

**MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN CAVIDAD
ORAL**

- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA -

Investigadores

**MIGUEL ÁNGEL CÓRDOBA FERNANDEZ
ÁNGELA PATRICIA MORALES CAMPUZANO
YIBETH MARCELA ROMERO MONTENEGRO
YULI ANDREA VARGAS BRAVO**

**Trabajo de Grado para Optar el título de
Odontólogo(a)**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
BOGOTÁ D.C,
2010**

**MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN CAVIDAD
ORAL**

- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA -

Investigadores

**MIGUEL ÁNGEL CÓRDOBA FERNANDEZ
ÁNGELA PATRICIA MORALES CAMPUZANO
YIBETH MARCELA ROMERO MONTENEGRO
YULI ANDREA VARGAS BRAVO**

Asesora científica

**Dra. GLORIA MERCEDES BALEN TRUJILLO
Od. Patóloga**

Asesora metodológica

**Dra. DIANA PARRA
Od. General e Epidemióloga**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
BOGOTÁ D.C,
2010**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras familias y amigos, por la ayuda, apoyo y respaldo durante el proceso.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros asesores, y a la Institución Universitaria Colegios de Colombia por el soporte teórico científico.

TABLA DE CONTENIDO

Página

1	CAPITULO I. ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS.....	12
1.1	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	14
1.3	IMPACTO.....	16
1.4	MARCO TEÓRICO	16
1.4.1	Manifestaciones orales	31
1.5	OBJETIVO GENERAL	35
1.5.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
2	CAPITULO II. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	36
2.1	TIPO DE ESTUDIO.....	36
2.2	OBJETO DE ESTUDIO.....	36
2.3	MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO	36
2.3.1	Muestra.....	36
2.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	36

2.4.1	Inclusión:.....	36
2.4.2	Exclusión:.....	37
2.5	UNIDADES TEMÁTICAS.....	37
2.6	PROCEDIMIENTO.....	39
3	CAPITULO III. RESULTADOS	41
4	CAPITULO IV. CONCLUSIONES	48
5	CAPITULO V. RECOMENDACIONES	50
	BIBLIOGRAFÍA.....	51

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad con alta prevalencia en la población mundial la cual no presenta diferencia racial, edad y género; y esa es una de las principales causas de la consulta dermatológica, predomina en niños y adolescentes.¹

La incidencia de dermatitis atópica muestra una curva ascendente en los últimos cinco años, fluctuando la prevalencia global actual entre 10% a 15% de la población.²

El paciente con dermatitis atópica es más susceptible que la población sana a la hora de sufrir una serie de complicaciones, las más frecuentes son las infecciones ya sean bacterianas, micóticas o víricas. "Bacterianas: debe sospecharse sobre infección bacteriana ante las lesiones eritematosas muy exudativas, a veces con costras de tipo impétigo. Más del 90% de los pacientes con D.A. presentan colonización por estafilococo. Micóticas: Suele estar afectado el cuero cabelludo y los pliegues cutáneos. - Víricas: Los niños con dermatitis atópica pueden presentar verrugas y herpes simple. Es importante la posible afectación ocular que puede ocasionar opacidad en la córnea o ceguera. Los atópicos pueden sufrir agravamiento de sus síntomas debido a infecciones de vías respiratorias altas por

lo que éstas deben tratarse con rapidez. No está claro el papel de la vacunación, pero su efecto preventivo la hace recomendable”.³

“Entre las muchas enfermedades que se asocian a la dermatitis atópica, además de las propias de la constitución atópica, se encuentran las dermatitis por contacto, la alopecia areata, la ictiosis vulgar, el síndrome de Netherton, el vitíligo, el síndrome nefrótico, el síndrome de Kawasaki, la enteropatía sensible al gluten y diversas enfermedades metabólicas, inmunodeficiencias congénitas y cromosomopatías. Los niños con dermatitis atópica son, además, propensos a determinadas infecciones, sobre todo por virus herpes simple, molusco contagioso y verrugas”.⁴

También es frecuente encontrar manifestaciones en boca asociadas a la dermatitis atópica, como la lengua geográfica, xerosis cutánea que se manifiesta con fina descamación, y queilitis, liquen plano, psoriasis de cavidad oral, pérdida transitoria de las papilas, entre otras.⁵

Por lo anterior, y debido a la presencia relativamente frecuente de la enfermedad en pacientes, surge el siguiente interrogante: ¿cuáles son las manifestaciones orales más frecuentes de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos?

La presente revisión de la literatura resulta relevante para el lector, especialmente para el estudiante de odontología en práctica, al encontrar la información basada en la evidencia científica, por medio de revisión sistemática de literatura recopilada

en un documento estructurado y coherente, que le ofrece información actualizada y pertinente, respecto a las manifestaciones orales de la dermatitis atópica.

