

DERMATITIS ATÓPICA Y RINITIS ALÉRGICA

DERMATITIS ATÓPICA

DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio crónico de la piel caracterizado por intenso prurito y piel seca, con exacerbaciones periódicas por contacto con desencadenantes inofensivos para la demás población.

EPIDEMIOLOGÍA

- ❖ 20-30% población general
- ❖ 5-30% de consultas pediátricas
- ❖ 75% de pacientes tiene historia familiar de alergia

COMORBILIDADES

- ❖ Dermatitis rinitis atópica 34%
- ❖ Dermatitis y asma 9%
- ❖ Dermatitis, asma y rinitis (marcha atópica) 25%
 - Empieza como dermatitis atópica, luego alergia alimentaria, luego síntomas de rinitis y desarrollo del compromiso bronquial (también conjuntivitis)

FACTORES IMPLICADOS EN LA FISIOPATOLOGÍA

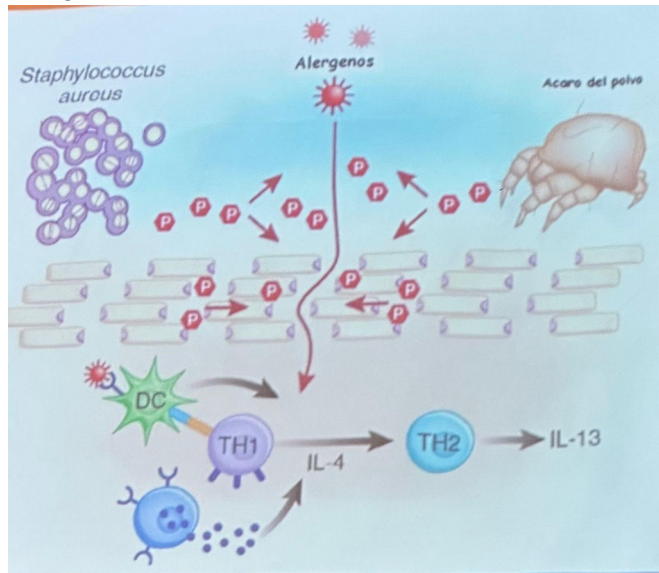
- ❖ **Factores genéticos:**
 - 75% tiene historia familiar de alergia
 - Un solo padre 60% de riesgo
 - Dos padres 80% RIESGO
 - Predominio línea materna
 - Alteración del gen de Filagrina
 - Proteína que genera una compactación o el cemento de la piel y las une **Revisar
 - Entonces si se altera, hay una alteración de la capa externa de la piel y genera sequedad
 - Cuando la filagrina se está degradando, los péptidos que se liberan forman parte del factor humectante natural -> Eso hace disminución de la pérdida de agua a través de la piel
 - Defectos en los péptidos antimicrobianos
 - Defectos en función vitamina D (Alteración en función de catelicidina)

❖ Alteración de la barrera cutánea

- Se presenta baja concentración de ceramidas, ácidos grasos de cadena larga y lípidos en el estrato córneo
- Pérdida transepidérmica aumentada de agua
- Mayor posibilidad de desarrollar xerosis y eccema

❖ Inflamación persistente:

- Alteración en respuesta inmune con activación predominante de LT Th2(anticuerpos) y posteriormente Th1(células)
- Superantígenos microbianos (s.aureus y acaros)
- Elevación de la IgE por predominio Th2 y elevación de IL-4
- Eosinofilia por elevación de IL-5
- Alergia alimentaria en aproximadamente 40% de casos de dermatitis atópica



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- ❖ **Agudas:** Eritema, vesiculación, exudado, excoriación.
- ❖ **Subagudas:** Pápulas eritematosas, descamación, excoriación.
- ❖ **Crónicas:** Liquenificación, engrosamiento de la piel, pápulas fibróticas, aumento de pliegues.

