

Prevalencia de dermatitis atópica en niños que acuden a una guardería de la ciudad de Quito.

Anita Buestán C.

Postgrado de Dermatología, Instituto Superior de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.

Dirección para correspondencia:

Dra. Anita Buestán. Comité del Pueblo No1, zona 12. Indonesia 406 y General Rumiñahui. Quito-Ecuador.

e-mail: anibuestanc@yahoo.es

Resumen

Contexto: Hay pocos estudios sobre dermatitis atópica (DA) en nuestro medio y estos no se han realizado en población infantil en la cual han de emplearse los criterios diagnósticos de Seymore.

Objetivo: Determinar la prevalencia de DA e identificar los factores de riesgo presentes en los niños.

Diseño: Estudio observacional, transversal y descriptivo.

Lugar y Sujetos: Todos los niños con edades entre 1 y 4 años presentes en una guardería privada localizada en el sector norte de la ciudad de Quito.

Mediciones Principales: Lesiones dermatológicas valoradas y calificadas conforme los criterios mayores y menores de Seymore. Identificación de factores de riesgo a través de un cuestionario enviado a los padres de familia.

Resultados: En el total de 38 menores de edad investigados (29 niños y 9 niñas) se encontró una prevalencia de DA del 28,9% (IC95%= 15,4% - 45,9%). De los criterios diagnósticos mayores, el prurito fue el hallazgo clínico menos frecuente (18,2%). La frecuencia de factores de riesgo fue mayor en los casos de DA en comparación con los niños sin la patología. La prevalencia relativa de DA fue mayor para el factor de riesgo antecedentes familiares de rinitis [4,50 (IC95%= 1,90 - 10,6); p=0,02]. Otros factores mostraron una tendencia de asociación pero no estadísticamente significativa.

Conclusiones: La prevalencia de DA encontrada es cercana a la que varios estudios internacionales han comunicado para poblaciones pediátricas. Para confirmar los hallazgos y mejorar la precisión de las observaciones, se considera factible y oportuno conducir estudios más amplios en poblaciones preescolares que acuden a guarderías de la ciudad.

Palabras Clave

Dermatitis atópica, Prevalencia, Factores de riesgo, Población preescolar.

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad con etiología multifactorial, crónica, inflamatoria, pruriginosa y recidivante. Posee un curso y pronóstico variable, caracterizándose principalmente por prurito severo, sequedad de la piel y una reactividad cutánea exagerada.^{1,2} Aunque se puede presentar a todas las edades, generalmente se inicia en la infancia (el 60% de los pacientes presentan síntomas antes del primer año de vida y el 30% antes del quinto año), llegando a ser más severa cuando comienza más tempranamente. Puede desaparecer alrededor de los dos años y en algunas ocasiones en la pubertad, pero en un 30 % de los casos puede persistir hasta la edad adulta.^{3,4}

Los datos referentes a su incidencia y prevalencia varían dependiendo del grupo poblacional estudiado y de la ubicación

geográfica.^{4,5} En términos generales entre el 5% y el 15% de la población general sufre de esta patología, pero se ha estimado que en poblaciones pediátricas la frecuencia se encuentra entre el 10% y 20%, mientras que varía entre un 2% y 10% en los adultos.^{5,6,7,8} Además, la DA constituye el primer motivo de consulta en Dermatología Pediátrica con una frecuencia del 12% sobre el total de atenciones.⁹ Por las características de la enfermedad y la afectación en la calidad de vida que conlleva, se la ha llegado a considerar como un problema de salud pública.¹⁰

Existen varios factores de riesgo implicados en el desarrollo de la DA.^{2,5,11,12} Entre los más relevantes se ha mencionado los antecedentes familiares (hasta el segundo grado de consanguinidad) de DA, rinitis y asma, todos los cuales sugieren una predisposición genética a cuadros de hipersensibilidad. Además, habría una probable participación de factores ambientales que provocarían la alteración inmunológica, tales como la exposición a tabaquismo pasivo, la presencia de acumuladores de polvo (por ejemplo, alfombras, peluches y mascotas intradomiciliarias con pelaje abundante); y algunos de fondo nutricional, como la suspensión temprana de lactancia materna y el uso precoz de leche de fórmula durante la infancia. Sin embargo, el papel de estos factores no está claramente definido y poco se conoce sobre la magnitud del riesgo asociado a cada uno de ellos.

