

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

11237  
32

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

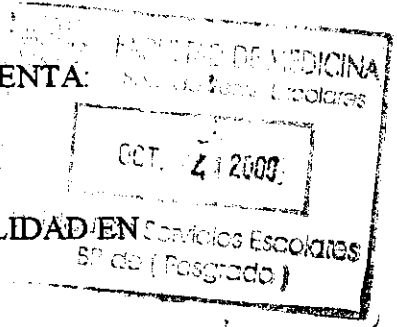
"FRECUENCIA DE DERMATITIS ATOPICA  
EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL REGIONAL  
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

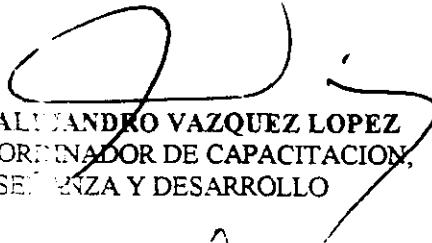
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:

DRA. JULIANA CORONADO LEIJA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN EN Servicios Escolares  
SP de (Posgrado)

PEDIATRIA MEDICA

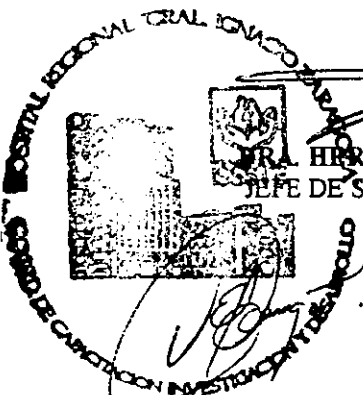


  
A. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ  
COORDINADOR DE CAPACITACION,  
ENSEÑANZA Y DESARROLLO

  
DRA. IRMA DEL TORO GARCIA  
JEFE DE INVESTIGACION

  
DRA. DEL CARMEN NERI M.  
COORDINADORA DE PEDIATRIA  
PRINCIPAL DEL CURSO.

  
DRA. HERLINDA TORRES OLIVOS  
JEFE DE SERVICIOS DE PEDIATRIA



DR. ERNESTO HUGO VILORIA HERRERA  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO  
DE PEDIATRIA

284828  
I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
**RECIBIDO**  
DIC. 5 1997  
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

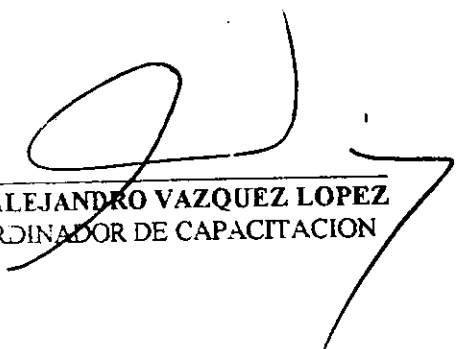
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

FRECUENCIA DE DERMATITIS ATOPICA EN EL SERVICIO  
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL  
GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA"

AUTOR: DRA. JULIANA CORONADO LEJA  
CDA. BENTO JUAREZ MANZ. 2, LOTE 19  
COL. PARAJE SAN JUAN IZTAPALAPA

ASESOR: DR. ERNESTO HUGO VILORIA HERRERA  
MEDICO PEDIATRA ALERGÓLOGO E INMUNÓLOGO  
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"



DR. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ  
COORDINADOR DE CAPACITACION



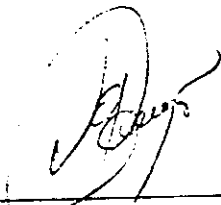
DR. IRMA DEL TORO GARCIA  
JEFE DE INVESTIGACION



DRA. MA. DEL CARMEN NERI M.  
COORDINADORA DE PEDIATRIA  
PROF. TITULAR DEL CURSO.



DRA. HERLINDA TORRES OLIVOS  
JEFE DE SERVICIOS DE PEDIATRIA



DR. ERNESTO HUGO VILORIA HERRERA  
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO  
DE PEDIATRIA

## FRECUENCIA DERMATITIS ATOPICA EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HRIZ.

### RESUMEN:

El presente trabajo se realizó en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", estudiando la frecuencia de la Dermatitis Atópica, en el servicio de Pediatría. Reportándose en la literatura mundial que 80% de los casos pediátricos se desarrollan durante el primer año de vida y el 95% aparecen a los 5 años de edad. Así como se encuentra en un mayor porcentaje que los niños afectados tienen parientes de primer grado con alguna forma de alergia, aunado a esto a una habilitación temprana, que también se ha descrito como uno de los factores predisponentes más importantes para esta enfermedad. Se detectan a 30 niños entre 0 y 12 años tomando como límite superior a 14 años de edad, en un periodo de marzo de 1996 a julio de 1997, quienes por características clínicas, antecedentes heredofamiliares y personales patológicos; se les realizan laboratorios específicos y pruebas cutáneas integrándose criterios para Dermatitis Atópica. Obteniendo resultados que en un 80% de los pacientes estudiados presentan antecedentes heredofamiliares de alergias, así como un 76.6% presentan antecedentes de una ablactación temprana y la edad que con mayor frecuencia se presenta es de 0 a 5 años de edad en nuestro grupo de niños estudiados. Así como actualmente el 100% se encuentra con tratamiento inmunológico. Realizándose pruebas estadísticas como la T de student encontramos una  $P < 0.05$ , con un 95% de confiabilidad y un 5% de que pueda ocurrir aleatoriamente. Por lo tanto los datos encontrados en los pacientes estudiados son muy similares a los que nos reporta la literatura mundial, en los niños que representan factores importantes para presentar la enfermedad, además de que ésta se ha incrementado dramáticamente en todo el mundo y que nuestro compromiso no es sólo la identificación de la enfermedad, sino provocada por los factores que la desencadenan.

