

DERMATITIS ATOPICA RESUMEN

DEFINICION

Enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente de la piel, de mecanismo inmunológico, en la que, como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados, en niños genéticamente predispuestos, se liberan una serie de factores inflamatorios que producen en la piel lesiones de eccema constituidas por espongiosis, edema y micro vesículas que con llevan a prurito, irritación cutánea, rascado y lesiones inflamatorias simétricas, de aspecto y localización variable según la edad y la ubicación de la enfermedad.

Es considerada parte del conjunto de enfermedades atópicas tales como el asma, la rinitis alérgica, y alergia alimentaria.

EPIDEMIOLOGIA

- **PREVALENCIA:** 5-20% DE LOS niños sufren de dermatitis atópica.
 - Es una enfermedad propia de la infancia y disminuye su prevalencia e intensidad con la edad.
- **Grupo Etario:** Adolescentes, niños
- **Género:** Mujeres
- **INCIDENCIA:**
 - 60% inicio en el primer año de vida.
 - Especialmente: primeros 6 meses
 - 85% en los primeros 5 años
 - 10% >7 años
- 70 – 80% se encuentran antecedentes familiares o personales

ETIOPATOGENIA:

- La asociación familiar, la asociación con otras enfermedades atópicas como rinitis alérgica o asma, indican una importancia que implica una alteración genética en su patogenia.
 - **Gen implicado:** genes localizados en el cromosoma 5q31-33, el cual regula la producción de IL de la vía Th2 (IL-3, IL-4, IL-5 y IL-13) y el GM-CSF.
 - **Existen polimorfismos en el gen SPINK5** – eccema atópica
 - **Mutaciones en el gen de la filagrina y genes de diferenciación epidérmica (proteasas) 1q21-23** – implicado en la ictiosis vulgar.
- Estas mutaciones dan lugar a alteraciones de la barrea epidérmica con microfisuras, pérdida de agua transepidermica y alteración del pH cutáneo, que facilitaran la penetración de irritantes ambientales, alérgenos y patógenos.
- Concordancia entre gemelos monocigóticos es mayor que en los dicigóticos

- ***A continuación se exponen graficas con los genes encontrados a la predisposición de dermatitis atópica:***

<p>The diagram illustrates three interconnected physiological processes in a human body. At the top, a human figure is shown with red dots representing systemic immune response. Below it, a box shows red star-like structures representing infection, inflammation, and skin immunity. At the bottom, another box shows red arrows pointing up and down, representing the differentiation of the epidermis and the formation of the skin barrier. Arrows connect these three components, indicating their interrelationship.</p>	Respuesta inmune sistémica "atópica"	Genes mostrando asociación con dermatitis atópica	Locus	Relación
		Interleucina-4 (IL-4)	5q31-33	La interleucina 4 promueve el cambio a respuestas inmunes mediadas por T _H 2 y la producción de IgE
		Receptor de la interleucina 4 (IL4R)	16p12.1	
	Interleucina 13 (IL13)	5q31-33	La interleucina 13 promueve el cambio de las células B para la producción de IgE	
	Infección, inflamación e inmunidad cutánea	Quimasa de mastocitos (CMA1)	14q11.2	La quimasa de los mastocitos promueve en aumento de la permeabilidad microvascular y la acumulación de células inflamatorias
		Inhibidor de la proteasa de serina Tipo Kazal-5 (SPINK5)	5q31	Mutaciones en el gen SPINK5 causan el síndrome de Netherton
Diferenciación epidérmica y formación de barrera cutánea	Filagrina (FLG)	1q21	Las mutaciones completas (null) de FLG causan la icctiosis vulgar	

- **BARRERA EPIDERMICA:**

- La disfunción de la barrera epidérmica es un componente fundamental de la dermatitis atópica, por lo cual se exponen a continuación aspectos anatómo-fisiológicos de la BE:
 - La barrera epidérmica está localizada en la parte inferior del estrato corneo. Está compuesta por células aplanadas denominadas corneocitos que tienen como función de estructuración como los ladrillos de una construcción.
 - Los corneocitos se rodean de lípidos lamelares, que son como cemento y facilitan la retención de líquido en la piel.
 - Las uniones de los corneocitos están hechas por corneodesmosomas, que dan tensión a la barrera.
 - El factor humectante natural – sustancia que ayuda a retener agua dentro de los corneocitos. Está compuesta de ácido láctico, ácido pirrolidona-carboxílico, urea y ácido urocánico. Se deriva del catabolismo local de proteínas.
 - **FUNCION DE LA BARRERA EPIDERMICA:**
 - Depende del balance entre la integridad de las proteínas y la actividad de las proteasas que normalmente degradan a estas.
 - interacción con el medio ambiente con el fin de actuar como una barrera física, para mantener una homeostasis fisiológica.
 - Permeabilidad cutánea.
 - Protege de agentes externos.
 - Corneocitos se rodea de una capa de proteínas insolubles, entre estas se encuentra la filagrina quien agrega las fibras de queratina dentro del corneocito, dándole su forma aplanada a esta célula.

• **INMUNIDAD INNATA Y ADAPTATIVA:**

- Los dos tipos de inmunidad se involucran en la dermatitis atópica:
 - Inmunidad adaptativa en la DA se caracteriza por una respuesta bifásica mediada por linfocitos T.
 - Fase Aguda: respuesta mediada por linfocitos T helpers y de tipo Th2 con IL – 4, 5 y 13.
 - Fase crónica: Predomina una respuesta mediada por linfocitos Th0 y Th1, e interferón gamma, granulocito-macrófago como GM-CSF e IL – 12.
- Inicialmente, las células de Langerhans de la piel se activan por alérgenos exógenos por medio de IgE. Luego los antígenos son presentados a los LT generando una respuesta inicial de tipo Th2. Simultáneamente, las células de Langerhans secretan IL-16 y MCP-1. Los monocitos atraídos se convierten en células dendríticas inflamatorias epidérmicas, que producen IL-12 e IL-18, las cuales están involucradas en la conversión a una respuesta Th0/Th1.
- La Il-31, es secretada por Th1/Th2 el cual desempeña su función al expresarse como prurito, la manifestación principal de la DA.
 - Mecanismo del Prurito:
 - Se asocia con la piel xerotica pero no se asocia con la liberación de mediadores por parte de los mastocitos.
 - La estimulación en la epidermis provoca que los queratinocitos son capaces de liberar mediadores involucrados en la regulación del prurito.
 - Los antihistamínicos no tienen efecto debido a que no es un mecanismo mediado por histamina.
- Las células epiteliales son la primera línea de defensa de la inmunidad innata.
 - Al entrar en contacto con el microorganismo, la piel produce péptidos antimicrobianos como la catelicidina, la dermocidina y las B-defensinas 1, 2 y 3. Esto es importante debido a que en la DA el microambiente inmune generado por las IL – 4, 10 y 13 inhibe la secreción de estos péptidos antimicrobianos permitiendo la colonización por *S. aureus*, *Malassezia sp* y herpesviridae.

Lesionada	Disbalance en citoquinas Th ₁ /Th ₂ – Th ₂ domina en fase inicial aguda – Th ₁ /Th ₀ domina en fase crónica (autoinmunidad) ↑ IL-4, IL-5 e IL-13 (Th ₂) ^{1,2} ↑ IL-2 ↑ Receptores IgE en células de Langerhans (CPAs) ¹ ↓ IFN-γ o IL-12 ^{1,2} ↑ Células dendríticas epidérmicas inflamatorias (IDECs) – Presentes además de células de Langerhans ³ – Expresan receptores de IgE de alta afinidad ³ – Liberan IL-12 y IL-18, promueven polarización de Th ₂ a Th ₁ /Th ₀ y la consiguiente respuesta inflamatoria de DA ⁴
No lesionada	Presencia de inflamación subclínica residual ¹ . No se observa infiltrado de células T en piel sana ↑ IL-4 e IL-13 (Th ₂) ¹ ↑ Receptores IgE en células de Langerhans (CPAs) ¹ ↑ Expresión de receptor de IgE, Fc y RI ¹

Adaptado de: 1. Leung DY et al. J Clin Invest. 2004; 113: 651-7. 2. Spergel JM. Am J Clin Dermatol. 2008; 9: 233-44. 3. Wollenberg A. Cytometry. 1999; 37: 147-55. 4. Leung DY et al. Allergy Clin Immunol. 2000; 105: 860-76.