Esta revisión de la literatura pretende explicitar sobre la dermatitis atópica y su relación con las diferentes manifestaciones en cavidad oral, bajo la forma de un criterio denominado: lengua geográfica, liquen plano, psoriasis de cavidad oral, pérdida transitoria de las papilas filiformes, entre otras.

Es pertinente conocer las manifestaciones orales de la dermatitis atópica y el manejo de las mismas, pues de esta manera, el estudiante en práctica encontrará en un documento aspectos relevantes de la enfermedad como su descripción, manifestaciones clínicas, tratamientos y el manejo que se le debe dar al paciente con dicha patología, lo que facilitará el reconocimiento de la enfermedad y la atención inmediata que debe recibir.

El objetivo de la presente investigación fue Identificar las manifestaciones orales de la Dermatitis atópica que faciliten el diagnóstico y manejo adecuado de dichas manifestaciones.

1 CAPITULO I. ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad con alta prevalencia en la población mundial la cual no presenta diferencia racial, edad y género; y esa es una de las principales causas de la consulta dermatológica, predomina en niños y adolescentes.⁶

La incidencia de dermatitis atópica muestra una curva ascendente en los últimos cinco años, fluctuando la prevalencia global actual entre 10% a 15% de la población.⁷

El paciente con dermatitis atópica es más susceptible que la población sana a la hora de sufrir una serie de complicaciones, las más frecuentes son las infecciones ya sean bacterianas, micóticas o víricas. "Bacterianas: debe sospecharse sobre infección bacteriana ante las lesiones eritematosas muy exudativas, a veces con costras de tipo impétigo. Más del 90% de los pacientes con D.A. presentan colonización por estafilococo. Micóticas: Suele estar afectado el cuero cabelludo y

los pliegues cutáneos. - Víricas: Los niños con dermatitis atópica pueden presentar verrugas y herpes simple. Los atópicos pueden sufrir agravamiento de sus síntomas debido a infecciones de vías respiratorias altas por lo que éstas deben tratarse con rapidez. No está claro el papel de la vacunación, pero su efecto preventivo la hace recomendable”.⁸

“Entre las muchas enfermedades que se asocian a la dermatitis atópica, además de las propias de la constitución atópica, se encuentran las dermatitis por contacto, la alopecia areata, la ictiosis vulgar, el síndrome de Netherton, el vitíligo, el síndrome nefrótico, el síndrome de Kawasaki, la enteropatía sensible al gluten y diversas enfermedades metabólicas, inmunodeficiencias congénitas y cromosomopatías. Los niños con dermatitis atópica son, además, propensos a determinadas infecciones, sobre todo por virus herpes simple, molusco contagioso y verrugas”.⁹ También es frecuente encontrar manifestaciones en boca asociadas a la dermatitis atópica, como la lengua geográfica, xerosis cutánea que se manifiesta con fina descamación, queilitis, liquen plano, psoriasis de cavidad oral, pérdida transitoria de las papilas, entre otras.¹⁰

Por lo anterior, y debido a la presencia relativamente frecuente de la enfermedad en pacientes, surge el siguiente interrogante: ¿cuáles son las manifestaciones orales más frecuentes de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos?.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La dermatitis atópica (DA) afecta especialmente a la primera infancia y adolescencia, con un patrón de distribución de las lesiones características y que además afecta a pacientes con antecedentes familiares, aparece fundamentalmente en los primeros meses de vida o en la infancia y puede afectar al 10% de la población pediátrica. Según Rajka el 60% de los casos aparecen en el primer año de vida, a los cinco años el 80-90% y sólo el 2% de la dermatitis atópica después de los 20 años. Dentro de las complicaciones de la DA se encuentran las infecciones bacterianas, micóticas, y víricas.¹¹

La DA es cada vez más frecuente, especialmente en zonas urbanas debido quizás a cambios ambientales y hábitos alimentarios, sus manifestaciones clínicas tienden a influir negativamente en la calidad de vida del paciente que la presenta (especialmente niños en quienes es más común encontrarla), a la vez que genera un hábitat ideal para las enfermedades infecciosas. Según Bonet, 2009, "Si bien es cierto que la salud orgánica del niño (el segmento etario más afectado) no se ve comprometida por el curso de la enfermedad, la DA puede ser causa de una

importante merma en su calidad de vida, limitando la realización de determinadas actividades y llegando a ser el origen de desequilibrios psicológicos”¹²

Según Calderón y colaboradores, 2007, “En las últimas décadas el número de casos ha aumentado,⁹ por lo cual es necesario conocer no sólo las manifestaciones más frecuentes, sino también las formas clínicas atípicas que se ven en la consulta diaria, para elegir el tratamiento adecuado y orientar a los padres de familia sobre los factores agravantes”¹³.