LESIONES ELEMENTALES

- ❖ Eccema → Lactantes, en mejillas en región cervical es eritema, edema, vesiculación exudación y costras



- ❖ Prurigo → Pápulas con vesícula en su cúspide, desaparece con el rascado, sustituida por una pequeña costra



- ❖ Liquenificación → Placas mal delimitadas engrosadas. recorridas por surcos, delimitan áreas romboidales brillantes



FASES CLÍNICAS

- ❖ **Lactantes:** Inicio aproximado en el segundo mes, exantema eritematoso y exudativo que forma costras
Localización: Mejillas, frente y pliegues auriculares respeta triángulo nasolabial, cuero cabelludo, parte anterior tronco, superficie de extensión en las extremidades (simétrico), placas eccematosas
- ❖ **Preescolares:** Puede comenzar en esta fase o reanudarse tras un intervalo libre hasta 2 o 3 años.
Lesiones más papulosas y menos exudativas
Prurito ocasiona liquenificación, con sobreinfección bacteriana (impetigo), virica (moluscum) o fúngica
Localización: Pliegues antecubitales y poplíteos, caderas, muñecas, pliegue auricular,
- ❖ **Adolescentes y adultos:** Predomina lesiones papulosas de liquenificación, xerosis
Localización: Grandes pliegues de extremidades, tercio superior de brazo y espalda, dorso de manos. pies y los dedos, región facial

DIAGNÓSTICO

Criterios de Hanifin y Rajka

Criterios mayores: Deben existir al menos 3 para hacer diagnóstico (son 4)

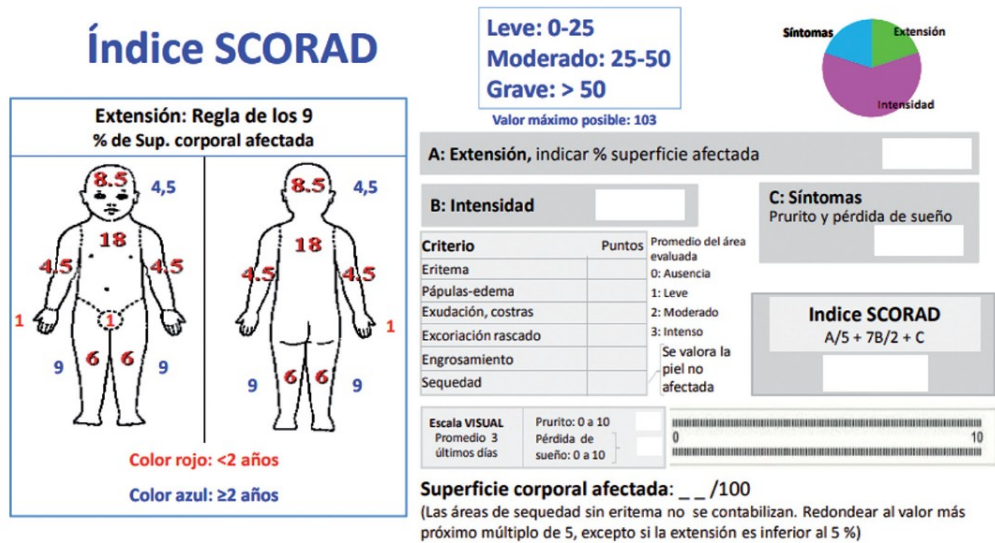
- ❖ Prurito
- ❖ Morfología y distribución típicas:
 - Liquenificación en flexuras en adultos.
 - Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes.
 - Combinación de estos patrones en niños y adultos.
- ❖ Carácter crónico (más de 6 semanas) y recidivante
- ❖ Historia familiar o familiar de atopia

