



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS
ATÍPICAS DE DERMATITIS ATÓPICA EN EL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA

DRA. SANDRA RODRÍGUEZ DÁVILA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. ADRIANA M. VALENCIA HERRERA

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MIRNA E. TOLEDO BAHENA

CO-ASESOR

DR. CARLOS A. MENA CEDILLOS





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.

Director de tesis:

DRA. ADRIANA VALENCIA HERRERA
Médico adscrito del departamento de Dermatología
Hospital Infantil de México Federico Gómez

Asesor Metodológico:

DRA. MIRNA ERÉNDIRA TOLEDO BAHENA
Médico adscrito del departamento de Dermatología
Hospital Infantil de México Federico Gómez

Asesor general:

DR. CARLOS A. MENA CEDILLOS
Jefe del Departamento de Dermatología
Hospital Infantil de México Federico Gómez

Tesista:

DRA. SANDRA RODRÍGUEZ DÁVILA
Residente de Dermatología Pediátrica
Hospital Infantil de México Federico Gómez

Dirección de Enseñanza:

DR. JAIME NIETO ZERMEÑO
Jefe de Enseñanza
Hospital Infantil de México Federico Gómez

AGRADECIMIENTOS

- A Dios padre por darme vida, salud y todas las experiencias buenas y malas que han hecho de mi una persona que valora las oportunidades que se me han brindado.
- A mi esposo compañero y amigo, Paco eres mi amor grandote a quién he sacrificado en tiempo y dedicación, gracias por la espera y la confianza, te amo!
- A mis hijos que son el regalo más grande que Dios me ha dado y que también sacrifique en tiempo y dedicación con el fin de poder ofrecerles algo mejor en el futuro. Muchas gracias Fer, muchas gracias David y muchas gracias Paquito por ser luz en mi vida, son mis amores chiquitos los amo!
- A mis padres pues siempre me dieron ánimos para seguir adelante, muchas gracias por cuidar de los peques, la espera fue menos dura!
- A mis hermanos y familia por preocuparse por mí, por su apoyo gracias.
- A mis amigos por su apoyo incondicional pues gracias a ustedes el tiempo paso más rápido, en especial gracias Arge por todo tu apoyo y por ser como eres y gracias Vane porque gracias a ti todo fue más fácil y definitivamente más divertido.
- A mis maestros y amigos gracias por apoyarme por creer en mí, de verdad se los digo el apoyo de ustedes lo recordare siempre, pues para mí fue la base de que esto fuera posible. Gracias Dr. Mena es un jefe a todo dar, gracias Dra. Valencia por ser tan comprensiva, usted siempre me dijo si se puede! aún con tres hijos! y muchas gracias Dra. Mirna por todos sus consejos y apoyo invaluable.
- Y por último gracias a todos los niños y niñas de este hospital escuela.

CONTENIDO	PÁGINAS
Índice.....	3-4
Antecedentes.....	5
Epidemiología.....	6
Etiopatogenia.....	7-8
Manifestaciones clínicas clásicas de dermatitis atópica.....	9-10
Variedades clínicas atípicas de dermatitis atópica.....	11
<i>Eccema de párpados.....</i>	11
<i>Fisuras infra auricular, retro auricular e infranasal.....</i>	12
<i>Eccema de dedos y plantar juvenil.....</i>	12
<i>Paroniquia.....</i>	12
<i>Queilitis.....</i>	13
<i>Eccema escrotal y vulvar.....</i>	13
<i>Eccema del pezón.....</i>	13
<i>Pitiriasis alba.....</i>	13
Variedades atípicas morfológicas de dermatitis atópicas.....	14
<i>Folicular.....</i>	14
<i>Papular liquenoide.....</i>	14
<i>Tipo prurigo.....</i>	15
<i>Numular.....</i>	15
<i>Eccema dishidrótico.....</i>	16
<i>Eritrodérmica.....</i>	16
<i>Pitiriasis alba.....</i>	17
Otras formas clínicas de dermatitis atópica menos frecuentes.....	18
Diagnóstico.....	18
Escala de gravedad de la dermatitis atópica.....	19
Evolución de la dermatitis atópica.....	19
Tratamiento de la dermatitis atópica	20

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS ATÍPICAS DE DERMATITIS ATÓPICA EN
EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Planteamiento del problema	21
Justificación.....	21
Objetivos.....	22
Material y métodos.....	22
Criterios de inclusión.....	22
Criterios de exclusión.....	22
Criterios de eliminación.....	22
Procedimiento.....	23
Descripción de variables.....	23-24
Cronograma.....	25
Resultados.....	26-35
Discusión.....	36-37
Conclusiones.....	38
Anexos.....	39-43
Referencias bibliográficas.....	44-46

ANTECEDENTES:

Atopia es un término utilizado para definir la tendencia genéticamente predispuesta para reaccionar de manera exagerada ante ciertos estímulos ambientales irritantes o alérgicos. Los síntomas y signos dependen del órgano de choque involucrado. (1)

El eccema y la dermatitis fueron descritos por Bolos de Mendes en el año 300Ac. En 1923, Coca y Cooke introdujeron el término «atopia» para describir un tipo de hipersensibilidad hereditaria. Diez años más tarde, Wise y Sulzberger definieron la dermatitis atópica (DA) también denominada eccema atópico o eccema constitucional. Fue hasta 1980 cuando Hanifin y Rajka propusieron usar signos clínicos como criterios para el diagnóstico de DA. (1,2).

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, recurrente que se distingue por alteraciones cutáneas de morfología y distribución típicas, con prurito intenso de predominio nocturno, de carácter estacional con antecedentes familiares y personales de atopia. Es un padecimiento complejo de etiología multifactorial en el que interactúan factores genéticos, alérgicos, inmunológicos, ambientales, metabólicos, neurovegetativos, infecciosos y psicológicos. (3)

La historia natural de enfermedad atópica en un paciente con riesgos genéticos y ambientales conlleva a la progresión del desarrollo de la dermatitis atópica, alergias alimentarias, sensibilidad a aeroalergenos y al desarrollo de alergia respiratoria. (4)

La DA afecta del 10 al 20% de la población pediátrica a nivel mundial, es una entidad de nomenclatura y diagnóstico bastante amplio, ocasionando algunas veces dificultad en el diagnóstico ya que este depende principalmente de la historia clínica del paciente, de las características y distribución de las lesiones para las formas clásicas de la enfermedad, no así para las formas no clásicas conocidas como variedades clínicas atípicas de la DA .

EPIDEMIOLOGÍA:

La DA se puede presentar desde los 2 primeros meses de vida, reportándose un 60% de presentación de casos antes del primer año de vida, y hasta en el 85% de los pacientes las lesiones se desarrollan antes de los 5 años de edad con períodos de exacerbaciones y remisiones, pudiendo persistir hasta la vida adulta. Raras veces se refiere un comienzo tardío, después de los 45 años, si esto sucede se debe descartar una hemopatía como causa desencadenante (2,5,6)

Fonseca reporta que en la población infantil española pueden encontrarse manifestaciones de la dermatitis atópica en algún momento de su vida entre un 5 y 10% de los casos sin reportarse relaciones significativas en cuanto al sexo. Jasna menciona que la DA afecta del 2% al 5% de la población general, en la población pediátrica la reporta del 10 a 20% de los casos y 1 a 3% de los casos en adultos (4,6,7)

La prevalencia de la DA varía de unas zonas geográficas a otras y en general es mayor cuanto más al norte se sitúa el área estudiada y cuanto más alto es su nivel de desarrollo industrial. Picone menciona que existe mayor frecuencia de DA en zonas urbanas que rurales. En los últimos 30 años hay un aumento de la prevalencia de DA en los países industrializados, observándose con más frecuencia en clases sociales altas, familias poco numerosas, niveles educacionales altos y en hijos únicos o primogénitos que en segundos hijos. (4,7)

Koepfel reporta que la incidencia de DA en el norte de Europa (desde el nacimiento hasta los 7 años) ha aumentado considerablemente. Representaba del 2 al 3 % en los niños nacidos antes de 1960 y en los nacidos en la década de los ochenta representa del 15 al 20 % de los casos. Este aumento de la frecuencia de la DA es favorecida por la influencia de los contaminantes, los aeroalergenos, los aditivos alimentarios, el tabaquismo pasivo especialmente el ocasionado por la madre fumadora durante el embarazo y/o la lactancia. (1,8)

ETIOPATOGENIA:

No se ha podido establecer un concepto etiopatogénico único de DA por lo que se considera una enfermedad multifactorial. Es el resultado de una interacción entre factores predisponentes (susceptibilidad genética) inmunológicos y otros desencadenantes (medio ambiente). (5)

GENÉTICA:

Existen genes asociados, cuya expresión está determinada por factores ambientales. La historia familiar es positiva para la enfermedad, si ambos padres están afectados por DA el hijo tiene un 75% de probabilidad de tener DA.

Los genes involucrados son Gen FcERI, mapea en el Cr11q13, Gen del promotor de la IL4, mapea en el Cr5q31, Gen de la cadena del receptor de la IL4 mapea Cr16p12, Gen RANTES mapea Cr17p12, gen del receptor IL5, mapea en Cr6, Gen CMA 1, mapea Cr14q11.2, Gen SPINK5 mapea Cr5q31-32, Genes que codifican moléculas relacionadas con la activación del LT;CD80,CD86, mapea en el Cr3q21. Recientemente se encontró afección en cromosoma 1q21. (9,10)

INMUNOLÓGICA:

Los pacientes con DA expresan en superficies de diferente tipos celulares receptores para IgE. La DA es un modelo de respuesta inflamatoria bifásica mediada por células T activadas con capacidad de secretar IL2 ante el encuentro con el antígeno. En las lesiones de DA los queratinocitos segregan quimioquinas y citoquinas anormales.

