 Kay J, Gawkradger DJ The prevalence of chilhood atopic eczema in a general population *J Am Acad Dermatol* 1994; 5(Suppl):44-7
- 8 Taylor B, et al Changes in the reported prevalence of chilhood eczema since the 1938-45 war *Lancet* 1984, 2:1255-57
- 9 Schultz LF, Holm NV, Henningsen K Atopic dermatitis. A genetic-epidemiological study in a population-based twin sample *J Am Acad Dermatol* 1986, 15:487-94
- 10 Haahtela TMK The prevalence of allergic conditions and immediate skin test reactions among Finnish adolescents. *Clin Allergy* 1979, 9:53-60
- 11 George AO Atopic dermatitis in Nigeria *Int J Dermatol* 1989; 28:237-39
- 12 Aberg N, Engstrom Y, Lindberg U Allergic disease in Swedish school children. *Acta Ped Scan* 1989; 78:246-52
- 13 Meding B Epidemiology of hand eczema in an industrial city. *Acta Derm Venereol* 1990 Suppl 153
- 14 Williams HC Is the prevalence of dermatitis atopic increasing?. *Clin Exp Dermatol* 1992, 17 385-91

15. Hanifin JM, Rajka G. Diagnosis features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1980, 92(Suppl):44-77
16. William RS. Prevention of Allergic disorders. *Ped Rev* 1994; 15:301-9
17. Blumenthay MN, Amos DB. Genetic and immunologic basis of atopic responses *Chest* 1987; 915:176-84
18. Ownby DR, McCullough J. Passive exposure to cigarette smoke does not increase allergic sensitization in children. *J Allergy Clin Immunol* 1988, 82:634-38
19. Quoix E, et al. Positive skin test to aeroallergens and month of birth. *Allergy* 1988; 43 127-31
20. Zeiger RS, Heller S, Mellon MH, et al. Effect of combined maternal and infant food allergen avoidance on development of atopy in early infancy: a randomized study. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 84:72-89
21. Gustafsson D, Lowhagen T, Andersson K. Risk of developing atopic disease after aearly feeding with cow's milk based formula. *Arch Dis Child* 1992; 67:1008-10
22. Grulee CG, Sandford HN. The influence of breast feeding on infantile eczema. *J Pediatr* 1936; 9:223-25
23. Fergusson DM, Horwood LJ. Early solid food diet and eczema in childhood a 10 year longitudinal study. *Pediatr Allergy Immunol* 1994; 5(Suppl):44-7
24. Lucas A, Brooke OG, Morley R, et al. Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease. a randomised prospective study. *Br Med J* 1990; 300:837-40
25. Businco L, Cantani A. Prevention of childhood allergy by dietary manipulation. *Clin Exper Allergy*. 1990; 20(S3):9-14
26. Sampson HA, McCaskill CC. Food hypersensitivity and atopic dermatitis: evaluation of 113 patients. *J Pediatr* 1985; 107:669-75
27. Ruiz Maldonado R, Tamayo L, Velázquez A. Epidemiología de las enfermedades de la piel en diez mil pacientes en edad pediátrica. *Bol Med Hosp Inf Mex* 1977; 34:137-161
28. Ninan TK, Russell G. Respiratory symptoms and atopy in Aberdeen Schoolchildren: evidence from two surveys 25 years apart. *Br Med J* 1992; 304:873-5
29. Rajka G. Essential aspects of atopic dermatitis. Berlin. Springer-Verlag, 1989:1-261.

30 Gerrars WJ, Shennan M. Sensitization to substances in breast milk; recognition, management and significance. *Ann Allergy* 1983, 51:300-2

31 Rheinhardt MC, Paganelli R, Levinsky RJ. Intestinal antigen handling at mucosa surfaces in health and disease; human and experimental studies. *Ann Allergy* 1983; 51:311-4

**3 o más criterios mayores**

Prurito  
Distribución y morfología típica  
Liquenificación flexural o hiperlinealidad en el adulto  
Cara o superficies extensoras en lactantes y niños  
Curso crónico con exacerbaciones y remisiones  
Historia personal o familiar de atopía

**3 o más criterios menores**

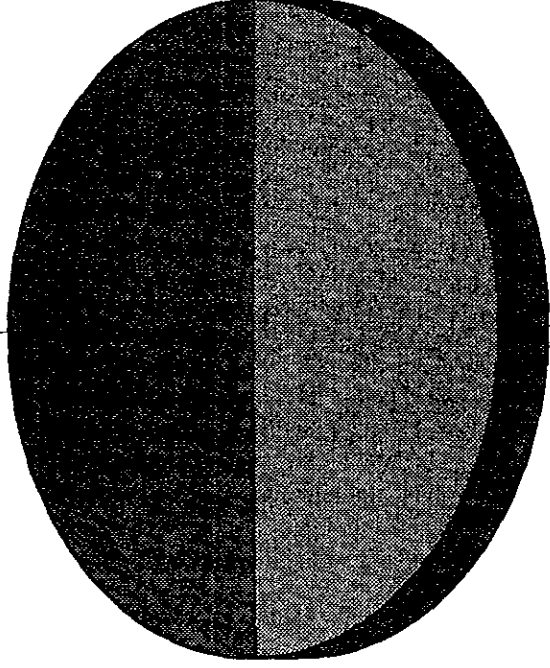
Xerosis  
Ictiosis/hiperlinealidad palmar/queratosis pilar  
Pruebas cutáneas  
IgE elevada  
Inicio temprano  
Tendencia a infecciones cutáneas (S. aureus, Herpes)  
Alteraciones en la inmunidad mediada por células  
Tendencia dermatitis mano-pie  
Eccema del pezón  
Queilitis  
Conjuntivitis recurrente  
Pliegues infraorbitarios  
Queratocono  
Catarata subcapsular anterior  
Ojeras  
Eritema/palidez facial  
Pitiriasis alba  
Prurito a la sudoración  
Acentuación perifolicular  
Intolerancia a lana o solventes  
Hipersensibilidad a alimentos  
Factor emocional  
Dermografismo blanco