Palabras Claves. Dermatitis, atopia, antecedentes, ablactación.

FRECUENCIA DE DERMATITIS ATOPICA EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA  
DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ATOPIC DERMATITIS INFLUENCE AT THE PEDIATRIC SERVICE OF  
HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA.

ABSTRACT,

The preseling suervey was performed at "Regional Hospital Gral. Ignacio Zaragoza" targeting on the frequency of atopic dermatitis at the Pediatric Service as reported on world - wide archives it is stablish that 80% of cases are prompt to appear on the first year of life and 95% of these cases are know to appear at age of 5. It is also knowed that this childs have a first degree relative with a Alergic disease. This situation is enhanced with a early ablactation which is another presiaposition factor of importance. We have studied 30 childrens between ages 0 to 12 with a high prevalence of 14; in a period of time that comprehends march 1996 to july 1997. The main parameters which lead theses childrens to specific tests and ritage antecedents as well as personal illnesses history resulting in atopic dermatitis criteria we found that in 80 percent of the patients subjeti to the study were obvius positive to heritage history. A 76.6% have had an early ablactation and we discover a prevalence between 0 to 5 years of age as the main appearence period of time in the childhood. Using students T urvey we found a  $p < 0.05$  with a 95% conficende and a 5% of aleatory. Data which have been gather on this survey are trustly as the world-wide data, on specific features share between populations around the world it is of importance to point out that this situation have been increasing all over the world and our commitment is not only to detect the illness but the main cause that originate it.

Key words: Dermatitis, atopic antecedents, ablactation.

## Introducción

La dermatitis atópica es una forma de eczema, esta es más frecuente en la edad Pediátrica (1). Es un desorden crónico inflamatorio de la piel caracterizado por la morfología y distribución típica en la piel(2,3). Aproximadamente el 80% de los casos pediátricos se desarrollan en el primer año de vida, y el 95% aparecen a los 5 años de edad(1).

El 70% de los niños afectados tiene parientes de primer grado que padecen alguna forma de alergia: entre el 30 y 50% de los niños con Dermatitis Atópica padecerá rinitis alérgica ó asma(4).

La primera descripción hecha, fue hace un siglo en donde se hace nota la naturaleza hereditaria el curso recurrente crónico y la asociación de la triada alérgica (Dermatitis Atópica, asma y fiebre del heno)(1).

En relación a las décadas pasadas, la incidencia de la Dermatitis Atópica ha incrementado dramáticamente en todo el mundo(5).

La dermatitis Atópica se presenta como una erupción eritematosa, maculopapular, que en un tiempo determinado se desarrolla en placas liquenificación; las características histológicas no son características y varían con el estado de la lesión(1). Se desconoce la causa de la Dermatitis Atópica por pruebas cutáneas como por RAST se ha detectado en los pacientes afectados, Ig E con especificidad antigénica (6). Las anormalidades inmunológicas se caracterizan por sobre producción de IgE y disminución de las funciones de las células T. Otra hipótesis refiere que existe un bloqueo del receptor beta-adrenérgico, lo cual permite una actividad alfa adrenérgica y colonérgica no contrarrestada.

El bloqueo adrenérgico reduce los niveles de AMP-cíclico, lo que predispone a la liberación de histamina y la aparición subsecuente de prurito y alteraciones inflamatorias características de la Dermatitis Atópica(1,2).

Las anomalías fisiológicas incluyen la disminución del umbral al prurito, respuesta vascular paradójica, incluyendo dermografismo blanco e incremento de la pérdida de agua transdérmica secundaria (1,4).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el prurito es el síntoma predominante (6). La distribución del rash típico varía con la edad. En los lactantes (3 meses a 2 años de edad) afecta a carrillos, frente y superficie de extensión de las extremidades caracterizado por prurito, eritema, papulas, vasículas, exudación y formación de costras, ocasionalmente se desarrolla la liquenificación.

En la etapa infantil afecta a hueso popliteo y antecubital, muñecas, tobillos, las erupciones son secas y de aspecto popular, pruriginosas, afectan sobre todo superficies flexoras y es frecuente la liquenificación. En la etapa adulta afecta a párpados, cuello, pliegues de flexión en brazos y superficies dorsales; las lesiones son localizadas formando grandes placas de liquenificación(1,4,7).

El diagnóstico y tratamiento de la Dermatitis Atópica están íntimamente conectados, el compromiso diagnóstico no sólo es la identificación de la enfermedad, sino la detención provocada por los factores (6,14).

Los criterios diagnósticos se basan en una combinación de signos, síntomas y antecedentes familiares asociados(8).

El recuento de eosinófilos y la concentración IgE séricas suelen estar elevadas; y las pruebas cutáneas pueden contribuir a la identificación de los alérgenos responsables(9).

El estrés físico es un factor de provocación bien conocido en la Dermatitis Atópica, los disturbios emocionales pueden agravar el eczema atópico de algunos pacientes (2). Otro importante factor es la ablactación temprana.

La complicación más frecuente de la Dermatitis Atópica es la infección por *Staphylococcus aureus* (90%) y una complicación más grave es el eczema herpeticum coaccionado por el virus del herpes simple(13).

El tratamiento se orienta al control de la sequedad, la inflamación y el prurito y depende en la fase en que se encuentra el paciente(4,14).