Se ha observado también que el mecanismo de apoptosis se encuentra desregulado con una prolongación de la vida media de los eosinófilos. Otro hallazgo ha sido la presencia de diversos tipos de auto anticuerpos como los anti DFS70 (5,10)

En los pacientes con DA existe una marcada disminución en la retención de agua y la función de barrera de la piel tanto en áreas no afectadas como las afectadas donde la piel es habitualmente muy seca, la cual es vulnerable a irritantes externos, lo que produce una mayor susceptibilidad al prurito.

Los ácidos grasos juegan un rol esencial en la función de barrera, su déficit altera la función normal del estrato córneo en los pacientes con DA, produciendo xerosis y aumento de la permeabilidad que favorece la entrada de antígenos, irritantes y agentes patógenos. (7)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS CLÁSICAS DE DERMATITIS ATÓPICA:

La DA es una enfermedad multifacética, las formas clínicas y morfológicas de las lesiones, así como su distribución varían dependiendo de la edad del paciente, el grupo étnico al que pertenece, el curso y duración de la enfermedad, de factores agravantes y de la superinfección. Harper clasifica las formas clínicas de DA de acuerdo a la morfología y distribución de las lesiones. El síntoma cardinal es el prurito, invariablemente de la edad del paciente, o el tipo de manifestación, con excepción de las formas leves localizadas. (2,5,11)

DERMATITIS ATÓPICA DEL LACTANTE (0-2 años):

Se presenta desde los 2 a 3 meses hasta los dos años de edad, la mayoría de los casos inician en los primeros 6 meses (comienzo precoz). En cuyo caso la topografía habitual es en cuero cabelludo y cara (respetando casi siempre la nariz y área naso labial), el área del pañal es raramente afectada.

Esta forma del lactante se caracteriza maculas eritematosas y placas con lesiones papulovesiculares. Es común la simetría de las lesiones donde el prurito es el síntoma más constante (5,12).

DERMATITIS ATÓPICA INFANTIL (2-12 años):

La dermatosis se presenta entre los 2 años de edad y hasta la pubertad. La cabeza y cara son las localizaciones habitualmente más afectadas, otros sitios de presentación son las zonas flexurales, especialmente codos y rodillas, los surcos retro auriculares, los pliegues subglúteos, cuello y tobillos.

Pueden observarse formas invertidas, con lesiones predominantes en las convexidades (codos y rodillas) en estos casos la DA tiene mal pronóstico. (1,5,13)

DERMATITIS ATÓPICA DEL ADULTO:

La topografía habitual es la cara y el cuello, pliegues de flexión y parte superior del tronco. Es frecuente la queilitis y la afección de manos pueden constituir la primera e incluso la única localización de la DA, especialmente en la mujer. (2)

FORMAS CLÍNICAS ATÍPICAS DE DERMATITIS ATÓPICA:

Desde 1994 se reportaron pacientes que presentaron variedades clínicas localizadas y/o diseminadas asociadas a las formas clásicas de DA. A estas variedades inusuales de presentación se les denominó variedades atípicas de Dermatitis Atópica (3,5,14).

Hoy sabemos que estas formas atípicas de presentación pueden ocurrir de forma aislada o alternar y coexistir con formas típicas de presentación. Harper propone la siguiente clasificación. :

- a) Variedades clínicas.....Con sitios específicos de presentación (localizada)
- b) Variedades morfológicas.....Forma diseminada

La clasificación más completa es la que describe que existen **variedades diseminadas** (morfológicas) que incluyen las formas Pitiriasis alba, folicular, papular liquenoide, tipo prurigo, numular, eccema dishidrótico y eritrodérmica. Dentro de las **variedades localizadas** se incluye al eccema de párpados, dedos, vulvar y de pezón, fisuras auriculares y nasales, DA plantar, paroniquia, queilitis y pitiriasis alba. Cuando una o más de estas variedades atípicas se presentan de forma aislada, el diagnóstico de DA puede ser discutible. (13)

VARIETADES ATÍPICAS CLÍNICAS (LOCALIZADAS)

1.- ECCEMA DE PÁRPADOS:

Clemmensen y col. en un estudio realizado en 1983 individualizaron una forma particular de eccema en pacientes con DA, la denominaron dermatitis de cabeza y cuello que se manifiesta por eccema eritematoescamoso en párpados con prurito intenso, las lesiones periorbitarias o palpebrales se presentan con liquenificación, eritema y descamación. (3)

El sexo femenino es el más afectado en el período pospuberal. Se ha asociado a infección por *Pityrosporum orbiculare*. Morren y col mencionan que las lesiones eccematiformes de los párpados podrían deberse a contacto con el humo del tabaco. (15). Anexo 1

2.- FISURAS INFRA AURICULAR, RETRO AURICULAR E INFRANASAL:

Estas lesiones son secundarias a la combinación de la sequedad de la piel y micro traumas repetitivos. Las fisuras infra nasales son más comunes en pacientes con rinitis perene. En pacientes con DA grave puede hallarse una fisura infra auricular bilateral siendo clave en el diagnóstico (2,16) Anexo 1

3.- ECCEMA DE DEDOS Y PLANTAR JUVENIL:

La afección de manos en DA puede presentar todos los aspectos clínicos conocidos: Dishidrosis, queratodermia, palmas fisuradas, eccema seco y fisurado de los dedos con acropulпитis.

Se afectan las muñecas, cara dorsal y palmar de los dedos y manos. En la edad adulta se comporta como una dermatitis atópica irritativa crónica e inespecífica, con liquenificación difusa. En algunos casos pueden estar afectados arco plantar de los pies. (3, 4,7). Anexo 2

La dermatitis plantar juvenil: Se asocia a DA en 20% de los casos, se presenta en pacientes de 2 a 15 años afectando cara plantar de pie y de los dedos, el primer orjejo se ve afectado con mayor frecuencia. Morfológicamente se caracteriza por eritema, escama fina, desaparición de los dermatoglifos, habitualmente es bilateral y simétrica. Esta forma de presentación clínica es crónica y recidivante con períodos de recurrencia donde se observan fisuras profundas y dolorosas. El factor irritativo y friccional del calzado y calcetines empeora las lesiones y puede sobreinfectarse. La tendencia es hacia la mejoría en la pubertad (2)

4.- PARONIQUIA:

Esta forma clínica es causada por la resequeadad del eponiquio causando dolor e inflamación que se agrava por el lavado excesivo de manos, aunado a un cuidado insuficiente de la piel.

La afectación ungueal se denomina dedal de costura, es recidivante y de difícil tratamiento (17).

Anexo 3

5.- QUEILITIS:

La queilitis angular se presenta en la edad escolar con mayor frecuencia. Se manifiesta por resequedad, descamación, fisuración y grietas, que pueden infectarse o agravarse secundariamente por agentes irritantes o alergenizantes (saliva, alimentos, cítricos) (1,3,5).

Anexo 3

6.- ECCEMA ESCROTAL Y VULVAR:

Se presenta a cualquier edad. En mujeres la manifestación clínica principal son placas liquenificadas bien delimitadas secundarias al prurito intenso. También pueden presentar xerosis y costras hemáticas (3). Anexo 4

7.- ECCEMA DE PEZÓN:

Más frecuente en el sexo femenino al principio de la adolescencia favorecido por el roce de prendas sintéticas, se afecta pezón y areola. Se presenta como eccema agudo exudativo o liquenificado, fisurado y crónico uni o bilateral (16,17). Anexo 4

8.- PITIRIASIS ALBA:

Esta entidad se puede presentar en pacientes con o sin constitución atópica se incluye en la clasificación de variedades clínicas y morfológicas atípicas de DA. Anexo 5

VARIETADES ATÍPICAS MORFOLÓGICAS (DISEMINADAS)

1. FORMA FOLICULAR:

Ofuji y Uehara describen esta variedad en pacientes con DA, se conoce también como dermatitis atópica folicular o dermatitis atópica papular; incluso consideraron que las pápulas foliculares pueden ser la tan buscada lesión primaria de DA (1,2,18)

Dentro de las variedades atípicas morfológicas es una forma relativamente frecuente se presenta entre los 2 y 14 años especialmente en orientales, negros y mestizos, raramente en raza blanca.

Se caracteriza por la presencia de pápulas o micropápulas pruriginosas cubiertas por escama o costras serosas, la mayoría de las pápulas son de color de la piel, pero pueden aparecer blanquecinas o marrón (12). El aspecto de piel de gallina de localización folicular que sigue un patrón invertido en áreas extensoras de extremidades es muy sugestivo de esta variedad morfológica.

Aparece con mayor frecuencia en caras laterales de tronco, cuello y superficies extensoras de rodillas, las lesiones pueden confluir y llegar a formar las características placas eccematosas de DA o permanecer con aspecto folicular. Esta forma de DA aparece con más frecuencia en invierno, con mejoría clínica en verano. La queratosis pilar es el diagnóstico diferencial más importante (1,19) Anexo 6

2.- FORMA PAPULAR LIQUENOIDE:

También denominada dermatitis papular juvenil, prurigo de verano de Sutton, erupción friccional liquenoide, se presenta con mayor frecuencia en verano y primavera entre los 4 y 13 años y reaparecen cada año. La dermatosis se presenta como pequeñas pápulas liquenoides aplanadas semejantes a cabeza de alfiler de uno a dos milímetros de diámetro color de la piel o hipopigmentadas; La localización habitual es en cara de extensión de rodillas, codos, dorso de manos y en ocasiones mejillas o superficie extensora de antebrazos. Anexo 6

Los pacientes refieren prurito leve (12). Dupre menciona que el factor friccional o contacto con materiales abrasivos o irritantes pueden estar relacionados con su etiología.(1,3,7)

No existe en la literatura la frecuencia de esta dermatosis. El diagnóstico diferencial se hace principalmente con DA variedad folicular, queratosis pilar y liquen nítido. (12,20)

3.- FORMA TIPO PRÚRIGO:

Este tipo de variedad es más frecuente en la infancia temprana, adolescentes y adultos jóvenes, podemos observar lesiones papulovesiculosas de 0.5 a 1.5 mm acuminadas muy pruriginosas, eritematosas, excoriadas, numerosas de distribución variable. Se distribuyen en superficies extensoras de extremidades, respeta palmas y plantas. El prurito es intenso por lo cual es común observar erosiones o costras hemáticas, liquenificación y en algunos casos cicatrices. Anexo 7

Se establece diagnóstico diferencial con otros tipos de prurigo (nodular de Hyde) y por insectos (1,312)

4.- FORMA NUMULAR:

Se presentan en niños y adolescentes como placas eccematosas en forma de moneda o discoide, su nombre deriva del latín *numulus* que se refiere a su tamaño y configuración de moneda.

