

Dermatitis atópica: clínica, diagnóstico diferencial y tratamiento



M. Ridao Redondo

Consultori Local Sta. Coloma de Cervelló. Barcelona

Resumen La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel que cursa de forma crónica o recurrente. El prurito es el síntoma guía de la enfermedad. Se asocia frecuentemente con asma, rinitis y alergia alimentaria. La prevalencia de la dermatitis atópica está aumentando en todos los países con estilo de vida occidental. El pediatra de Atención Primaria debe conocer bien la enfermedad, pues deberá derivar para su estudio el grupo de niños con patología alérgica asociada. En los niños en los que esta base de atopia no se pueda demostrar, la base del tratamiento será conocer la evolución crónica de esta enfermedad, implicando a los pacientes/familias en el tratamiento de mantenimiento diario. El pediatra debe conocer los nuevos fármacos antiinflamatorios tópicos, pues su correcta aplicación parece modificar la evolución de esta patología.

Palabras clave Dermatitis atópica; Niños; Antiinflamatorios tópicos.

Abstract ATOPIC DERMATITIS: SYMPTOMS, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT
Atopic dermatitis is an inflammatory disease of the skin with a chronic and recurrent evolution. Pruritus is the main symptom of this disease that is frequently associated with asthma, rinitis, and food allergy. Atopic dermatitis prevalence is increasing in western countries. Primary health care paediatricians should know this disease because they have to decide which children with allergic associated diseases should be studied. In the group of patients in which an atopic component can't be demonstrated, treatment will be based on the knowledge of the chronic evolution of the disease and in the implication of the patient/family in the sustained therapy in everyday life. Paediatrician should know new topic anti-inflammatory drugs because its right use seems to be able to modify the evolution of this disease.

Key words Atopic dermatitis; Children; Topic anti-inflammatory.

Pediatr Integral 2004;VIII(3):204-210.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es la enfermedad cutánea más frecuente en la infancia, encontramos antecedentes familiares o personales de otras enfermedades atópicas en más del 70% de los pacientes. Su prevalencia está aumentando en nuestro país.

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente de la piel, de mecanismo inmunológico, en la que como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados (alimentos, neuroalérgenos, proteínas bacterianas), en niños genéticamente predispuestos, se libe-

ran una serie de factores inflamatorios, que producen en la piel lesiones de eczema. Estas lesiones eccematosas están constituidas por espongiosis, edema y microvesículas, que dan lugar a prurito, irritación cutánea, rascado y lesiones inflamatorias simétricas, de aspecto y localización variable según la edad y la ubicación de la enfermedad. Se asocia con frecuencia a asma, rinitis y alergia alimentaria.

Es fundamentalmente una enfermedad propia de la infancia y disminuye su prevalencia e intensidad con la edad. En el 60% de los pacientes, se inicia en el primer año de vida, fundamentalmente en los primeros seis meses, en el 85% en los

primeros 5 años y sólo un 10% inician la enfermedad después de los 7 años. En el 70-80% de los niños, encontramos antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas.

La incidencia de dermatitis atópica está aumentando en los últimos años, sobre todo en los países desarrollados, en los que están aumentando también todas las enfermedades atópicas. En ellos tenemos cifras de prevalencia por encima del 15%, mientras que en países en vías de desarrollo están por debajo del 5%. Estos datos se asocian a los estilos de vida, pues cuando estos niños emigran presentan prevalencias en los rangos del país de acogida. Dentro de un mismo país, las cifras

son más altas en las zonas urbanas y en las poblaciones con mayor nivel de vida.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Deberemos sospechar que un niño presenta una dermatitis atópica, ante una dermatitis pruriginosa de localización característica, persistente o recurrente de más de seis semanas de evolución.

Las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica constituyen la base de su diagnóstico, ya que no existen cambios microscópicos ni de laboratorio específicos.

Características de las lesiones cutáneas de la dermatitis atópica

Las lesiones elementales de la dermatitis atópica son: **eccema**, caracterizado por zonas de eritema, edema, vesiculación, exudación y costras, **prurigo**, constituido por pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, que desaparece rápidamente con el rascado, siendo substituida por una pequeña costra, y **liquenificación**, con placas mal delimitadas engrosadas, recorridas por surcos que delimitan áreas romboidales brillantes. Pueden presentarse de forma **aguda**, con exudación serosa muy pruriginosa, **subaguda**, descamativa y con excoりaciones, y de forma **crónica**, con engrosamiento de la piel y acentuación de los pliegues. Las distintas fases pueden coexistir o sucederse en el tiempo. Todo ello sobre una piel seca. El prurito es el síntoma guía de la atopia, su ausencia debe hacernos replantear el diagnóstico.