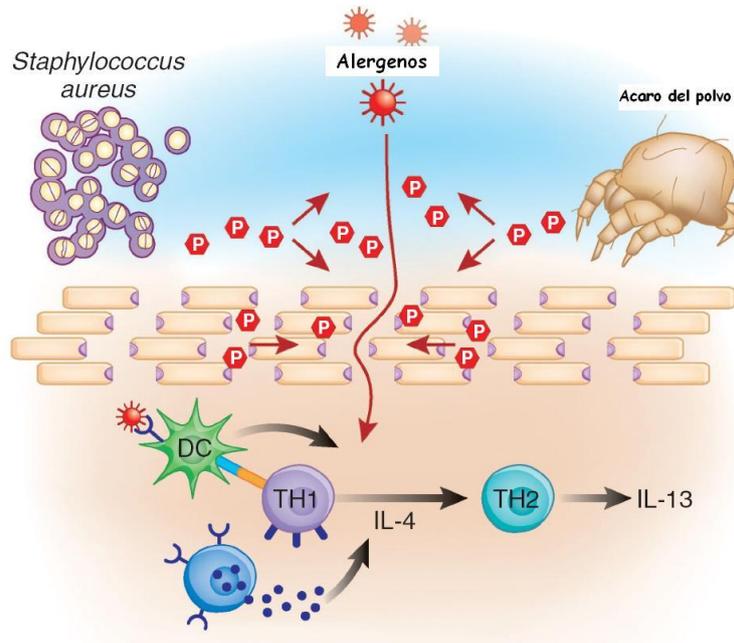
FIGURA 3. Diferencias inmunológicas entre piel lesionada y piel no lesionada en dermatitis atópica vs piel normal.

- **FACTORES NO INMUNOLÓGICOS**

- Prurito y el rascado agravan las manifestaciones cutáneas de la enfermedad.
- Pacientes con atopia tienen la tendencia a la vasoconstricción periférica ante numerosos estímulos que determinan vasodilatación en sujetos normales.
- La alteración más conocida en la dermatitis atópica es el dermatografismo blanco
 - El dermatografismo blanco consiste en la aparición de lesiones blanquecinas en relación con la presión en lugar de presentar una reacción eritematosa.
- Adicionalmente pueden desarrollar un fenómeno blanco demorado debido a la absorción de esteres de ácido nicotínico y con la inyección intradérmica de agentes colinérgicos.
- Otras alteraciones vasculares inespecíficas:
 - Palidez de la piel
 - Baja temperatura en dedos
 - Hipersensibilidad al frío
- Piel seca:
 - Como consecuencia hay una resistencia menor a los irritantes y mayor susceptibilidad a padecer prurito.
 - Parece ser que hay una presencia menor en la concentración de lípidos que proceden de las glándulas sebáceas.
 - Se ha visto en diversas investigaciones una disminución de niveles de ceramidas (derivados del ácido linoleico), aunque los niveles plasmáticos son normales, los derivados metabolizados por la enzima delta-6-desaturasa, están disminuidos, al igual que la enzima.

- **FACTORES AMBIENTALES:**

- Disfunción de la barrera epidérmica – penetración de alérgenos exógenos de alto peso molecular como polen ácaros de polvo microorganismos.
- Rascado de zonas pruriginosas – daño tisular – liberación de proteínas estructurales – permite la sensibilización a proteínas endógenas.
- Aumento sostenido del pH en piel – por uso de jabones, detergentes – aumento de actividad de las proteasas epidérmicas – disminuye síntesis de lípidos lamelares – disfunción de barrera epidérmica.
- Colonización por *S. aureus* – produce ceramidas – daño directo a la Barrera epidérmica.
 - Liberación de enterotoxinas por bacterias – estimulan las LT – que inducen la expresión de la isoforma Beta del receptor de glucocorticoides – inhibe isoforma activa del receptor – permitiendo la aparición de resistencia al tratamiento tópico con glucocorticoides.



FACTORES DESENCADENANTES:

- Clima seco y frío suele ser dañino para el paciente con dermatitis atópica.
- Cambio de residencia y la hospitalización influye favorablemente en el paciente, debido a la posibilidad de eliminación de alérgenos ambientales nocivos.
- Se ha defendido por varios colegas, la existencia de una personalidad asociada a la dermatitis atópica (inseguridad, sensibilidad, agresividad, egocentrismo), lo cual el individuo que presente este tipo de patología puede producir cambios en el carácter.
- Por lo tanto debe existir un círculo vicioso en que los trastornos psicológicos pueden considerarse una causa o consecuencia de la dermatitis atópica

FACTORES DESENCADENANTES DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Factores Irritativos

- Hábitos de limpieza.
- Dureza del agua.
- Vestimenta.
- Clima.
- Microorganismos (*Staphylococcus aureus*, *Pityrosporum ovale*).
- Alimentos (frutas cítricas).

Alérgicas

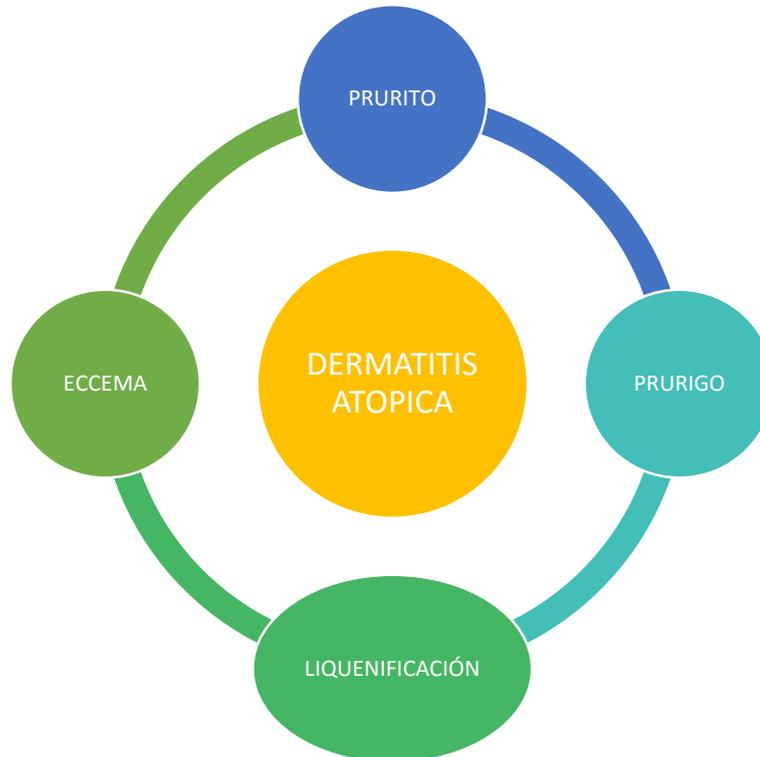
- Aeroalérgenos (ácaros del polvo de casa, pólenes, caspa).
- Alimentos.
- Aditivos alimentarios.