**TABLA 1** Criterios de Hanifin y Rajka

# DATOS DEMOGRAFICOS

DISTRIBUCION POR SEXO

NIÑOS  
50.2%



NIÑAS  
49.8%

FIGURA 1



# DATOS DEMOGRAFICOS

DISTRIBUCION POR EDADES

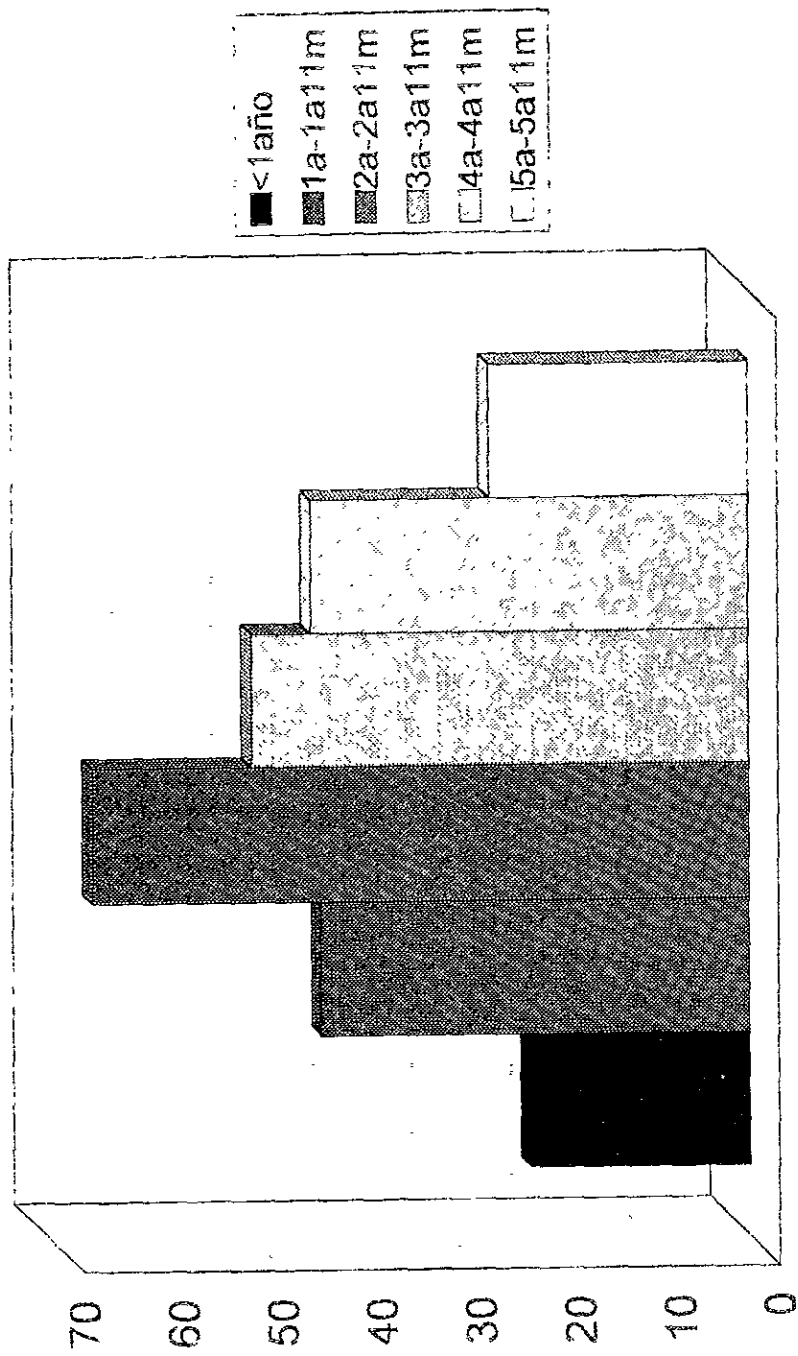


FIGURA 2

# DATOS DEMOGRAFICOS

## DISTRIBUCION POR DELEGACIONES

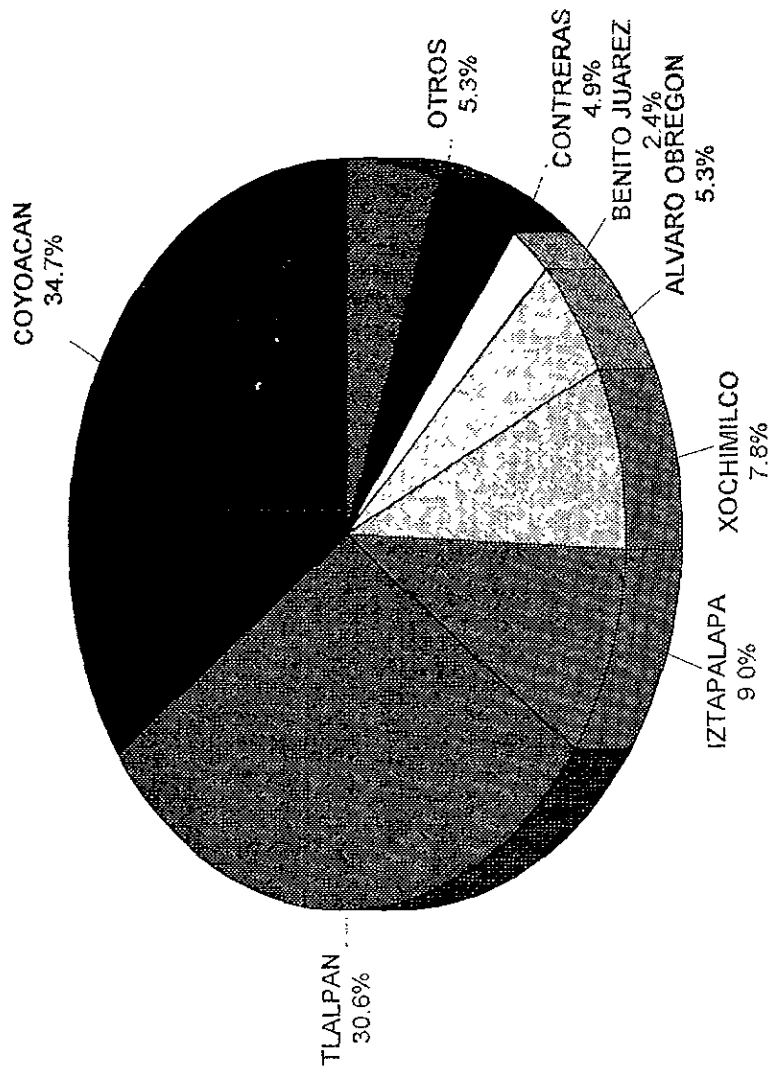


FIGURA 3

# DATOS DEMOGRAFICOS

## DISTRIBUCION