Distribución de las lesiones de dermatitis atópica

Las lesiones de la dermatitis atópica siguen una distribución característica según la edad del paciente:

1. Lactantes: comienzan a partir del segundo mes, con un exantema eritematoso, con gran componente exudativo que forma costras y se localiza en mejillas, frente y pliegues auriculares, respetando el triángulo nasolabial. Se extiende al cuero cabelludo, la parte anterior del tronco y superficies de extensión de las extremidades de forma simétrica con placas eccematosas. El área del pañal suele estar indemne.



FIGURA 1.
Lesiones típicas de la dermatitis atópica en escolares

2. Niños: de los 2 a los 12 años. Las manifestaciones cutáneas pueden comenzar en esta fase, o bien reanudarse tras un intervalo libre de hasta 2 ó 3 años. Característicamente, afecta a los pliegues antecubitales y popliteos. El gran prurito que presentan da lugar a liquenificación crónica cutánea y fácil sobreinfección bacteriana (impétigo), vírica (*moluscums*) o fúngica. Otras localizaciones típicas son: caderas, muñecas, pliegue auricular, párpados, región peribucal, queratitis, manos, dedos, es típica la pulpititis pruriginosa, y en la planta de los pies. Los rebrotes son habituales en otoño y primavera (Fig. 1).
3. Adolescentes y adultos: las lesiones papulosas y de liquenificación predominan en esta fase sobre una base de intensa xerosis. Se localiza preferentemente en grandes pliegues de extremidades, tercio superior de brazos y espalda, dorso de manos y pies y en los dedos.

Manifestaciones menores de la dermatitis atópica

Representan los signos de sospecha de la dermatitis atópica, tales como: piel seca, pequeñas fisuraciones en el pliegue del lóbulo de la oreja, de los dedos de manos y pies, enrojecimiento y descamación del dorso de los dedos de los pies o las boqueras. Con frecuencia, se observa hiperlinealidad palmar, alopecia en la cola de las cejas, pitiriasis alba y lengua geográfica.

La hiperqueratosis pilar que da aspecto de "piel de gallina" se localiza en glúteos, región deltoidea, cara externa de muslos, tronco y una placa eritematosa en mejillas. No es pruriginosa.

Los rasgos que definen la cara atópica son el pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan, las ojeras oscuras y la palidez facial.

En el curso de la dermatitis atópica, pueden presentarse alteraciones ocula-

res, como la catarata subcapsular anterior que, aunque poco frecuente, debe considerarse en la segunda década de la vida y es específica de esta enfermedad. Mucho más raro es el queratocono, que se relaciona con el frotamiento excesivo del ojo.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

Sospecharemos que un paciente presenta una dermatitis atópica ante una dermatosis pruriginosa persistente o recurrente que cumpla los criterios diagnósticos (Hanifin/Rajka). Valoraremos la severidad clínica aplicando el índice SCORAD. Si la encuesta alimentaria es positiva o se asocia asma o rinitis, remitiremos al alergólogo para estudio etiológico.

Debido a la gran diversidad de formas de presentación, varios grupos de trabajo han intentado constituir criterios uniformes para el diagnóstico. Los más aceptados entre los pediatras y alergólogos infantiles son los de Hanifin y Rajka de 1980 (Tablas I y II). Para la valoración de la extensión y gravedad de las lesiones utilizamos el índice SCORAD (*severity scoring of atopic dermatitis*) propuesto por el *Consensus Report of the European Task Force on atopic dermatitis*. En la revisión de Charman y Williams de los diferentes métodos de medida de la gravedad de la dermatitis atópica, evaluando su grado de validez, fiabilidad, sensibilidad al cambio y aceptación, solamente el SCORAD cumplió todos estos requisitos. El SCORAD valora la **extensión** (por la regla del 9 semejante a la de los quemados), la **intensidad**, puntuando de 0 a 3 las lesiones. La presencia de sequedad de la piel se evalúa en zonas de piel no afectadas. En tercer lugar, los **síntomas subjetivos** (prurito y pérdida de sueño), va-