Criterios menores: Debe cumplir con 3 o más para hacer diagnóstico

- ❖ Xerosis.
- ❖ Ictiosis, hiperlinealidad palmar, o queratosis pilaris.
 - Queratosis pilaris: piel de gallina
- ❖ Reactividad a pruebas cutáneas inmediatas (tipo 1).
- ❖ IgE sérica elevada.
- ❖ Comienzo a temprana edad.
- ❖ Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente *S. aureus* y herpes simple) o defecto en la inmunidad mediada por células.
- ❖ Tendencia a dermatitis en manos y pies inespecíficas.
- ❖ Eccema del pezón.
- ❖ Queilitis.
- ❖ Conjuntivitis recurrente.
- ❖ Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan.
- ❖ Queratocono.
- ❖ Catarata anterior subcapsular.
- ❖ Oscurecimiento orbitario (ojeras).
- ❖ Eritema o palidez facial.
- ❖ Pitiriasis alba: maculas hipopigmentadas
- ❖ Pliegues anteriores del cuello.
- ❖ Prurito al sudar (hipersudoración).
- ❖ Intolerancia a lanas y solventes orgánicos.
- ❖ Acentuación perifolicular.
- ❖ Intolerancia a los alimentos.
- ❖ Curso influenciado por factores ambientales o emocionales.
- ❖ Dermografismo blanco

EVALUAR LA GRAVEDAD

Figura 1. Índice SCORAD



Permite obtener una curva de la evolución de su eccema entre consulta y consulta

DIAGNÓSTICO DIFERENCIALES

- ❖ **Dermatitis seborreica:** No pruriginosa y de aparición en las primeras semanas de vida



- ❖ **Dermatitis alérgica de contacto:** Lesiones similares de dermatitis atópicas pero limitadas a la zona de contacto con el alérgeno



Ojo a una pañalitis NO se le pone corticoide porque no es mediada por IgE

- ❖ **Escabiosis:** Infección producida *Sarcoptes scabiei*, se caracteriza por la aparición de lesiones lineales que forman en el surco acarino y vesícula perlada, con prurito preferentemente nocturno y afectación de otros familiares



Aquí toca es poner Ivermectina como TTO (Son nodulos puede estar en pene como en escroto)

- ❖ **Psoriasis:** Lesiones eritematoescamosas en placas bien delimitadas, localizadas en codos y rodillas con afectación de uñas y cuero cabelludo. Enf Autoinmune, proceso inflamatorio cronico, compromiso placas bien delimitadas localizadas en superficies extensoras



COMPLICACIONES

- ❖ **Sobre Infecciosas:**

- > Bacterianas
 - *Estafilococo aureus*: pápulas, vesículas y luego quedan costras meliséricas
 - *Streptococcus pyogenes*
- > Virales
 - Hepes
- > Micosis
 - Dermatófitos

- ❖ **Molusco contagioso:** Infección cutanea por poxvirus, lesiones induradas, variables en tamaño, de color perlado y centro umbilicado. puede tratarse por crioterapia (usualmente en el tórax)



TRATAMIENTO

- ❖ **Ambientes**

- > Evitar climas muy fríos
- > Evitar ropa muy ajustada, áspera, fibras sintéticas o lana

- Evitar presencia de ácaros: Cuando se está sospechando escabiosis se tiene que sacar el colchon al sol y lavar las sábanas con agua caliente y usar permetrina y se podría hacer un tratamiento vía oral ivermectina 1 gotas/kg a partir de los 15 kg aproximadamente corresponde a un niño de 4 años. Se puede utilizar el jabón de azufre por 2 semanas, o utilizar el benzoato de bencina
- Evitar uso de suavizantes o elementos muy perfumados
- Es controversial si eliminar alérgenos alimentarios, sin embargo varios estudios restringen ciertos alimentos como los ultraprocesados.
 - Frutas: piña, fresas
 - Leche de vaca

❖ Baño

- Baños de corta duración
- Utilizar jabones neutros o sustitutos de jabón: alergibon
- Evitar usos de elementos como estropajos o cepillos para el cuerpo
- Hidratar inmediatamente luego del baño



❖ Cremas

- Emolientes: Proporcionan lípidos exógenos y mejora la barrera cutánea: cetaphil (Se utiliza 2 veces al día)
 - La diferencia entre un emoliente y una crema humectante, es que el emoliente tiene más lípidos y genera una mayor protección de la barrera cutánea de la piel.