Otros

- Factores psicológicos.
- Radiación UV

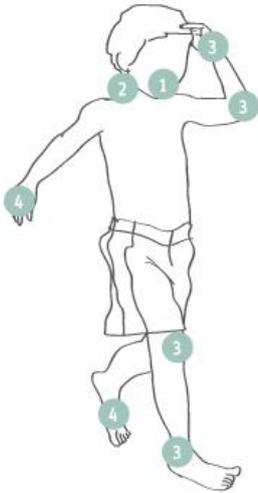
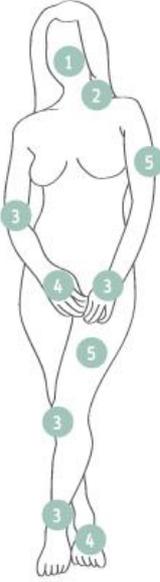
MANIFESTACIONES CLINICAS:

- Sospechar de DA ante una dermatitis pruriginosa de localización característica, persistente o recurrente de más de 6 semanas de evolución.
- Los signos clínicos clásicos son: Eritema, formación de papulo-vesículas con cambios a erosiones, alteraciones pigmentarias y Liquenificación.
- El prurito es un síntoma cardinal en el paciente atópico que impacta la calidad de vida del niño y su familia.



- **Características De las lesiones cutáneas de la dermatitis atópica:**
 - **Eccema:** caracterizado por zonas de eritema, edema, vesiculación, exudación y costras.
 - **Prurito:** constituido por pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, que desaparece rápidamente por el rascado, siendo sustituida por una pequeña costra.
 - Primer síntoma y el más importante en la dermatitis atópica.
 - Son lesiones a causa de estímulos inmunológicos y no inmunológicos, con liberación ulterior de mediadores inflamatorios y enzimas proteolíticas.
 - Es significativo el que antes de los dos meses de edad, en que el rascado coordinado aún no existe, no se desarrolle la DA.
 - **Liquenificación:** placas mal delimitadas, engrosadas, recorridas por surcos que delimitan áreas romboidales brillantes.
 - **Prurigo:** Constituido por múltiples erupciones intensamente pruriginosas, papulosas y nodulares, recubiertas de costras debido al rascado.
 - El prurito intenso lleva al rascado, con la consiguiente ruptura de la vesícula, produciéndose así, sobre la pápula, una erosión y subsecuente costra.
 - Localización: planos de extensión de extremidades y tronco (agrupaciones irregulares)
 - El prurigo simple es habitual en la dermatitis atópica, pero no patognómico.

- Los estrofulos o urticaria papulosa son altamente frecuentes en niños entre 3 – 8 años, que se originan como respuesta a picaduras de mosquitos, chinches o pulgas.
- Las lesiones de la DA se clasifican en:
 - Agudas:** pápulas y papulo-vesículas pruriginosas, exudativas, sobre base eritematosa.
 - Subagudas:** pápulas y/o placas con discreto eritema, descamación y leve engrosamiento.
 - Crónicas:** pápulas excoriadas, erosionadas o placas liquenificadas, lesiones residuales hipo o hiperpigmentadas.
- Localización:

Bebés (< 2 años)	Niños (2-10 años)	Adultos (>10 años)
 <ol style="list-style-type: none"> Cuero cabelludo Cara (mejillas, frente y lóbulo de la oreja) Dedos de las manos Tronco Caras extensoras de las extremidades <p><i>Remite en algunos casos, entre los 18 y 24 meses.</i></p>	 <ol style="list-style-type: none"> Zona perioral Nuca Pliegues de las zonas de flexión (codos, muñecas, rodillas, tobillos) Dorso de las manos y pies Pliegues de las zonas de flexión (codos, muñecas, rodillas, tobillos) <p><i>En ocasiones, entre los 2 y 5 años remiten los síntomas de manera espontánea.</i></p>	 <ol style="list-style-type: none"> Cara (mejillas, zona perioral) Nuca y cuello Pliegues de las zonas de flexión (codos, muñecas, rodillas, tobillos) Dorso de las manos y pies Caras extensoras de brazos y muslos

VARIANTES SEGÚN LA EDAD:

Etapa Lactante (0 -2 años)

- A partir del 2 mes.
- Caracteriza por lesiones eczematosas muy pruriginosas con gran componente exudativo que forma costras.
- Localiza generalmente en las mejillas.
 - Puede extenderse a la frente, pliegues auriculares, y cuero cabelludo.
 - Adicionalmente puede extenderse a tronco anterior, extremidades de forma simétrica con placas eczematosas.
 - Área de pañal no comprometido.



<p>Etapa infantil (2 – 12 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las lesiones son más papulosas menos exudativas, con tendencia a Liquenificación, debido al rascado. • Localiza generalmente en pliegues ante cubitales y poplíteos • Puede afectar la región peribucal y palpebral, caderas, queilitis, manos, dedos. 
<p>Etapa adulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las lesiones papulosas y de Liquenificación predominan en esta fase sobre una base de intensa xerosis. • Localiza generalmente en grandes pliegues de extremidades, tercio superior de brazos y espalda, dorso de manos y pies y en dedos.

- Otras manifestaciones clínicas:
 - **Queratosis folicular** – piel de gallina – localiza en glúteos, región deltoides, cara externa de muslos, tronco y mejillas. No es pruriginosa.
 - **Cara atópica:** pliegue infraorbitario de Dennie - Morgan, orejas oscuras y palidez facial
 - **Pápulas liquenoides**
 - **Prurigo Nodular:**
 - Lesión elemental: pápula voluminosa, hemisférica, cubierta de escamas, de color pardo y habitualmente erosionada por el rascado.
 - Hay abundante prurito.
 - Localización: extremidades
 - Género: mujeres de edad media
 - Evolución: cicatriz hiperpigmentadas.
 - **Lesiones numulares**
 - Llamado así a causa de lesiones redondeadas.
 - Son placas circulares, simétricas y múltiples que se distribuyen de forma difusa.
 - Sumamente pruriginosas
 - Localización: glúteos, dorso, brazos y piernas en planos de extensión.
 - Edad: Adultos
 - **Erupción liquenoides por fricción:** pápulas color piel, aplanadas, poligonales o redondeadas que comprometen las áreas extensoras de las extremidades
 - **Eczema dishidrotico:** pequeñas vesículas claras que afectan las palmas, las plantas y los bordes laterales de los dedos.
 - **Eritrodermia:** puede observarse en cualquiera de las etapas. Se presenta en menos del 1% de los casos y consiste en un eritema con descamación de evolución subaguda-crónica que compromete más del 80% de la superficie cutánea.
 - **Catarata subscapular anterior**

- Con frecuencia se observa: **Hiperlinealidad palmar, alopecia, pitiriasis alba, lengua geográfica (VER MAS ADELANTE)**
- **Pitiriasis Alba**
 - Se manifiesta por áreas blanquecinas con una fina descamación furfurácea, de forma redonda u oval. Son múltiples placas, longitud <5 cm.
 - Localización: cara y porción superior del tronco y cara externa de extremidades

DIAGNOSTICO

- Es clínico, ya que no existe paraclínico específico para la enfermedad.
- Sospechar de DA ante una dermatosis pruriginosa persistente o recurrente que cumpla los criterios de Hanifin/Rajka. Valorar con el índice de SCORAD.
 - SCORAD:
 - Se valora la extensión del área afectada, la intensidad de las diversas lesiones, y los síntomas subjetivos:
 - Leve: 0-25 ptos
 - Moderado: 25-50 ptos
 - Grave: >50 ptos

Tabla I. Criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de dermatitis atópica

Criterios mayores

- Prurito
- Morfología y distribución características:
 - Liquenificación en flexuras en adultos
 - Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes
 - Combinación de estos patrones en niños y adultos
- Carácter crónico y recidivante
- Historia personal o familiar de atopia

