

PRESENTACIÓN DE CASO

Dermatitis atópica psoriasiforme en edad pediátrica **Psoriasiform atopic Dermatitis in pediatric age**

Autores: Dra. Yordania Velázquez Ávila*, Dra. Maritza Morales Solís**, Dr. Julio E. Torres Reyes***.

* Especialista de II Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Instructora. Aspirante a Investigadora. Hospital Pediátrico Provincial Docente Mártires de Las Tunas. Las Tunas, Cuba.

** Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Asistente. Hospital Pediátrico Provincial Docente Mártires de Las Tunas. Las Tunas, Cuba.

*** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Las Tunas. Cuba.

Correspondencia a:

Dra. Yordania Velázquez Ávila

Correo electrónico: yodaniava@ltu.sld.cu

RESUMEN

La dermatitis atópica es una dermatosis reaccional crónica recidivante, con afectación del sistema inmune en individuos predispuestos genéticamente. Es multifactorial y por lo general se manifiesta en la infancia. En ocasiones se presenta con características semejantes a otras entidades dermatológicas. Al servicio de dermatología del hospital pediátrico Mártires de Las Tunas acudió una paciente en edad pre-escolar, con manifestaciones clínicas atípicas que simulaba otras dermatosis eritematoescamosas; la mamá refería desconocer si existían antecedentes familiares de atopia; con tendencia a la cronicidad y refractaria al uso de corticoesteroides tópicos. Se realizó el estudio histopatológico, se observaron elementos compatibles con una dermatitis atópica variedad psoriasiforme. En este caso la dermatitis atópica se presentó de forma atípica, siendo ésta la motivación de su presentación. Para el tratamiento se utilizó inmunoterapia, se logró mejoría clínica de las lesiones.

Palabras clave: DERMATITIS ATÓPICA; ECZEMA; ALERGIA; INMUNOLOGÍA.

Descriptores: DERMATITIS ATÓPICA; ECZEMA; INMUNOTERAPIA.

SUMMARY

Atopic dermatitis is a relapsing chronic reaction dermatosis, which affects the immune system of genetically predisposed individuals. It is multi-factorial and usually manifested in childhood. At times, it shows similar characteristics to other dermatological entities. A preschool age patient was taken to the Dermatology Service of Mártires de Las Tunas Pediatric Hospital with atypical clinical manifestations simulating other squamous erythema dermatoses. Her mother reported that she did not know about a family atopic history. There was a tendency to chronicity and resistant to the use of topical corticosteroids. A histopathologic study was made showing compatible elements with an atopic dermatitis of the psoriasiform variety. In this case the atopic dermatitis showed an atypical form becoming the motivation for this presentation. Treatment included immunotherapy, and the lesions had a proper clinical progress.

Key words: ATOPIC DERMATITIS; ECZEMA; ALLERGY; IMMUNOLOGY.

Descriptors: DERMATITIS, ATOPIC; ECZEMA; IMMUNOTHERAPY.



INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de causa inmune que aparece en individuos predispuestos genéticamente, conduce a una respuesta hiperreactiva de la piel a gran número de estímulos ambientales, tanto alérgicos, como irritativos. (1, 2) Descrita por primera vez en 1808 como entidad de tipo prurigo; en 1891 Brocq y Jaquet la reportaron denominándole neurodermatitis diseminada y del sistema nervioso. En 1892 Besnier le llama prurigo diatésico, eccematoide liquienoide; en 1923 Coca y Cooke sugieren el término de atopía (respuesta "fuera de lugar") y en 1933, Hill y Sulzberger le llaman dermatitis atópica. (3)

El 60% de los casos comienza en los dos primeros meses de la vida y durante el primer año de edad. El 30% debuta a los cinco años y solo el 10% desarrollan DA entre los seis y los 20 años. Rara vez comienza en edad adulta. No tiene predilección racial y es ligeramente más frecuente en los varones. Esta patología de distribución universal, al igual que otras alergias, está aumentando sus índices de prevalencia y se reportan cifras que oscilan entre un 10 y un 32%. En Cuba, al igual que en otros países de Latinoamérica, su prevalencia oscila entre un 15 y un 20% de la población pediátrica. (4, 5)

La evolución es crónica, con episodios frecuentes. Clásicamente se han descrito tres fases, que están en función de la edad del paciente:

1. DA del lactante: comprende edades desde los dos meses hasta los dos años de vida. Las lesiones se localizan con más frecuencia en el cuero cabelludo, cara (respetando siempre el dorso de la nariz) y cuello. Son agudas con eritema, vesículas, exudación y costras.
2. DA de la niñez: desde los dos años hasta los doce años de edad. Usualmente las lesiones afectan el tronco y las flexuras mayores en las extremidades como las fosas poplíteas y áreas antecubitales. Son lesiones menos inflamatorias, más secas, aparece la liquenificación.
3. DA del adulto: se ve en adolescentes y adultos. Se caracteriza por la localización en flexuras con sequedad, liquenificación, piel engrosada y cambio de la coloración. (6)

Criterios diagnósticos de la DA

Criterios absolutos: prurito, morfología característica, recidivas, topografía, tendencia a la cronicidad.

Criterios mayores: historia personal o familiar da atopía, dermatografismo blanco, positividad inmediata a pruebas cutáneas, catarata anterior o subcapsular.

Criterios menores: xerosis, dermatitis de los párpados, queilitis, eczema del pezón, pitiriasis alba, queratocono, queratosis pilar, ictiosis, palidez facial, IgE elevada, eritema facial, edad de inicio precoz, prurito al sudar, conjuntivitis o queratoconjuntivitis, dermatitis inespecífica en manos y pies, aumento de los pliegues del cuello, aumento de las líneas palmare, hiperpigmentación periorbitaria, pliegue infraorbitario de Denni-Morgan, infecciones cutáneas frecuentes, fisuras peri o infraauriculares, intolerancia a la lana y otros irritantes, pérdida del tercio exterior de las cejas (signo de Hertoghe), curso influenciado por factores ambientales y emocionales.

El diagnóstico se hace cuando se tienen los criterios absolutos, con dos o más criterios mayores, o los criterios absolutos con tres o más criterios menores. (3, 7)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de cuatro años de edad, mestiza, de procedencia urbana, obesa. Desde el mes de mayo de 2008, aproximadamente, comenzó a presentar lesiones de la piel, diseminadas en el abdomen, los glúteos y el tercio superior de los muslos, de aspecto circinado con bordes eritematosos infiltrado. Fue atendida por dermatología en su área de salud, interpretándose como una tiña corporis, se le realizó examen micológico que resultó negativo. Inicialmente tratada con antimicóticos y luego cremas esteroideas, pero no resolvió. Comportándose de forma caprichosa (en ocasiones mejoraba sin tratamiento médico alguno, otras veces a pesar del tratamiento aparecían lesiones nuevas), ocasionalmente con prurito, que no guarda relación con el horario y otras veces con dolor. Nunca desaparecieron las lesiones. Fue remitida en abril de 2009 al servicio de dermatología del hospital pediátrico "Mártires de Las Tunas", siendo valorada en colectivo. En ese momento presentaba un cuadro cutáneo diseminado en abdomen, glúteos y tercio superior de los muslos, persistiendo el prurito.

Antecedentes patológicos personales: obesidad y estrabismo.

Antecedentes patológicos familiares: no se refieren.

Reacción a medicamentos: no se refieren.

Hábitos tóxicos: no se refieren.

Examen dermatológico: cuadro cutáneo polimorfo diseminado en abdomen, glúteos y tercio superior y medio de los muslos, de aspecto circinado con bordes eritematosos infiltrado, en placas, de centro escamoso, con sensibilidad conservada a este nivel.

IMAGEN 1. Lesiones de la piel en muslos y glúteos

Se realizaron varios estudios:

Hemograma completo: Hb= 123 g/ L, Leucos= $9.7 \times 10^9/L$, P= 051, L= 043, E=006.

Conteo de eosinófilos= $0.7 \times 10^9/L$

Eritrosedimentación= 30 mm/h

Glicemia: 5.2 M mol/ L

Lámina periférica:

Hipocromía XX	Plaquetas adecuadas
Macrocitosis XX	Leucos adecuados con eosinofilia
Anisocitosis	No se observaron células de Sezary

Estudios inmunológicos:

C3= 110 mg/dl ICC= 009 UI Ig A= 2.3 g/L

C4= 36 mg/dl PCR= negativa Ig E = 156 g/L

Examen micológico directo y cultivo: negativos

Basiloscopía de Hansen: negativa

Biopsia de piel (09- B- 3003):

Micro: piel que muestra ligera hiperqueratosis y acantosis con vacuolización de la capa basal. En la dermis superior un infiltrado inflamatorio crónico a predominio de linfocitos.