A pesar de la relevancia de esta patología, en nuestro medio existen pocos datos epidemiológicos al respecto. Hace algunos años, un estudio ejecutado en el Hospital Dermatológico Gonzalo González¹³ reportó una frecuencia de 3,2%. Hace poco tiempo otra investigación realizada en diferentes sectores de la ciudad de Quito¹⁴ comunicó una prevalencia del 3,7%. Sin embargo, ambos trabajos incluyeron población general y los criterios diagnósticos empleados generalmente fueron los de Williams, los cuales consideran como único criterio mayor al prurito y como criterios menores los antecedentes de dermatitis en pliegues, antecedentes familiares de atopia, historia de sequedad en el último año y dermatitis visible, sin tener en cuenta la valoración de otros factores ambientales y de alimentación.

De acuerdo a lo reportado internacionalmente el grupo más afectado por DA suele ser la población infantil de 1 a 4 años de edad, la cual justamente corresponde a casi el 33% de la población en la ciudad de Quito. Ante la posibilidad de que la frecuencia en este grupo sea mayor a la comunicada, resulta oportuno determinar nuevamente la prevalencia de la patología pero utilizando criterios netamente clínicos.⁴ Además, sería relevante conocer más sobre los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesta esta población de menores de edad, debido a que las características socio-culturales de nuestro medio quizás condicionen que el riesgo basal sea mayor al existente en otras partes.

Sujetos y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en la guardería privada "Mi Pequeño Tesoro" localizada en el sector norte de la ciudad de Quito. Para las distintas actividades se contó con la autorización de la directora del plantel. Fueron estudiados todos los niños y niñas con edades comprendidas entre 1 y 4 años, que fueran residentes permanentes en la ciudad de Quito y que estuvieron presentes en el momento de la visita. Se excluyeron aquellos que en ese momento presentaban alguna erupción exantemática (por ejemplo, varicela).

El examen físico fue realizado por un solo observador (AB) y en presencia de un docente del plantel. Las lesiones dermatológicas se valoraron y calificaron de acuerdo a los criterios de Seymore.⁴ Como factores de riesgo presentes en la guardería se consideraron los siguientes: acumuladores de polvo (alfombra), mascota (perro o gato) y tabaquismo en alguna de las personas que laboran en la guardería.

Para investigar los factores de riesgo, se envió un cuestionario a los padres o tutores legales de los menores, en el cual se interrogó sobre antecedentes (en el niño y en la familia) de rinitis, asma y dermatitis atópica; la edad hasta la cual el menor recibió alimentación exclusiva con leche materna (considerando factor de riesgo cuando este tiempo fue menor a 6 meses), la edad a la cual se inició suplementación alimentaria (considerado de riesgo cuando fue antes de los 6 meses) y/o si se alimentó solamente con leche de fórmula; la presencia de personas fumadoras en el hogar, la presencia de alfombra en el dormitorio del niño y la presencia de mascota intradomiciliaria. Los formularios respondidos fueron recogidos al cabo de 8 días.

El análisis de los datos ha tenido un enfoque principalmente descriptivo por el número de observaciones obtenidas. Los datos se han resumido como porcentajes y para los más relevantes se ha calculado el intervalo de confianza al 95% de la proporción. Solamente en algunos factores de riesgo para los cuales se obtuvo información, se ha calculado la prevalencia relativa (PR) como estimador de la magnitud de asociación. Este cálculo corresponde a la razón entre la frecuencia de DA en todos los sujetos con reportes positivos de exposición al factor y la frecuencia de DA en aquellos no expuestos. Los resultados del estimador que fueron mayores a la unidad se consideraron asociaciones positivas y cuando el intervalo de confianza al 95% calculado incluyó la unidad, se asumió que la asociación no alcanzó niveles estadísticamente significativos. Adicionalmente, se verificó el nivel de significancia estadística ($p < 0.05$) mediante la prueba de χ^2 utilizando la corrección de Mantel-Haenszel y el test exacto de Fisher.