Deben utilizarse antihistamínicos para controlar el prurito; el tratamiento de mantenimiento de la Dermatitis Atópica es más difícil. El tratamiento de la Dermatitis Atópica es más difícil. El tratamiento de la la Dermatitis Atópica crónica se orienta a la rehidratación de la piel con emolientes y baños adecuados(4,11). Actualmente se encuentra a tres generaciones de antihistamínicos no sedantes con efecto antialérgico adicional (10). La acción de los corticosteroides como agentes antiinflamatorios e inmunosupresor y la eficacia de la Dermatitis Atópica está bien documentado(10,12).

### Material y métodos

En el presente trabajo se estudiaron a un grupo de pacientes de edades comprendidas entre 0 y 14 años de edad, los cuales a su vez estuvieron divididos en 3 subgrupos; de 0 a 5 años, de 6 a 10 años y de 11 a 14 años; en un tiempo comprendido de marzo de 1996 a julio de 1997. Dichos pacientes fueron captados en todo servicio de pediatría (Urgencias, Pediatría, Consulta Externa, Hospitalización y Consulta Externa de Alergología Pediátrica) en quienes por sus manifestaciones



clínicas se sospechaba que pudieran presentar Dermatitis Atópica. Dicho diagnóstico se realiza mediante la historia clínica, la cual incluía tipo de lesiones, localización de las mismas, antecedentes de Alergias en la familia, antecedentes de Atopia personales, así como el inicio de una ablactación temprana. A todos nuestros pacientes se les realizaron exámenes de laboratorio, los cuales incluían biometría hemática con cuenta de eosinófilos totales y leucocitos, Coproparasitoscopia de 3 series, eosinófilos en moco nasal e Inmunoglobulinas (Principalmente IgE), complemento; así como la realización de pruebas cutáneas convencionales. Las cuales mediante los criterios clínicos ya conocidos nos apoyaron en diagnósticos de Dermatitis Atópica. Posteriormente se aplica el tratamiento inmunológico específico a cada uno de nuestros pacientes a base de antihistamínicos y esteroides en su fase aguda.

## RESULTADOS:

De los 30 pacientes estudiados encontramos lo siguiente:

En cuanto a grupo de edad, observamos que la Dermatitis Atópica se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de 0 a 5 años encontrándola en un 50% del total del grupo estudiado, siguiéndole el grupo de edad entre 6 y 10 años con un 43.3% y posteriormente con manifestaciones clínicas en el grupo de edad de 11 a 14 años con un 6.67% (Gráfica 1).

En la gráfica No. 6 encontramos interrelación entre los antecedentes Heredofamiliares y Personales patológicos, observando que en un 80% de los pacientes presentan una influencia muy importante de antecedentes de Alergias en su familia y encontramos que 19 de los pacientes estudiados presentan además otro tipo de enfermedad alérgica predominando el Asma bronquial, seguido de alergia a medicamentos y posteriormente rinitis alérgica (Ver también gráficas 4 y 5).

clínicas se sospechaba que pudieran presentar Dermatitis Atópica. Dicho diagnóstico se realiza mediante la historia clínica, la cual incluía tipo de lesiones, localización de las mismas, antecedentes de Alergias en la familia, antecedentes de Atopia personales, así como el inicio de una ablactación temprana. A todos nuestros pacientes se les realizaron exámenes de laboratorio, los cuales incluían biometría hemática con cuenta de eosinófilos totales y leucocitos, Coproparasitoscopia de 3 series, eosinófilos en moco nasal e Inmunoglobulinas (Principalmente IgE), complemento; así como la realización de pruebas cutáneas convencionales. Las cuales mediante los criterios clínicos ya conocidos nos apoyaron en diagnósticos de Dermatitis Atópica. Posteriormente se aplica el tratamiento inmunológico específico a cada uno de nuestros pacientes a base de antihistamínicos y esteroides en su fase aguda.

## RESULTADOS:

De los 30 pacientes estudiados encontramos lo siguiente:

En cuanto a grupo de edad, observamos que la Dermatitis Atópica se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de 0 a 5 años encontrándola en un 50% del total del grupo estudiado, siguiéndole el grupo de edad entre 6 y 10 años con un 43.3% y posteriormente con manifestaciones clínicas en el grupo de edad de 11 a 14 años con un 6.67% (Gráfica 1).

En la gráfica No. 6 encontramos interrelación entre los antecedentes Heredofamiliares y Personales patológicos, observando que en un 80% de los pacientes presentan una influencia muy importante de antecedentes de Alergias en su familia y encontramos que 19 de los pacientes estudiados presentan además otro tipo de enfermedad alérgica predominando el Asma bronquial, seguido de alergia a medicamentos y posteriormente rinitis alérgica (Ver también gráficas 4 y 5).

En la gráfica número 3 observamos que la predominancia de la enfermedad se inclina hacia el sexo masculino, quienes en un 60% coexiste otro tipo de enfermedad alérgica ya descrita anteriormente.

En cuanto a los antecedentes del inicio de ablactación temprana antes de los 3 meses de edad, encontramos que el 76.67% de nuestro grupo de pacientes se inicia con cítricos principalmente jugo de naranja y huevos, siendo éste antecedente uno de los más importantes para la predisposición de la dermatitis Atópica, así como uno de los más estudiados.

Finalmente el 100% de los pacientes recibe actualmente tratamiento inmunológico (con vacunas), y durante la fase aguda se combina con el tratamiento médico a base de antihistamínicos, emolientes y en algunas ocasiones con esteroides tópicos, conservando en la gráfica número 8 que el 66.78% recibe este tipo de tratamiento.

Realizando análisis estadístico, encontramos un error estándar del 2.95, así como una desviación estándar del 13.2 y con análisis de T de student de  $P < 0.05$ , de confiabilidad y con una probabilidad del 5% de que ocurra aleatoriamente.