Por lo anterior, realizar una revisión de literatura sobre las manifestaciones orales de la DA resulta relevante, el estudiante de odontología en práctica, encontrará información basada en la evidencia científica, recopilada en un documento estructurado y coherente, que le ofrece actualización y pertinencia, respecto a las manifestaciones orales de la dermatitis atópica. Se busca explicitar sobre enfermedades de gran prevalencia como: dermatitis atópica y su relación con las diferentes manifestación en cavidad oral, bajo la forma de un criterio denominado: lengua geográfica, liquen plano, psoriasis de cavidad oral, pérdida transitoria de las papilas filiformes, entre otras.

Es pertinente conocer las manifestaciones orales de la dermatitis atópica, pues de esta manera, el estudiante en práctica podrá reconocer las manifestaciones

orales más frecuentes de la enfermedad así como su descripción, manifestaciones clínicas, tratamientos y el manejo que se le debe dar al paciente con dicha patología, lo que facilitará el reconocimiento de la enfermedad y la atención inmediata que debe recibir el paciente.

1.3 IMPACTO

Por medio de esta investigación el odontólogo encontrará información útil acerca de las características y manifestaciones orales de la dermatitis atópica y las condiciones de tratamiento odontológico que permita mejorar la atención de estos pacientes.

1.4 MARCO TEÓRICO

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica propia y casi exclusiva de la niñez caracterizada por un prurito y por áreas de dermatitis de localización peculiar es de etiología desconocida y multifactorial o poligenica.¹⁴

Esta enfermedad se define como una inflamación crónica pruriginosa, se manifiesta con piel seca, irritable, con tendencia a infecciones bacterianas, víricas u hongos. La cual se manifiesta en cavidad oral con ciertas patologías entre algunas de ellas: lengua geográfica, liquen plano, psoriasis de cavidad oral,

perdida transitoria de las papilas filiformes, entre otras que inducen a la perdida de las papilas gustativas provocando así la formación de maculas en algunas áreas de la lengua dando el aspecto característico de “parches” los cuales pueden permanecer en ella durante más de un mes o de variar cada día.¹⁵

La dermatitis atópica, llamada comúnmente eccema (atópico), es una enfermedad que consiste en un estado reaccional de la piel caracterizado por erupciones prurito y con aspecto de escamas, más frecuente en niños, multifactorial, en la cual intervienen factores tanto ambientales como constitucionales. Es de difícil tratamiento y bastante raro en la consulta normal del dermatólogo o del pediatra. Las personas con eccema a menudo tienen antecedentes de condiciones alérgicas como asma, fiebre de heno o eccema. La dermatitis atópica fue originalmente conocida como prúrigo de Besnier y eccema constitucional, actualmente también es llamada neurodermatitis diseminada, por las escuelas europeas. Es poco frecuente, aunque suele parecerse a una alergia normal¹⁶.

ETIOPATOGENIA: se ha estudiado numerosos factores que se presentan de forma frecuente en los pacientes.

Se han presentado 4 grupos: 1). Genéticos 2). Ambientales 3). Cambios en la reactividad de la piel 4). Cambios inmunológicos, humorales y celulares

- factores genéticos: se ha considerado que el 75% de los pacientes tienen antecedentes familiares de atopia. El patrón de herencia intimo es

desconocido, pero la posibilidad de un hijo atópico es de 80% cuando ambos padres han presentado la enfermedad. Se ha demostrado genes situados en los cromosomas 3q21, 1q, 17q25 y p20 que están relacionados con una mayor susceptibilidad en la respuesta inflamatoria e inmunológica.¹⁷

- factores ambientales: son múltiples entre los más frecuentes la alimentación, en la etapa lactante de la mayor importancia evitar la administración de alérgenos y sostener y sostener una lactancia materna exclusiva durante al menos los primeros 4 meses de vida. Por lo tanto se debe evitar la leche de vaca después de ese tiempo, desde luego el pescado, el huevo, los cítricos hasta después del primer año de edad.¹⁸
 - Alérgenos aerotransportados, como los del acaro del polvo, ciertos pólenes y ciertos hongos, han sido han sido identificados como agravantes de la DA.
 - el ambiente frío predispone y exacerba las manifestaciones clínicas de la DA. Ciertos tipos de ropas o vestidos por el material que están hechos desencadenan la DA por efecto irritante.
- cambios en la reactividad de la piel: la característica piel seca del atópico están relacionados con una incrementada pérdida transepidermica de agua.
- cambios inmunológicos: se caracteriza por dos alteraciones inmunitarias generales. Incremento s de la producción de IgE y disminución de la

inmunidad celular. Ambos procesos son mediados por linfocitos – T. el efecto de las células T consiste en la producción inadecuada de interferon – gamma (INF-gamma) combinado con la formación excesiva de interleucina (IL-4 e IL-13); esto explicaría muchos de los defectos inmunitarios e inflamatorios relacionados con la dermatitis atópica se ha demostrado un predominio de los linfocitos Th2 sobre los Th1 en la sangre periférica de sujetos con DA. Los linfocitos Th1 están relacionados con las reacciones de hipersensibilidad tardía y secretan IL-2 y el INF. Gamma ya mencionado. En tanto que los linfocitos Th2 están involucrados con la producción de IL-4, IL-5 e IL-13, pero no en INF-gamma.¹⁹

