

Dermatitis atópica en la infancia

Haurtzaroko dermatitis atopikoa

Agurtzane Bilbao Aburto

Sección de Alergia Infantil. Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces. Vizcaya

Correspondencia: abilbao@hcru.osakidetza.net

“LA DERMATITIS ATÓPICA EN LA INFANCIA PUEDE SER UNA MANIFESTACIÓN DE ALERGIA A ALIMENTOS”

Justificación

Hay gran interés en estudiar las medidas de prevención de la dermatitis atópica, siendo uno de los objetivos de investigación actual, estudiar el papel determinante de la dieta materna durante la lactancia del recién nacido de riesgo atópico así como el empleo de fórmulas hipoalergénicas como medidas de prevención de la dermatitis atópica⁽¹⁻⁴⁾. Sin embargo ha sido objeto de controversia la consideración de que la alergia a alimentos pueda ser responsable de brotes de eczema atópico.

Desde un punto de vista dermatológico, la dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria cuya terapéutica se basa en medidas de tratamiento tópico.

Desde la perspectiva de una consulta de alergia infantil se aborda la dermatitis atópica como una posible manifestación de alergia a algún alérgeno. El objetivo del estudio es buscar la sensibilización a alimentos potencialmente alérgicos y/o neuroalérgenos y determinar la implicación clínica de los mismos en el desarrollo del eczema atópico.

Este abordaje etiológico es escasamente considerado en la bibliografía pediátrica por lo que consideré de interés presentarlo en el XVII Curso de Formación Continuada de Pediatría en Atención Primaria del curso 2002-2003 organizado por la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P. de Vizcaya.

LA DERMATITIS ATÓPICA EN LA INFANCIA

Enfermedad inflamatoria cutánea

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria cutánea con recurrencias, de curso crónico que afecta principalmente

a lactantes y niños atópicos en la edad preescolar.

Como en toda enfermedad inflamatoria los corticoides tópicos han demostrado ser, hasta ahora, los que aportan mayor eficacia y beneficio en el tratamiento del eczema atópico⁽⁵⁾.

Los nuevos inmunomoduladores tópicos han demostrado su potencial terapéutico en la dermatitis atópica^(6,7). Esperamos que mejoren la calidad de vida los pacientes que evitaban los corticoides tópicos por sus potenciales efectos secundarios. La reciente comercialización del Tacrolimus abre una nueva era en el tratamiento de la dermatitis atópica en el adulto y niño mayor de 2 años. No está aprobado aún su empleo en menores de 2 años. Es en este grupo de edad donde se encuentra una mayor frecuencia de sensibilización a alimentos⁽⁸⁾.

En niños atópicos

Se considera atopia la capacidad de sintetizar anticuerpos Ig E específicos a antígenos inocuos para el resto de la población.

La dermatitis atópica afecta a lactantes con antecedentes familiares de atopia. Es la manifestación atópica más precoz, siendo precisamente los lactantes menores de 2 años los que debutan con el eczema atópico. Más tarde estos lactantes podrán presentar otras manifestaciones atópicas: probablemente desarrollarán asma si se sensibilizan a neuroalérgenos⁽⁹⁾ o podrán presentar una clínica de hipersensibilidad tipo 1 mediada por Ig E (urticaria, anafilaxia) si se sensibilizan a otros alérgenos (alimentos, látex...). A lo largo de esta “marcha atópica” se puede demostrar la existencia de sensibilización mediada por Ig E a diferentes alérgenos. En los dos primeros años de vida los alérgenos son alimentarios preferentemente y posteriormente los neuroalérgenos son los principales alérgenos. De hecho la demostración

de la atopia debe basarse en demostrar Ig E específica frente a alergenios.

Sensibilización a alimentos en la dermatitis atópica

La sensibilización a alimentos en niños con dermatitis atópica se encuentra en 2 de cada 3 niños en edad pre-escolar^(10,11). Esta alta asociación difícilmente puede ser casual. De hecho en un estudio prospectivo de una cohorte de 559 recién nacidos de riesgo atópico el factor mayor de riesgo de desarrollar eczema atópico fue el desarrollo de sensibilización a alimentos a los 6 y 12 meses de vida. En el 65% de las dermatitis atópicas se consideró que la sensibilización a alimentos era la causa del eczema. En los casos severos la sensibilización a alimentos aumentaba el riesgo atribuible al 83% de los eczemas.