Resultados

De un total de 38 niños estudiados, 29 (76.3%) fueron de sexo masculino y 9 (23.7%) de sexo femenino. En todo el grupo la edad promedio fue de 40.2 meses (rango: 18 a 48 meses de edad).

Los criterios diagnósticos mayores y menores de la enfermedad estuvieron presentes en un 23.7% ($n=9$) y 65.8% ($n=25$) respectivamente. Un total de 11 menores (9 varones y 2 mujeres) completaron los criterios necesarios para considerarlos casos de DA. Por lo tanto, en el grupo estudiado, la

prevalencia de DA fue del 28,9% (IC95%= 15.4% - 45.9%). Entre los casos de DA, las características clínicas más frecuentes fueron la afectación facial (63.4%) y la acentuación perifolicular (90.9%). El prurito fue el criterio mayor menos frecuente (18.2%) y en total solo los criterios menores de Seymore estuvieron presentes en todos los casos de DA (tabla 1).

Tabla 1.- Características clínicas (según criterios diagnósticos de Seymore) presentes en los menores con dermatitis atópica (DA).

	Niños con DA (n=11)	Prevalencia	IC 95%
CRITERIOS MAYORES	9	81.8	48.2 - 97.7
Prurito	2	18.2	2.2 - 51.7
Afectación facial	7	63.6	30.7 - 89.0
CRITERIOS MENORES	11	100.0	71.5 - 100.0
Xerosis	9	81.8	48.2 - 97.7
Hiperlineabilidad palmar	8	72.7	39.0 - 93.9
Acentuación perifolicular	10	90.9	58.7 - 99.7
Fisuras retroauriculares	1	9.1	0.2 - 41.2
Descamación de piel cabelluda	4	36.4	10.9 - 69.2

Del total de niños estudiados, en 20 se logró obtener información referente a factores de riesgo mediante el cuestionario enviado a los padres de familia (tasa de respuesta del 52.6%). En este subgrupo de niños, un número de 6 presentaban DA. Solamente para los antecedentes familiares de rinitis se encontró una asociación estadísticamente significativa. La prevalencia de DA fue cuatro veces más probable entre los niños que tenían este factor de riesgo (PR=4.50 [IC95%= 1.90 - 10.6]; Mantel-Haenszel: $p=0.02$).

Para los factores de riesgo: antecedentes personales de rinitis, antecedentes familiares de asma, alimentación con lactancia materna menor a 6 meses y acumuladores de polvo del tipo alfombra, se observó una asociación de riesgo positiva pero que no alcanzó niveles de significancia estadística (tabla 2). En el caso de la presencia de mascota intradomiciliaria, entre los casos de DA la proporción de exposición fue el doble a la existente entre los niños sin la enfermedad (Mantel-Haenszel: $p=0.03$), con un nivel de significancia límite según el test de Fisher ($p=0.05$). La magnitud de asociación no pudo ser calculada para este factor de riesgo debido a la ausencia de casos no expuestos.

Tabla 2.- Factores de riesgo para dermatitis atópica (datos disponibles para 20 niños estudiados).

Factor de riesgo	Con DA [n=6 (%)]	Sin DA [n=14 (%)]	PR (IC95%)	p
Antecedente de Rinitis	1 (16.7)	1 (7.1)	1.80 (0.37 - 8.68)	NS
Rinitis en el padre y/o madre	2 (33.3)	---	4.50 (1.90 - 10.6)	0.02 (0.07)
Rinitis en otro familiar	2 (33.3)	---	4.50 (1.90 - 10.6)	0.02 (0.07)
Asma en los padres	---	1 (7.1)	NA	NS
Asma en otro familiar	1 (16.7)	1 (7.1)	1.80 (0.37 - 8.68)	NS
DA en el padre y/o madre	---	4 (28.9)	NA	NS
DA en otro familiar	---	4 (28.9)	NA	NS
Lactancia materna < 6 meses	2 (33.3)	3 (21.4)	1.50 (0.38 - 5.86)	NS
Tabaquismo dentro del hogar	2 (33.3)	3 (21.4)	1.50 (0.38 - 5.86)	NS
Alfombra en el domicilio	3 (50.0)	3 (21.4)	2.33 (0.65 - 8.42)	NS
Mascota intradomiciliaria	6 (100)	7 (50.0)	NA	0.03 (0.05)