POR ACTIVIDAD LABORAL

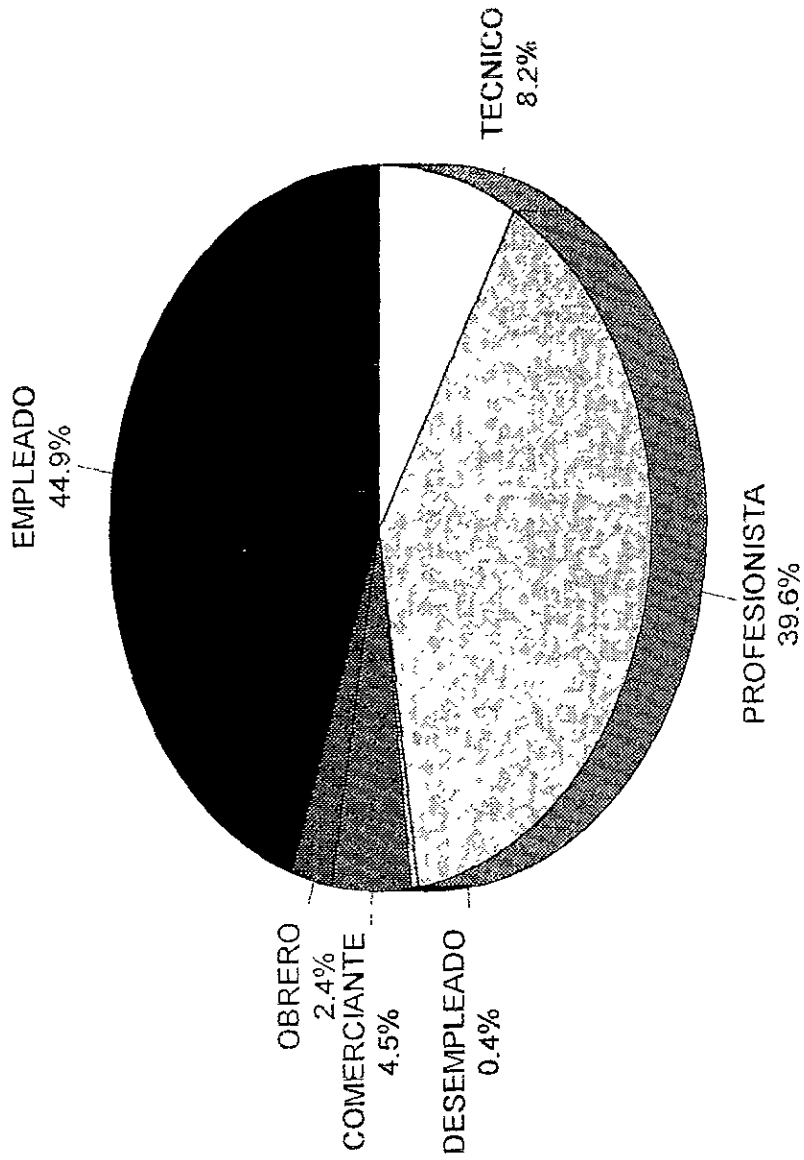


FIGURA 4

# DATOS DEMOGRAFICOS

## CONDICIONES DE LA VIVIENDA

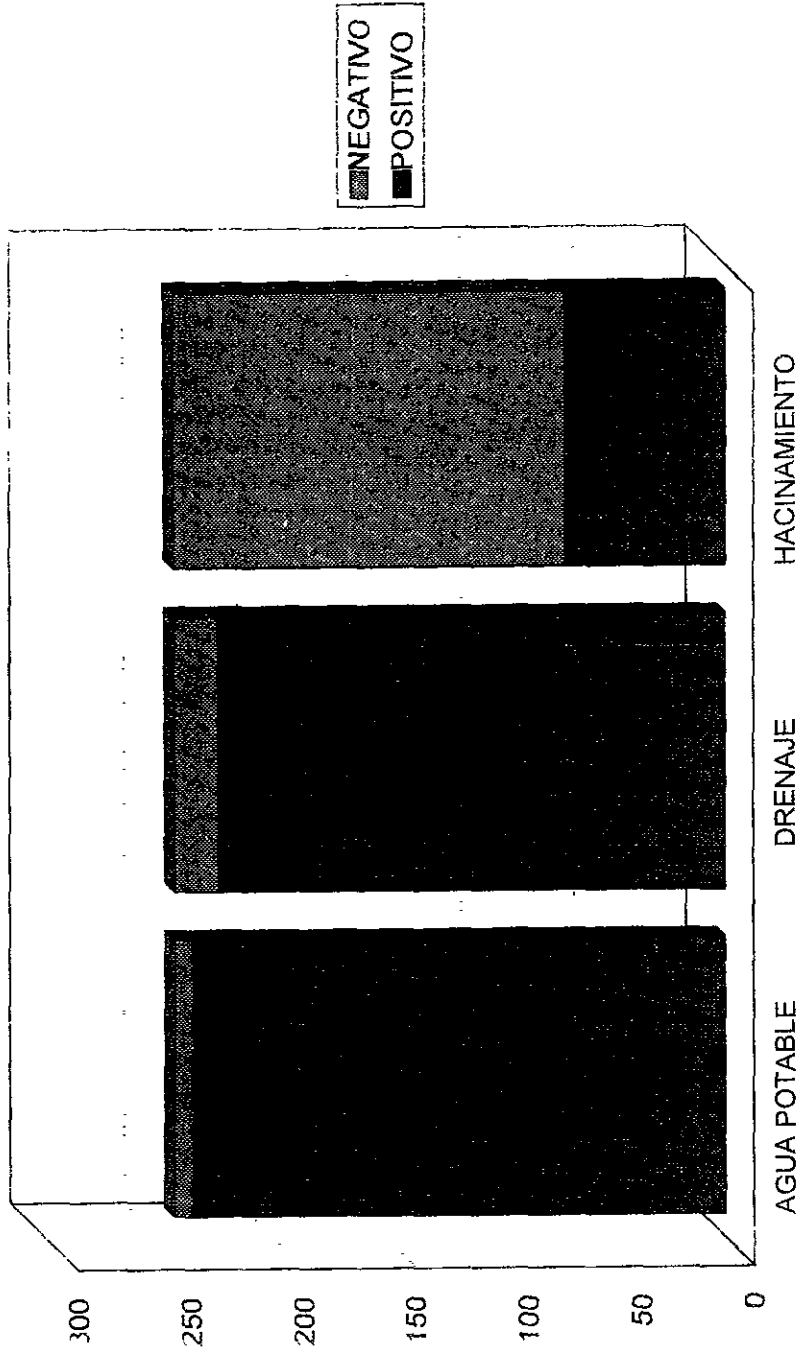


FIGURA 5

# ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE ATOPIA

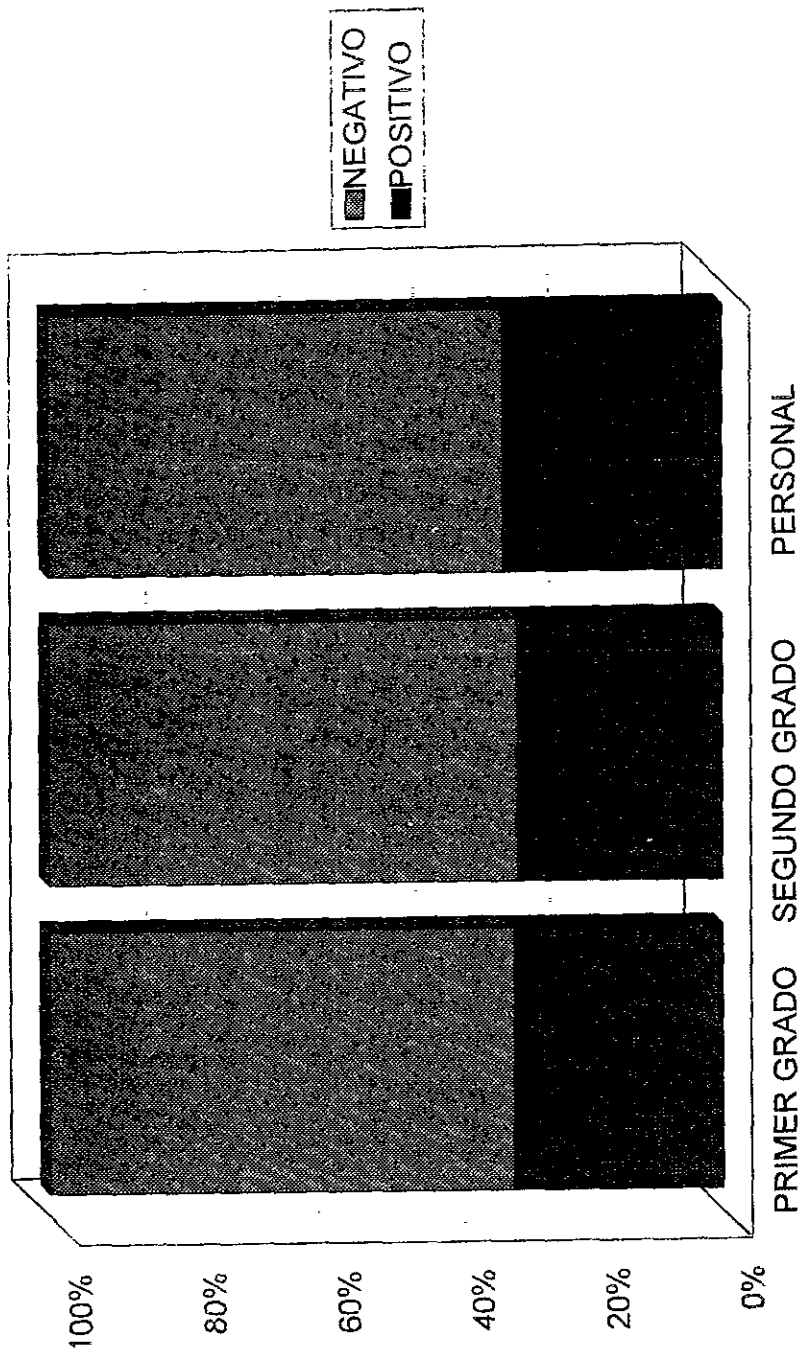


FIGURA 6

# ALIMENTACION AL SENO MATERNO

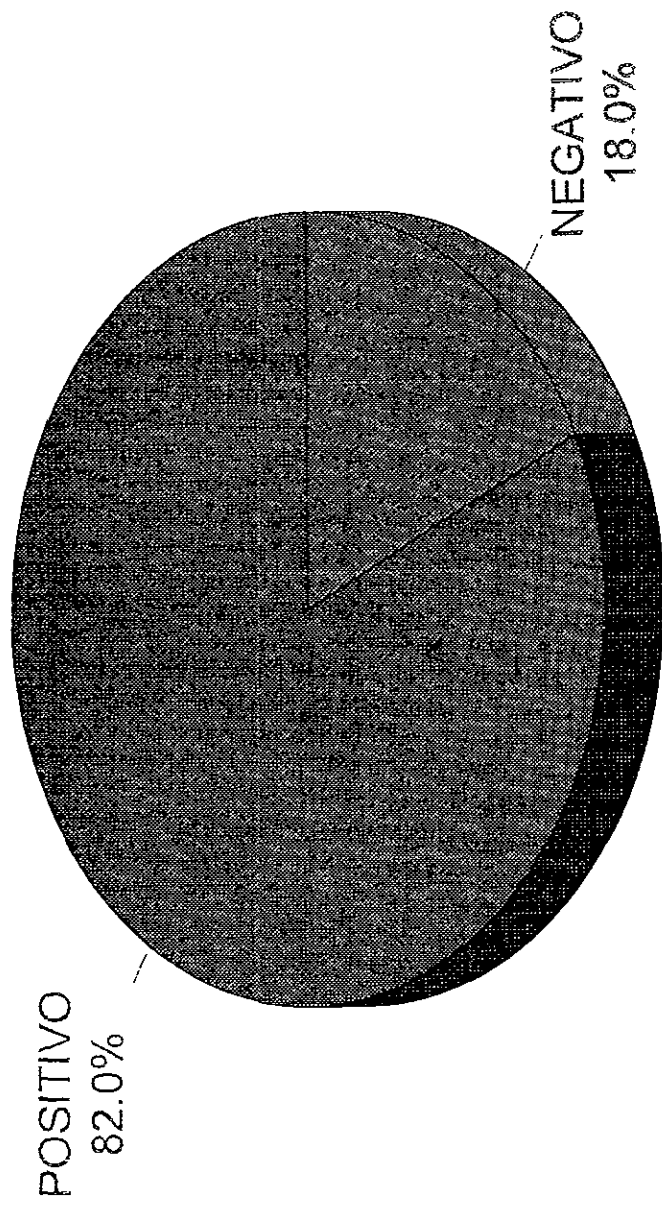