Dermatitis atópica como manifestación de alergia a alimentos

La manifestación más característica de alergia a alimentos, es sin duda la urticaria aguda en el contexto de un cuadro anafiláctico por un mecanismo de hipersensibilidad inmediata de tipo 1. La dermatitis atópica como enfermedad inflamatoria crónica no puede considerarse en este apartado. No podemos esperar que los pacientes relacionen la ingestión de un determinado alimento con un brote de eczema porque no hay una relación temporal inmediata como en los cuadros de anafilaxia.

Una reciente revisión sobre "Alergia a Alimentos" considera que la dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria mediada por células pero también asociada a un mecanismo Ig E mediado. Se considera que en los niños con dermatitis atópica moderada-severa, hasta un 35% los casos tienen alergia a alimentos⁽¹²⁾.

Ya hay referencias de la implicación de los alimentos en la dermatitis atópica en el ámbito de la dermatología que justifican descartar que la alergia a un alimento sea

una causa de brotes de eczema atópico⁽¹³⁻¹⁵⁾. Los alimentos responsables con más frecuencia son la leche, huevo y los cereales.

Diagnóstico de la alergia a alimentos en la dermatitis atópica

La ausencia de un test diagnóstico específico, así como la ausencia de relación temporal inmediata entre la ingestión del alimento y la clínica cutánea, son algunas causas que podrían explicar el papel subestimado de los alimentos en la patogenia de la dermatitis atópica en la infancia.

Para el diagnóstico de la sensibilización mediada por Ig E se emplean tanto el Prick-test (Percutáneo) como la determinación de Ig E sérica⁽¹⁷⁾.

En los últimos años se está considerando un nuevo método para el diagnóstico de alergia a alimentos en niños con dermatitis atópica: Las pruebas epicutáneas (Patch-test)⁽¹⁸⁾. Consisten en aplicar sobre la epidermis y durante 48 horas el alérgeno alimentario y valorar la reproducción del eczema. Dicha prueba parece ser más específica en el diagnóstico de los alimentos implicados clínicamente en la dermatitis atópica⁽¹⁹⁾. La combinación de pruebas de hipersensibilidad inmediata y retardada probablemente permitan identificar mejor los alimentos que contribuyen en la patogenia de la dermatitis.

Determinar si los alimentos a los que el lactante está sensibilizado son responsables del eczema exigirá realizar una provocación controlada^(20,21).

Diagnóstico clínico de la dermatitis en el lactante

Ante un lactante que inicia lesiones cutáneas eritematosas de aspecto eczematoso o con liquenificación, se plantea el diagnóstico diferencial entre la dermatitis atópica y el eczema infantil o seborreico⁽²²⁾. La dermatitis atópica a diferencia del eczema seborreico se caracteriza por los antece-

TABLA I. DATOS SUGESTIVOS DE DERMATITIS ATÓPICA AL DEBUT DEL ECZEMA.

Eczema en el lactante: ¿Es una dermatitis atópica?

- Antecedentes familiares de atopia
- Evolución crónica-recurrente
- Prurito
- Eosinofilia periférica

dentes familiares de atopia, la evolución tórpida con frecuentes brotes de precisar corticoides tópicos de forma recurrente y por el intenso prurito. La existencia de eosinofilia periférica apoya el diagnóstico de eczema atópico^(21,22). Tabla I.

Dermatitis atópica: Indicación de estudio alérgico

Hay dos factores determinantes en el estudio de la dermatitis atópica: la severidad y la edad.

Severidad: La dermatitis atópica severa, generalizada que ha precisado algún ciclo sistémico de corticoides o que precisa de forma persistente tratamiento con corticoides o inmunomoduladores tópicos, debe ser estudiada para descartar los potenciales desencadenantes alérgicos.

Edad: La probabilidad de encontrar una sensibilización a alimentos es inversamente proporcional a la edad. El 59% de los menores de 1 año estaban sensibilizados a alimentos y sólo un 17% en los mayores de 7 años⁽⁸⁾.

En una serie de 165 niños con dermatitis atópica de edad media de 4 años, el 60% estaban sensibilizados a alimentos aunque no todas las sensibilizaciones eran sintomáticas. En esta serie el 39% de las dermatitis presentaban una sensibilización sintomática⁽¹⁰⁾.

En otra serie de 65 niños con una edad media de 2,8 años, el 65% estaba sensibilizado a alimentos pero sólo el 37% presentaba una sensibilización clínica tras la provocación⁽¹¹⁾.

TABLA II. SENSIBILIZACIÓN A ALIMENTOS EN DIFERENTES SERIES DE NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA

	Nº	Edad media	Sensibili.
Burks ⁽¹⁰⁾	165	4 años	60%
Eigenmann ⁽¹¹⁾	65	2,8 años	37%
Roerh ⁽¹⁵⁾	98	13 meses	87%

En otra serie de 98 niños con edad media de 13 meses, la sensibilización alcanzó el 87%⁽¹⁶⁾. Tabla II.