Criterios menores

- Xerosis
- Ictiosis/exageración pliegues palmares/queratosis pilar
- Reactividad cutánea inmediata (tipo I) a los test cutáneos
- Elevación de valores séricos de IgE
- Edad precoz de comienzo
- Tendencia a infecciones cutáneas y déficit de la inmunidad celular
- Tendencia a dermatitis inespecíficas de pies y manos
- Eccema de pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recidivante
- Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Catarata subcapsular anterior
- Ojeras u oscurecimiento periocular
- Palidez facial o eritema en cara
- Pitiriasis alba
- Pliegues en parte anterior del cuello
- Prurito provocado por la sudoración
- Intolerancia a la lana y los solventes de las grasas
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a algunos alimentos
- Evolución influenciada por factores ambientales y emocionales
- Dermografismo blanco

Han de cumplirse tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores

Tabla II. Criterios diagnósticos de la dermatitis atópica (DA) (grupo británico)

Manifestación esencial

Dermatitis pruriginosa (o relato de rascado por los padres)

Manifestaciones asociadas (al menos, tres)

1. Historia de afectación de pliegues cubitales, poplíteos, tobillos o cuello (y mejillas en niños menores de 10 años)
2. Historia personal de asma y/o fiebre del heno, o historia familiar de atopia en familiares de primer grado en niños menores de 4 años
3. Historia de sequedad cutánea generalizada en el último año
4. Eccema flexular visible (o en mejillas, frente y región extensora de extremidades en niños menores de 4 años)
5. Inicio antes de los 2 años (no válido si el niño es menor de 4 años)

Condiciones de exclusión

El diagnóstico de DA requiere la exclusión de otras enfermedades, como la escabiosis, la dermatitis seborreica, la dermatitis alérgica de contacto, la ictiosis, la psoriasis y las inmunodeficiencias

- Diagnosticar el eccema atópico cuando un niño tiene una enfermedad de la piel con prurito
 - Debe cumplir tres o más de las siguientes condiciones:
 - Prurito: es un criterio indispensable y en caso de no estar presente se debe reconsiderar el diagnóstico
 - Morfología y distribución típica: dermatitis en la cara y superficies cutáneas de extensión en niños hasta 2 años visible ó historia personal
 - Historia personal de la piel seca en los últimos 12 meses y/o dermatosis crónicas o recurrentes
 - Antecedentes personales de asma o rinitis alérgica (o antecedentes de enfermedad atópica en un familiar de primer grado de los niños menores de 4 años)
 - Inicio de los signos y síntomas menores de 2 años (no utilizar este criterio en los niños menores de 4 años).
 - Tener en cuenta que niños de color caucásicos o africanos, el eccema atópico puede afectar a las superficies de extensión en lugar de las flexiones y los patrones en forma de disco (circular) o foliculares (alrededor de los folículos pilosos) pueden ser más frecuentes.
- **Anamnesis:**
 - Tiempo de aparición, el patrón y la severidad
 - Respuesta a los tratamientos anteriores y actuales
 - Posibles factores desencadenantes (irritante y alérgica)
 - Impacto de la enfermedad sobre los niños y sus padres o cuidadores
 - Historia dietética incluyendo cualquier manipulación de la dieta
 - Crecimiento y el desarrollo
 - Antecedentes personales y familiares de enfermedades atópicas.
- **EXAMEN FISICO:**
 - **Intensidad de las lesiones**
 - Normal:
 - Piel normal

- No evidencia de eccema atópico activo.
- Leve:
 - Áreas de la piel seca
 - Picor infrecuente (con o sin pequeñas áreas de enrojecimiento).
- Moderado
 - Áreas de la piel seca
 - Prurito frecuente
 - Enrojecimiento (con o sin excoriación y engrosamiento de la piel localizada).
- Grave:
 - Áreas extensas de la piel seca
 - Picor incesante
 - Enrojecimiento (con o sin excoriación, extenso engrosamiento de la piel, sangrado, supuración, el agrietamiento y la alteración de la pigmentación).
- **Valoración del impacto:**
 - Nulo:
 - Ningún impacto.
 - Leve:
 - Poco impacto en las actividades diarias, el sueño y el bienestar psicosocial.
 - Moderado:
 - Impacto moderado en las actividades cotidianas y el bienestar psicosocial trastornos del sueño con frecuencia.
 - Grave:
 - Grave limitación de las actividades cotidianas y el funcionamiento psicosocial.
 - Pérdida de sueño.
- **Posibles signos a encontrar:**
 - **Signo de Dennie Morgan:**
 - Aparición en el párpado inferior de un doble pliegue, similar al observado en el Síndrome de Down.
 - Frecuencia variable.
 - **Signo de Hertoghe:**
 - Consiste en el adelgazamiento, e incluso desaparición de la cola de las cejas.
 - **Escleróticas azuladas:**
 - Es la existencia de una tonalidad grisácea – azulada de la esclera.
 - No se asocia con síndrome de la Esclerótica Azul, de Van der Hoeve, o enfermedad de Lobstein.
 - **Lengua geográfica:**
 - Consiste en áreas depapiladas, cambiantes, de evolución periódica, que constituyen aparentes dibujos sobre la mucosa lingual.
 - Lesión inicial es una placa pequeña, de color blanquecino, que se extiende hacia la periferia, adoptando diferentes formas.
 - Suceden generalmente en niños de 1 año de edad.

- Con el paso del tiempo se hacen menos frecuentes, produciéndose en general en concomitancia con procesos infecciosos de vías respiratorias.
- **Palidez:**
 - Es altamente llamativa en la zona del triángulo nasogeniano y párpados, manifestada por eritema.
 - Generalmente sucede en la etapa del lactante.
- **Piel seca o Xerodermia:**
 - Es una condición clínica caracterizada por piel áspera y finamente descamativa.
 - Adicionalmente puede manifestarse con agrietamiento, fragilidad, hiperqueratosis folicular.
 - Puede acompañarse de:
 - Queratosis pilar
 - Pápulas hiperqueratósicas de centro folicular que se localizan en planos de extensión de brazos, muslos y glúteos.
 - Se localiza en áreas de piel no inflamadas, siendo evidente en la cara de extensión de extremidades y dorso.
 - Suele empeorar en periodos de humedad, agravando el prurito.
 - Es un tipo de piel que tiene menor capacidad de fijación de agua y mayor pérdida transepidermica asociada a la dermatitis atópica.
- **Palmas hiperlineales:**
 - Pliegues habituales se acentúan adoptando las palmas un aspecto simiesco.
 - Se debe a la aparición de surcos lineales profundos, perpendiculares a las eminencias tenar o hipoténar.
 - Es un hallazgo frecuente, aunque no halla dermatitis en la mano.
 - Incidencia: 70% de los pacientes con dermatitis atópica e ictiosis.
- **Identificación de Factores desencadenantes:**
 - Al evaluar clínicamente niños con eccema atópico, tratar de identificar los factores desencadenantes potenciales, incluyendo:
 - Irritantes, por ejemplo, jabones y detergentes (incluyendo champús, baños de burbujas, geles de ducha)
 - Infecciones de la piel
 - Alérgenos de contacto
 - Alérgenos alimentarios
 - Alérgenos inhalantes.
 - Considerar la posibilidad de alergia a los alimentos en:
 - Niños con eccema atópico que han reaccionado previamente a un alimento con síntomas inmediatos.
 - Lactantes y niños pequeños con eccema atópico moderado o grave que no ha sido controlado por una gestión óptima, sobre todo si se asocia con alteración de la motilidad intestinal (cólicos, vómitos, hábito intestinal alterado) o retraso del desarrollo.
 - Considerar la posibilidad de alergia a inhalantes en:
 - Niños con brotes estacionales de eccema atópico