TABLA I.
Crterios de
Hanifin y Rajka

Crterios mayores (debe haber al menos 3 signos)
 Prurito
 Morfología y distribución típicas
 Liquenificación flexural o linealidad (adultos)
 Afectación facial y de zonas de extensión (niños)
 Dermatitis crónica o con recaídas frecuentes
 Historia familiar y/o personal de atopía (asma, rinitis alérgica)

Crterios menores (debe haber al menos 3)
 Xerosis
 Ictiosis/hiperlinearidad palmar/hiperqueratosis folicular
 Reactividad cutánea inmediata positiva
 IgE sérica elevada
 Comienzo precoz
 Tendencias a las infecciones cutáneas (*Staphylococcus* y herpes simples)
 Tendencia a dermatitis inespecífica de manos o pies
 Eccema del pezón
 Queilitis
 Conjuntivitis recurrente
 Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgau
 Queratocono
 Cataratas subcapsulares anteriores
 Cerco periorbitario
 Palidez o eritema facial
 Pitiriasis alba
 Pliegues anteriores en el cuello
 Prurito con el sudor
 Intolerancia a la lana o los solventes lipídicos
 Acentuación perifolicular
 Intolerancia alimentaria
 Curso fluido por factores emocionales y ambientales
 Dermografismo blanco

TABLA II.
Crterios de
Hanifin y Rajka
para lactantes

Crterios mayores (al menos 3)
 Historia familiar de enfermedad atópica
 Dermatitis facial típica o dermatitis liquenificada o eccematosa en zonas de extensión
 Prurito evidente

Crterios menores (al menos 3)
 Xerosis, ictiosis, hiperlinearidad palmar
 Acentuación perifolicular
 Fisuras postauriculares
 Descamación crónica del cuero cabelludo

lorados por los padres o los niños mayores. Según la puntuación obtenida, se han establecido tres grados: DA leve, puntuación de 0 a 25, moderada, puntuación de 25 a 50, y grave, puntuación mayor de 50 (Fig. 2).

Además del diagnóstico clínico, es preciso indagar en las posibles causas y los factores desencadenantes que pueden mantener o agravar las lesiones. Si hay alimentos claramente implicados, recomen-

daremos dieta de exclusión hasta que el especialista efectúe el estudio alergológico. También, estudiaremos neumoalergenos en niños cuya dermatitis atópica se asocia a patología respiratoria o que debuten en la época escolar o adolescente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los dos signos guía son la distribución de las lesiones y el prurito.

Podemos hacer un amplio diagnóstico diferencial, pero básicamente hemos de pensar en:

Dermatitis seborreica: suele ser más precoz, localizada en el cuero cabelludo (costra lactea), cejas y pliegues inguinales. Presenta descamación importante y exudado sebáceo, amarillento. Afecta el área del pañal y pliegues. No suele existir prurito.

Dermatitis de contacto: puede coexistir con la dermatitis atópica, pero la vemos en niños normales expuestos a irritantes como la orina, la saliva, las heces, o algunos detergentes. Es menos seca y pruriginosa.

Escabiosis: lesiones con surco y vesícula, intenso prurito de predominio nocturno. Otros miembros de la familia están afectados.

Dermatitis herpetiforme: es una erupción vesiculosa, muy pruriginosa, que se distribuye de forma simétrica en las superficies de extensión y en la zona lumbar. Se asocia a enfermedad celíaca que puede ser subclínica.

Dermatitis alérgica de contacto: se limitan al área de contacto con el material alergénico. La localización repetitiva nos pone sobre la pista. No suele aparecer en los primeros meses de vida.

Psoriasis: lesiones descamativas en placas localizadas en codos, rodillas, cuero cabelludo y clásicamente en las uñas. Afecta el área genital y ombligo.

Otros múltiples síndromes podrían entrar en un diagnóstico diferencial más amplio y complejo.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Debemos informar a los padres y a los niños mayores de que se trata de una enfermedad crónica inflamatoria, que va a mejorar con la edad, pero sobre todo con sus cuidados diarios. Hay que implicar a los niños en el día a día.

La estrategia terapéutica debe dirigirse hacia dos aspectos, el brote de dermatitis atópica y el intervalo libre.