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: La Dermatitis Atópica es uno de los principales motivos de la consulta dermatológica en general y en cuanto a la niñez ocupa el primer lugar de frecuencia, su forma de presentación es versátil y varia de acuerdo con la edad del paciente, pero podemos decir que morfológicamente la Dermatitis Atópica se caracteriza precisamente por placas de dermatitis es decir, por placas de eritema y finas pápulas con o sin transudado seroso, a veces toma el aspecto eccematoso²⁰.

Las lesiones iniciales o tempranas de la enfermedad son áreas de eritema, finas pápulas y el prurito, que en esta enfermedad es muy intenso. El consecuente rascado y el frote conducen a la aparición de las ya descritas placas. Conforme a la enfermedad progresan las placas de dermatitis ya son de eritema y pápulas, usualmente con costras hemáticas que reflejan el rascado; asimismo en las etapas más crónicas se llegan a observar la liquenización. El aspecto de la Dermatitis Atópica cambia con la edad, así en la etapa de lactante es común observar descamación fina de la piel cabelluda, que recuerda a la dermatitis seborreica, pero la escama es mucho más pequeña y delgada en la DA y no se adhiere al pelo. En las mejillas se identifican ya las áreas de dermatitis en placas de eritema con finas pápulas y las consecuentes huellas del rascado, excoriaciones y costras hemáticas.²¹

Después de los 2 años de edad las lesiones tienden a situarse en los pliegues de flexión, como los huecos cubitales y poplíteos, el cuello, los párpados y los pliegues retroauriculares; en las axilas e ingle con menor frecuencia. En estas localizaciones las placas de dermatitis usualmente tienen un curso oscilante, con remisión y con exacerbaciones de diversa gravedad, que usualmente mejoran y eventualmente desaparecen, por lo general gracias al tratamiento, en particular

debido a las medidas generales que se dan y que en la mayor parte de las veces son suficientes.²²

El aspecto seco de la piel o xerosis usualmente forma parte del cuadro clínico y se exagera en los meses de frío; este aspecto ha dado paso a que algunos autores lo consideren como un criterio diagnóstico para la dermatitis atópica.²³

Cuando dicha xerosis es de gran magnitud puede exhibir aspecto "ictiosoforme", pero esto es solo una analogía y en realidad no corresponde a una auténtica ictiosis (grupo de enfermedades por un defecto genético de la queratinización)²⁴

EPIDEMIOLOGÍA: Los datos que hacen referencia a la incidencia y prevalencia real de la DA son variados e incluso contradictorios; esto ocurre en parte porque es posible que el proceso tenga una clara influencia estacional y geográfica, o bien, porque las series estudiadas por los distintos autores incluyen grupos de población variados pero, fundamentalmente, porque los criterios diagnósticos no tienen un soporte bioquímico que establezca un diagnóstico definitivo de la enfermedad, lo que supone que los criterios de inclusión pueden ser muy variables. La DA puede afectar a todas las razas, ya que los estudios realizados no demuestran diferencias significativas entre los distintos grupos la incidencia de DA es del 3,7%. Es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de

1,5/1⁵. Posiblemente, la DA es la manifestación más precoz de la atopia, ya que a los dos años el 50% de los atópicos la presentan y a los 5 años, el 60%, mientras que en este mismo grupo de edad sólo el 40% tiene síntomas de asma y el 25%, de rinitis vasomotora. Socialmente la incidencia de DA parece más frecuente en las clases altas, lo cual no puede achacarse, simplemente, a una mayor información y facilidad de consulta de estos grupos de élite. Sí parece un hecho bien constatado que la DA es un proceso en alza; así lo demuestran estudios epidemiológicos recientes: mientras que antes de los años 60 se consideraba que el 2-3% de los niños escolarizados presentaban DA, entre los años 60-70 esta cifra se incrementó hasta el 4-8% y a partir de los 80, alcanzó el 9-12%⁷. En 1996, la incidencia de DA en Alemania, Suecia y Dinamarca fue del 15,6% y en Italia, del 9%⁸. La prevalencia de DA parece más elevada en las grandes ciudades, sobre todo industrializadas, que en las áreas rurales⁹, lo que puede explicarse por una mayor exposición a atopenos²⁵.

HISTOPATOLOGÍA: Aunque los cambios tempranos de la DA no están precisados histopatologicamente, en lesiones ya establecidas y de aspecto eccematoso se observa espongirosis e hiperplasia epidérmica en grado variable en asociación con un infiltrado linfocitario superficial, perivascular e intersticial con eosinófilos. En su etapa crónica se observa hiperplasia psoriasiforme con mínima

o ausente espongiosis y engrosamiento de la dermis papilar con menos infiltrado inflamatorio²⁶.