DA: Dermatitis atópica. PR: Prevalencia relativa de DA. IC95%: Intervalo de confianza al 95%. NA: PR no analizable. NS: No estadísticamente significativo. Nivel de significancia estadística (p) según corrección de Mantel-Haenszel y (Test exacto de Fisher).

Por último, en el resto de niños investigados se encontró cinco (13.2%) que presentaban otras dermatosis. Estos cuadros fueron: pilomatrixoma (1), impétigo contagioso (2) y mancha postinflamatoria (2).

Discusión

La prevalencia de dermatitis atópica detectada en este estudio ha sido mayor a la reportada en trabajos locales previos,^{13,14} pero bastante cercana a la comunicada en algunos estudios internacionales.^{5,6,7,8} A diferencia de dos estudios también conducidos en la ciudad de Quito, uno de base hospitalaria¹³ y el otro poblacional,¹⁴ nuestra investigación se centró exclusivamente en un grupo poblacional preescolar (con edades entre 1 y 4 años). Esto explicaría la cifra encontrada y su similitud con trabajos extranjeros que han informado frecuencias de DA entre el 10% - 20% en poblaciones pediátricas. Justamente el límite inferior del intervalo de confianza en nuestro estudio (15.4%) se ubica entre otras cifras.

Aunque el número de menores de edad finalmente estudiado ha sido pequeño, los datos obtenidos permiten suponer que la real prevalencia de DA en grupos similares (menores de edad que acuden a guarderías en la ciudad de Quito) se encontraría entre el 15.4% y 45.9%. Para confirmar esta situación y tener una mejor precisión en la medición, se deben conducir estudios con un mayor número de observaciones. La importancia de seguir investigando la prevalencia de DA en este tipo de poblaciones se debe a que en los trabajos efectuados con pacientes hospitalarios (por ejemplo, a nivel de consulta externa) la frecuencia de la enfermedad no se corresponde bien con la realidad en la población, porque influyen aspectos como el acceso a la atención de salud, la severidad de la patología y la posibilidad de diagnosticar la enfermedad.

Otro elemento importante que se ha puesto en práctica es la utilización de los criterios diagnósticos de Seymore,⁴ los cuales ofrecen ventajas sobre los criterios de Williams al permitir evaluar otras condiciones y características relacionadas con la enfermedad. Tal es así que el prurito (único criterio mayor en el método de Williams) fue un hallazgo poco frecuente entre los casos de DA detectados. A pesar de que la enfermedad es pruriginosa, en poblaciones infantiles la valoración de este síntoma puede ser complicada, por lo que su empleo como uno de los pilares diagnóstico podría provocar que algunos posibles casos pasen desapercibidos.

La tasa de respuesta en los cuestionarios enviados a los padres de familia no fue óptima y limitó la cantidad de información sobre la presencia de factores de riesgo. A pesar de esto fue posible observar que en los menores con DA predominaron los antecedentes familiares de rinitis; sin embargo llamó la atención que en ninguno se reportaron antecedentes de DA. Para otros factores investigados tampoco fue posible encontrar asociaciones estadísticamente significativas, principalmente por el limitado número de respuestas, pero la tendencia de asociación positiva muestra la importancia de determinar el riesgo que existiría en nuestro medio mediante estudios posteriores.