Cuidados permanentes

De forma cuidadosa, hay que eliminar aquellos alimentos responsables de la clínica. Hay que demostrarlo mediante estudio alergológico y pruebas de provocación/exclusión. No se deben poner en mar-

cha dietas de exclusión de forma empírica. En niños mayores, debe descartarse la sensibilización a neuroalérgenos o epitelios animales a fin de efectuar medidas de evitación si es necesario.

Como norma general, hay que evitar el calor excesivo en casa y sobre todo en el dormitorio. La ropa en contacto con la piel debe ser de algodón, amplia y blanca, evitando lana y fibras sintéticas. Hay que quitar las etiquetas interiores de la ropa. La ropa se lavará con un detergente suave, sin lejía ni suavizante. Debe aclararse con agua abundante.

No es recomendable una frecuencia mayor a 2-3 baños- duchas semanales. Se utiliza agua tibia y un aceite de baño o jabón de pH ácido, sin detergente. No hay que frotar con esponja. Secaremos con toques suaves, sin frotar. Con la piel aún húmeda y de forma rápida, hidrataremos la piel con una buena crema emoliente.

Los baños de mar, evitando la exposición prolongada al sol, son recomendables. No así las piscinas, por los desinfectantes y cloro que contienen.

Tratamiento de los brotes

Controlar el picor

El rascado agrava las lesiones. Hay que mantener las uñas cortas para dificultarlo. Para reducir el picor, utilizaremos hidroxicina (2 mg/kg/día, fraccionado en tres dosis) por el efecto sedante que añade a su acción antihistamínica. También podemos utilizar una dosis única nocturna si el prurito predomina de noche (1 mg/kg).

Eliminar la inflamación

Corticoides

El control de la inflamación es la medida más eficaz para reducir el picor. Clásicamente, se utilizan corticoides tópicos. La elección del preparado varía en función de la edad, la extensión y la gravedad de las lesiones. En lactantes y en la cara y axilas, preferiremos la hidrocortisona en crema, dos dosis diarias. En lesiones cronicadas en extremidades, se pueden utilizar los de potencia alta en pomada o ungüento. Hay que controlar los posibles efectos secundarios como: atrofia cutánea, Petequias, estrías atróficas, hipertriosis, despigmentación, foliculitis. Son posibles efectos sistémicos con los de alta o muy alta potencia a dosis su-

SCORAD EUROPEAN TASK FORCE ON ATOPIC DERMATITIS

INSTITUTION: _____
 PHYSICIAN: _____

Last Name: _____ FIRST NAME: _____
 Date of Birth: ____/____/____ DD/MM/YY
 Date of Visit: ____/____/____

Topical Steroid used:
 Potency (Brand name): _____
 Amount / Month: _____
 Number of Times / Month: _____

Figures in parenthesis for children under two years

A: EXTENT Please indicate the area involved: _____

CRITICIA	INTENSITY
Erythema	
Poikiloderma	
Codification	
Cicatrization	
Lichenification	
Crypsis	

MEANS OF CALCULATION
 INTENSITY (ITS)
 (average representative area)
 0= absence
 1= mild
 2= moderate
 3= severe
 * Dryness is evaluated as unlesioned areas

C: SUBJECTIVE SYMPTOMS
PRURITUS+SLEEP LOSS

SCORAD $A/5+7B/2+C$

Visual analog scale (average for the last 3 days or nights)
 PRURITUS (0-10) _____
 SLEEP LOSS (0-10) _____

TREATMENT: _____
 REMARKS: _____

FIGURA 2. Valoración de la gravedad y extensión de las lesiones de eccema en el niño (SCORAD)

periores a 20 g en niños y 10 g en lactantes. Hay que recordar que el pañal actúa como una cura oclusiva y puede aumentar la absorción hasta 100 veces. La aplicación en párpados debe hacerse con precaución pues, en algún caso, puede originar glaucoma (Tabla III).

Debemos evitar utilizar los corticoides ante infecciones virales y utilizarlos con precaución si hay una infección bacteriana, después de iniciar un antibiótico.