Se ha descrito que actualmente la Dermatitis Atópica es uno de los padecimientos más frecuentes tratados por Alergología; y que de un 20% de las visitas de Dermatología pediátrica aproximadamente el 1% son reportados como Dermatitis Atópica; cuya frecuencia se inclina hacia los 5 años de edad con un 95% de los casos. Se ha descrito a la Dermatitis Atópica como una enfermedad de naturaleza hereditaria, con factores predisponentes como una alimentación inicial (ablactación) en niños de menos de 3 meses, así como un curso recurrente crónico, asociado incluso a fiebre del heno, asma bronquial y algunas alteraciones gastrointestinales. Observando en nuestro estudio que la mayoría de nuestros pacientes presentan carga genética para enfermedades alérgicas y

la mayoría con inicio de ablactación antes de los 3 meses y más aún con alimentos como cítricos y el huevo.

En cuanto al porqué la comida llega a desencadenar la Dermatitis Atópica, es porque se refiere a que los alérgenos de la comida pueden alcanzar a las células cutáneas, linfocitos, monocitos a través de la piel al romper la circulación después de entrar a la superficie de la mucosa. La interacción de alérgenos, con los alérgenos específicos IgE en la superficie de las células, activa a estas liberando histamina, LT 4 al factor activador de plaquetas y otras citocinas provocando prurito.

Se refiere en la literatura que la Dermatitis Atópica también se ha podido dividir en extrínseca e intrínseca; los pacientes con Dermatitis Atópica extrínseca son generalmente niños y jóvenes (menos de 20 años) tiene alérgenos específicos significativos, anticuerpos IgE y alérgenos exacerbantes con los alimentos ó el medio ambiente. Los pacientes con asma intrínseca se presenta en personas mayores y no tiene evidencia de aparecer con alérgenos. Es claro que el grupo de pacientes estudiados presenta características de una Dermatitis Atópica, extrínseca la cual también se caracteriza por periodos de remisiones con exacerbaciones, cuando presenta un factor predisponente cabe comentar, que se ha descrito que este tipo de enfermedad se presentaba con mayor frecuencia en el sexo femenino, por estos factores aun no bien descritos, y en nuestro grupo de pacientes estudiados con predominancia hacia el sexo masculino, quienes la mayoría de ellos presentaba alguna otra enfermedad alérgica agregada como la rinitis alérgica o el asma bronquial y en dos de ellos tratados por disfunción orgánica cerebral en Psicología.

Así como los resultados obtenidos en el presente trabajo son muy parecidos a los descritos en la literatura, a excepción de lo comentado en el último párrafo y así nos lo muestra la prueba estadística utilizada con una T Student  $p < 0.05$  con un 95% de confiabilidad. Siendo este trabajo de utilidad en nuestra unidad ya que manejamos un gran número de pacientes con antecedentes de atopías como asma bronquial principalmente y que dado a estos antecedentes en un

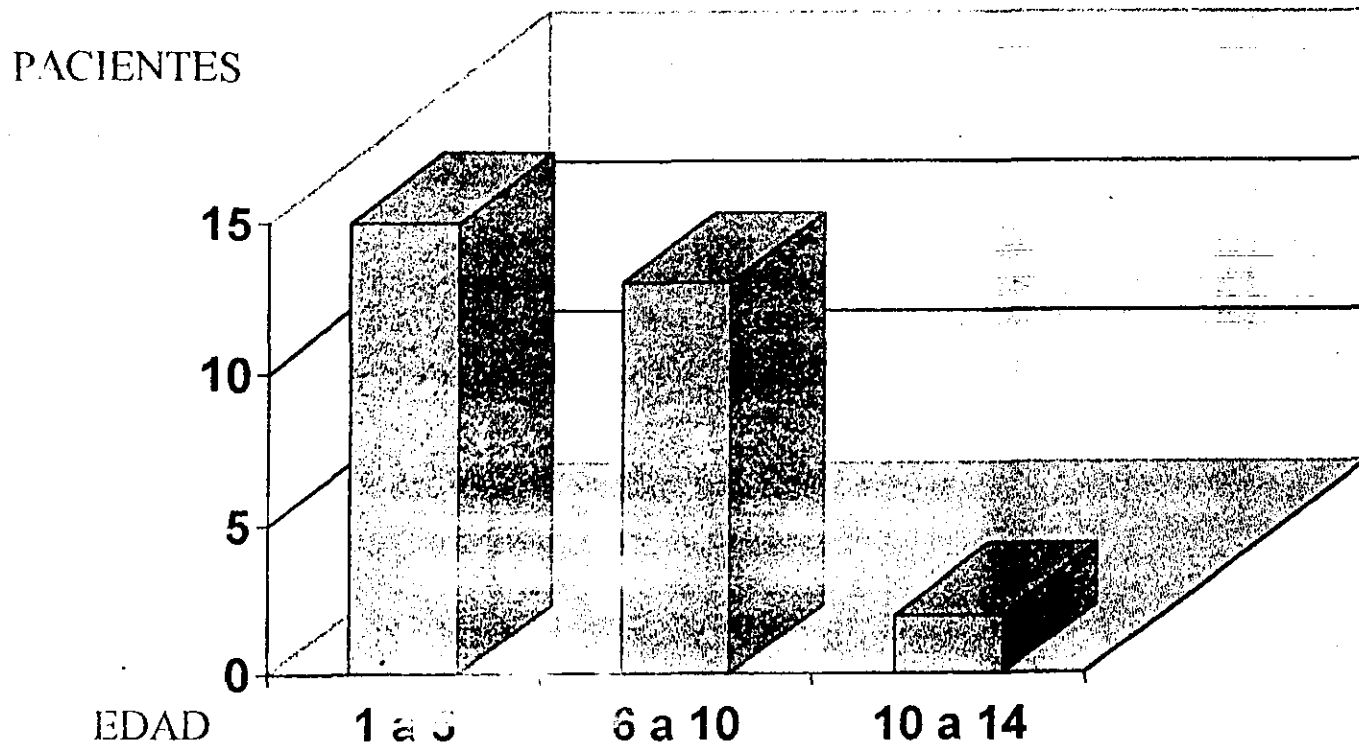
momento dado pudieran cursar con lesiones dérmicas y éstas llegar a ser en un tiempo indefinido lesiones ya descritas de Dermatitis atópica.