- Niños con eccema atópico asociada con el asma o la rinitis alérgica
- Niños de 3 años o más con eccema atópico en la cara, especialmente alrededor de los ojos.
- Considerar la posibilidad de dermatitis alérgica de contacto en:
 - Niños con una exacerbación del eccema atópico previamente controlada
 - Niños que reaccionan a los tratamientos tópicos. Asesoramiento sobre las pruebas de alergia
 - Asegurar a los niños con eccema atópico leve y sus padres o cuidadores que la mayoría de los niños con eccema atópico leve no necesitan tener pruebas para alergias.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DERMATITIS ATOPICA
<ul style="list-style-type: none"> ● DERMATITIS SEBORREICA <ul style="list-style-type: none"> ○ Localización: cuero cabelludo (costra láctea), cejas y pliegues inguinales. ○ Presenta descamación y exudado sebáceo amarillento. ○ No suele haber prurito. ○ Generalmente es de la etapa infantil.
<ul style="list-style-type: none"> ● ESCABIOSIS <ul style="list-style-type: none"> ○ Generalmente es de la etapa preescolar y escolar. ○ Presenta múltiples excoriaciones asociadas a eczema de contacto, con intenso prurito de predominio nocturno. ○ Puede haber otros familiares afectados.
<ul style="list-style-type: none"> ● DERMATITIS DE CONTACTO <ul style="list-style-type: none"> ○ Generalmente es de la etapa adulta. ○ Hay compromiso en manos. ○ Puede haber coexistencia de esta patología con DA. ○ Se diferencia de la DA por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de antecedentes familiares y personas de enfermedad atópica ▪ Exposición a irritantes como la orina, saliva, heces o detergentes. ○ Es menos seca y pruriginosa que la DA
<ul style="list-style-type: none"> ● DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO <ul style="list-style-type: none"> ○ Se limita al área de contacto con el material alergénico. Es repetitiva la localización. ○ No aparece en los primeros meses de vida.
<ul style="list-style-type: none"> ● PSORIASIS <ul style="list-style-type: none"> ○ Lesiones descamativas en placas. ○ Localización: codos, rodillas, cuero cabelludo y clásicamente en uñas. ○ Afecta área genital y ombligo.
<ul style="list-style-type: none"> ● DERMATITIS HERPETIFORME <ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta una erupción vesiculosa muy pruriginosa. ○ Localización simétrica en superficie de extensión y en zona lumbar ○ Asociado a enfermedad celiaca.
<ul style="list-style-type: none"> ● OTROS: <ul style="list-style-type: none"> ○ ENFERMEDADES ERITEMATO-ESCAMOSAS: PITIRIASIS ROSADA Y PITIRIASIS RUBRA PILARIS

- **Ectoparásitos:** *Sarna eczematizada*. Lesiones papulo-vesiculosas, palmo-plantares. Puede observarse compromiso interdigital y muñecas. Es frecuente observar la enfermedad en otros miembros de la familia.
- **Infecciones bacterianas:**
 - **Impétigo:** infección bacteriana superficial de la piel. Puede ser costroso o ampollar.
 - **SEPE** (síndrome estafilocócico de la piel escaldada): exantema eritematoso y ampollar seguido de una descamación residual, provocado por las toxinas epidermolíticas A y B de *Staphylococcus aureus*.
- **Infecciones micóticas:** *Dermatoficias de piel lampina*: lesiones eritemato-escamosas pruriginosas, anulares, con bordes netos, el crecimiento es centrifugo y la curación central.
- **Enfermedades hereditarias:**
 - **Ictiosis vulgar:** herencia AD. Incidencia 1/250. No es congénita. Tiene escamas mas notables en la superficie de extensión de los miembros e Hiperlinealidad palmo plantar. Disminución o ausencia de FLG o su precursor profilagrina.
 - **Síndrome de Netherton:** ictiosis lineal circunfleja, dermatitis eczematoide pruriginosa, tricornexis invaginata.
- **Inmunodeficiencias:**
 - **Síndrome de Wiscott-Aldrich:** dermatitis eczematoide, trombocitopenia e infecciones recurrentes.
 - **Síndrome de híper IgE:** dermatitis eczematoide, IgE>5000 U, eosinofilia periférica, infecciones cutáneas y sistémicas recurrentes.
- **Enfermedades metabólicas:**
 - **Acrodermatitis enteropática:** dermatitis periorificial y acral por déficit de zinc. Paroniquia. Alopecia. Diarreas. Irritabilidad.
 - **Fenilcetonuria** (acumulación de fenilalanina): el recién nacido tiene aspecto normal hasta los 4 meses. En el primer año de vida aparecen alteraciones psicomotoras, vómitos y dermatitis tipo atópica en el 20 a 50% de los casos. Cambios esclero-dermiformes en los brazos, el tronco, las piernas y las nalgas. Hipopigmenación cutánea. Retardo madurativo.
 - **Déficit de carboxilasas** (déficit de utilización de la biotina): dermatitis periorificial, acidosis metabólica, hiperamoniemia, alopecia.

COMPLICACIONES

- **INFECCIONES:**
 - **Infecciones bacterianas:**
 - Debido a que la piel tiene un gran número de gérmenes como los estafilococos, más de un 90% de los casos presentan colonización por estas especialmente por *S aureus* coagulasa + con una densidad más alta en las zonas de eccema.
 - La infección clínica en pacientes con DA es muy común.
 - **Infecciones micóticas:**
 - Existe una alta incidencia de dermatofitosis y una disminución de la reactividad a la tricofitina.
 - En pacientes con infecciones crónicas por dermatofitos se descubre con alta frecuencia la existencia de antecedentes familiares o personales de atopia.
 - **Infecciones víricas:**
 - Se ha encontrado una incidencia moderada al padecimiento de verrugas con molusco contagioso y sobre todo herpes simple, lo cual puede ser extenso y de larga duración.

- En algunos casos se puede encontrar pacientes con una alta diseminación, tanto a partir de una primo infección, como de una reactivación del virus latente, la cual se le denomina "Erupción Variceliforme de Kaposi" o "Eccema Herpeticum".
 - Es una presentación de la infección cutánea diseminada, con una manifestación clínica viésculo-pustulosa debida al VHS, encontradas en pacientes con dermatitis preexistente.
 - Aunque en el 80% de los casos el virus responsable es el Herpes Virus tipo 1, pueden producir idéntica clínica el Herpes Virus tipo 2 y el Virus Coxsackie A 16.



FIGURA 12. Dermatitis atópica. Sobreinfección por herpes virus. Erupción variceliforme de Kaposi.

- **ERITRODERMIA**
 - Hace referencia a la descripción de cualquier enfermedad cutánea inflamatoria que afecte más del 90% de la superficie corporal.
 - En la mayoría de los casos se manifiesta con descamación – Eritrodermia exfoliativa.
 - La Eritrodermia por Dermatitis atópica es poco frecuente.
 - Sucede en un 4,5% de los casos por dermatitis.
 - El 1% de los pacientes con Dermatitis atópica progresan a una Eritrodermia exfoliativa, pudiendo ocurrir en los primeros meses de vida.
 - Eritrodermia exfoliativa: se manifiesta por ser generalizada, exfoliativa, que afecta uñas y pelo, acompañada de una reacción cutánea caracterizada por una descamación confluyente, eritematosa, con linfadenopatías, fiebre y eosinofilia periférica.
 - Su aparición se asocia con complicaciones de sobreinfección, reacciones irritativas generalizadas o supresión brusca de corticoides sistémicos en uso.