Tacrolimus

Alternativa a los corticoides es un macrólido producido por el hongo *Streptomyces tsukubaensis*. Es un inmunomodulador eficaz por vía tópica. Está comercializado inicialmente en Japón desde 1999 y ya en nuestro país al 0,03% para niños de 2 a 15 años. Existen más de 10.000 pacientes tratados. Tiene una po-

- Grupo I.** Potencia baja
 - Hidrocortisona 0,5-1%
 - Hidrocortisona aceponato 1-2,5%
- Grupo II.** Potencia moderada
 - Fluocortina ester butílico 0,75%
 - Hidrocortisona butirato propionato 0,1%
- Grupo III.** Potencia alta
 - Acetonido de fluocinolona 1%
 - Acetonido de flucorolona 0,002%
 - Dipropionato de beclometasona 0,025%
 - Dipropionato de betametasona 0,05%
 - Metilprednisolona aceponato 0,1%
 - Mometasona fluorato 0,1%
 - Prednicartrato 0,25%
 - Valerato de betametasona 0,1%
- Clase D.** Potencia muy alta
 - Propionato de clobetasol 0,5%
 - Valerato de diflucortolona 0,3%

Tomado de *Vademécurm Internacional 2000*.

TABLA III. Corticoides tópicos

tencia inflamatoria similar a la de los corticoides tópicos de potencia alta. Su uso intermitente permite un control efectivo de la enfermedad a largo plazo, y se considera un tratamiento de elección en dermatitis moderada-grave refractaria a otros tratamientos en niños a partir de 2 años y adultos. Requiere dos aplicaciones al día y ha sido aprobado para pacientes con **dermatitis atópica moderada-grave**. Hay que advertir que, al aplicarlo sobre lesiones en estado agudo, produce escorzor durante unos minutos que desaparece con la mejoría de las lesiones en 3 ó 4 días. Tiene un precio elevado. Los datos publicados avalan su seguridad. No produce atrofia cutánea.

Pimecrolimus

Nuevo inmunomodulador, inhibidor selectivo de las citocinas inflamatorias producido por el *Streptomyces hygroscopicus*. Acaba de comercializarse en nuestro país con indicación para **dermatitis atópica leve-moderada**. Su efectividad, que es rápida, no disminuye con el tiempo, ni se produce efecto rebote al suspenderlo. Presenta un patrón de seguridad muy bueno aplicándolo en crema al 1% en dos dosis diarias. Puede utilizarse en lactantes, reduciendo la incidencia de exacerbaciones que precisen corticoides. Hay que plantearlo pues como un tratamiento de primera línea asociado siempre a emolientes.

Tratamiento de las sobreinfecciones

Se administrarán antibióticos tópicos y/o sistémicos en función de la gravedad y extensión. Utilizaremos tópicamente mupirocina y ácido fusídico. Por vía general, eritromicina, cloxacilina, amoxicilina-clavulánico y cefalosporina de 1º generación.

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.** Escarrer Jaume M, Muñoz López F. Importancia de los aeroalergenos en la etiopatogenia de la dermatitis atópica. *Allergol et Immunopathol* 2002; **30** (3): 126-34.

Interesante trabajo con 64 niños afectos de dermatitis atópica y un grupo control en el que mediante biopsia de pruebas del parche muestra la implicación de neuroalergenos en la etiología de esta enfermedad sobre todo en escolares y preadolescentes.

- 2.** Fernández Benítez M. Implicación etiológica de los alimentos en la dermatitis atópica: datos a favor. *Allergol et Immunopathol* 2002; **30** (3): 114-20.

Revisión de la implicación de alimentos en un grupo de dermatitis atópicas, caracterizadas por aparición precoz, clínica moderada/grave y estudio alergológico positivo. Se recomienda el diagnóstico precoz para prevenir el desarrollo de su marcha "alérgica".

- 3.* González de Olano D, Roan Roan J, de la Hoz Caballer B et al. *Allergol Immunol Clin* 2003; **18**: 269-73.

Uno de los primeros ensayos clínicos efectuados en nuestro país, aunque con un número reducido de pacientes de 2 a 34 años, con DA moderada-grave según el índice SCORAD resistentes al tratamiento tradicional. Confirman la eficacia clínica con ausencia de secundarismos tras siete semanas de tratamiento.

- 4.** Ho VC, Gupta A MD, Kaufmann R MD et al. Safety and efficacy of non steroid pimecrolimus cream 1% in the treatment of atopic dermatitis in infants. *The Journal of Pediatrics* 2003; **141** (2): 155-62.

Uno de los últimos ensayos clínicos publicados. Efectuado en 186 lactantes para evaluar la eficacia de este fármaco a medio plazo.

- 5.*** Martín Mateos MA. Programa docente de actualización en dermatitis atópica. Con el aval científico de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica. (SEICAP). Barcelona: Ergon; 2003.

