

DERMATITIS ATOPICA

UNA ENFERMEDAD AGOBIANTE Y DE MANEJO PROBLEMATICO

Francisco Sánchez Chacón*

Este es un padecimiento bastante frecuente, 50/o de la población¹¹, que comienza por lo general entre los 3 y 4 meses de edad y en la mayoría de los casos se prolonga más allá de los 20 años; en un estudio hecho por ROTH⁹ se encontró que la dermatitis tenía una duración media de 32 años. Se asocia con antecedentes familiares de dermatitis atópica, asma bronquial o de rinitis alérgica, y puede cursar en el mismo paciente con dichas entidades; sin embargo, no es infrecuente encontrar enfermos en donde el interrogatorio no revela antecedentes familiares de tales padecimientos. La etiología no está claramente dilucidada y SULZBERGER¹⁰ es claro en decir que no es un padecimiento totalmente alérgico; efectivamente, la supresión del o los alérgenos probables no cura la enfermedad y la desensibilización específica no los

beneficia tampoco. LORTAT-JACOB⁵ al hablar de la causa de la enfermedad dice: "únicamente la noción vaga e imprecisa, pero clínica, de una diátesis familiar (asma-eczema), parece válida". No se puede actualmente dar una explicación de la causa de la enfermedad, pero las posibilidades incluyen: una fisiología anormal de la piel, defectos bioquímicos a su nivel, anormalidades específicas inmunes y bloqueo Beta-adrenérgico. La IgE está elevada en el 80/o de los casos, y la inmunidad celular está alterada en algunos pacientes¹¹. Clínicamente las

lesiones son placas eritematosas, compuestas de pápulas pequeñas que se tornan exudativas en las fases agudas (eczema atópico) y asientan en sitios característicos: en mejillas, mentón, cuello y en las extremidades en los pliegues de codos, huesos poplíteos y dorso de pies. En el tronco asientan en cualquier parte, pero son frecuentes en abdomen. Los lactantes son muy afectados en las superficies de extensión de las cuatro extremidades, cuero cabelludo y en glúteos; esta última localización es frecuentemente la inicial en nuestro país y puede constituir en niños y adultos, una ubicación única en raros casos.

La forma flexural es casi patognomónica de la enfermedad y es probable que se deba a que esos sitios son selectivos de sudoración, tanto por tensión psíquica como por ejercicio. Teniendo los atópicos muchos poros ocluidos (retención sudoral), el sudor se vierte no fuera, sino dentro de la piel, lo cual desencadena furiosos ata-

ques de prurito. Este es el síntoma más agobiador y lleva a los enfermos a la desesperación, al insomnio y a depresiones a veces severas. La enfermedad tiene períodos de remisión, alternando con brotes súbitos. En los lactantes éstas son desencadenadas por las infecciones, especialmente respiratorias y por ciertos alimentos (tomate, huevo, especialmente la clara, cacao, leche de vaca y frutas cítricas). En los niños mayores también juegan un papel importante, así como las ropas de lana y los juguetes que acumulan polvo en su pelambre. En nuestra experiencia, entre los alérgenos ingeridos, uno de los más activos es el tomate. En los adultos el 99/o de las exacerbaciones son desencadenadas por stress (en el trabajo o familiar); si no se solucionan estos conflictos, es muy difícil mejorar al paciente, a no ser que se le aisle en un hospital, o que se les sature de corticoides y sedantes, con los riesgos que esto conlleva. Según algunas estadísticas extranjeras, VOWLES, citado por DULANTO¹ el 27/o de los casos infantiles mejoran de su padecimiento después de los 2-3 años. La enfermedad puede cambiarse por asma a esa edad o con el desarrollo, época en que también puede desaparecer. Asimismo, el comienzo no es obligado en el lactante; tenemos casos de aparición después de los 3 y 20 años. Algunos de estos casos adultos hacen cuadros diseminados, simulando Pitiriasis Rosada o acompañándose de manifestaciones urticarianas extensas. Siempre se hallan aquí los problemas existenciales ya mencionados y muchos de ellos han sido asmáticos en la niñez. Un 10/o aproximadamente de los atópicos, tienen lesiones localizadas únicamente en una o en las dos manos. Acompañan al padecimiento una serie de alteraciones y enfermedades (estigmas), de las cuales las más importantes son: asma bronquial y rinitis alérgica, que en un estudio de ROTH⁹ es de un 55/o; la predisposición a dar reacciones gravísimas por penicilina y sueros heterólogos; la catarata juvenil que puede estar entre 4 y 13/o⁹ y la predisposición a las infecciones por virus del herpes simple, y de la vacuna, por lo que se les debe evitar el contacto con personas vacunadas o con herpes, ya que las complicaciones de tales infecciones pueden ser mortales. En nuestra experiencia la presentación de esas virosis dando lesiones extensas en atópicos, es bajísima.