- Es una complicación potencialmente mortal, debida a insuficiencia cardiaca con gasto elevado, infección sistémica por deterioro de la barrera de la piel, perdida de calor y depleción proteica e inanición.
- **DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO**
 - Es una complicación rara en el lactante pero frecuente entre los 6-7 años de vida.
 - Factores de riesgo asociados y agentes sensibilizantes:
 - Medicamentos tópicos
 - Sulfamidas
 - Antihistamínicos
 - Penicilina
 - Neomicina
 - Mercurio
 - Lesiones en piel
 - Níquel
 - Sales de cromo
 - Anparafenilendiamina – contenida en los tintes para calzado
- **PROBLEMAS OCULARES**
 - Por lo general se manifiesta en los párpados de forma intensa, o aparecer como una queratoconjuntivitis atópica expresada por prurito, ardor, lagrimeo, secreción mucoide copiosa; generalmente es bilateral.
 - La conjuntivitis primaveral es uno de los procesos atópicos más frecuentes, que cursa de forma estacional y en la que se produce un engrosamiento de la conjuntiva del párpado superior.
 - Cataratas:
 - Aparecen generalmente hacia la segunda década de la vida, es excepcional en los niños.
 - Generalmente se presenta una catarata subscapular que es exclusiva de los niños con dermatitis atópica y puede ser debida a corticoides en los párpados.
- **TRASTORNOS PSÍQUICOS**
 - A menudo se observa que los pacientes atópicos muestran una personalidad especial, con rasgos de inquietud, inestabilidad emocional, cuadros depresivos, irritabilidad, etc.
- La principal complicación de DA es la infección secundaria, principalmente por *S. aureus*.
- Otros agentes que pueden provocar una infección secundaria es el herpes simple – eczema herpético.
- Surgen como consecuencia de alteraciones de la función de la barrera cutánea y de alteraciones inmunológicas humorales y celulares que favorecen las infecciones.
 - Impétigo
 - Foliculitis
 - Dermatitis por toxinas
 - Dermatitis herpética

TRATAMIENTO

- **Cuidados permanentes:**
 - **VESTIMENTA:**
 - Evitar calor excesivo en casa – mantener humedad moderada-alta
 - Utilizar ropa de algodón, amplia y blanca.
 - Lavar la ropa con detergente suave, sin lejía ni suavizante
 - Evitar lana y fibras sintéticas.
 - Evitar el contacto con níquel, ropa de adultos, barba, asientos de plásticos, sábanas ásperas o con alto contenido de nylon.
 - Evitar el uso de suavizantes y otros productos perfumados
 - Evitar etiquetas.
 - **HIGIENE:**
 - *El baño tiene como objetivo remover costras y reducir la colonización bacteriana, para el mismo se recomiendan productos de higiene no irritantes, con pH similar al de la piel y que no contengan moléculas que puedan actuar como alérgenos.*
 - Ducharse en 5 minutos diariamente con agua tibia y jabón de pH ácido sin detergente.
 - Exceso de calor y contacto prolongado con el agua con lleva a alterar más la barrera epidérmica.
 - Lesiones muy secas hacer baños con aceites o baños con avena coloidal. No frotar con esponja.
 - Secarse sin frotar.
 - Para retener humedad cutánea se aconseja aplicar emolientes 3 minutos después del baño.
 - Se ha encontrado en diferentes estudios que el hipoclorito de sodio durante el baño mejora el prurito, debido a que disminuye la carga bacteriana e inhibe la actividad en sí mismo de la bacteria.
 - Evitar el uso de perfumes, espuma de baño u toallas de limpieza perfumadas o con antisépticos.
 - **EMOLIENTES:**
 - Son la base del tratamiento de mantenimiento, actúan mejorando la función de barrera cutánea y ejercen un efecto ahorrador de corticoides.
 - Utilizar 1-3 veces en el día sobre la piel sana.
 - Utilizar emolientes que no contengan alérgenos proteicos sino de composición lipídica.
 - Se describen que tienen una función similar a la de la barrera cutánea por la cual favorece su reparación. Adicionalmente puede tener efectos antimicrobianos y antiinflamatorios.
 - **CONTACTOS CON MASCOTAS:**
 - No existe evidencia de haber una asociación de las mascotas.
 - Se ha visto en ciertos casos que la atopia aumenta con la exposición temprana al epitelio de los gatos, sobretodo en pacientes con mutaciones en el gen de la filagrina.
 - **ALIMENTACION:**
 - No se recomienda el uso de dietas de evitación en forma rutinaria.
 - En un porcentaje importante de pacientes con DA el cuadro clínico no se encuentra relacionado con alergias alimentarias, pero en aquellos pacientes con DA moderada

o grave que no responden al tratamiento habitual el médico debe considerar la posibilidad de que un alérgeno alimentario pueda actuar como factor desencadenante del brote.

- Si se indica una dieta de evitación el niño será supervisado cuidadosamente por un especialista en nutrición.

○ **OTROS CUIDADOS:**

- Recorte y cepillado de uñas
- Uso de guantes

Hoja de información sobre el eccema atópico

	<p>El eccema o la dermatitis atópica es una enfermedad constitucional relativamente frecuente, no contagiosa y benigna. Evolucionan de forma crónica en brotes con períodos sin lesiones. Se caracteriza por lesiones enrojecidas, escamosas, que ocasionalmente son húmedas. Pican mucho y curan sin dejar cicatrices.</p> <p>Hay una predisposición familiar para este tipo de alteraciones y para las alergias de tipo respiratorio.</p> <p>La piel de estos pacientes es más seca, más irritable y requiere cuidados especiales, aún en ausencia de lesiones.</p>
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> - La ducha o el baño debe realizarse una vez al día, con agua tibia. Tras ello hay que secar sin frotar y aplicar un aceite especial o una crema emoliente. La vaselina líquida es una buena opción. - En los casos más extensos es preferible el baño, no más de 10 minutos, y utilizando una sustancia coloidal recomendada por su dermatólogo. - Utilice jabones extragrasos o de avena. - Corte bien las uñas y manténgalas limpias para evitar infecciones microbianas por el rascado. - Intente mancharse lo imprescindible, usando guantes u otras medidas protectoras. El exceso de agua y los limpiadores es nocivo para su piel. - El sudor macera la piel. Lávese en cuanto termine de hacer deporte o ejercicio físico intenso, hidratándose con crema hidratante tras el lavado.
Vestimenta y calzado	<ul style="list-style-type: none"> - La ropa en contacto con la piel (también de la cama) debe ser de fibras naturales (algodón, lino...). Evite las de lana o fibras sintéticas; son más ásperas e inducen picor. - Puede lavar a máquina la ropa, pero aclárela bien, con un centrifugado extra. No emplee suavizantes. - Cambie los pañales de su hijo en cuanto estén húmedos. - El calzado debe ser de cuero o tela y bien aireado. Evite llevar calzado deportivo un tiempo prolongado. Utilícelo sólo para hacer deporte. Los calcetines y las medias deben ser de algodón o hilo. Evite las medias de nylon o lycra.
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Puede comer de todo, no hay ningún alimento contraindicado en la mayoría de los pacientes. No obstante, si nota empeoramiento tras comer alguno de ellos, consúltelo con su dermatólogo.
Varios	<ul style="list-style-type: none"> - Intente evitar el exceso de calor y los cambios bruscos de temperatura. Ventile bien las habitaciones. No eleve demasiado la temperatura con la calefacción. La temperatura ideal está alrededor de los 20°. - Evite el polvo en su habitación (alfombras, moquetas, cortinas, edredones de plumas). Pase la fregona si es posible, es preferible al barrido. - Puede bañarse en el mar o la piscina siempre que cuando salga del agua hidrate la piel con sus emolientes (crema hidratante). Si tiene muchas lesiones evite el baño. - Utilice un fotoprotector adecuado cuando se exponga al sol. El bronceado puede resultar nocivo a largo plazo para cualquier persona. Si suda durante sus intentos de broncearse empeorará sus lesiones cutáneas. - Evite los productos de limpieza irritantes. Utilice guantes de goma y algodón para realizar las tareas domésticas.