Tres módulos excelentes que recogen toda una actualización sobre el tema. Muy recomendable. Contiene test de autoevaluación y está acre-

ditado con 4,3 créditos. Se puede acceder desde www.seicap.org.

- 6.*** Martorell Aragonés A, Febrer Bosch I, Rodríguez Serna M. Dermatosis crónicas: Dermatitis atópica. Dermatitis de contacto. En: *Pediatría Integral*. Formación continuada en Alergología Infantil. Madrid: Ergon; 2001; **13**: 3-18.

Todo el curso constituye un extensa y completa revisión de los temas de alergología infantil para el pediatra de primaria. Muy recomendable.

- 7.** Martorell Aragonés A, Febrer Bosch I. Actitud ante el niño afecto de dermatitis atópica. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría*: Tomo 11. Edita Asociación Española de Pediatría. Accesible desde la web: www.aeped.es.

De forma muy clara, revisa los principales factores diagnósticos y se extiende en las bases del tratamiento. Útil para el día a día.

- 8.*** Muñoz López F. Dermatitis atópica en la edad infantil. Valoración de la gravedad y tratamiento. *Jano* 2002; **62**: 52-7.

De forma amena, se efectúa una revisión de aspectos clínicos. Como diagnosticar y dar consejos de utilidad a un paciente que tendrá una evolución crónica. Traduce la gran experiencia clínica del autor.

- 9.** Ortiz de Frutos FA. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la dermatitis atópica. *Allergol et Immunopathol* 2002; **30** (3): 134-40.

Amplia revisión de lo publicado sobre los nuevos fármacos de utilidad en la dermatitis atópica: inmunomoduladores tópicos y los inhibidores de los leucotrienos. Teniendo en cuenta que van a suponer una revolución en el tratamiento de la dermatitis atópica, es de gran interés para seguir de cerca estos cambios que ya estamos viviendo.

- 10.* Puig L, Peramiqel L. Seguimiento de la dermatitis atópica. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2003.

Revisa diferentes métodos para la cuantificación de la gravedad de la dermatitis atópica, apostando por el índice EASI que considera más sencillo que el Scorad. Conocerlo es útil para la valoración de los artículos que se van publicando sobre la efectividad de los nuevos fármacos, ya que sobre todo los realizados por dermatólogos lo utilizan.

Caso clínico

Niño de 9 años que consulta por presentar dermatitis muy pruriginosa localizada en los pliegues antecubitales y poplíteos. En la cara, predomina a nivel palpebral, con conjuntivitis frecuentes que la familia atribuye al rascado, y en zona peribucal.

Antecedentes familiares: padre afecto de rinitis alérgica con estudio positivo a polen de olivo. Su madre no tolera los frutos secos, aunque prescindió de ellos sin efectuar estudio alguno.

Antecedentes personales: desde los 8 meses, presenta piel muy seca con brotes intermitentes de dermatosis pruriginosa en mejillas, muslos y en pezón izquierdo.

Ha presentado 5 episodios de sibilantes, coincidiendo con episodios catarrales febriles y presenta una rinitis perenne. No tolera melocotón, presentando edema labial y en mejillas con sólo el contacto.

Exploración física: en el momento de la visita, correcto desarrollo pondoestatural. Peso: 29 kg; talla: 131 cm. Palidez facial, ojeroso, pliegue infraorbitario. Piel muy seca, con dermatitis en párpados superiores, áreas de liquenificación en pliegues antecubitales y poplíteos. Lesiones de rascado. Valoración del índice SCORAD: 20 (grado de dermatitis atópica leve).

Exámenes complementarios: hemograma normal. Ig E: 682 Ku/l. Phadiatop: positivo.

Espirometría forzada: normal. Test de broncodilatación con salbutamol negativo.

Evolución: ante el diagnóstico de dermatitis atópica se instaura tratamiento con antihistamínicos de primera generación, emolientes y normas generales de cuidado de la piel. Sobre las lesiones inflamatorias de los pliegues se instaura tratamiento con dos dosis diarias de hidrocortisona.

Se remite al alergólogo para estudio etiológico de la rinitis y la dermatitis atópica.

**ALGORITMO:
ACTITUD DEL
PEDIATRA
ANTE UN NIÑO
CON
DERMATITIS
ATÓPICA**