- Corticoides tópicos: Desonida e hidrocortisona (dos veces al día durante 5 -7 días y luego se disminuye 1 vez al día durante 5-7 días y luego interdiario durante 5 días.)

- Ojo corticoides se usan es cuando es dermatitis de moderada a severa, inicialmente se usa es Emolientes
- Corticoides EA en piel: genera atrofia en la piel, adelgazamiento marcado en la piel, niño queda con parches blancos y la barrera cutánea se afecta de forma permanente.
- Hidrocortisona se considera debaja a mediana potencia
- El corticoide topico que mas se usa en PED es Desonida al 0.05 o 0.1% y se pone ciclos cortos

Tabla IV. Potencia de los corticoides tópicos (fuente: *VICE*)

Potencia	Corticoide tópico
Baja	Desonida 0,05% Acetato de hidrocortisona (0,1-2,5%)
Media	Dipropionato de aldometasona 0,05% Valerato de betametasona 0,025% Butirato de clobetasona 0,05% Flurandrenolona 0,0125% Acetonido de fluorcinolona 0,00625% Butilesterato de flucortina 0,75% Fluocortolona Valerato de hidrocortisona 0,2% Prednicarato 0,25%
Alta	Dipropionato de beclometasona 0,025% Dipropionato de betametasona 0,05% Valerato de betametasona 0,1% Valerato de flucortolona 0,1% Acetonido de flucinolona 0,025% Fluocinonida 0,05% Propionato de flubicasona 0,05% Butirato de hidrocortisona 0,1% Fuorato de mometasona 0,1% Acetonido de triamcinolona 0,1%
Muy alta	Propionato de clobetasol 0,05% Valerato de diflucortolona 0,3% Halcinonida 0,1%

VICE: National Institute of Health and Clinical Excellence

- Inmunomodulador: tacrolimus (Actúa directamente sobre el proceso inflamatorio) Solo se debe usar en mayores de 2 años.
 - Inhibidores de Calcineurina (Responsable de la activación de la transcripción de la IL 2 para el crecimiento y diferenciación de los linfocitos T (Se reduce la RTA TH1 a futuro
 - Antes se decía que genera neoplasias, pero bajo ciertas condiciones como factores de base del paciente.
 - Ojo solo lo formula el dermatólogo

❖ Medicamentos

- Antihistamínicos: Utilización de los de primera generación por efecto sedante ya que los niños suelen tener prurito durante las noches
 - Hidroxicina 2 mg/kg/día en 3 dosis
 - Como reacciones rápidas en la piel como los jabones puede ser buena alternativa
 - Difenhidramina 5 mg/kg/día en 3 dosis
- Antibióticos: En caso de infección
Cefalosporina de primera generación (Cefalexina o cefradina) si es lesión única de manejo tópico con ácido fusídico o mupirocina (3 veces al día)

❖ Educación

- Explicar claramente la evolución, los probables desencadenantes y factores agravantes. Control ambiental y dietario.

REMISIÓN

El primer manejo lo hace med general o pediatría

Dermatología

- ❖ DA moderada o grave que no responde al tratamiento tópico con corticoide o inmunomoduladores
- ❖ Paciente que tenga recidivas muy frecuentes o sobreinfecciones frecuentes

Alergología

- ❖ En dermatitis moderada o grave
- ❖ Dermatitis atópica con alergenitos alimentarios

RINITIS ALÉRGICA

DEFINICIÓN

Trastorno crónico sintomático de la nariz, con inflamación de la mucosa nasal mediada por inmunoglobulina E (IgE) e inducida por la exposición de alérgenos

