

**Controversias en el tratamiento del síndrome eccema- dermatitis**  
**1° Jornadas Nacionales de Alergia en Pediatría**  
**18 y 19 de mayo de 2007- Córdoba**  
**Dra. Mónica S. De Gennaro**

La Dermatitis Atópica (DA) es uno de los problemas más desafiantes para la dermatología moderna. Es la enfermedad dermatológica infantil más común en los países desarrollados. Su prevalencia se ha incrementado 2 o 3 veces en las últimas décadas y llega a afectar al 20 a 30% de los niños según diferentes estadísticas.

Los objetivos terapéuticos son:

- Reducir signos y síntomas.
- Prevenir o reducir las recurrencias.
- Proveer un manejo a largo plazo para prevención de las exacerbaciones.
- Modificar el curso de la enfermedad.
- Prevenir la Marcha Atópica

Para su tratamiento contamos con varias herramientas terapéuticas universalmente aceptadas como son la posibilidad de identificar y eliminar algunos factores desencadenantes y de exacerbación, la educación del paciente, hidratación, emolientes, corticosteroides tópicos y sistémicos, antibióticos tópicos y sistémicos, antihistamínicos, terapia inmunomoduladora, probióticos, fototerapia, etc, etc.

Sin embargo, en tiempos de Medicina Basada en Evidencias, muchos tratamientos habituales no han sido validados en edad pediátrica por estudios aceptables para el standard actual, incluso muchas de las recomendaciones de consenso no consideran específicamente a este grupo etario y muchas otras son sólo opiniones de expertos.

Por otro lado, existen medidas de prevención y tratamiento no probadas suficientemente y sobre las que existen controversias, por ejemplo las hierbas chinas, la introducción tardía de alimentos sólidos en los lactantes, las restricciones amplias en la dieta, la homeopatía, los masajes o fricciones, el control ambiental indiscriminado y los baños salinos.

Los emolientes son un standard terapéutico que permiten ahorrar esteroides, son útiles en prevención y mantenimiento pero existen pocos datos acerca de su efecto sobre la dermatitis atópica cuando se los usa solos.

En relación al baño, las recomendaciones varían desde sumergirse completamente en un baño tibio 20-30 minutos seguido inmediatamente por la aplicación de un emoliente, hasta baños de corta duración y el uso de aceites de limpieza para evitar la deshidratación de la piel.

Cabe destacar que un tercio de los niños afectados de DA tienen tests de desafío con alimentos doble ciego placebo controlados positivos y cuanto más comprometida está la piel, más factible es que haya alérgenos alimentarios involucrados. Además la evitación materna durante la lactancia de ciertos antígenos dietarios podría reducir la severidad del eczema aunque son necesarios estudios más prolongados al respecto. También los factores ambientales parecen ser al menos tan importantes como los genéticos para determinar la expresión de asma y DA.

Los corticoides tópicos constituyen el standard contra los cuales se deben comparar otras terapéuticas. Sin embargo, pese a años de uso, hay datos limitados sobre la duración y frecuencia del tratamiento, concentración óptima, cantidad de aplicación y los efectos adversos extracutáneos que implican la hidratación, oclusión y tipos de vehículos utilizados.

En relación a los probióticos, si bien algunos estudios han indicado una menor incidencia de atopía cutánea y enfermedades respiratorias alérgicas en niños con microflora intestinal conteniendo abundantes lactobacilos y bifidobacterias, se requieren mayores estudios para responder las preguntas acerca del momento óptimo, la duración, y los potenciales usos de la suplementación de probióticos para reducir la incidencia de enfermedades atópicas.

Los inmunomoduladores tópicos son aparentemente seguros y efectivos en el tratamiento de la D.A en áreas de piel altamente sensibles, tanto en niños como en adultos y, usados en estadios tempranos tendrían una ventaja sobre los emolientes-esteroides, en el manejo a largo plazo de la enfermedad..