En un 50 a 70% de los pacientes con dermatitis atópica existen antecedentes de atópica personal o familiar. La atópica puede manifestarse como rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica, asma bronquial, urticaria o como dermatitis atópica. Se ha propuesto una herencia autosómica dominante con expresividad variable. Se sabe que si uno de los padres es atópico hay una probabilidad de 60% de ser atópico y de 80% si ambos progenitores son atópicos. No se ha determinado un HLA específico, sin embargo se ha visto relación con un defecto en el cromosoma 11q13 encargado de codificar una variante de la subunidad beta de alta afinidad receptora en la IgE (FcER-1-beta), además de que es probable que existe una alteración genética en las proteínas de la membrana del monocito atópico el cuál funciona aumentando la producción de fosfodiesterasas y prostaglandina E-2, lo que sirve para explicar parte de la patogenia en la dermatitis atópica.

En los pacientes que desarrollan enfermedades alérgicas se han encontrado más de 20 genes relacionados, existiendo particular interés en el cromosoma 5q 31-33, que tiene por función codificar una familia de genes de citoquinas: IL-3 al 5, IL-13 y GM-CSF, que están expresados por los linfocitos TH2. Existe relación directa

entre niveles elevados de IL-4 y el aumento de IgE, hiperrreactividad bronquial y asma.

Aunque se ha encontrado una relación genética con la DA, esta teoría no puede explicar el aumento exponencial en el número de caso en los últimos 30 años. Por lo tanto solo explica una predisposición a padecer una enfermedad de la cual todavía se desconocen las causas reales

La dermatitis atópica casi siempre esta relacionada a ciertas alergias ambientales, casi todos los afectados son sensibles a ácaros del polvo, epitelio de animales y determinadas plantas como cenizo o flor del olivo. Igualmente ciertos alimentos como los tomates, la leche de vaca pueden ser contraproducentes. Es recomendable que se realicen las pruebas alérgicas aquellos pacientes con dermatitis para determinar cómo afecta cada uno.

Respuesta anormal del sistema nervioso autónomo, se observa una vasoconstricción sostenida, así como una respuesta lenta a la histamina aplicada intradérmicamente que explica el dermografismo blanco.

Tanto en niños como en adultos las situaciones cotidianas generan reacciones físicas y emocionales, que interactúan unas con otras mediante las conductas, los hábitos y las acciones corporales. Cuando las situaciones cotidianas sobrepasan el nivel de tolerancia, interés o ansiedad que un individuo les presta normalmente, esta situación cotidiana se vuelve una situación de estrés. Cuando el estrés le

genera al individuo una reacción fisiológica, es conveniente identificar cuatro factores que intervienen en la generación de dicha reacción factores externos o estresores que afectan al individuo. La percepción que el individuo tenga de sí mismo y de su reacción ante los estresores. El impacto del estrés sobre las áreas de desempeño de los individuos. El comportamiento que adopta el individuo para ajustarse a la situación de estrés.

En los niños, particularmente, las situaciones de estrés pueden ser causa de la aparición y el mantenimiento de conductas, patrones de comportamiento y reacciones fisiológicas tales como las erupciones en la piel. Por lo cual es más probable que niños bajo ciertas condiciones estresantes manifiesten problemas dermatológicos.

DIAGNOSTICO: No existe un dato claro clave o una prueba de laboratorio específica para el diagnóstico de la DA por lo tanto, es inminentemente clínico. Las placas de dermatitis ya descritas, bien sea en su etapa temprana o en su etapa tardía, en la que reconocemos las zonas liquenizadas, así como la evolución de curso oscilante, permiten sospechar y aun establecer el diagnóstico de dermatitis atópica.²⁷

En la edad pediátrica, pero también en el adulto, se observan otras enfermedades, que por su semejanza morfológica con la DA, o bien por la frecuencia con la que se asocian, podrían interpretarse una por otra, o bien considerarse como parte de la DA, lo que no debe hacerse. Algunas de ellas son: ²⁸

- *Dermatitis numular*. ya que la morfología es muy similar, la asociación de ambas es común, pues hasta el 25% de los niños con dermatitis numular presentan también dermatitis atópica. Algunos autores consideran a la primera como parte de la Dermatitis Atópica.²⁹
- *Fotosensibilización*. Cuando se presenta en la DA, hecho no raro, es factible confundirla con el prurigo solar (también mal llamado “dermatitis solar”). Pero este si afecta la zona central de la cara, en particular el dorso nasal y también los pabellones auriculares; predominan las pápulas sobre las placas de dermatitis y la topografía es mas hacia la zona expuesta de la luz, es decir, las caras externas de brazos y antebrazos³⁰
- *Dermatitis por contacto*. Esta entidad debe considerarse particularmente cuando involucra las manos, ya que también la morfología de ambas es muy similar. Sin embargo, la evolución y al relación con contactantes que se encuentren durante el interrogatorio permitirá precisar el diagnostico. Conviene señalar que la dermatitis por contacto con irritante primario es mas común en el

individuo atópico, y la dermatitis por contacto de tipo inmunológico es menos común³¹