La topografía más habitual es tronco, superficies extensoras de extremidades, dorso de manos, antebrazos y extremidades inferiores. Se caracteriza por placas redondeadas de tamaño variable, desde uno hasta varios centímetros de diámetro, exudativas o cubierta por costras húmedas, también se presentan como placas redondas y ovals eritematosas, hiperpigmentadas y liquenificadas. (1, 5,12)

La etiología específica es desconocida pero aparecen principalmente en invierno y climas secos, agravándose con el baño excesivo e irritantes locales, el prurito es variable pero en general no es intenso.

En la población pediátrica esta variedad morfológica de DA coinciden con mucha frecuencia con otras lesiones clásicas de DA refiriéndose como una de las variantes atípicas más encontradas sin existir estudios que reporten la frecuencia real de esta dermatosis. Anexo 7

Hay algunos estudios que demuestran la relación de DA en su forma clásica coexistiendo con las formas numulares, sin embargo este tipo de lesiones pueden también presentarse en pacientes sin otro estigma de DA denominándose eccema numular. Los principales diagnósticos diferenciales se establecen con la dermatitis por contacto e infecciones superficiales por dermatofitos. (19)

5.- ECCEMA DISHIDROTICO (POMPHOLYX):

Esta presentación clínica puede ocurrir independientemente de atopia, sin embargo se incrementa hasta un 22.5% en los pacientes con diagnóstico de atopia como base. Se caracteriza por erupción vesicular pruriginosa en palmas y plantas con afección simétrica.

Anexo 8

La patogénesis es desconocida pero los factores irritantes como los detergentes y comidas se han sugerido. (18)

6.- FORMA ERITRODERMICA:

Es la forma atípica más grave de la DA, se presenta en menos del 1% de los casos a cualquier edad y por lo general es secundaria a exacerbación de lesiones preexistentes. Inicia como eritema en parches que rápidamente se generaliza afectando más del 90% de la superficie corporal en un lapso de 12 a 48 hrs, acompañándose de prurito intenso y descamación variable después de 2 a 6 días. (3, 5,12) Anexo 8

Las manifestaciones generales son fiebre, escalofríos, trastornos digestivos y linfadenopatías generalizadas (linfadenopatía dermatopática). Pueden coexistir infecciones bacterianas, cutáneas y sistémicas por lo cual frecuentemente se requiere hospitalización para el manejo integral de los pacientes. (5,21)

En algunos pacientes con diagnóstico de DA clásica manejados con esteroides sistémicos al suspender la corticoterapia puede presentarse eritrodermia descamativa, fiebre y adenopatías. En éstos pacientes los exámenes de laboratorio suelen dar como resultado eosinofilia y niveles elevados de IgE. (2,13)

Los diagnósticos diferenciales se establecen principalmente con la eritrodermia secundaria a dermatitis seborreica, algunas genodermatosis, psoriasis, síndrome de piel escaldada estafilocócica y la eritrodermia secundaria a fármacos. (22)

7.- PITIRIASIS ALBA:

Es también conocida como ecemátide acromiante y pseudoleucoderma. Esta entidad se puede presentar en pacientes con o sin constitución atópica, forma parte de los criterios menores de Hanifin y Rajka para diagnóstico de DA y también se incluye en la clasificación de variedades clínicas y morfológicas atípicas de DA. Sin embargo sigue siendo para algunos autores tema de controversia si ésta representa un estigma de atopia o es una enfermedad asociada a la DA. Anexo 5

En general, se cree que en la mayoría de los pacientes sí existen antecedentes ya sea familiares o personales de atopia, como para considerar a la pitiriasis alba una enfermedad relacionada con DA como lo propone Harper y cols. (18)

La pitiriasis alba se caracteriza por máculas blanquecinas, levemente descamativas de forma usualmente redondeada, asintomáticas. Se presenta en áreas expuestas al sol, en cara (> mejillas), en menor proporción se afecta cuello, tronco superior y porción proximal de extremidades, el pico máximo de incidencia es entre los 6 y 12 años. (5).

El diagnóstico diferencial se realiza con tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor, vitíligo, manchas lanceoladas, hipopigmentación post inflamatoria.

OTRAS FORMAS CLÍNICAS DE DERMATITIS ATOPICA MENOS FRECUENTES

DA INVERTIDA:

Es clásica en la edad escolar, se presenta con lesiones eritematopapuloescamosas escoriadas, respeta pliegues antecubitales y hueco poplíteo, afecta codos y rodillas. (3)

DA DE TOPOGRAFÍA LINEAL:

Las lesiones de DA se distribuyen en forma lineal siguiendo las líneas de Blaschko, a nivel de miembros. Esta forma atípica es poco frecuente (2)

LÍQUEN SIMPLE CRÓNICO:

Es más frecuente en adultos jóvenes con o sin antecedentes de DA infantil. Es frecuente en región cervical posterior, se presenta como placas redondas, liquenificadas y escamosas. (3).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de DA se basa en los hallazgos clínicos que varían con la edad. Los criterios de Hanifin y Rajka se utilizan para confirmar el diagnóstico, la presencia de tres criterios mayores y tres menores se considera diagnóstica. Los tres criterios mayores más reportados en la literatura son la topografía, el aspecto clínico de las lesiones, recidivante y crónica además del prurito. (3, 9,10)

Los criterios menores varían con la edad, los más reportados son, xerosis cutánea, la evolución de la dermatosis por influencia de factores ambientales y el eritema facial, encontrándose estos tres signos en más del 50% de los pacientes reportados en la literatura americana y europea. Ver anexo 9.

ESCALAS DE GRAVEDAD DE LA DERMATITIS ATÓPICA:

En los últimos 10 años se han propuesto por lo menos 13 escalas de gravedad. No todas ellas cumplen con los criterios de calidad recomendables como validación de la técnica, sensibilidad, aceptabilidad y seguridad. Esta multiplicación de las escalas muestra lo diverso de las necesidades según las diferentes situaciones clínicas. (2, 23,24)

La European Task Force on Atopic Dermatitis creo la escala de gravedad de DA denominada SCORAD, esta escala fue la que se utilizó en este estudio por ser una de las más completas. El resultado de la medición de los siguientes parámetros se denomina **INDICE DE SCORAD** en el cual se toman en cuenta tres puntos.

A: Es la superficie cutánea afectada

B: Es la intensidad de siete parámetros (eritema, edema/pápula etc.)

C: Signos subjetivos (prurito y pérdida de sueño).

La medición de estos parámetros con la formula $A/5 + 7B/2 + C$ nos permite clasificar a la dermatosis como leve cuando la suma es menor de 25, moderada cuando la suma es de 25 a 50 y como DA grave cuando la suma es mayor de 50. (2,25)

EVOLUCIÓN DE LA DERMATITIS ATÓPICA:

Como lo descrito por Wütrich, la DA puede presentar todos los perfiles evolutivos. Existen DA autolimitadas en el tiempo, que remiten por completo entre los 2 y los 5 años de edad o al llegar a la pubertad. En otros pacientes la DA recrudece durante el período puberal y se perennizan en la edad adulta.

En las mujeres, la DA suele fluctuar en correspondencia con los episodios de la vida genital como lo es la menstruación, embarazo y menopausia. Sin embargo en ambos sexos hay crisis de recrudecimiento y períodos de remisión, con la influencia de los diferentes factores agravantes y de las posibles complicaciones ampliamente conocidas en la que destaca las infecciosas. (2,25)

TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA:

Es multifactorial, ampliamente conocido desde las medidas generales básicas para el cuidado de la piel, también llamadas medidas preventivas que consisten en suprimir los agentes irritantes para la piel, tratamiento de la piel seca con emolientes a fin de reconstruir la película hidrolipídica de la piel, esteroides tópicos o sistémicos, inmunomoduladores, inmunosupresores entre muchos otros.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- Cuál es la frecuencia de presentación de las manifestaciones atípicas de DA en pacientes pediátricos de la consulta externa de dermatología del Hospital Infantil de México.

JUSTIFICACIÓN:

- No existen reportes en nuestra población de la frecuencia de presentación de las variedades atípicas de DA tanto en las formas clínicas como de las morfológicas.
- No se le ha dado importancia a la búsqueda intencionada de estas variedades lo que condiciona subdiagnóstico de la enfermedad y falla en el tratamiento de la dermatosis. Al conocer la frecuencia de presentación de cada una de ellas podemos considerarlas siempre que se revise a un paciente con sospecha de DA..

OBJETIVOS:

- Describir cual es la frecuencia de las diferentes variedades clínicas atípicas de DA en pacientes que acudan a la consulta externa de dermatología del Hospital Infantil de México de Enero a Junio del 2009.

MATERIAL Y METODO:

- Estudio prospectivo descriptivo, la población de estudio son pacientes menores de 18 años que acudan a la consulta externa de dermatología del Hospital Infantil de México en el período de Enero a Junio del 2009, que cumplan los siguientes criterios:

1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes valorados de Enero A Junio del 2009 en la consulta externa de Dermatología del Hospital Infantil de México.
- Menores de 18 años.
- Ambos sexos.
- Corroborar el diagnostico de DA mediante los criterios de Hanifin y Rajka al momento de la consulta así sea de primera vez o subsecuente.

2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes ya incluidos previamente en el estudio.