#### BIBLIOGRAFIA

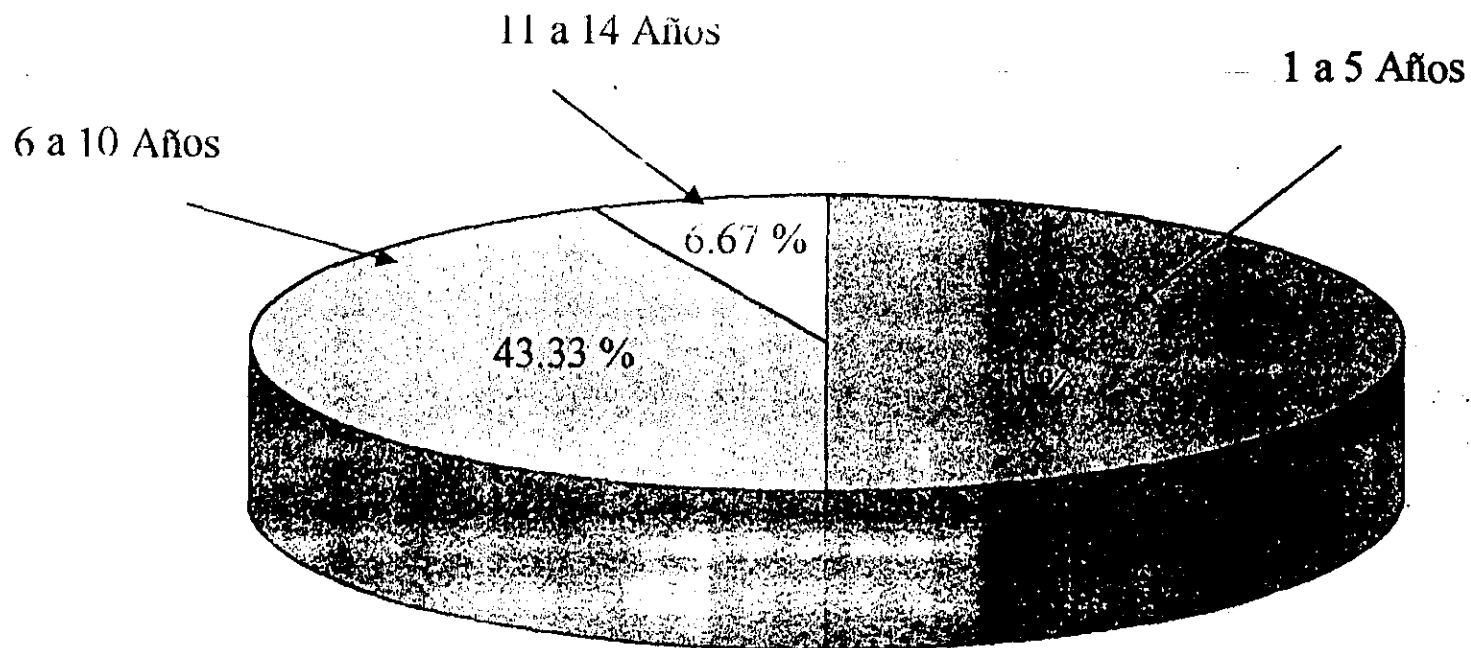
1. ATOPIC DERMATITIS. Sampson, Hung, et al. Annals of Allergy, 1992 December, 69:469-481.
2. THE THERAPEUTIC CONCEPT OF "PATIENT MANAGEMENT" IN ATOPIC ECZEMA. Ring J, Brockow, ET AL. Allergy, 1996. 51:206-215.
3. HANDBOOK OF ATOPIC ECZEMA. Ruzicka T. Ring J, et al. Springer, 1991:280-282.
4. A GENETIC EPIDEMIOLOGIC STUDY IN A POPULATION-BASED TWIN SAMPLE. Schultz Larsen F, et al. J Am Acad Dermatology, 1993; 28:719-23.
5. TRATADO DE PEDIATRIA. Behrman RE, Vaughan VC Mc Graw-Hill, Interamericana 13a. edición 1991:280-282.
6. STIGMATA OF ATOPIC CONDITION. Przybilla B, et al Handbook of atopic eczema. Berlin Springer, 1991: 31-45.
7. ATOPIC ECZEMA: ROLE AF MICROORGANISM ON THE ESKIN SURFACE. Ring J, et al Allergg, 1992; 47:265-9.

8. DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ATOPIC DERMATITIS. Paul L Brand, et al. The Lancet, 1996; 348, sept 1996: 1389-91.
9. ENHANCEMENT OF IGE PRODUCTION BY ANTI-CD40 ANTIBODY IN ATOPIC-DERMATITIS. Herald Renz MD, et al. J Allergy Clin Immunol, 93.(3) 1994:658-59.
10. DO SOME PATIENT WITH ATOPIC DERMATITIS REQUIRE LONG-TERM ORAL SYSTEMIC STEROID THERAPY Khaty R. Sonenthal MD. et al. J. Allergy Clin Immunol 1993 91: 971-3.
11. EFFECT OF COMBINED ANTIBACTERIAL AND ANTIFUNGAL TREATMENT OF IN SEVERE ATOPIC DERMATITIS. Harriet L. Kolmer MD, et al. J. Allergy Clin Immunol. 1993 91: 971-3.
12. SAFETY ASPECT OF TOPICAL METHYPREDNISOLONA ACEPNATE (MPA) TREATMENT OF DERMATITIS ATOPIC. Ortonne JP, et al. J. Dermatol Treatment 1992, 3 Suppl (2): 21-25.
13. DERMATITIS ATOPICA (ECZEMA). Bondi E, et al. Dermatología primera edición 1991: 271-279.
14. CIRCULATION SKIN-HOMING CELLS IN ATOPIC DERMATITIS. Pierre A. Arch Dermatolog 132, oct. 1996: 1171-1176.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

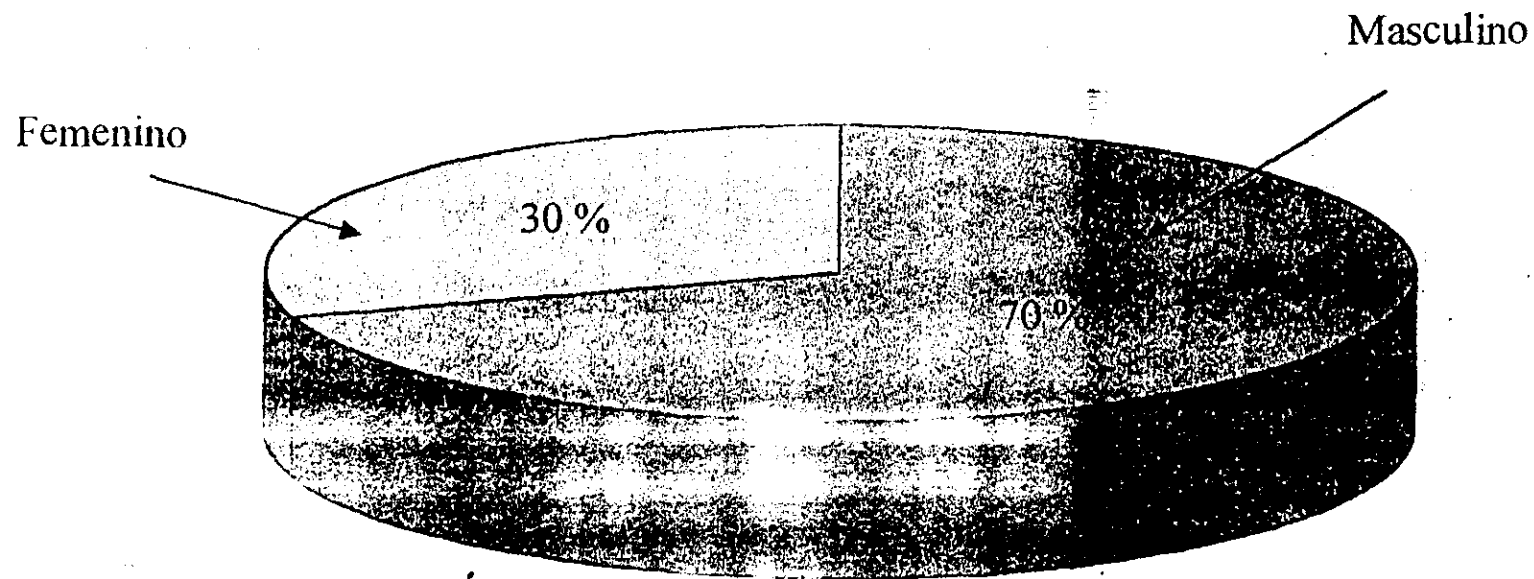


Gráfica No. 1 Frecuencia por grupo de Edad



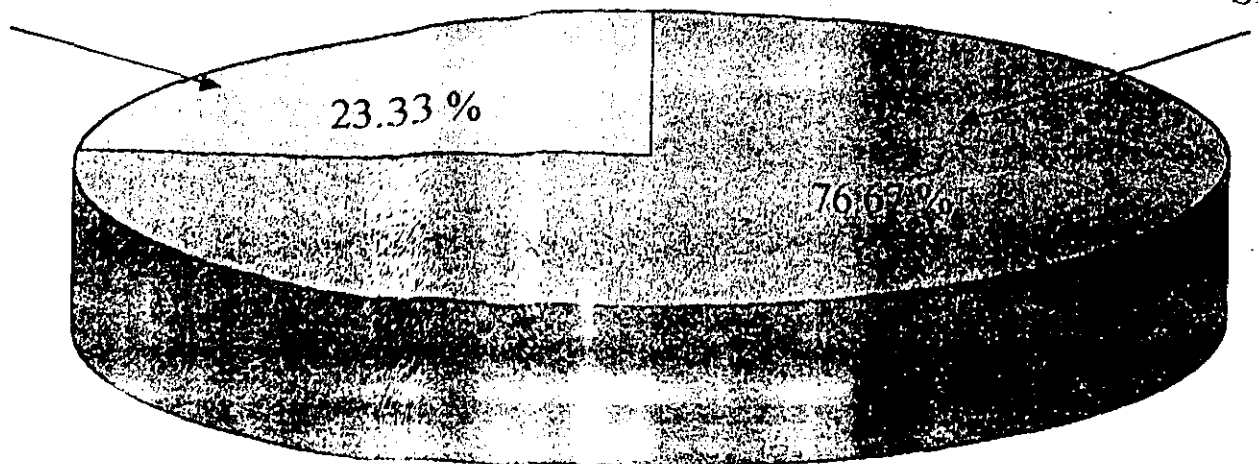
Gráfica No. 2 Frecuencia por grupo de edad expresada en porcentaje.