Cuando se analiza el tipo de clínica tras la prueba de provocación, sólo el último estudio discriminó los síntomas en: a) inmediatos si ocurrían en el plazo de 4 horas tras la provocación, diagnosticando una clínica anafiláctica asociada; b) Retardada si ocurría un brote con intervalo superior a 4 horas, reproduciendo un brote de eczema; y un clínica mixta. Según esta clasificación de 95 provocaciones positivas, 46(49%) fueron inmediatas, 25 (26%) retardadas y 24 (25%) mixtas⁽¹⁶⁾.

Lactantes: Es de sobra conocido que el inicio de una dermatitis atópica severa en un lactante que recibe un fórmula adaptada puede ser la manifestación de una sensibilización a proteínas de leche⁽²³⁾.

También se ha demostrado que un lactante alimentado con lactancia materna, puede sensibilizarse a proteínas de leche de vaca⁽²⁴⁾.

Se ha publicado una serie de 100 lactantes que habían iniciado una dermatitis mientras eran alimentados con leche materna exclusivamente. Se demostraba que muchos estaban sensibilizados al huevo, leche de vaca y trigo, alimentos consumidos por la madre. La dermatitis mejoraba en muchos casos cuando se finalizaba la lactancia materna. La autora sugirió que en lactantes con dermatitis atópica, ciertos alimentos consumidos por la madre podrían ser los responsables del eczema⁽²⁵⁾.

Se conoce también que ciertos lactantes alérgicos a la fórmula de leche adaptada y altamente sensibilizados a la leche de vaca pueden presentar síntomas cutáneos cuando la madre consume grandes cantidades de leche de vaca⁽²⁶⁾.

En una serie de 7 lactantes que desarrollaron una dermatitis atópica severa mientras eran alimentados con lactancia materna exclusiva se comprobó una sensibilización a alimentos consumidos por la madre. Tres lactantes estaban sensibilizados a la leche de vaca sin haber consumido previamente una fórmula adaptada, 2 estaban sensibilizados a la leche y huevo simultáneamente. Un caso sólo presentaba sensibilización al huevo y el último estaba sensibilizado al trigo y huevo. En los 7 casos la dermatitis evolucionó favorablemente tras excluir de la dieta materna el alimento al que el lactante estaba sensibilizado⁽²⁷⁾.

Existe un modelo de experimentación animal que reproduce las condiciones del lactante atópico. Tras sensibilizar a ratones de 4-5 semanas con leche y cacahuete, la exposición mantenida a dicho alérgenos a través de una exposición continua en pequeñas cantidades, provocaba en el 30% de los ratones el desarrollo de un eczema histológicamente compatible con un dermatitis atópica⁽²⁸⁾. Teniendo en cuenta que a través de la leche materna es posible el paso de proteínas alimentarias en cantidades mínimas (del rango de nanogramos/ml)^(29,30), no sería sorprendente que el lactante tras sensibilizarse a proteínas consumidas por la madre y estar expuesto a cantidades mínimas de estas proteínas a través de la lactancia materna desencadenase un eczema crónico.

CONCLUSIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad con gran repercusión vital y familiar, con un prurito constante que compromete el sueño

y la actividad cotidiana y con el riesgo de infección estafilocócica. Debuta mayoritariamente en los 2 primeros años de vida donde el tratamiento regular con corticoides tópicos es comprometido y el empleo de inmunosupresores tópicos aún no está aprobado. Está en nuestras manos descartar que sea una manifestación de alergia a alimentos cuya exclusión de la dieta pueda ser resolutive.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sinn, J. Osborn, D. Hydrolysed formula for prevention of atopy and food intolerance in infants. Cochrane Neonatal Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002.
2. J. Osborn, D. Soy formula for prevention of allergy and food intolerance in infants. Cochrane Neonatal Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002.
3. Kramer, MS. Maternal antigen avoidance during lactation for preventing atopic eczema in infants. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002.
4. Halken S, Hansen KS, Jacobsen HP, Estmann A, Faelling AE, Hansen LG, et al. Comparison of a partially hydrolyzed infant formula with two extensively hydrolyzed formulas for allergy prevention: Pediatric Allergy & Immunology 2000; 11(3):149-61.
5. Hoare C, Li Wan PA, Williams HC. A systematic review of treatments for atopic eczema. Health Technol Assess 2000;4:1-203.
6. Paller A, Eichenfield LF, Leung DY, Stewart D, Appell M A 12-week study of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients. Journal of the American Academy of Dermatology. 2001; 44(1 Suppl):S47-57.
7. Eichenfield LF, Lucky AW, Boguniewicz M, Langley RG, Cherill R, Marshall K, et al. Safety and efficacy of pimecrolimus (ASM 981) cream 1% in the treatment of mild and moderate atopic dermatitis in children and adolescents. J Am Acad of Dermatology 2002; 46(4): 495-504
8. A. Martorell, C García, I. Ferrer, M. Rodríguez, J de la Cuadra. Implicación de la alergia a alimentos en la dermatitis atópica. Alergol Inmunol Clin 2001; 16 (2):86-94
9. Illi S, Mutius E, Lau S, et al. The pattern of atopic sensitisation is associated with the deve-