FIGURA 7

# ABLACTACION TEMPRANA

NUMERO DE ALIMENTOS

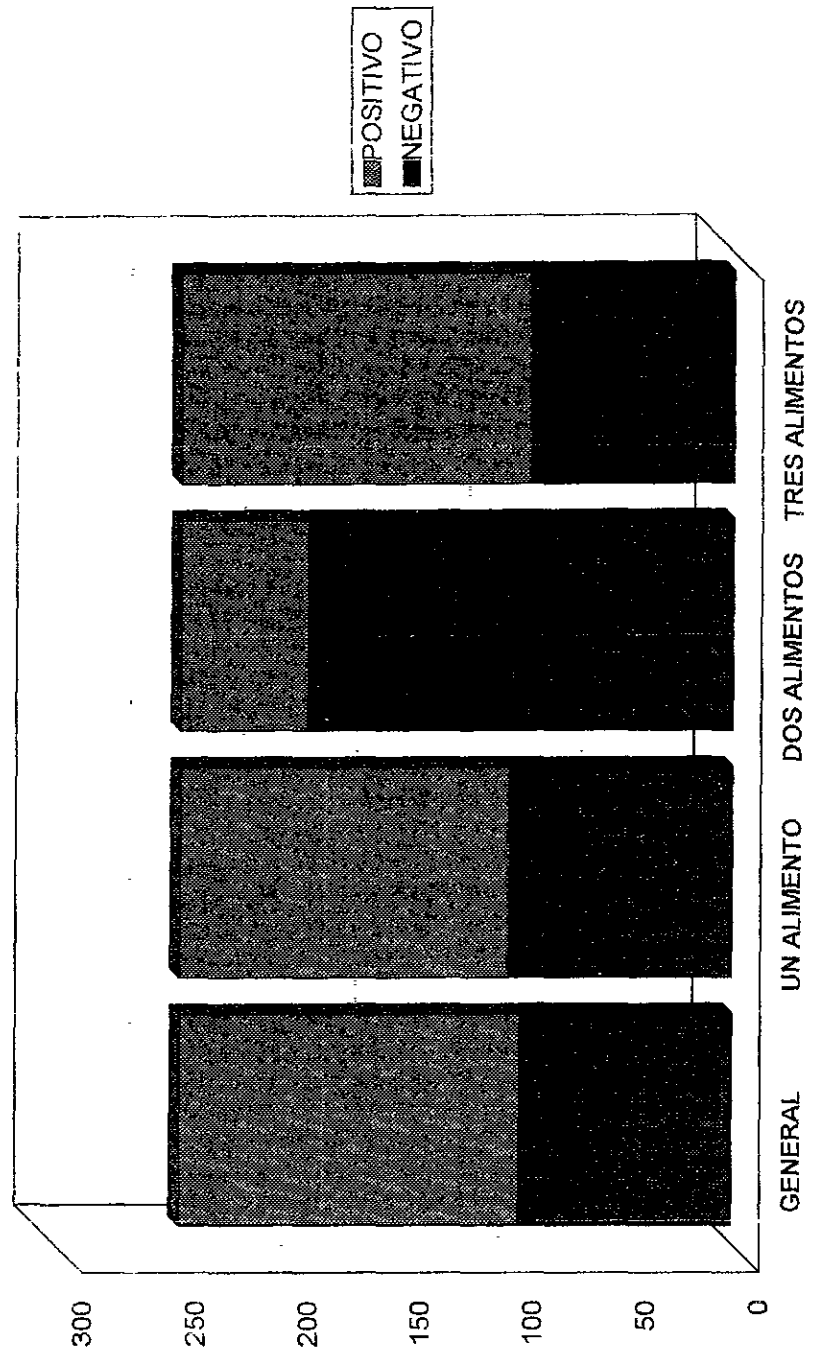


FIGURA 8

# PREVALENCIA DE DERMATITIS ATOPICA

GENERAL Y POR GRUPO DE EDAD