3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no cuenten con los datos completos en la hoja de recolección de datos.

PROCEDIMIENTO:

- Llenar hoja de recolección de datos.
- Apoyo diagnóstico mediante fotografías representativas de las formas clínicas atípicas buscadas en nuestros pacientes con DA
- Apoyo fotográfico para la valoración del índice de SCORAD.
- Análisis de la información: Estadística descriptiva y analítica mediante programa estadístico SPSS versión 16

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
DISEMINADAS: <ul style="list-style-type: none"> • Folicular • Papular liquenoide • Tipo prurigo • Tipo numular • Eccema dishidrótico • Eritrodérmico • Pitiriasis alba 	Cualitativa	Nominal Dicotómica
LOCALIZADAS: <ul style="list-style-type: none"> • DA plantar • Paroniquia • Queilitis • Pitiriasis alba • Fisuras { Párpados Dedos • Eccema de { Vulvar Pezón 	Cualitativa	Nominal Dicotómica

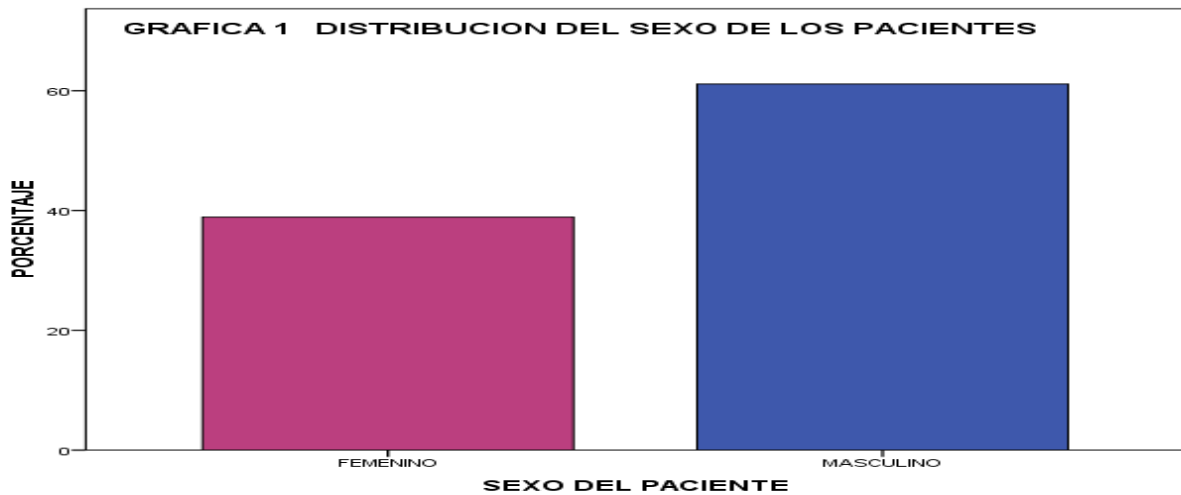
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
SCORAD: <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Grave 	Cualitativa	Ordinal
TRATAMIENTOS PREVIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Inmunomodulador • Esteroide tópico • Esteroide sistémico • Emolientes • Factor de transferencia 	Cualitativa	Nominal Dicotómica
SEXO	Cualitativa	Nominal Dicotómica
EDAD	Cuantitativa	Continua

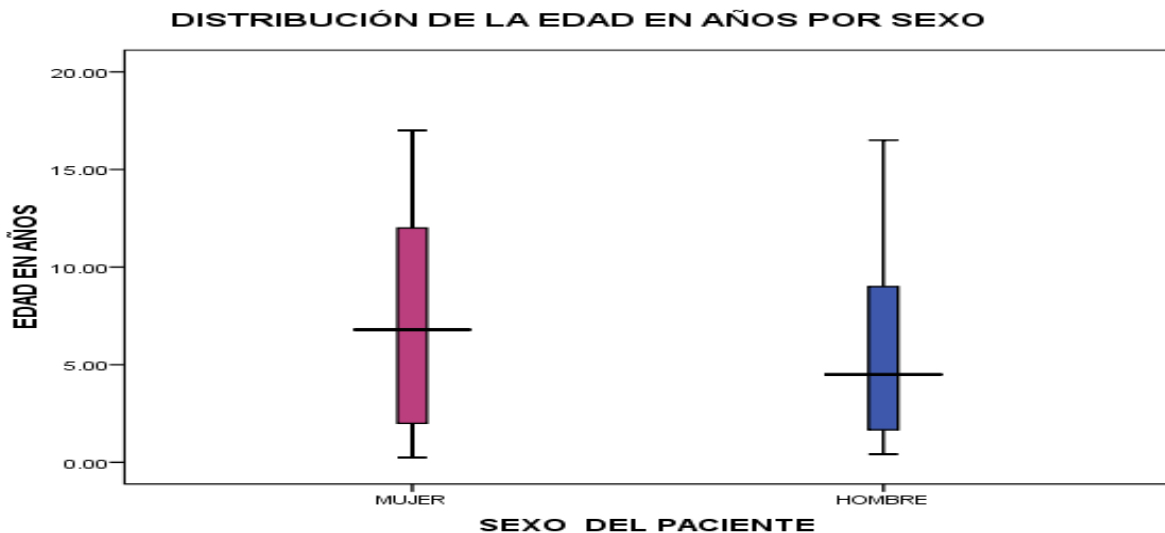
RESULTADOS:

En el periodo de enero del 2009 a junio del 2009 se capturaron para estudio 117 pacientes que acudieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, de estos 9 pacientes fueron eliminados por contar con hoja de recolección de datos incompleta al momento de su captura.

Se incluyeron para análisis un total de 108 pacientes, de los cuales 42 fueron mujeres (38%) y 66 hombres (62%). **GRAFICA 1.**



El rango de edad de los pacientes fue desde los 4 meses hasta los 17 años con una media de 5 años 2 meses. **GRAFICA 2.**



FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS ATÍPICAS DE DERMATITIS ATÓPICA EN
EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

De los 108 pacientes 34 fueron pacientes de primera vez y 74 fueron pacientes que acudieron a una cita subsecuente. El 65% de los pacientes tenían antecedentes heredofamiliares de atopia se encontró en 65 pacientes (60.2%), asma 37 (34.3%), alergia alimentaria 19 (17.6%).

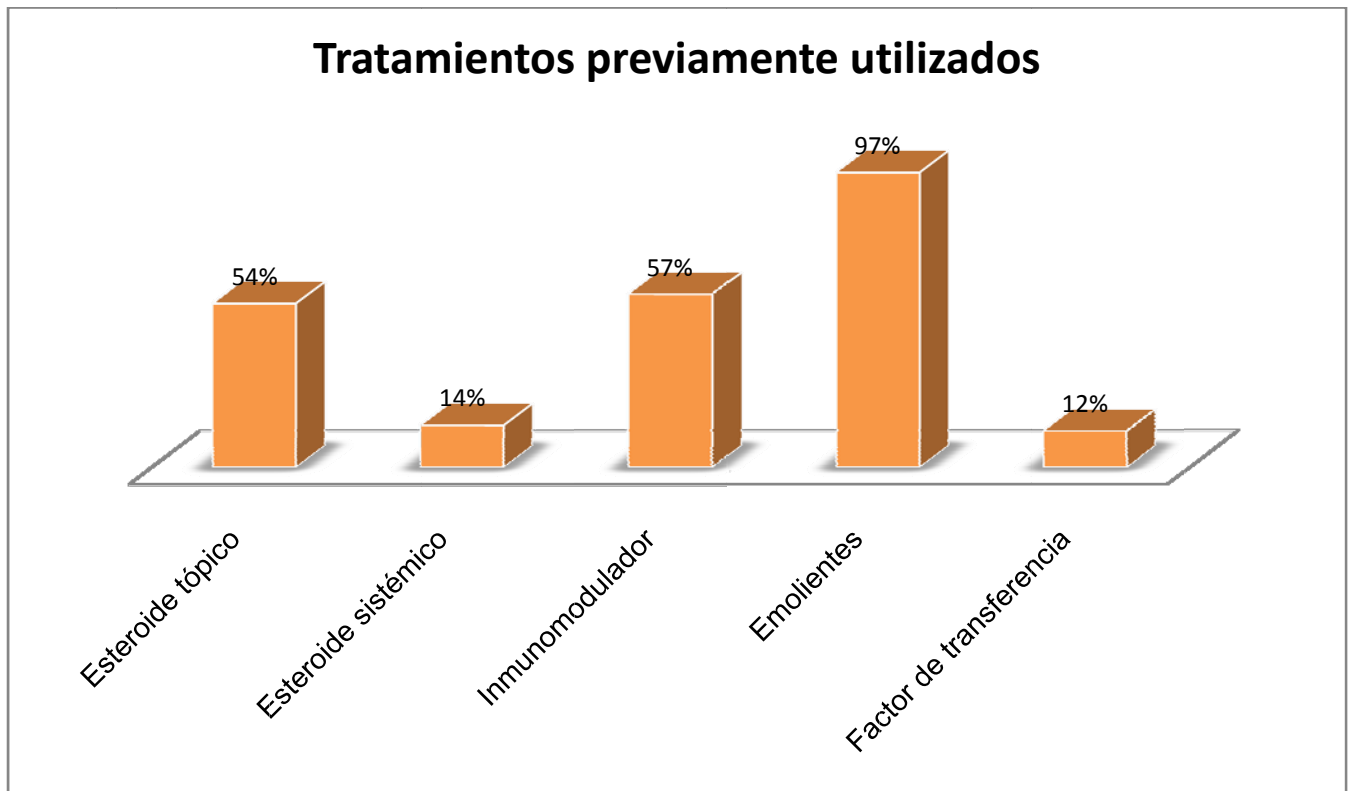
En los antecedentes personales patológicos (APP) la alergia alimentaria se encontró como antecedente en 28 pacientes (25.9%), alergia a medicamentos en 15 (13.9%) rinitis alérgica en 34 (31.5%) y asma en 18 (16.7%). **TABLA 1**

	Pacientes (n)	Porcentaje (%)
Masculino	66	62
Femenino	42	38
Primera vez	34	31.5
Subsecuentes	74	68.5
Antecedentes familiar de atopia	65	60.2
Antecedente familiar de asma	37	34.7
Antecedente familiar de alergia alimentaria	19	17.6
Alergia alimentaria	28	25.0
Alergia a medicamentos	15	13.9
Portador de asma	18	16.7

De los criterios mayores de Hanifin y Rajka para realizar el diagnóstico de DA el prurito fue el más importante ya que se presentó en el 100% de los casos, la cronicidad y la recidiva estuvo presente en el 96.3% de los pacientes. Los criterios menores que se presentaron con mayor frecuencia al momento del diagnóstico de la DA fueron: La Xerosis en el 90% de los casos, el prurito relacionado con la sudoración en 71%, el comienzo precoz antes de los 6 meses de vida en el 48%, la exacerbación de las lesiones relacionado con las emociones y la presencia de reacción cutánea tipo I en el 40.7% de los casos.