- *Dermatitis seborreica*. Este es un motivo de confusión muy frecuente, principalmente en la lactancia. En la dermatitis seborreica el prurito es mas leve o esta ausente y su inicio es mas temprano, usualmente antes de los 2 mese de edad. Morfológicamente la dermatitis seborreica exhibe escamas mas gruesas y oleosa, la superficie de la piel es seborreica también y en los casos en que esta llega a presentarse como “costra de leche” ya es evidente el diagnostico de la dermatitis seborreica; esta con cierta frecuencia afecta también la zona del pañal. No debe considerarse ala dermatitis seborreica como “precurosa” o como manifestación de la dermatitis atópica.³²
- *Tiñas*. La DA con afección de manos y pie frecuentemente es mal interpretada como tiña. De ayuda en el diagnostico es el borde o la periferia de las placas mas activo y en el centro inactivo en las tiñas, muy importante de tener en cuenta en el adulto, aunque ambas son poco comunes con esta topografía en el niño. el examen directo podrá ayudar a definir el diagnostico.³³
- Entidades como el síndrome de Job, enfermedad que se ha incluido con otros padecimientos con hiper-IgE, se caracteriza por una erupción muy similar a la DA, pero en asociación con múltiples y frecuentes infecciones recidivantes, condicionadas por *s. aeurus*. Asimismo, el síndrome de Wiskott-Aldrich es

también una erupción indistinguible de la DA en asociación con púrpura trombocitopenica e inmunodeficiencia. el pronostico del niño con DA en general es bueno, ya que la enfermedad tiende a redimir en la adolescencia en la gran mayoría de los pacientes. En algunos otros quedan vestigios, como la queilitis o la dermatitis de las manos.³⁴

- Sin embargo hay casos, en que las manifestaciones clínicas persisten hasta la edad adulta, ya sea como lesión localizada en los pliegues de flexión, o en algunos casos en forma muy extensa, casi eritrodérmica y de muy difícil control³⁵.

TRATAMIENTO: El objetivo principal es el inducir la remisión de las lesiones. Dado que el individuo atópico siempre lo será, existe la posibilidad de que desarrolle erupción si se presenta el factor desencadenante, y en ocasiones la remisión toma más tiempo de lo esperado, por lo que resulta fundamental importancia transmitir el lenguaje claro, sencillo y breve, estos conceptos a los padres o al paciente si ya esta en edad de entenderlo. El tratamiento de la DA tiene dos aspectos: los cuidados generales y los medicamentos, tan importantes unos como los otros. El mas importante en los cuidaos generales es mantener la piel húmeda y lubricada, mediante el uso apropiado de humectantes y emolientes en forma continua y frecuente sobre la piel. El baño deberá recomendarse que sea breve, solo unos minutos cinco minutos y no mas de una vez al día, en ocasiones

se podrá espaciar a cada dos o tres días; se usara agua tibia, nunca instrumentos que froten y traumatizen la piel (esponjas, cepillos, estropajos) y con jabones neutros o sustitutos.³⁶

En relación con la ropa hay materiales, como la lana y algunas fibras sintéticas, que causan irritación sobre la piel y conviene evitarlas; tal irritación no es por un mecanismo “alérgico”, si no por el efecto de fricción directa sobre la piel, ya que estas fibras textiles son muy gruesas y duras. La ropa de algodón es la más recomendable.³⁷

Con respecto a los medicamentos, pueden ser administración tópica y/o general; entre los primeros figuran de manera central los glucocorticoides o esteroides, tanto por su efectividad como por la controversia que su uso ha propiciado en nuestro medio.³⁸

En los niños es mejor recurrir a los esteroides tópicos no fluorados, como la hidrocortisona, el butirato de hidrocortisona, el valerato de hidrocortisona, la aclometasona o la mometasona, y dejar los fluorados o mas potentes para casos particulares. Su administración es una a dos veces cada 24 horas, nunca en

periodos prolongados y menos a aun de manera indefinida. Su indicación es durante los brotes de la enfermedad, con esquema de reducción y sustitución por el grupo de los lubricantes y humectantes. Al prescribirlos se debe instruir al paciente o a los familiares sobre la forma y tiempo de administración, así como lo inconvenientes que seria su mal uso, como la automedicación, no respetar los tiempos o sitio indicados.³⁹