- **Tratamiento farmacológico:**
 - **Control del picor:**
 - Mantener uñas cortas.
 - Niños >6 semanas hidrocina (2 mg/kg/día en 2 dosis) o dosis única de 1 mg/kg en la noche si el prurito es nocturno.
 - **CORTICOIDES TOPICOS**
 - Tratamiento de primera línea durante fase aguda o brote.
 - Actúan promedio de su acción antiinflamatoria, anti proliferativa, inmunosupresora y vasoconstrictora.
 - La elección del corticoide y el tipo de vehículo, está relacionada con el área a tratar, la edad del paciente y el estado de la dermatosis.
 - Se recomienda utilizar CT de moderada o baja potencia como los, CT de 4 generaciones ya que disminuye la probabilidad de efectos adversos que los CT más potentes.
 - El tipo de vehículo debe adaptarse a la etapa clínica de eczema y a la localización de las lesiones.
 - Fase aguda: aconseja utilizar cremas, emulsiones y leches de 1 a 2 aplicaciones al día dependiendo del a droga utilizada.
 - No superar 15 g en lactantes
 - NO superar 30 g en niños
 - No superar 60 g en adolescentes
 - Ungüentos o pomadas se recomiendan en las lesiones crónicas.
 - Efectos adversos locales:
 - Sobreinfección de las lesiones
 - Atrofia
 - Estrías
 - Foliculitis
 - Erupciones acneiformes
 - Telangectasias
 - El uso de vendajes húmedos – durante periodos cortos y en casos crónicos con lesiones extensas o de Liquefacción permiten diluir el corticoide disminuyendo la posibilidad de efectos sistémicos.
 - **INMUNOMODULADORES TOPICOS, INHIBIDORES DE CALCINEURINA**
 - Tratamiento de 2 líneas.
 - Se utilizan en DA a corto o largo plazo de manera intermitente.
 - No inducen atrofia como los corticoides tópicos.
 - Favorece el uso en regiones delicadas como los párpados, área perioral, genital, axilar e inguinal, así como el uso prolongado de estos medicamentos.
 - Efecto adverso: ardor en el sitio de aplicación; disminuye con el tiempo de aplicación del medicamento.
 - EL uso de este tratamiento no está asociado con un mayor riesgo de linfoma.
 - Evitar la exposición solar.
 - Tacrolimus – ungüento 0.1 -0.03% (utilizar 0.03 en mayores de 2 años y en adultos cualquier presentación pero con DA moderado o grave)
 - Pimecrolimus – crema 1%; de baja efectividad en comparación a Tacrolimus.

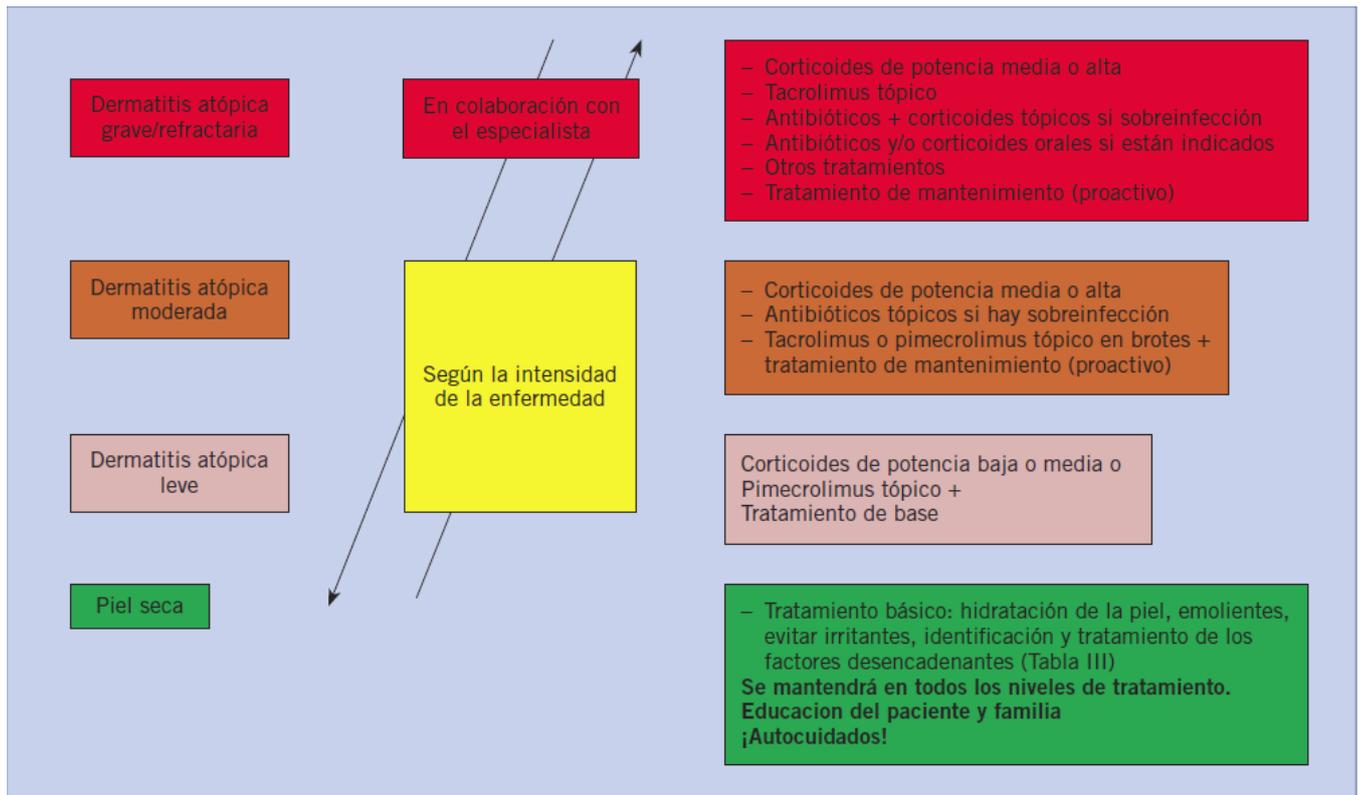
- **ANTHISTAMINICOS**
 - Objetivo: Intentar aliviar el prurito.
 - Antihistamínicos de primera generación tiene un efecto sedante por el cual es de mejor uso ya que mejora el sueño en el paciente pero no el prurito.
 - Antihistamínico de segunda generación no hay evidencia que muestre un efecto beneficioso ante el prurito, por lo que se denotara un efecto débil o nulo.
 - Es de beneficio en patologías concomitantes como asma, rinitis o conjuntivitis alérgica por el cual mejoraría los síntomas de la patología asociada.
- **TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO**
 - El tratamiento tópico con mupirocina o ácido fusídico aplicado localmente es efectivo.
 - Este es el tratamiento recomendado en caso de lesiones impetiginizadas de escasa extensión.
 - Impétigo extenso: uso de antibióticos orales
 - Cefalosporinas 1 generación
 - Cefalexina
 - Cefadroxilo
 - En caso de no haber respuesta utilizar trimetrompin/sulfametoxazol o clindamicina.
 - Antisépticos tópicos como el hipoclorito de sodio tiene un rol en la prevención de la recurrencia.