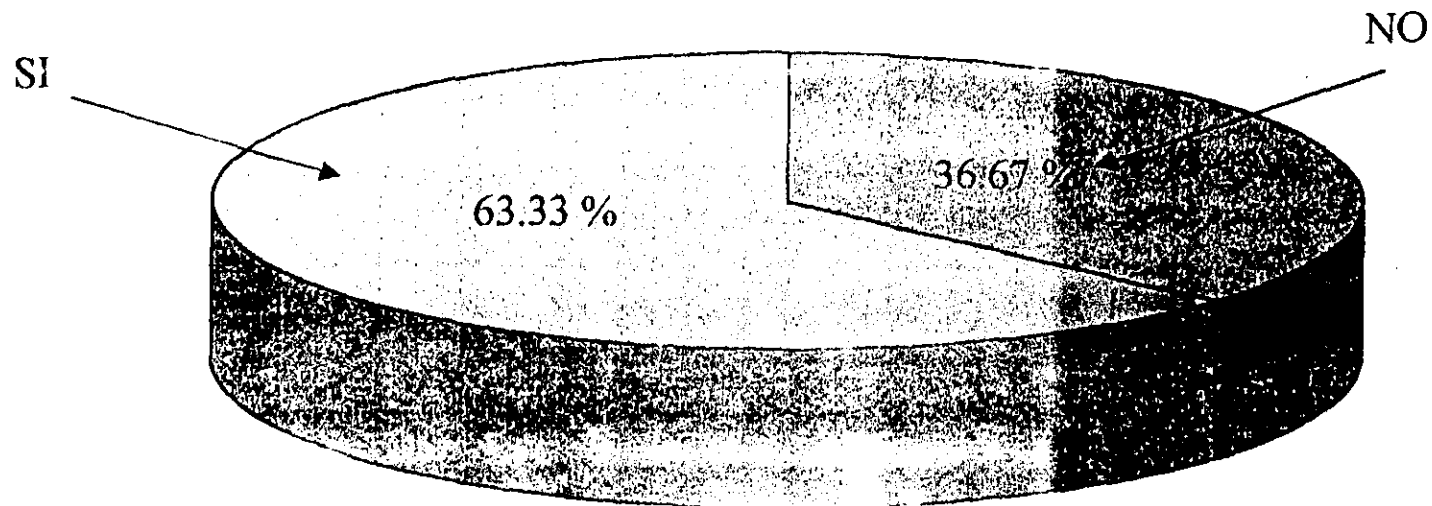
Gráfica No.3 Pacientes estudiantes de acuerdo al sexo.