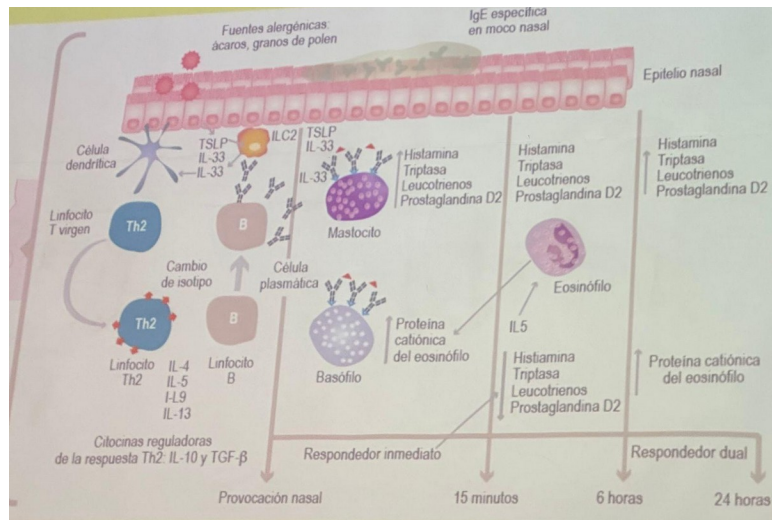
EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia global de la RA en pediatría varía entre el 2% y el 25% .Es más común en países en vía de desarrollo.

En Colombia según un estudio publicado en 2004, la prevalencia de rinitis alérgica en la población general es del 22,6%

FISIOPATOLOGÍA

1. Exposición a alérgeno, lo que desarrolla es una reacción desde las CPA (Dendríticas y langerhans) y esas células van a desarrollar una respuesta donde predominan linfocitos T (Th2).va a generar que se produzcan más interleucinas IL-4 IL-5.
2. Después cuando se está en contacto de nuevo con el alérgeno se presenta una respuesta inflamatoria masiva, generando rinorrea, congestión nasal, vasodilatación.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Presencia de 2 o más en forma recurrente y paroxística:

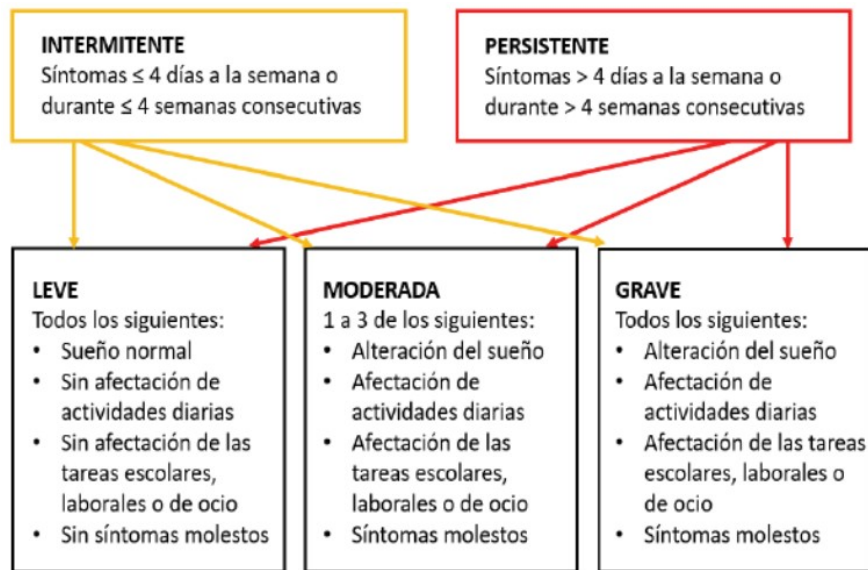
- ❖ Estornudos
- ❖ Congestión nasal: necesidad de sonarse la nariz, ruidos nasales
- ❖ Obstrucción nasal: respiración bucal, falta de aire, dolor de garganta, puede producir otitis
- ❖ Prurito nasal