- lopment of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:709-714.
10. Burks W, James J, Hiegel A, Wilson G, Wheeler G, Jones S et al. Atopic dermatitis and food hypersensitivity reactions. *J Pediatr* 1998; 132:132-136
 11. Eigenmann PA, Sicherer SH, Borkowski TA, Cohen BA, Sampson HA. Prevalence of Ig E mediated food allergy among children with atopic dermatitis. *Pediatrics* 1998;101(3):E8.
 12. Sicherer SH. Food allergy. *Lancet* 2002;360:701-710.
 13. Darson U, Ring J. Airborne and dietary allergens in atopic eczema: a comprehensive review of diagnostic test. *Clin and Exp Dermatol* 2000; 25:544-551.
 14. Lever R. The role of food in atopic eczema. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2001; 45(1 Suppl):S57-60.
 15. Werfel T. Skin manifestations in food allergy. *Allergy* 2001;56 (Suppl.67):98-101.
 16. Roehr CC, Reibel S, Ziegert M, Sommerfeld C, Wahn U, Niggemann B. Atopy patch tests, together with determination of specific IgE levels, reduce the need for oral food challenges in children with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107(3):548-53.
 17. Lasley MV, Shapiro GG. Testing for Allergy. *Pediatrics in review* 2000;21:39-43.
 18. Niggemann B, Reibel, Wahn U. The atopy patch test (APT)- a useful tool for the diagnosis of food allergy in children with atopic dermatitis. *Allergy* 2000;55:281-285.
 19. Isolauri E, Turjanmaa K. Combined skin prick and patch testing enhances identification of food allergy in infants with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 97(1 Pt 1): 9-15.
 20. Sicherer SH, Morrow EH, Sampson HA Dose-response in double-blind, placebo-controlled oral food challenges in children with atopic dermatitis. *Journal of Allergy & Clinical Immunology* 2000;105(3):582-6
 21. Sly M. Reacciones adversas a alimentos. En: Behrman R, editor. *Nelson Tratado de pediatría*; 1997.
 22. Enno Fölster-Holst. Atopic dermatitis versus infantile eczema. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:S2-3.
 23. Novembre E, Vierucci A, . Milk allergy/Intolerance and atopic dermatitis in infancy and childhood. *Allergy* 2001;56(suppl 67):105-108.
 24. Jarvinen KM, Soumalainen H. Development of cow's milk allergy in breast-fed infant. *Allergy* 2001;31(7):978-9.
 25. Isolauri E, Tahvanainen A, Peltola T, Arvola T. Breast-feeding of allergic infants. *J Pediatr* 1999; 134(1): 27-32.
 26. Sorva R, Mäkinen-Kiljunen S, Juntunen-Backman K. β -Lactoglobulin secretion in human milk varies widely after cow's milk ingestion in mothers of infant with cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1994;93:787-92.
 27. Bilbao A, García JM, Río A, N. Trebolazabala, R. García, M. Gastesi. Dermatitis atópica durante la lactancia materna. *Allergol et Immunopathol* 2002;30(3):171-193.
 28. Li XM, Kleiner G, Huang CK, Lee SY, Schofield B, Soter NA, Sampson HA. Murine model of atopic dermatitis associated with food hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunology*. 2001; 107(4): 693-702.
 29. Fukushima Y, Kawata Y, Onda T, Kitagawa M. Consumption of cow milk and egg by lactating women and the presence of beta-lactoglobulin and ovalbumin in breast milk. *Am J of Clinical Nutrition* 1997; 65(1):30-5.
 30. Chirido FG, Rumbo M, Anon MC, Fossati CA. Presence of high levels of non-degraded gliadin in breast milk from healthy mothers. [Journal Article]. *Scand J of Gastroenterology* 1998; 33(11):1186-92.