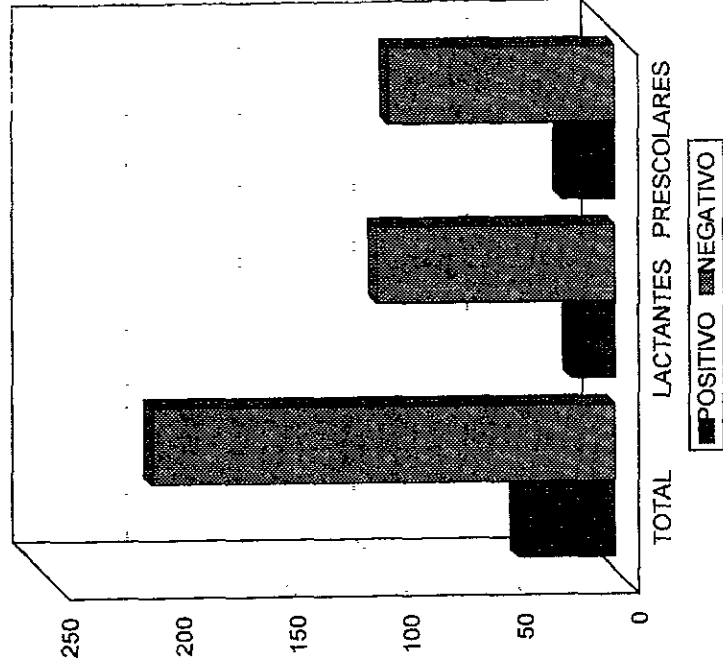


FIGURA 9



# DISTRIBUCION DE LAS LESIONES

## LACTANTES Y PRESCOLARES

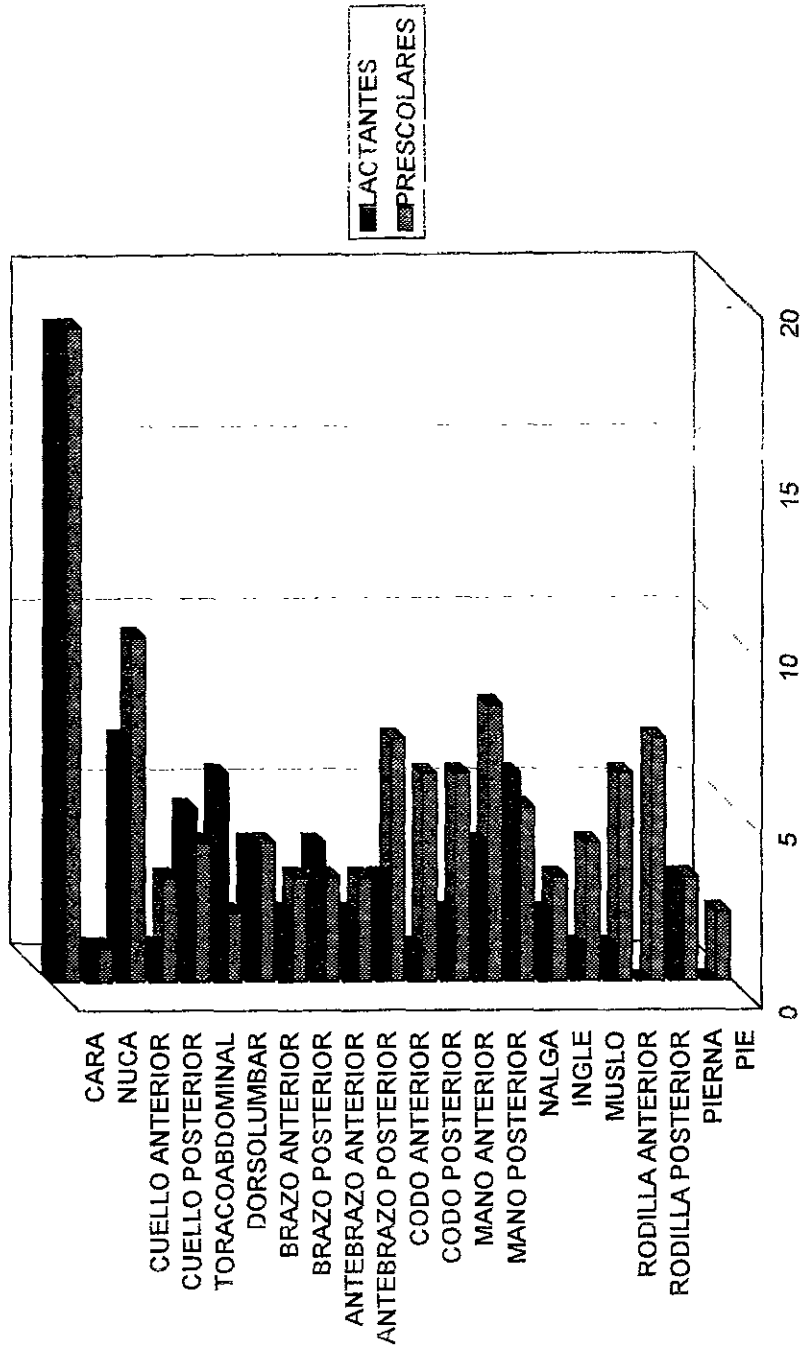


FIGURA 10

# MORFOLOGIA DE LAS LESIONES

## LACTANTES