Los antibióticos (excepto algunos, como el mupirocin o el acido fusidico) y los antihistamínicos de uso tópico tiene poca utilidad en la DA. Los antihistamínicos tienen utilidad en la dermatitis atópica para aquellos pacientes con erupciones extensa y muy pruriginosas, pues se podrán usar para evitar el rascado por la noche dado el beneficio de su efecto sedante, por tanto son la hidroxina y al difenhidramina mas recomendables que los antihistamínicos no sedantes de nuevas generaciones: loratadina, desloratadina, cetirizina, elastina, epinastina, ketotifeno y otros. Los esteroides de administración general no están indicados en la DA y presentan graves efectos secundarios, como el retraso o aun la detención del crecimiento entre otros.⁴⁰

El paciente con DA, en general puede ser tratado adecuadamente de manera ambulatoria, pero deberá hospitalizarse por unos días cuando curse con eritema,

infecciones secundaria extensa. O bien en aquellos casos resistentes al tratamiento. Con la hospitalización se puede lograr múltiples beneficios, por que con cierta frecuencia los padres no son capaces de llevar a cabo de llevar las indicaciones y el manejo de su paciente; por otro lado es más fácil manejar la fase aguda de la enfermedad.⁴¹

1.4.1 Manifestaciones orales

Queilitis atópica: forma localizada frecuente en escolares, que se caracteriza por labios secos con gran descamación. Por su cercanía con la cavidad oral puede infectarse de forma secundaria. La aplicación repetitiva de la saliva con la lengua y el retirar las escamas buscando alivio provocan exacerbación de las lesiones

Lengua Geográfica: (Glositis Migratoria Benigna). Lengua geográfica o eritema migrans, es un trastorno común e inocuo que afecta de forma primaria a la lengua, y que se caracteriza por atrofia o pérdida temporal de las papilas filiformes. Afección común en el dorso de la lengua suele comenzar en la infancia, predomina en el sexo femenino y en ocasiones en tendencia familiar, clínicamente se caracteriza por palcas eritematosas rodeadas u ovaladas que por coalescencia pueden dar origen a fisuras caprichosas o policíclicas, con aspecto de mapa en

variaciones en su configuración en el transcurso de los días, acabando por regresar, al cabo de dos semanas, puede reaparecer en cualquier momento, los brotes tienden a disminuir a medida que la edad avanza, suelen ser asintomático aunque en ocasiones se acompañan de sensaciones de ardor.⁴²

Etiología: Desconocida: La menudo se puede ver mas de un miembro de una misma familia, aunque el patrón hereditario no esta claro, ocurre con frecuencia en niños, que tiene dermatitis atópica o seborreica, y en pacientes con psoriasis, tipo postular⁴³

- Incidencia en niños: común. El trastorno es 4 o 5 mas frecuente en niños y adolescentes más que en adultos. Ocurre en 2% de la población, las mujeres son mas afectadas que los hombres

Localización: Usualmente en la cara dorsal de la lengua y en los bordes laterales rara veces la mucosa de otros sitios de la mucosa bucal se ve afectada (labios, paladar blando, encías)⁴⁴

Características clínicas: Se caracteriza por una zona eritematosa bien demarcada lisa, rodeada o parche en forma de espiral, debido a la atrofia o perdida de las papilas filiformes.⁴⁵

- Las áreas eritematosas se caracterizan por estar rodeadas parcial o totalmente por un margen blanquecino ligeramente elevado.
- Algunas veces eritematosas se caracterizan como una pequeña palca blanquecina, seguida rápidamente por una zona central que crece de manera centrifuga.⁴⁶
- El tamaño varía de milímetros a varios centímetros.
- Las lesiones generalmente son múltiples y asintomáticas, aunque algunas veces pueden tener una ligera sensación de quemadura.
- El curso típico es de aparición rápida en corto tiempo para desarrollarse en otra, rara vez en la misma zona.
- Las lesiones pueden permanecer por 2 semanas o más. Pocos pacientes desarrollan las lesiones por años.
- La lengua geográfica aparece con más frecuencia en pacientes con lengua fisurada.
- Lesiones similares pueden ocurrir en otras áreas de la mucosa bucal, el trastorno es denominado “estomatitis geográfica”.

Diagnostico diferencial⁴⁷

- liquen plano
- psoriasis de cavidad bucal
- síndrome de reiter
- candidiasis
- perdida transitoria de las papilas filiformes
- paconiquia congénita

Tratamiento: No necesita tratamiento, tranquilizar al paciente y decirle que la lesión es inofensiva y que no es motivo de preocupación. Recientemente se están utilizando corticoesteroides de aplicación local con muy buenos resultados.⁴⁸

1.5 OBJETIVO GENERAL

Identificar las manifestaciones orales de la Dermatitis atópica que faciliten el diagnóstico y manejo adecuado de las dichas manifestaciones en niños entre de 2 a 4 años de edad.