Los cuadros de hipersensibilidad y los otros factores medio-ambientales han sido mencionados como predisponentes para el desarrollo de DA por varios autores.^{2,5,11,12} Por las características socio-económicas y culturales de nuestra población existe la posibilidad de que el riesgo asociado con estos factores sea distinto en nuestro medio. Un ejemplo sería la alimentación con leche materna, la cual constituye un

factor de protección cuando se la recibe durante los primeros seis meses de edad, mientras que su reemplazo precoz por formulaciones incrementaría el riesgo. En algunos estratos de nuestra sociedad aún es probable que exista un menor empleo de fórmulas para sustituir la lactancia materna, en contraposición a lo que ocurre en los países desarrollados. Pero nuestra población infantil (sobretudo aquella de sectores urbano-marginales) es más probable que se encuentre expuesta a otros factores, como contaminación ambiental, espacios polvorientos y elementos acumuladores de polvo. En este trabajo fue notable encontrar que la proporción de alergia y mastocitos intradomiciliarios fue del doble entre los casos de DA.

La patología que ha sido objeto de este estudio es reconocida internacionalmente como un problema de salud pública debido a sus características y curso clínico.¹⁰ Conocer de mejor forma su frecuencia y los condicionantes de la misma en nuestro medio debe ser considerado prioritario por parte del personal sanitario, particularmente por quienes cumplen actividades en el campo de la Dermatología. Este estudio bien puede aceptarse como una experiencia piloto destinada a cumplir este propósito. En una primera etapa, parece bastante factible determinar la prevalencia de DA en poblaciones preescolares que acuden a guarderías de la ciudad; sin embargo, para evaluar la presencia de factores de riesgo podría ser necesario usar varias aproximaciones metodológicas, por las dificultades que pueden existir cuando esta información se planea obtener a partir de los padres de familia.

Agradecimiento

A Ivonne Cadena, directora de la Guardería Mi Pequeño Tesoro, por haber facilitado las actividades del estudio en ese establecimiento y a Liesel Pérez por la gestión y análisis de la base de datos.

AB es becaria del Ministerio de Salud Pública en el Postgrado de Dermatología (ISP-FCM-UCE). Esta investigación se ha efectuado en el marco de las actividades relacionadas con su tesis de grado.

Referencias

1. Awad P. Actualización en Dermatitis Atópica. Revista Médica Clínica Las Condes 2002; 13 (3): 45-52.
2. Odom R., James W, Berger T. Andrews' Dermatología Clínica. Volumen I. Novena edición. España: Marban Libros, 2004: 69-76.
3. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica - 2004. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.sad.org>
4. Ortiz F, Guerra A, Zarco C. Medición de la prevalencia de la dermatitis atópica en la población escolar madrileña. Actas Dermatosifilográficas 2003; 94 (7): 458-63.
5. Moreno J. Revisión: Dermatitis Atópica. Alergol Inmunol Clin 2000; 15: 279-95.
6. Friedmann P. ABC of alergies. Allergy and the skin. II-Contact and atopic eczema. BMJ 1998; 316: 1226-29.
7. Tay Y, Kong K, Khoo L, Goh L, Giam C. The prevalence and descriptive epidemiology of atopic dermatitis in Singapore school children. Br J Dermatol 2002; 146: 101-06.
8. Magaña M. Guía de Dermatología Pediátrica. Primera edición. Argentina: Editorial Panamericana S.A., 2000: 43-51.
9. Magaña G, Vásquez R, González N. Dermatología Pediátrica en el Hospital General. Frecuencia de las enfermedades de la piel del niño en 10000 consultas. Revista Médica del Hospital General de México 1995; 58: 124-30.
10. Leung D, Bieber T. Atopic dermatitis. Lancet 2003; 361: 151-60.
11. Blanco A, Díaz J, Balaña M, Valveny N. Factores de riesgo y prevalencia familiar de la dermatitis atópica en España (estudio ELIHO). Anales de de Pediatría 2005; 63: 480-88.
12. Cáceres H, Rueda M. Dermatitis Atópica. Segunda parte. Dermatología Peruana 2000; 10 (1): 34-42.
13. Cañarte C, Trujillo R, Legña M, Palacios S. Correlación clínica de dermatitis atópica y los niveles de Ig E. Revista Dermatología 1999; 8 (1): 24-27.
14. Cañarte C, Cabrera F, Palacios S. Epidemiología de la dermatitis atópica en el Distrito Metropolitano de Quito. Revista Dermatología 2004; 12 (2): 6-9.