

DERMATITIS ATÓPICA Y SUS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Autor: Dra. Moyra Villarroel F., Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Resumen Portada: En el contexto de Atención Primaria, la consulta por dermatitis atópica en niños es bastante frecuente. En el siguiente artículo revisaremos los principales diagnósticos diferenciales que pueden confundirnos frente a pacientes con esta condición.

Fecha: 06 de diciembre de 2018

Palabras claves: Dermatitis atópica, diagnósticos diferenciales

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es la enfermedad dermatológica crónica más frecuente en la edad pediátrica y afecta aproximadamente a un 10% de los niños en alguna etapa de su vida. Se inicia a partir de las 6-8 semanas de vida; un 60% inicia sus síntomas durante el primer año de vida, y sólo un 10% después de los 7 años ⁽¹⁾.

El diagnóstico de la DA es principalmente clínico. La utilización de los criterios de Hanifin y Rajka⁽²⁾ pueden ayudar, sin embargo, dado que son muchos criterios menores se acepta como:

- características “esenciales”: el prurito y el eccema
- características “importantes”: la xerosis, la historia atopía, y el inicio temprano ⁽³⁾.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Algunos de los diagnósticos diferenciales más importantes a descartar, frente a un niño con sospecha de DA, incluyen ^(1, 4)

1. Dermatitis seborreica (DS) ^(1, 4)

La DS se presenta antes de los 2 meses de edad, con placas de tinte rosado con bordes bien definidos, aisladas o confluentes y con descamación amarillenta de aspecto untuoso. El prurito suele ser inexistente o leve. La DS afecta el área del pañal y a los pliegues inguinales, además de afectar cuero cabelludo y área centro facial. Su curso clínico es autolimitado y suele no existir historia de atopía en la familia.

A diferencia de la DS, la DA respeta el área del pañal y los pliegues inguinales, produce intenso prurito, y los pacientes tienen antecedentes familiares de atopía.

2. **Dermatitis irritativa de contacto (DIC)** ⁽¹⁾⁽⁴⁾

La DIC es una respuesta inflamatoria de la piel causada por una reacción tras el contacto con una sustancia irritante. La DIC más frecuente en niños es la dermatitis del pañal, la cual se presenta con un eritema brillante y confluyente acentuado en zonas convexas, con pliegues con menor compromiso relativo. Suele asociarse a la exposición a sustancias irritantes tales como: orina, saliva, deposiciones o por sustancias de uso doméstico tales como detergentes, suavizantes, etc.

La lesión cutánea típica de la DIC es el eccema, que puede ser agudo, subagudo o crónico; y se acompaña de prurito. La localización de las lesiones cutáneas suele estar limitada al área de contacto.

DIC suele acompañar frecuentemente a la DA por el aumento de la sensibilidad cutánea, siendo difícil diferenciarla clínicamente, salvo por el antecedente del contacto con una sustancia irritante.

3. **Dermatitis alérgica de contacto (DAC)** ⁽¹⁾⁽⁴⁾

Se presenta clínicamente como lesiones cutáneas similares a las que podríamos encontrar en la DA, sin embargo, las lesiones no están limitadas al área de contacto, siendo esta respuesta independiente de la dosis de exposición al alérgeno.

La clave diagnóstica es el antecedente del contacto con el material alérgico, por ejemplo: reloj, cinturón, aros, etc.

4. **Escabiosis** ⁽⁴⁾

Se presenta clínicamente con prurito de predominio nocturno, que dificulta el dormir del niño, y con afectación familiar. Son patognomónicos los surcos y vesículas perladas, pero suelen ser difíciles de ver, ya que con el grataje se superponen otras lesiones tales como pápulas, erosiones, costras, nódulos, excoriaciones con impetiginización y eccematización.

A diferencia de la DA suele respetar la cara y puede aparecer a cualquier edad ⁽³⁾.

5. **Tiña** ^(1, 3, 4)

La tiña corporis se presenta clínicamente se caracteriza como placas únicas o múltiples, redondeadas, de bordes bien definidos, y crecimiento centrífugo, que va dejando un centro claro y un borde descamativo. Las lesiones se localizan sobre todo en áreas descubiertas (cara, cuello y extremidades) y pueden ser pruriginosas.

A diferencia de la DA suelen aparecer a cualquier edad, y con frecuencia el prurito es leve.

6. **Psoriasis** ⁽⁴⁾

La Psoriasis se presenta clínicamente como lesiones cutáneas, típicamente como placas bien delimitadas eritematoescamosas. Se localiza generalmente en codos, rodillas y cuero cabelludo. Generalmente el prurito es leve o inexistente y su incidencia en la infancia es baja.

RESUMEN:

A pesar de que la DA es una patología frecuente, no es la única condición que aparece en las pieles infantiles.

DA es un diagnóstico clínico y no son necesarios exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico. Se requieren competencias específicas para poder diferenciarla de otras condiciones de presentación similar, de modo de tratarlas de manera correcta y oportuna.

REFERENCIAS:

1. Martorell Aragonés A, Martorell Calatayud A. Actitud ante el niño afecto de dermatitis atópica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2013;1:25-36
2. Hanifin JM, Rajka G. *Acta Dermatol Venereol.* 1980;92,7-44.
3. L. Prieto-Torres, A. Dermatitis atópica y otras erupciones eczematosas Torrelo .Servicio de Dermatología. Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid *Pediatr Integral* 2016; XX (4): 216-226
4. R. de Lucas Laguna, E. Sendagorta Cudósb. No todo es dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11, 15-30