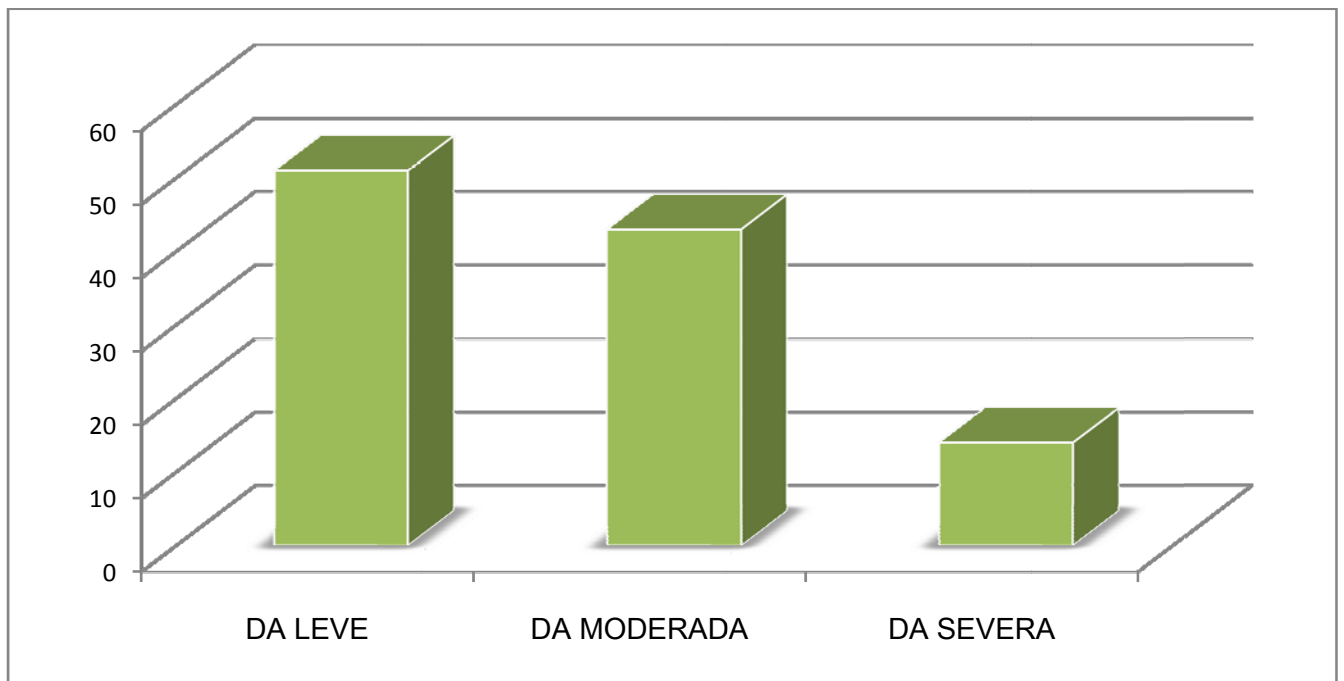
Los tratamientos utilizados por los pacientes previo al estudio, el 97% de los pacientes tenía antecedente de aplicación de emolientes, el 57% de uso de inmunomoduladores, el 54% esteroides tópicos, esteroides sistémicos en un 14%, factor de Transferencia en el 12% de los casos. Grafica 3

GRAFICA 3: Tratamientos previamente utilizados



Para medir la gravedad de la Dermatitis atópica en los pacientes se calculó el Índice SCORAD. La distribución en la gravedad de la Dermatitis atópica en el estudio se presentó de la siguiente manera: 51 pacientes tuvieron un cuadro leve (47%), 43 presentaron una Dermatitis atópica moderada (40%), y 14 presentaron la forma grave (13%). Gráfica 4

GRAFICA 4: Gravedad de la Dermatitis atópica

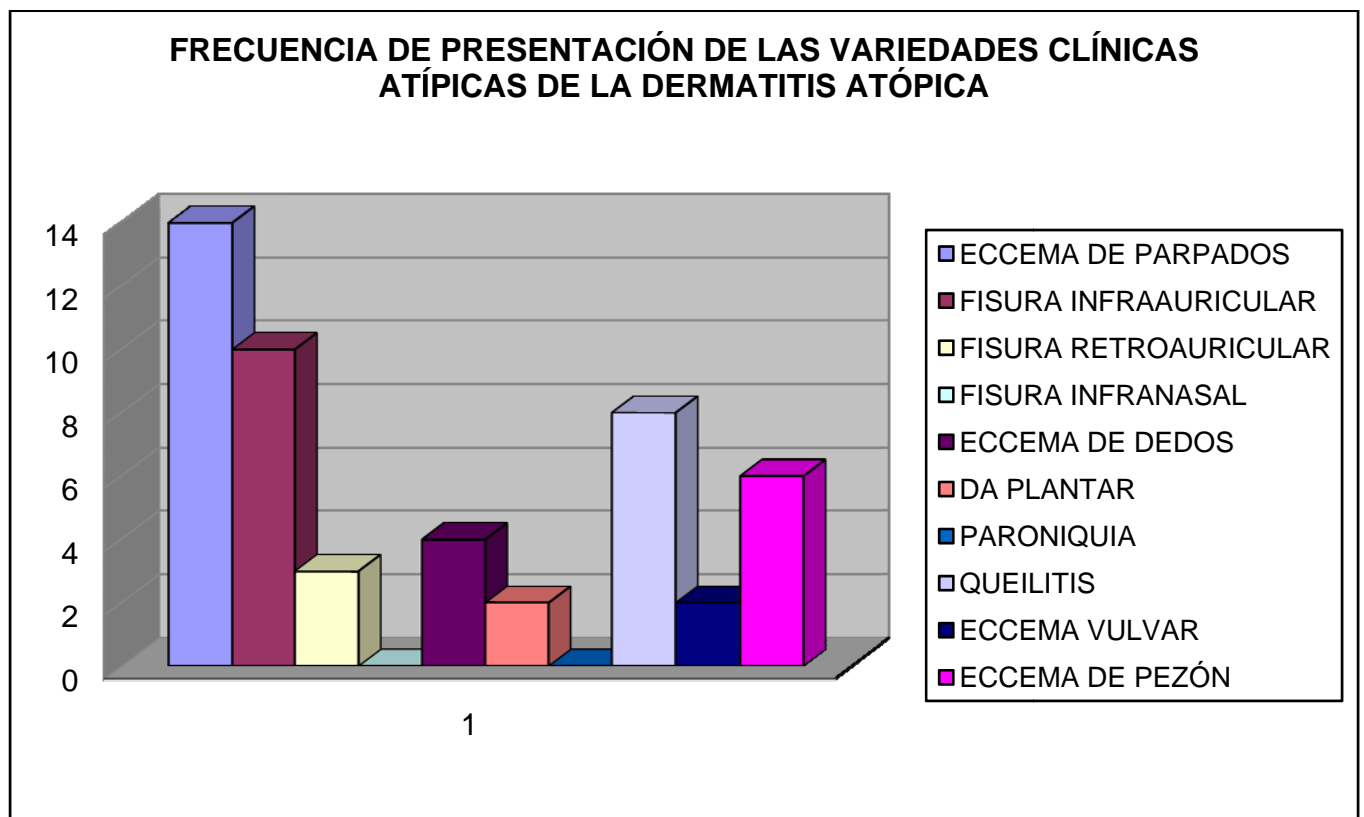


De los 108 pacientes incluidos en el análisis, 32 (29 %) tuvieron como manifestación de la enfermedad el cuadro clínico típico (clásico) de la DA de, y 76 pacientes (71%) presentaron algún tipo de manifestación atípica, de las cuales las variedades clínicas más frecuentes fueron la Pitiriasis alba encontrada en 19 pacientes (17.6%) esta variedad también está en la clasificación morfológica y el eccema de párpados en 14 pacientes (13%). **Tabla 2 y gráfica 3**

TABLA 2: Variedades atípicas clínicas

VARIEDAD CLINICA	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
ECCEMA DE PARPADOS	14	13
FISURA INFRAAURICULAR	10	9.3
FISURA RETROAURICULAR	3	2.8
FISURA INFRANASAL	0	0
ECCEMA DE DEDOS	4	3.7
DA PLANTAR	2	1.9
PARONIQUIA	0	0
QUEILITIS	8	7.9
ECCEMA VULVAR	2	1.9
ECCEMA DE PEZÓN	6	5.6