NO



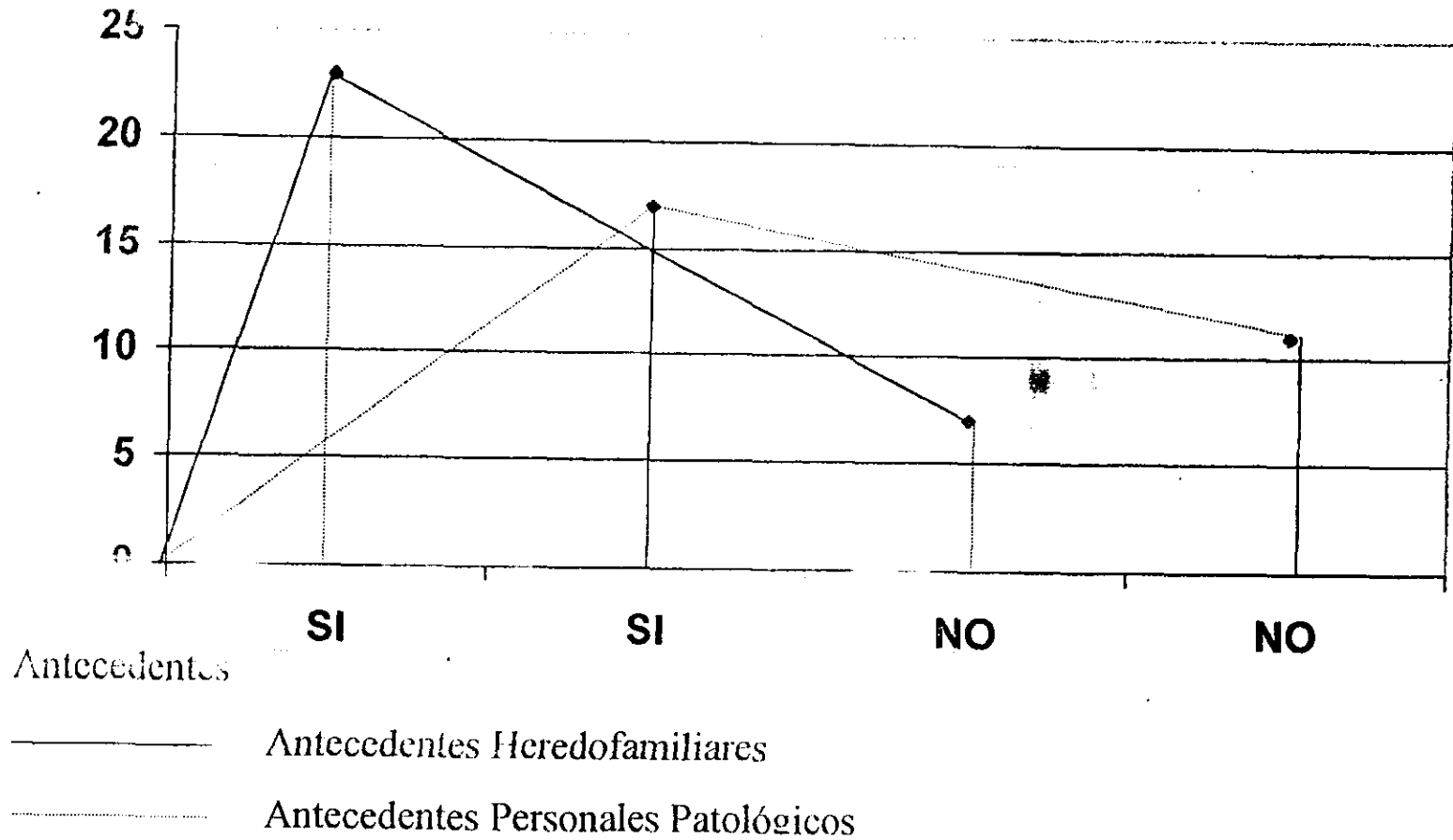
SI

Gráfica No. 4 Presencia de Antecedentes Heredofamiliares en los pacientes estudiados.

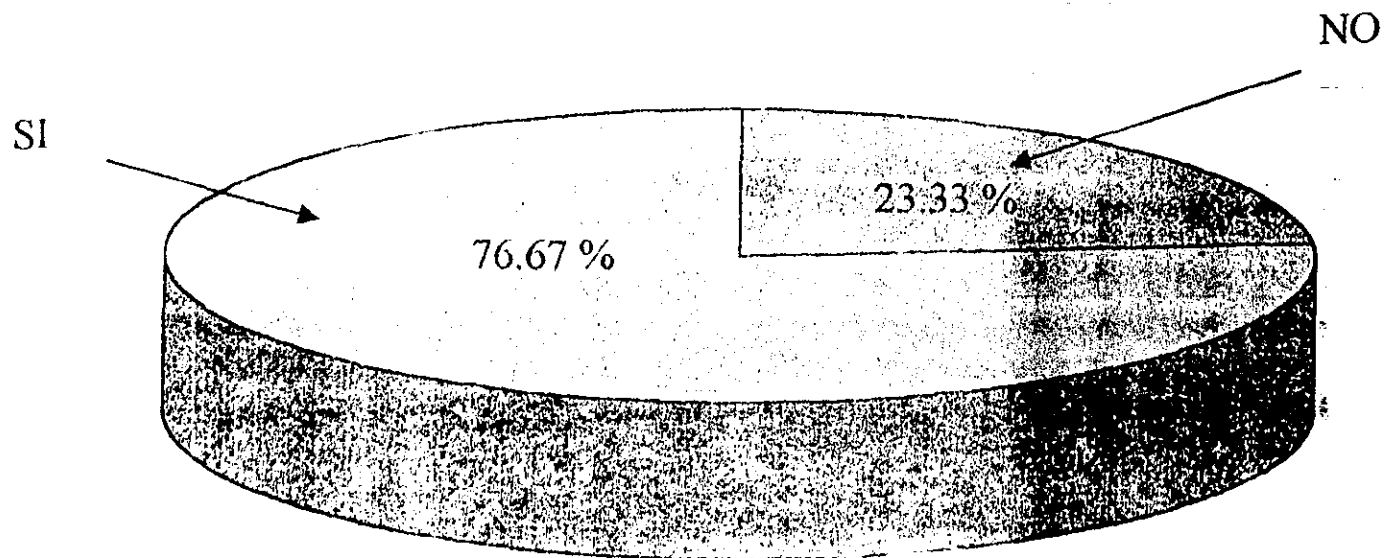


Gráfica No. 5 Presencia de Antecedentes Patológicos en los pacientes estudiados.

Nº de Pacientes

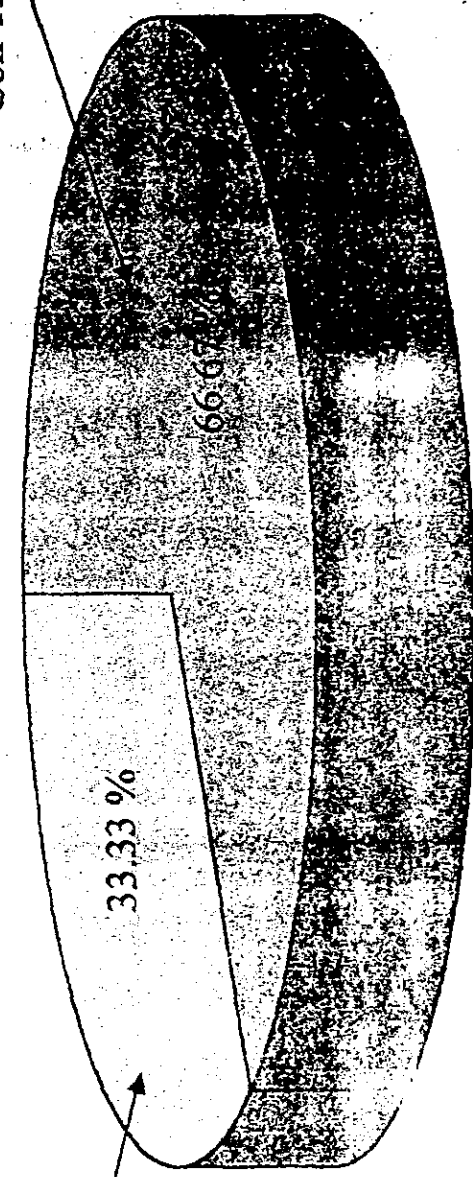


Gráfica No.6 Relación entre Antecedentes Heredofamiliares y Personales Patológicos



Gráfica No. 7 Antecedente de Ablactacion temprana en los pacientes estudiados.

Con Tratamiento



Sin Tratamiento

Gráfica No. 8 Tratamiento establecido en los pacientes estudiados.