Puede haber historia personal o familiar de atopía

Otros síntomas asociados:

Otros síntomas asociados	Epistaxis, fatiga, irritabilidad, prurito ocular, hiperemia conjuntival, edema palpebral, quemosis
Ojeras alérgicas	Por vasodilatación producida por la inflamación alérgica
Líneas de Dennie-Morgan	Aumento de pliegues debajo de los párpados
Pliegue nasal transversal	Producido por el frotamiento de la nariz (saludo alérgico), por prurito y rinorrea
Mucosa nasal	Pálida, azulada, con edema de cometas y rinorrea serosa
Mucosa orofaríngea	Aspecto de "empedrado" por hiperplasia linfóide
Xerosis	Piel seca y manchas blancas
Membranas timpánicas	Retraídas o con acumulación de líquido seroso en oído
Facies alérgica del respirador bucal	Paladar arqueado, boca abierta y mal oclusión dental

CLASIFICACIÓN



- ❖ Intermittente o persistente: Hace referencia a la temporalidad
- ❖ Leve, moderada, grave: Se clasifica según afecta el sueño y las actividades diarias

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Específicos

- ❖ IgE específica
 - En vivo:
 - Epicutáneas(parches
 - Percutaneous (prick test)
 - Intracutaneas
 - In vitro: Enzimoinmunoanálisis son más costosas
 - Contraindicadas en eccema. Asma severa o no controlada. enfermedades cardiacas sin control
- ❖ TAC según clínica y disponibilidad
- ❖ Pruebas de provocación nasal: Uso en investigación , tiene riesgo de reacciones importantes

No específicos:

- ❖ IgE sérica total: Puede ser elevada o normal sin descartar la Rinitis
- ❖ Eosinofilia: No es un hallazgo específico de la rinitis alérgica, ya que la presencia de parásitos puede elevar los eosinófilos
- ❖ Rx caum faríngeo o SPN: Según la clínica sea sugestiva de obstrucción.

TRATAMIENTO

Farmacológico

- ❖ **Antihistamínicos:** No útiles los de primera generación por sedación. Si se presentan casos de sedación se empiezan a dar antihistamínicos en la noche. Está indicada en rinitis intermitente leve moderado.

- **Lactantes: Desloratadina, cetirizina**

TABLA 3. Antihistamínicos orales en pediatría

Medicamentos	Edad indicada	Dosis pediátrica
Antihistamínicos orales 1.ª generación		
Clorfeniramina	≥ 2 años	0,04 mg/kg/6 h
Difenhidramina	≥ 1 año	5 mg/kg/día (cada 6 h) Dosis máxima 150 mg
Antihistamínicos orales 2.ª generación		
Cetirizina	≥ 6 meses	6 a 23 meses 2,5 mg/día 2 a 6 años: 2,5 mg 2 veces al día 6 a 12 años: 5 mg 2 veces al día Adolescentes mayores de 12 años: 10 mg 1 vez al día
Levocetirizina	≥ 6 meses	6 meses a 5 años: 1,25 mg/24 h 6 a 12 años: 2,5 mg/24 h > 12 años: 5 mg/24 h
Loratadina	≥ 2 años	< 30 kg: 5 mg/24 h > 30 kg: 10 mg/24 h
Desloratadina	≥ 6 meses	6 a 11 meses: 1 mg/24 h 1 a 5 años: 1,25 mg/24 h 6 a 11 años: 2,5 mg/24 h > 12 años: 5 mg/24 h
Fexofenadina	≥ 6 meses	6 meses a 11 años: 30 mg 2 veces por día ≥ 12 años: 120 a 180 mg/24 h

Modificado de Comité Nacional de Alergia, et al.²

- ❖ **Corticoides nasales:** Se deben aplicar en la parte inferior de los cornetes hacia la parte lateral para evitar la hipertrofia del septum y reducir el riesgo de epistaxis. Se deben empezar a partir de los 2 años.