GRAFICA 5: Variedades atípicas clínicas



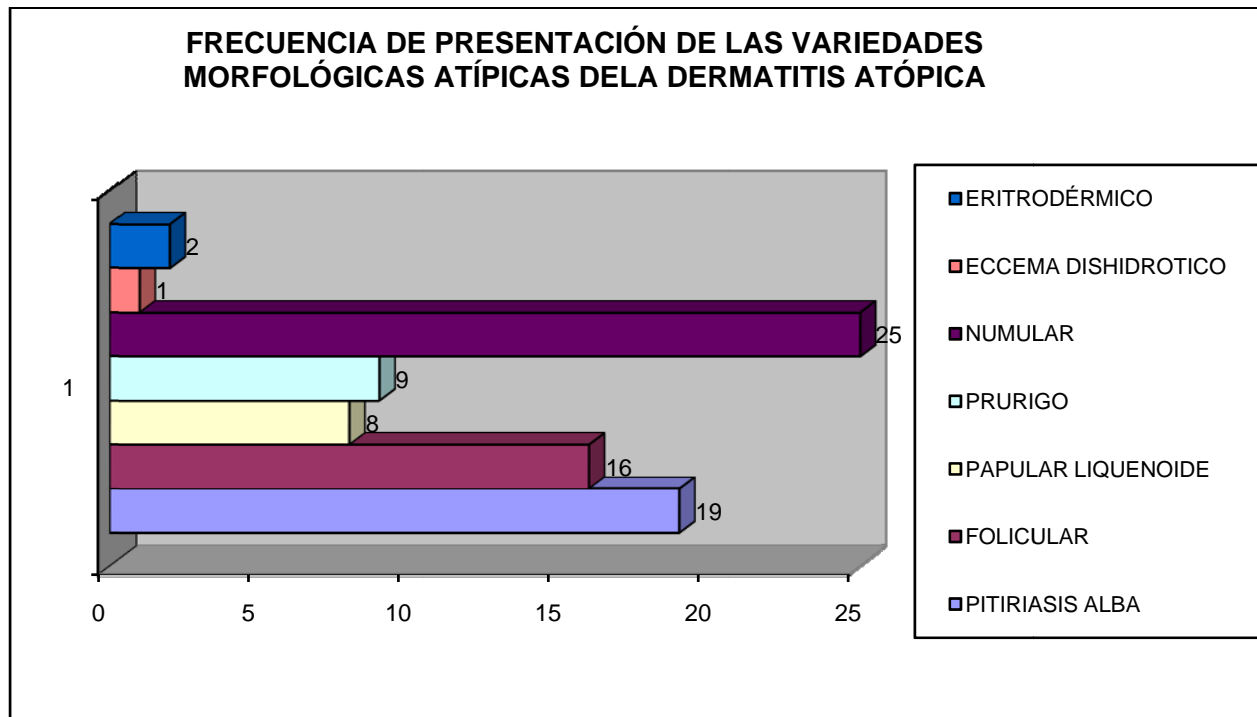
FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS ATÍPICAS DE DERMATITIS ATÓPICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

De las variedades atípicas morfológicas que se presentaron con mayor frecuencia fueron la Numular en 25 pacientes (23.1%) y la Pitiriasis alba en 19 pacientes (17.6%) esta variedad algunos autores la incluyen también como variante clínica. **Tabla 3 y gráfica 4**

TABLA 3: Distribución de las variedades atípicas morfológicas.

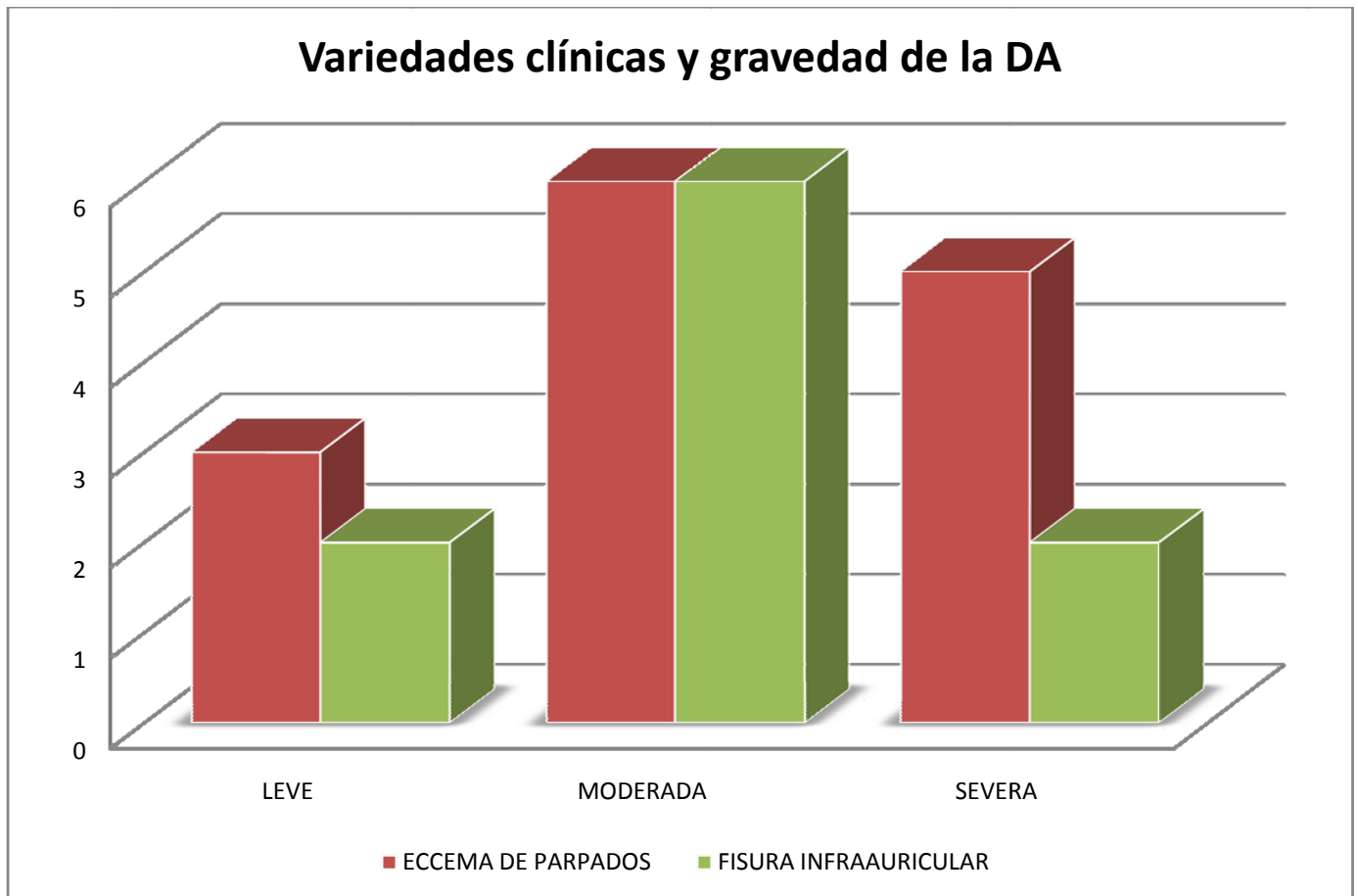
VARIEDAD MORFOLOGICA	PACIENTES (n)	PORCENTAJE (%)
PITIRIASIS ALBA	19	17.6
FOLICULAR	16	14.8
PAPULAR LIQUENOIDE	8	7.4
PRURIGO	9	8.3
NUMULAR	25	23.1
ECCEMA DISHIDROTICO	1	0.9
ERITRODÉRMICO	2	1.9

GRAFICA 6: Distribución por frecuencia de las variedades morfológicas atípicas



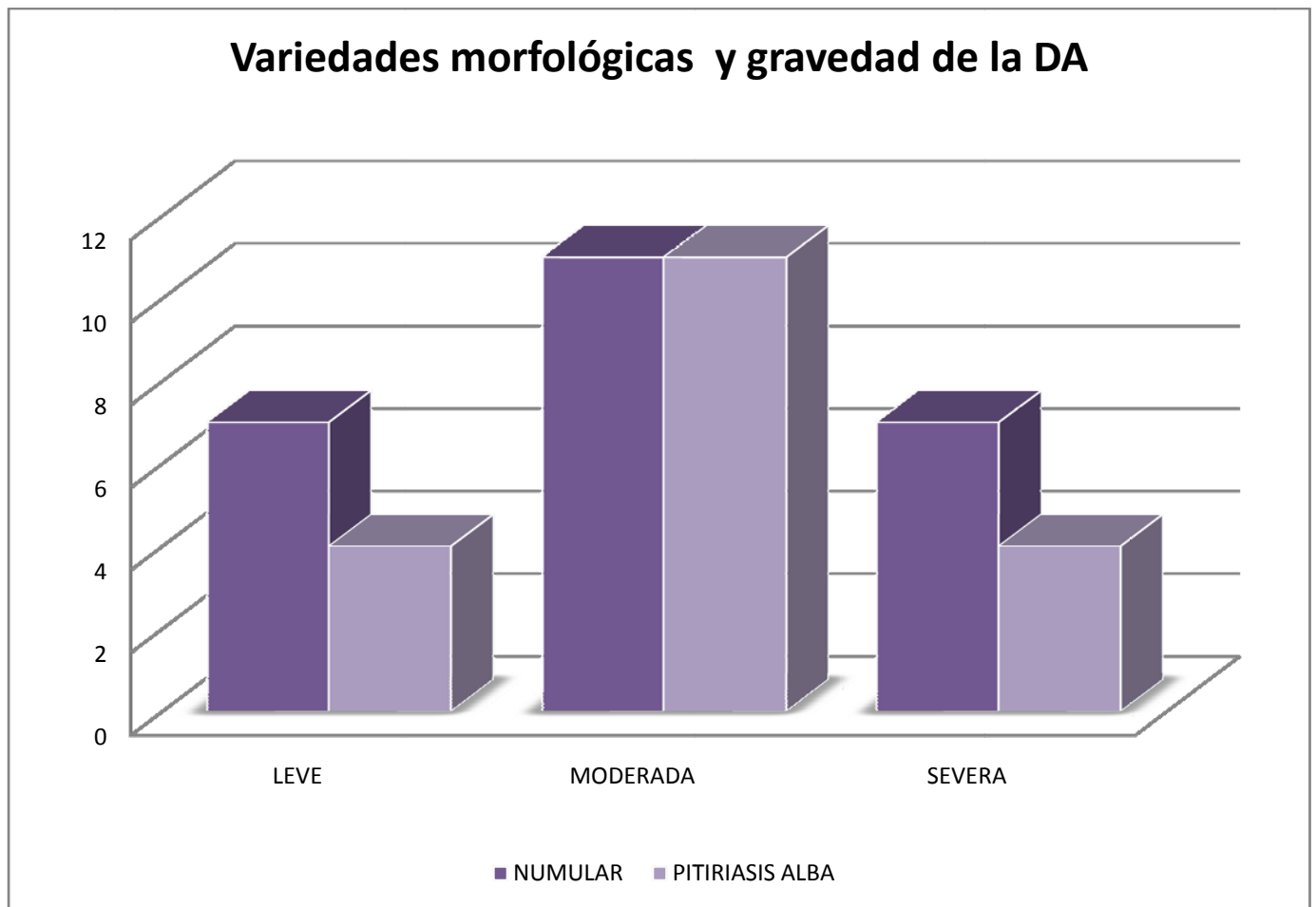
Las variedades atípicas clínicas que se presentaron con mayor frecuencia de acuerdo a la gravedad de la dermatosis fueron el eccema de párpados y las fisuras infraauriculares, se distribuyeron como se muestra en la gráfica 7.