Se hace revisión de la lámina nuevamente, donde se le realiza Phity pharaco, negativa, y se informa: en contra de la Lepra, a favor de otros diagnósticos.

Se discute en el colectivo provincial de dermatología, donde participan los anatomopatólogos. Se sugiere tomar otra muestra. Valorando como posibles diagnósticos una DA, enfermedad de Hansen, parapsoriasis o psoriasis. Se decide compartir el caso y contar con la colaboración del Dr. Arteaga (anatomopatólogo del hospital "Hermandades Amiejeiras").

Biopsia de piel: dermatitis psoriasiforme con espongirosis, hiperqueratosis, paraqueratosis, proliferación en dermis papilar, con infiltrado celular

mixto, que contiene células mononucleares y eosinófilos. Se observa hiperplasia epidérmica de células dendríticas. Estos hallazgos son compatibles con una dermatitis atópica psoriasiforme.

ID: Dermatitis atópica psoriasiforme

Se consulta en conjunto con alergólogos, poniéndose tratamiento con cremas esteroideas tópicas de baja potencia y el uso de la inmunoterapia factor de transferencia. Mejora el cuadro clínico, aunque persisten las lesiones; no aparecen lesiones nuevas.

Examen dermatológico después del diagnóstico: cuadro cutáneo polimorfo diseminado en abdomen, glúteos y tercios superior y medio de los muslos, de aspecto circinado, en placas, hipocrómicas escamosas.

IMAGEN 2. Lesiones de la piel después del tratamiento**DISCUSIÓN**

El diagnóstico de la DA es básicamente clínico, aunque en ocasiones resulta complejo por su semejanza a otras dermatosis. Es preciso considerar tres signos fundamentales en las manifestaciones clínicas: el prurito, signo cardinal, suele ser intenso y constante; las pápulas eritematosas producidas por el rascado continuo; la xerosis, presente en distintos grados.

Se trata de una paciente en edad pediátrica con un cuadro de dermatitis atópica simulando otras enfermedades eritematoescamosas. En esta niña, con tendencia a la cronicidad y la recidiva, prurito en ocasiones, sin conocimientos acerca de la existencia de antecedentes familiares de atopía, con niveles altos de Ig E y eosinofilia, además de lesiones refractarias al uso de corticoesteroides tópicos aunques, contaba con algunos criterios y se dificultó el diagnóstico. Para el mismo se utilizó el estudio histopatológico, inicialmente con características inespecíficas, siendo necesario repetirlo. En esta ocasión se observaron elementos compatibles con una DA variedad psoriasiforme.

La DA es una afección frecuente, pero en esta paciente las manifestaciones clínicas no se correspondían con las particularidades propias de su edad, tanto en la morfología de las lesiones, como en su localización, presentando un cuadro dermatológico que clínicamente se parecía a un cuadro micótico o la posibilidad de la enfermedad de Hansen. Dar a conocer un caso donde la DA se presentó de forma inusual y atípica ha sido la motivación de esta presentación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Arenas Roberto. Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. 3ra ed St. Louis: McGraw-Hill-interamericano 2006. p. 350-56.
2. Wolff Klaus. Color Atlas and Synopsis of clinical dermatology. 5ta ed. St. Louis: McGraw-Hill-interamericano 2005. p. 33-41.
3. Torre Montejo Ernesto de la. Pediatría. Dermatología. La Habana: Ed Ciencias Médicas, 2005: p. 68-72.
4. Rizzo Maria C. Atopic dermatitis in Pediatrics Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP)-Hospital Infantil Menino Jesus-PMSP. Disponible en: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3910&fase.
5. Stefani Sabrina de, Razera Fernanda, Olm Gislaine Silveira, Papadopol Alessandra, Bonamigo Renan Rangel. Testes de contato e HIV: avaliação comparativa quanto à confiabilidade dos resultados. An. Bras. Dermatol. [serial on the Internet]. 2008 Feb [cited 2014 Mar 10]; 83(1): 44-48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962008000100006>.
6. Manzur Julián. Dermatología. La Habana: Ed Ciencias Médicas, 2002: p. 99-10.
7. Conde Taboada A., González Barcala F.J., Toribio J. Dermatitis atópica infantil. Actas Dermo-Sifiliográficas 2009; 99(9): 690-700 [En línea]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731008761738?via=sd&cc=y>.