Otros estigmas menos importantes son: dermografismo blanco, sequedad e hipersensibilidad de la piel a los álcalis, zonas leucodérmicas, eosinofilia en sangre periférica y médula, curva de glicemia plana y el llamado pliegue mongol: un surco extra en párpado inferior. El

* Jefe de Clínica Servicio Dermatología y Alergología, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

tratamiento de la enfermedad debe ser local y general. Localmente lo más importante es combatir el prurito y la exudación de los brotes agudos; para lo primero, pueden ser útiles los fomentos de agua helada o caliente, preferiblemente todo lo caliente que el paciente soporte; el alcohol mentolado al 0.250/o y sobre todo los esteroides locales son de gran eficacia. Calmar el prurito es lo más perentorio, pues esta enfermedad es quizá la más pruginosa de cuantas existan; desgraciadamente, a veces conseguir un alivio del mismo, es muy difícil. La exudación se contiene con pastas de óxido de zinc, fomentos de solución Burow o de manzanilla. En las placas crónicas los esteroides locales y el alquitrán de hulla, son medicaciones de primera línea. En algunos casos la infiltración intralesional de betametasona, metilprednisolona o triamcinolona producen un resultado espectacular. Es prudente evitar los antihistamínicos locales, pues estos pacientes están muy predispuestos a dermatitis por contacto por tales productos, así como por la neomicina, bacitracina, el mercurio amoniacal y la nitrofurazona. Es prudente recordar que FEIWELL² ha demostrado la posibilidad de inhibición suprarrenal en infantes y niños, por el uso de corticoides locales; es una buena medida, entonces, mezclarlas con pastas de óxido de zinc al 1/4 o al 1/2, sobre todo si las áreas afectadas son extensas. Los jabones y detergentes deben ser evitados.

Por vía general se usarán los antihistamínicos orales o inyectados. A veces hay que probar varios, pues en un caso dado, cualquiera de ellos puede resultar mejor que otros. Si es necesario, se darán sedantes y somníferos; cuando el caso lo amerite y generalmente en última instancia, se darán corticoides orales o parenterales. Una dosis de 20-40 mgs. de prednisona diaria o sus equivalentes, es una buena dosis de ataque en un adulto; debe mantenerse por 6 días, y luego bajarla a razón de 5-10 mgs. cada tres días; es deseable no darlos más de cuatro semanas. De acuerdo con la severidad del padecimiento, se pueden dar dosis más altas. En algunos casos se ve uno obligado a mantenerlos con una dosis mínima por más de dos meses. No encontramos ninguna ventaja especial con determinado corticoide; la prednisona es la de más fácil manejo y la que usamos casi siempre. En los niños, dosis de 10 mgs. por metro cuadrado, pueden mantenerse sin peligro de retardo del crecimiento; se darán también sólo como último recurso farmacológico. La desensibilización específica puede ayudar a los pacientes que también tienen asma bronquial o rinitis alérgica, pero no mejora el problema de la piel⁹. La psicoterapia superficial hecha por el mismo médico, es de gran valor. Recomendar un cambio radical de clima, debe ser una medida muy meditada, ya que ello conlleva enormes problemas familiares y al final, el niño puede comenzar a hacer brotes en su nuevo lugar de residencia; los climas muy calientes o muy fríos no son aptos para ellos. Las infecciones respiratorias y de la piel se les debe tratar preferentemente con lincomicina y eritromicina, a las dosis usuales; es necesario evitarles totalmente las penicilinas naturales, las semisintéticas, las cefalosporinas y los sueros heterólogos.

RESUMEN:

La dermatitis atópica es un padecimiento frecuente, que se asocia con asma y/o rinitis alérgica. Aparece usualmente a los 2-4 meses de edad, y puede "curar" o persistir por toda la vida. El tratamiento es sintomático, y creemos que lo seguirá siendo siempre porque el órgano choque es inmodificable.

BIBLIOGRAFIA

1. DULANTO, F.; OCAÑA, S.J.: *Dermatitis Atópica*. Rev. Clin. Esp. 1959; 75:287.
2. FEIWELL, M.; JAMES, V.H.T.; BARNETT, E.S.: *Effect of potent topical steroids on plasma cortisol levels of infants and children with eczema*. Lancet, 1969; 1:485.
3. GUREVIT, A.; HEINER DOUGLAS, C.; HEINER, R.M.: *IgE in atopic dermatitis and other common dermatoses*. Arch. Dermat. 1973; 109: 712.
4. JUHLIN LENNART, JOHANSSON; CUNNAR, BENNICH, HANS HOGMAN THYRESSON, N.: *Immunoglobulin E in dermatoses*. Arch. Dermatol. July 1969; 100:12.
5. LORTAT-JACOB, E: *Las consultas diarias en Dermatología*. Toray-Masson S.A. Barcelona, 1968.
6. OGAWA MAKIO; BERGER, Peter A.: *IgE in atopic dermatitis*. Arch. Dermat. 1971; 103.
7. ROTH, Harry: *The natural history of atopic dermatitis*. Arch. Derm. 1964; 89:209.
8. SHELLEY, Walter B.: *Dermatología; 1973; 168, Interamericana*.
9. SULZBERGER, M.; *Atopic Dermatitis*. En: Maddin, S.: *Current Dermatologic Management: 72; 1970, The C.V. Mosby Co.*
10. STONE, J.; 1985; 317. *Dermatologic Immunology and Allergy*.
11. WAISSMAN MORRIS: *Atopic dermatitis. Clinical Aspects and treatment*. Post. Grad. Med. Nov. 1972; 52:180-184.