GRÁFICA 7: Presentación de las variedades clínicas atípicas de DA más frecuentes de acuerdo a la gravedad de la dermatosis.



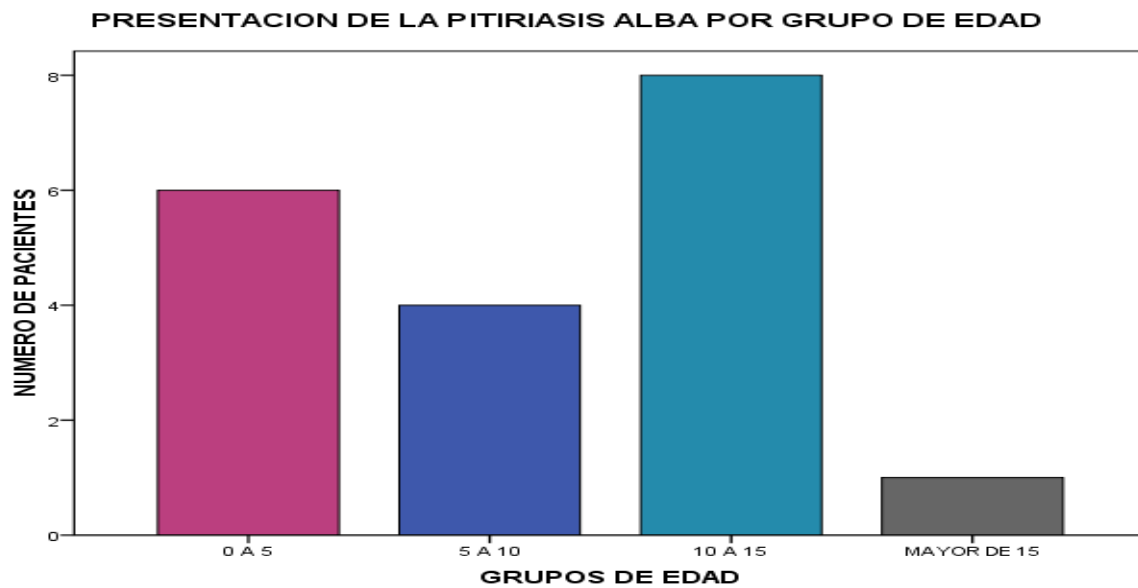
De las variedades morfológicas las más frecuentes en todos los grados de dermatitis atópica fue el eccema numular y la pitiriasis alba.

GRAFICA 8: Presentación de las variedades morfológicas atípicas de DA más frecuentes de acuerdo a la gravedad de la dermatosis.



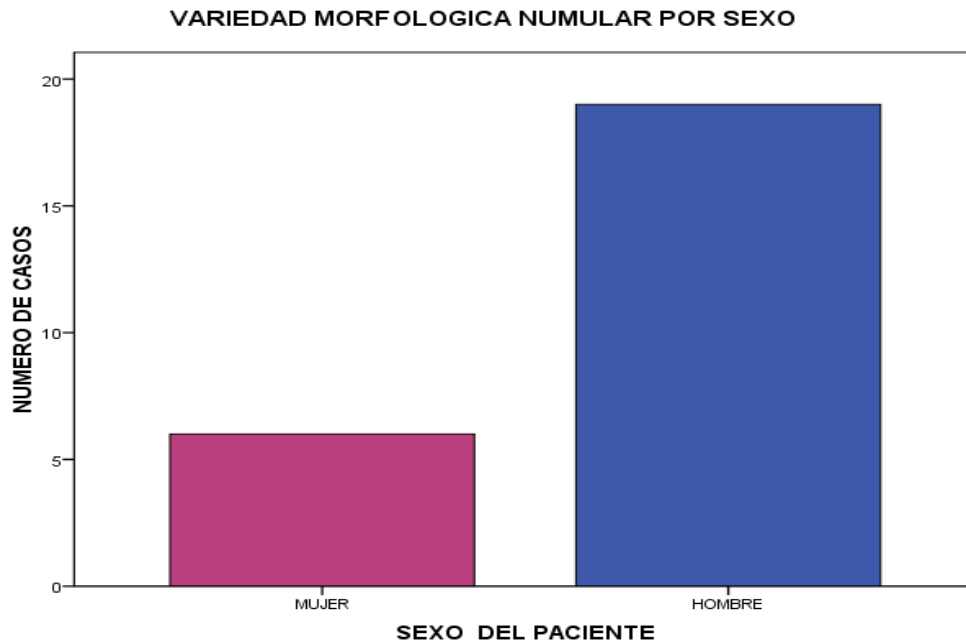
La pitiriasis alba afectó por igual a ambos sexos y encontramos un predominio en el rango de edad de 10 a 15 años ($p < 0.05$). Gráfica 9.

GRAFICA 09: Distribución de la pitiriasis alba por grupo de edad.

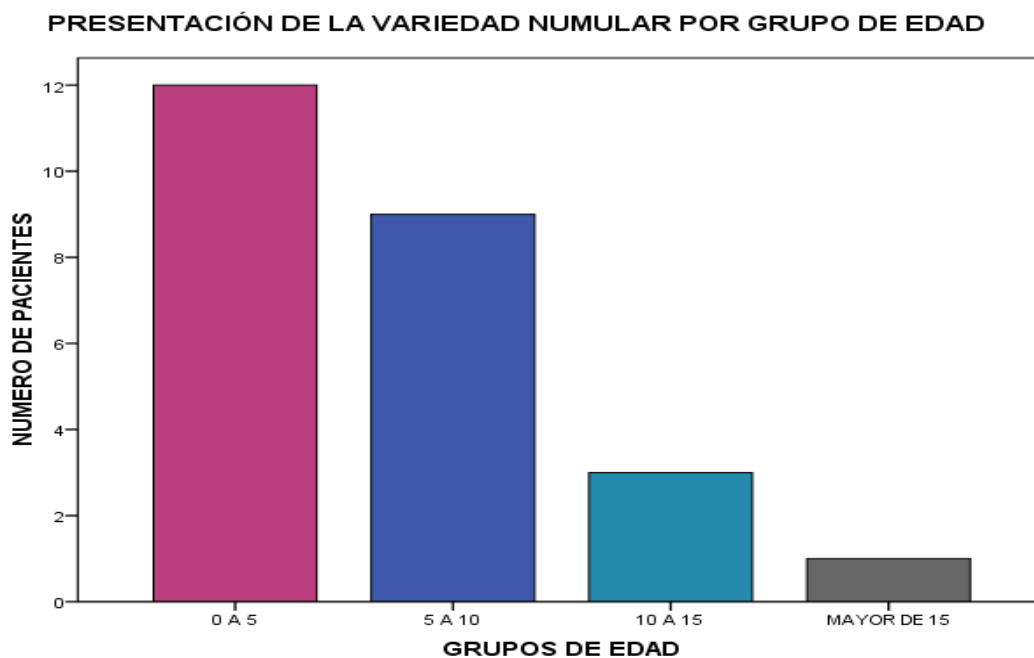


La variedad numular se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino ($p < 0.05$) y en menores de 5 años. Gráfica 10 y 11.

GRAFICA 10: Distribución de la principal variedad atípica morfológica según el sexo.



GRAFICA 11: Distribución de la variedad numular según el grupo de edad.



DISCUSIÓN:

Según el consenso nacional de DA realizado en Argentina, reporta que esta dermatosis afecta entre el 6% y el 30.8% de la población infantil y de 1% a 3% de la población adulta. El 20 al 60% de los casos desarrolla DA asociada a manifestaciones respiratorias (asma-rinitis), 40-67% de los pacientes presentan antecedentes personales y/o familiares de atopia, en nuestro estudio encontramos el AHF de atopia en el 60.2% de los casos, hecho que concuerda con la literatura, también encontramos el antecedente de asma en el 34.3% de los casos y alergia alimentaria en el 17.6% de los casos.

De los 108 pacientes incluidos en el análisis, predominó el sexo masculino con 66 pacientes (62%), dato que concuerda con la literatura. Del total de los pacientes incluidos 76 pacientes (71%) presentaron algún tipo de manifestación atípica ya sea clínica o morfológica, dato que nos confirma la importancia de conocer este tipo de manifestaciones ya que en la mayoría de las DA se encuentran como manifestaciones asociadas. Las variedades clínicas más frecuentemente encontradas fueron la Pitiriasis alba, reportada en 19 pacientes (17.6%), de estos con un ligero predominio en el sexo masculino, y un franco predominio en la adolescencia (de los 10-15 años), esta variedad también está en la clasificación morfológica según Harper y cols. Quienes reportaron que en la mayoría de los pacientes con pitiriasis alba tenían antecedentes ya sea familiares o personales de atopia, como para considerar a la pitiriasis alba una enfermedad relacionada con DA (3,26), el eccema de párpados se encontró en 14 pacientes (13%) la literatura describe que el sexo femenino es el más afectado en el período pospuberal (15.27).