Tabla IV. Corticoides tópicos. Clasificación según la potencia

<i>Clase 1 o potencia muy alta</i>	<i>Clase 2 o potencia alta</i>	<i>Clase 3 o potencia intermedia</i>	<i>Clase 4 o potencia débil</i>
– Betametasona dipropionato 0,05%	– Betametasona dipropionato 0,05%	– Alclometadona dipropionato 0,05%	– Desonida 0,05%
– Clobetasol propionato 0,05%	– Betametasona valerato 0,1%	– Beclometasona dipropionato 0,025%	– Dexametasona 0,1-0,2%
– Difluocortolona valerato 0,3%	– Budesonida 0,025%	– Betametasona valerato 0,1%	– Fluocortina 0,75%
– Halcinónido 0,1%	– Desoximetasona 0,25%	– Clobetasona butirato 0,05%	– Hidrocortisona acetato 0,1-2,5%
	– Flucortolona valerato 0,1%	– Desoximetasona 0,05%	– Metilprednisolona acetato 0,25%
	– Fluocinolona acetónido 0,2%	– Flucortina butilesterato 0,75%	
	– Fluocinónido 0,05%	– Flucortolona	
	– Fluticasona propionato 0,05%	– Flumetasona pivalato 0,025%	
	– Halometasona 0,05%	– Fluorcinolona acetónido <0,01%	
	– Hidrocortisona butirato 0,1%	– Flurandrenolona 0,0125%	
	– Metilprednisolona aceponato 0,1%	– Hidrocortisona aceponato 0,1%	
	– Mometasona furoato 0,1%	– Hidrocortisona valerato 0,2%	
	– Prednicartrato 0,25%		
	– Triamcinolona acetónido 0,1%		

La potencia relativa de algunos productos depende de la forma galénica utilizada (ungüento, pomada, crema, gel, loción). Tomado de: Sendagorta Cudos E, De Lucas Laguna. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11: 49-67.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO RECOMENDADO SEGÚN GRAVEDAD



- **Otros tratamientos:**

- **FOTOTERAPIA:**

- Es un tratamiento de segunda línea.
- En casos de resistencia a los tratamientos o lesiones muy extensas.
- Aplicación natural al sol debe hacerse en mayores de 2 años
- Aplicar fototerapia en niños mayores de 7 años por efectos antiinflamatorios.

- **PROBIOTICOS:**

- En la actualidad no existe evidencia suficiente que demuestre la eficacia de los probióticos en la prevención o modificación del curso de la DA.

- **CORTICOIDES SISTÉMICOS:**

- Uso excepcional, en caso necesario utilizar 0.5 – 1 mg/kg/día entre 5 a 7 días.

RECOMENDACIONES PARA LOS PACIENTES

Tabla III. Dermatitis atópica: consejos para el paciente y su familia

1. **Temperatura ambiental y humedad ambiental.** Evitar temperaturas ambientales elevadas, el calor y la sequedad ambiental aumentan la irritación y el picor (ideal: temperaturas inferiores a 20° con humedad ambiental del 50%). Asegurar una correcta aireación de las habitaciones de la casa. Las calefacciones por aire caliente pueden ser un factor agravante importante. El polvo es un enemigo de la dermatitis atópica, se evitará en la decoración de la casa todo aquello que lo acumule
2. **Exposición solar.** Suele resultar beneficiosa en la dermatitis atópica, pero debe evitarse siempre la quemadura solar. Algunos pacientes tienen mala tolerancia al sol e incluso pueden sufrir agravamiento de sus lesiones. Asegurar una adecuada fotoprotección solar
3. **Ropa.** Elegir, preferentemente, ropa de algodón y evitar todo lo que sea áspero y los tejidos sintéticos, que acentúan la irritación. Evitar el contacto directo de la piel con lana, plásticos, gomas, etc. La tolerancia de las fibras sintéticas es muy variable y deberá evaluarse en cada caso. Si está en edad de uso de pañales, cambiarlos a menudo. La ropa puede lavarse en máquina con un jabón para ropas delicadas, asegurando un adecuado aclarado y evitando el uso de suavizantes. Deben retirarse las etiquetas. Evitar el uso de ropa de abrigo excesiva, la sudoración suele aumentar el picor. El calzado debe ser de cuero o tela y tiene que estar bien aireado. Es conveniente evitar el uso prolongado de calzado deportivo
4. **Alimentos.** En general, no existe ningún régimen particularmente indicado, salvo que se haya demostrado que el niño/a sea alérgico a algún alimento, mediante test de provocación. Algunos alimentos ácidos (p. ej.: cítricos, tomate) pueden irritar la piel de los pacientes atópicos al ingerirlos o manipularlos. Algunos alimentos, por su contenido en histamina o por liberar esta sustancia, sobre todo si se consumen en grandes cantidades (p. ej.: fresas, marisco), pueden desencadenar también prurito. Es conveniente no ingerir salazones, picantes y alimentos con muchas especias. Exceptuando estas circunstancias, no es necesario efectuar restricciones dietéticas en la dermatitis atópica
5. **Vacunas.** Los niños con dermatitis atópica deben recibir el calendario vacunal completo y a su debido tiempo, si no existen otras contraindicaciones. Se debe recomendar la vacuna de la varicela, una primera dosis a los 12 meses y una segunda, con un intervalo mínimo de un mes, lo antes posible
6. **Higiene.** Se pueden alternar las duchas y baños cortos. Para la higiene diaria, utilizar un gel dermatológico sin jabón que limpie la piel con suavidad sin agredirla y, en los baños, aceites o avena coloidal. La temperatura del agua no ha de ser superior a 32-33°. Secar cuidadosamente al niño después, sin frotar. Cortar y limpiar las uñas para evitar posibles infecciones a causa de las lesiones originadas por el rascado
7. **Emolientes.** La aplicación, una o varias veces al día, de una crema emoliente (“hidratante”) en todo el cuerpo es una medida esencial en el tratamiento de la dermatitis atópica. El momento más adecuado para aplicar la crema es inmediatamente (antes de los 3 minutos) tras la ducha o el baño. Las sustancias irritantes deben, también, ser evitadas. Pero no solo los detergentes, pues algunas sustancias utilizadas, como hidratantes de la piel, pueden ser irritantes para la piel del sujeto atópico (es el caso del ácido láctico, el propilenglicol y la urea)
8. **Deportes.** Hay que promocionar una vida normal, insistiendo en los cuidados de base. Los baños con agua de mar suelen ser beneficiosos salvo en los brotes; respecto a la piscina, hay que individualizar, en todo caso antes del baño se debe sobreengrasar la piel y, después del baño, aclararlo con agua dulce y volver a sobreengrasar la piel para atenuar el efecto irritativo del agua de la piscina. Dado que el sudor es un irritante, debe ducharse después de la práctica deportiva e hidratar la piel limpia

Es crucial controlar el picor, su pediatra le recomendará un tratamiento oral con un antihistamínico para evitarlo si es necesario y le pondrá una pauta por escrito con una “crema” de tratamiento para los brotes.

Con frecuencia la piel de los niños con dermatitis atópica se infecta. Así, si tiene zonas rojas, húmedas, con costras, es probable que esté infectada. Consulte a su pediatra o dermatólogo.

Pacientes y familiares deben tener en cuenta que el estrés emocional incrementa el picor

BIBLIOGRAFIA

- <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatopica.pdf>
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/033_GPC_DermAtopPed/IMS_S_033_08_GRR.pdf
- http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/consenso_dermatitis_atopica_2014.pdf
- http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_2/8_Dr_Perez_Cotapos.pdf
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v22_n3/pdf/a08v22n3.pdf
- http://www.seicap.es/guia-dermatitis-at%C3%B3pica-2012-2edicion-prot_30467.pdf
- http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13127793&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=123&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v99n09a13127793pdf001.pdf
- <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/06/213-221-Derm.atopica.pdf>
- http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Pediatria/Ped-21%20Dermatitis%20atopica%20en%20la%20infancia_v1-14.pdf
- <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2012-04/dermatitis-atopica/>
- http://algoritmos.aepap.org/adjuntos/dermatitis_atopica.pdf