- El tratamiento de primera línea es la beclometasona, después la mometasona y como última opción fluticasona
- Está indicado en rinitis intermitente grave o persistente moderado o grave

TABLA 4. Dosis y formulaciones de los diferentes corticoides inhalados (CI)

Tipo de corticoide inhalado (CI) (Dosis)	Régimen de administración		Efectos adversos comunes	Tiempo de acción
	Adultos	Niños		Biodisponibilidad (BD)
Mometasona furoato (50 mcg/espray) Acuoso	2 puff a cada lado por día	2 puff a cada lado por día	Cefalea, epistaxis	Tiempo de acción 36 h BD: 0,1 %
Fluticasona propionato (50 mcg/espray)	1-2 puff a cada lado por día	2 puff a cada lado por día	Cefalea, odinofagia, epistaxis	BD: 0,5-2 %
Triancinolona acetonide (55 mcg/espray)	2 puff a cada lado por día	2-4 puff a cada lado por día	Epistaxis, sequedad faríngea	Tiempo de acción 24 h BD: 22,5 %
Budesonide (32mcg/espray)	1 puff a cada lado (en mayores de 6 años) por día	2 puff a cada lado dos veces por día	Epistaxis, sequedad faríngea	BD: 20 %
Beclometasona dipropionato (42 mcg/espray)	1-2 puff a cada lado dos veces por día (en mayores de 12 años)	1-2 puff a cada lado dos veces por día 1-2 puff a cada lado por día	Sequedad de nariz y faringe, estornudos, cefalea	BD: 44 %
Ciclesonide (50 mcg/espray)	2 puff a cada lado por día (mayores de 6 años)	2 puff a cada lado por día	Cefalea, epistaxis, nasofaringitis	BD: menor al 1 %
Fluticasona furoato (27,5 mcg/espray)	1 puff a cada lado por día	2 puff a cada lado por día	Cefalea, odinofagia, epistaxis	BD: 0,5 %
Fluticasona (50 mcg/espray) y azelastina (137 mcg/espray)	1 puff a cada lado dos veces por día en mayores de 6 años	1 puff a cada lado dos veces por día	Cefalea, epistaxis	BD: Fluticasona propionato: 0,5-2 %

Referencias: Modificado: Vázquez D, Onetti CI, Parisi CA, Martínez JC, et al.⁸

- ❖ **Antileucotrienos**

- Montelukast: Se administra en una dosis diaria de
 - 4 mg: desde los 2 años hasta los 5 años. Ya que pueden generar trastornos de la conducta y del sueñoA los 5 años:
 - 5 mg (de 6 a 12 años)
 - 10 mg (> 12 años)
- Se describe escasos efectos adversos (cefalea trastornos de la conducta y del sueño)
- ❖ Otros
 - Bromuro de ipratropio nasal > 6 años
 - Descongestionantes: Pseudoefedrina > 4 años
 - Oximetazolina y nafazolina no por tiempo prolongado, ya que puede generar necrosis de la punta nasal ya que tiene un efecto vasoconstrictor
 - Idealmente corticoide nasal en > 2 años
 - Montelukast no de elección como primera línea

No farmacológico

- ❖ Control ambiental
 - Control de humo de tabaco y polución
 - Ácaros
 - Hongos
 - Animales
 - Polen
- ❖ Control dietario es controversial

REMISIÓN

Alergología

- ❖ Síntomas persistentes con sensibilidad a alérgenos perennes e inevitables
- ❖ Síntomas intermitentes, pero con intensidad tal que modifican su actividad diaria
- ❖ Considerar frente a la coexistencia de rinitis y asma. Con el tiempo se benefician de la inmunoterapia..

Otorrinolaringología

- ❖ Pacientes con ronquidos y en quien se sospecha SAHOS.