De las variedades atípicas morfológicas que se presentaron con mayor frecuencia fueron la Numular en 25 pacientes (23.1%) dato que concuerda con la literatura refiriéndose como una de las variantes atípicas más encontradas, sin existir estudios que reporten la frecuencia real de esta dermatosis. En esta variedad predominó en el sexo masculino y con mayor frecuencia en los primeros 5 años de vida.

Es de llamar la atención que en 16 pacientes (14.8%) se encontró la variante folicular, ocupando el tercer lugar en frecuencia de las manifestaciones atípicas. Ofuji y Uehara consideraron que esta variedad atípica en algunos casos puede representar la lesión primaria de la dermatitis atópica. Un estudio posterior con una muestra mayor y seguimiento de los pacientes permitirá corroborar esta sospecha.

Los tipos de tratamientos previos utilizados por los pacientes al ingreso del estudio fueron en el 97% de los casos aplicación de emolientes, el 57% de uso de inmunomoduladores, el 54% de los pacientes aplicación previa de esteroides tópicos, el uso de esteroides sistémicos en un 14%, y el factor de Transferencia en el 12% de los casos, estos datos nos permite valorar los manejos de tratamiento que empleamos en nuestra población.

La distribución de la gravedad de la Dermatitis atópica en el estudio se presentó predominando los cuadros leves con afección de 51 pacientes (47%), 43 presentaron una Dermatitis atópica moderada (40%), y 14 presentaron la forma grave (13%).

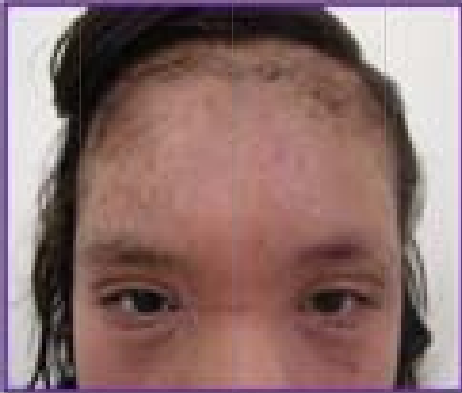
CONCLUSIONES.

- El antecedente familiar de atopia se presenta con la misma frecuencia en pacientes con manifestaciones típicas y atípicas de la enfermedad.
- La variedad clínica más frecuente es el eccema de párpados.
- Las variedades morfológicas más frecuentes son el eccema numular y pitiriasis alba.
- El prurito es el síntoma que acompaña a todas las variedades, clínicas y morfológicas de dermatitis atópica. La ausencia de este dato clínico debe obligar a considerar diagnósticos diferenciales.
- Las manifestaciones atípicas clínicas y morfológicas de la dermatitis atópica son muy frecuentes, presentándose en más del 70% de los pacientes con esta patología, por lo que es fundamental su conocimiento para establecer el diagnóstico temprano de dermatitis atópica e iniciar el tratamiento adecuado.

ANEXO 1:

Fotos representativas de las variedades atípicas clínicas

ECCEMA DE PARPADOS

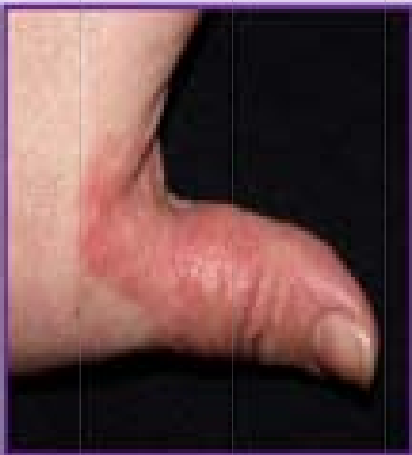


FISURAS



ANEXO 2:

ECCEMA DE DEDOS



DA PALMAR



Fotos representativas de las variedades atípicas clínicas.

ANEXO 3:

PARONQUIA



QUEILITIS



ANEXO 4:

ECCEMA VULVAR



ECCEMA DEL PEZON



Foto representativa de las variedades atípicas clínica y morfológica.

ANEXO 5:

PITIRIASIS ALBA



Fotos representativas de las variedades atípicas morfológicas

ANEXO 6:

FOLICULAR



PAPULAR LIQUENOIDE



Fotos representativas de las variedades atípicas morfológicas.

ANEXO 7:



ANEXO 8:



Anexo 9: Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka para dermatitis atópica.

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
1.- Topografía y aspecto clínico	1.- Xerosis
2.- Prurito	2.- Ictiosis
3.- Recidivante y crónica	3.- Queratosis folicular
4.- AHF Atopia	4.- Hiperlinealidad palmar
	5.- Reacción cutánea tipo I
	6.- Aumento de Ig E sérica
	7.- Comienzo precoz
	8.- Infecciones cutáneas
	9.- Dermatitis en manos/pies
	10.- Eccema del pezón
	11.- Queilitis
	12.- Conjuntivitis recidivantes
	13.- Pliegue de Dennie-Morgan
	14.- Pigmentación periorbitaria
	15.- Palidez Facial
	16.- Eritema facial
	17.- Pitiriasis alba
	18.- Pliegues anterior de cuello
	19.- Prurito al transpirar
	20.- Intolerancia a la lana
	21.- Acentuación perifolicular
	22.- Alergia alimentaria
	23.- Agravación por el ambiente
	24.- Agravación por emociones
	25.- Dermografismo blanco

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Cáceres H, Rueda M. y col. Dermatitis atópica en el instituto de salud del niño. *Dermatol Per Edición Especial Sep 1998*;64-65.
2. Koepfel MC. Atopic dermatitis en *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Marseille, France. E 98-150-A-10.
3. Calderón J, Rosas M. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Rev alergia México 2007*;54(3):96-103
4. Almendarez F. Jiménez C. Orozco M. Perfil clínico en los pacientes con dermatitis atópica. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*. 2000;1:6-15
5. Lipozencic J. Atopic dermatitis: an update and review of the literatura. *Dermatol clin 2007*;25:605-612 Kunz B, Ring J. Clinical Features and diagnostic criteria of atopic dermatitis. En: *Texbook of Pediatric Dermatology*. Harper J. 1° ed. Oxford: Blackwell Science;2000 p.199-214.
6. Picone A. Dermatitis atópica en *Consenso argentino de dermatitis atópica 2004*.
7. Susac A, Babíc S. An overview on atopic dermatitis in children. *Act Dermatovenereol Croat 2007*;15(3):158-166
8. Schultz-Larsen F, Diepgen T, Svensson A. The occurrence of atopic dermatitis in North Europe: an international questionnaire study. *J Am Acad Dermatol 1996*; 34:760-764
9. Wisuthsarewong W, Viravan S. Diagnostic criteria for atopic dermatitis in Thai children. *J Med Assoc Thai 2004*;87(12):1496-1500
10. Hurwitz S. Eczematous eruptions in childhood en *Clinical Pediatric Dermatology. A texbook of skin disorders of childhood and adolescence*. Hurwitz S. (ed). Filadelfia: W.B. Saunders Company; 198, p. 39-68
11. Rencic A, Cohen BA. Prominent pruritic periumbilical papules: A diagnostic sign in pediatric atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol 1999*;16(6):436-438
12. Peroni DG, Piacentini GL. Prevalence and risk factors for atopic dermatitis in preschool children. *Br J Dermatol 2008*;158(3):539-543

13. Sáez M. Manifestaciones cutáneas atípicas. Sistema de actualización médica en Dermatitis atópica. Libro 2 p. 47-79
14. Dupré A, Chistol B. Atopic dermatitis and pox-virus superinfections. *Ann Dermatol Venereol* 1981;108(11):829-834
15. Russell SC, Dawe RS. The photosensitivity dermatitis and actinic reticuloid syndrome occurring in seven young atopic patients. *Br J Dermatol* 1998;138:496-501
16. Morren MA. Atopic Dermatitis: triggering factors. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:467-473
17. Keith A. Knoell, and Kenneth E. Greer. Atopic Dermatitis. *Pediatric in review*. 1999;2:46-51
18. Anne R. Halbert, William L. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1995;6:1008-18
19. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity Scoring of Atopic Dermatitis: The SCORAD Index. *Dermatology*. 1993;186:23-31
20. Consensus Report of the European Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Clinical Validation and Guidelines for the SCORAD Index. *Dermatology*. 1997;195:10-19.
21. Hambly EM, Wilkinson DS. Sur quelques forms atypiques d'eczéma chez l'enfant. *Ann Dermatol Venerol* 1978;105:369-71.
22. Sarkar R, Sharma RC, Koranne RV, Sardana K. Erythroderma in children: a clínico-etiological study. *J. Dermatol* 1999;26:507-11
23. Hanifin JM, Lobitz WC. Newer concepts of atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1977;113: 663-70.
24. Nangaraja Kanwar AM, Dahar S, Singh S. Frecuency and significance of minor clinical features in various age-related subgroups of atopic dermatitis patients. *Pediatr Dermatol* 1996;13:10-13
25. Rudzki E, Samochocki Z, Rebandel P et al. Frecuency and significance of the major and minor features of Hanifin and Rajka among patients with atopic dermatitis. *Dermatology* 1994; 189:41-6.

26. Ofuji S, Uehara M. Follicular eruptions of atopic dermatitis. Arch Dermatol 1973;107:54-5
27. Charman C, Williams H. Outcomes measures of disease severity in atopic dermatitis. Arch Dermatol 2000;136:763-769.