Y PREESCOLARES

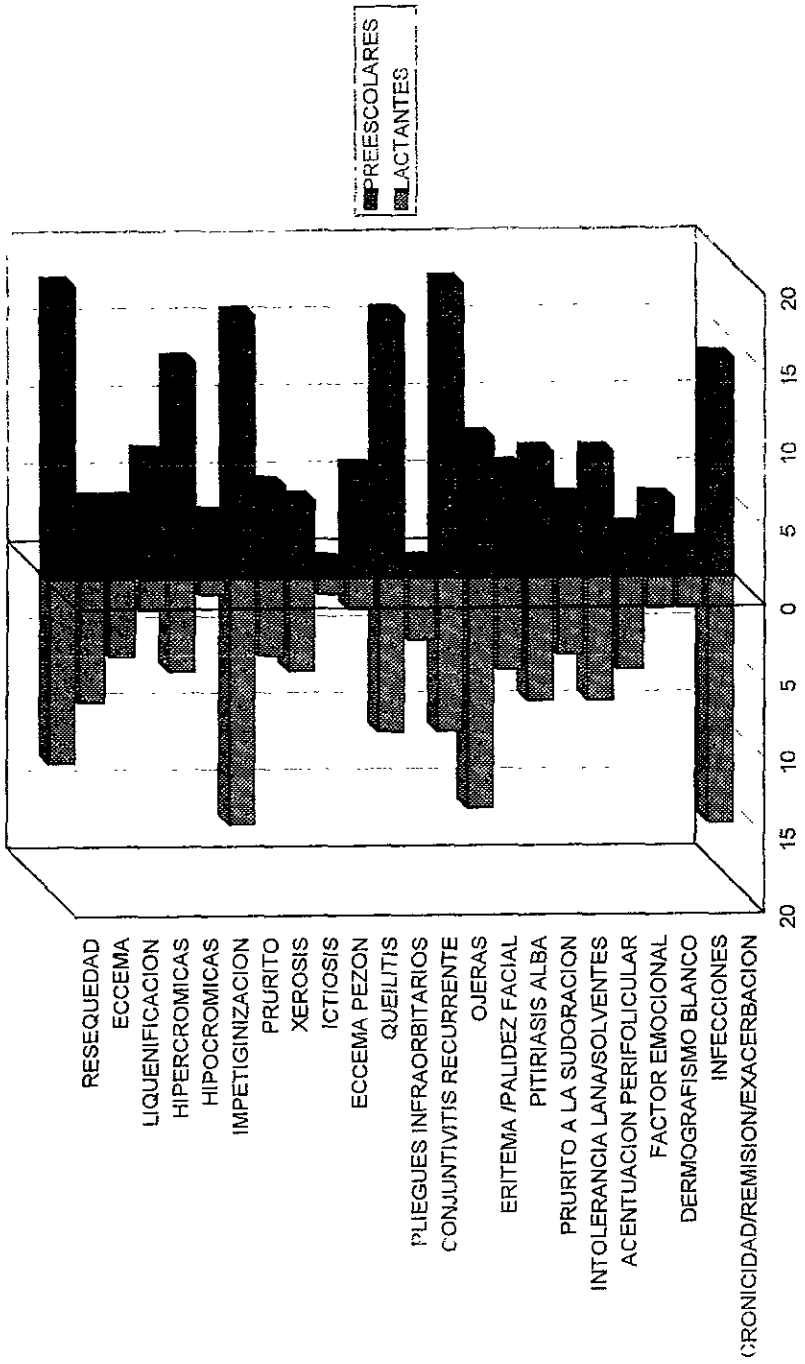


FIGURA 11

# PRUEBAS CUTANEAS

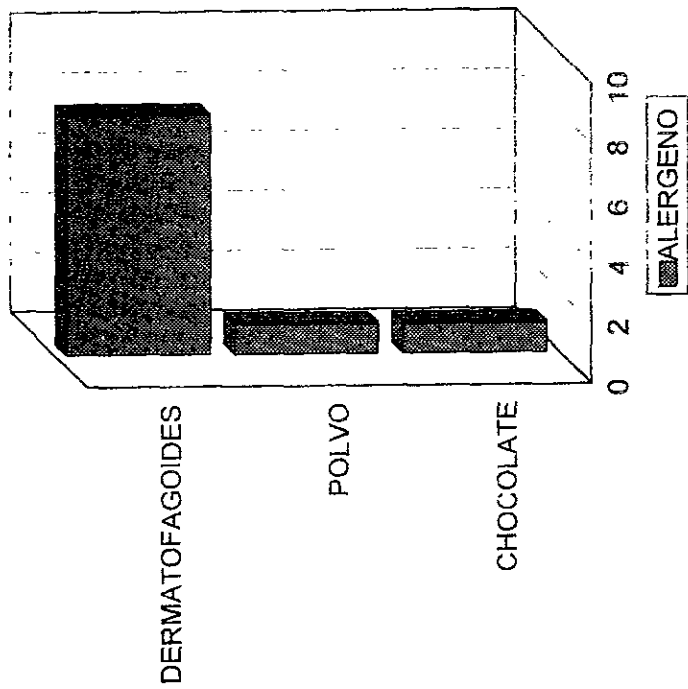
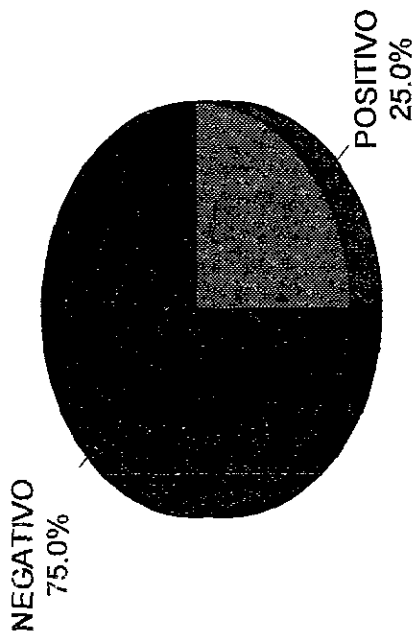


FIGURA 12