1.5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enumerar factores etiopatológicos de la dermatitis atópica
- Reconocer las características clínicas diagnósticas de las manifestaciones orales de la Dermatitis atópica en pacientes de 2 a 4 años de edad.
- Determinar cuáles son las manifestaciones orales más frecuentes de la Dermatitis atópica en niños de 2 a 4 años de edad.
- Establecer el manejo odontológico de las lesiones asociadas a dermatitis atópica basados en la literatura

2 CAPITULO II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Revisión sistemática de literatura

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Dermatitis atópica en la cavidad oral

2.3 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO

Artículos científicos que se refieran a dermatitis atópica en la cavidad oral

2.3.1 Muestra

50 Artículos científicos

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 Inclusión:

- artículos científicos que describan las manifestaciones orales de la dermatitis atópica

- Artículos que detallen sobre el manejo odontológico de pacientes con lengua geográfica, líquen plano, psoriasis de cavidad oral, pérdida transitoria de las pailas filiformes y que a su vez presenten dermatitis atópica.
- Artículos en inglés y español
- Artículos de 2000 al 2010.
- Artículos de fuentes científicas de reconocida publicación en el medio científico.
- Revisiones sistémicas, casos y controles,

2.4.2 Exclusión:

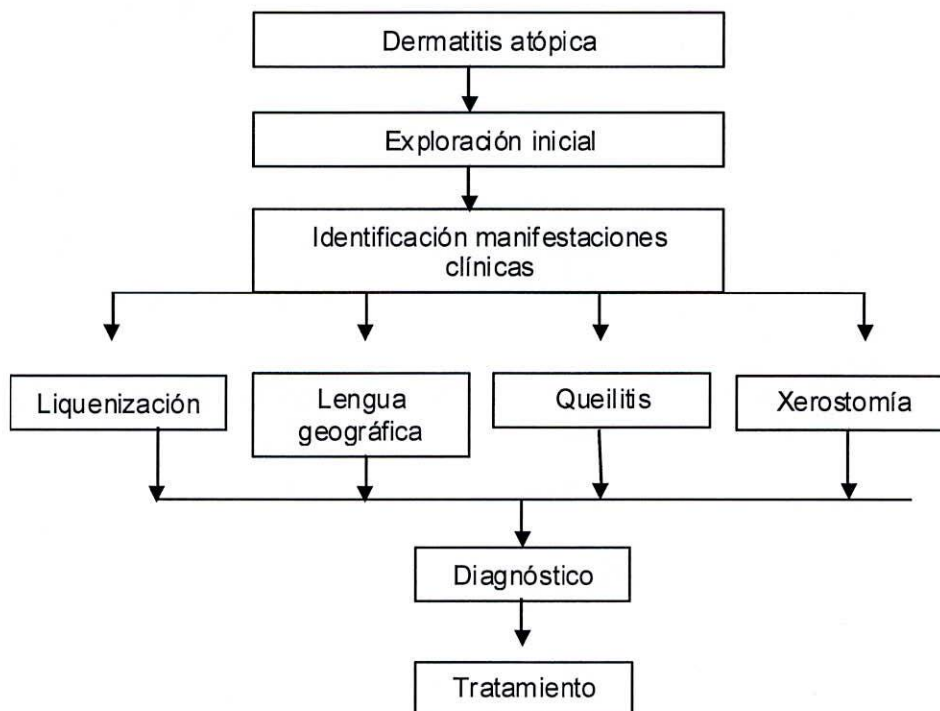
- Pacientes con enfermedades sistémicas como VIH, cáncer y diabetes
- Opiniones de expertos.
- Resultados de casas comerciales de medicamentos para el tratamiento de la enfermedad.

2.5 UNIDADES TEMÁTICAS

- Factores etiopatológicos de la dermatitis atópica.
- Características clínicas diagnósticas de las manifestaciones orales de la Dermatitis atópica en pacientes de 2 a 4 años de edad.

- Manifestaciones orales más frecuentes de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos
- Manejo odontológico de las lesiones asociadas a dermatitis atópica

Algoritmo manifestaciones orales de Dermatitis Atópica



2.6 PROCEDIMIENTO

Se está realizó una revisión bibliográfica cuyo objeto de estudio fue: las manifestaciones orales de la dermatitis atópica. La búsqueda de artículos científicos se realizó en las revistas indexadas relacionadas con el tema, entre ellas Journal dermatology, MEDLINE, LILACS PUBMED y COCHRANE, publicadas 2000-2010.

Para facilitar la búsqueda de información, se identificaron siguientes las palabras y frases clave o descriptores: dermatitis atópica vs lengua geográfica, liquen plano, psoriasis de cavidad oral, pacientes con pérdida transitoria de las pailas filiformes.

Para escoger los artículos se tuvo en cuenta la categorización de la evidencia según: North of England Evidence Based Guideline Development Project, 1996.

Combinación de los resultados: Los resultados fueron analizados por medio de las unidades de análisis establecidas y la información fue consignada en tablas previamente diseñadas, relacionando los resultados obtenidos con los objetivos y unidades de análisis.

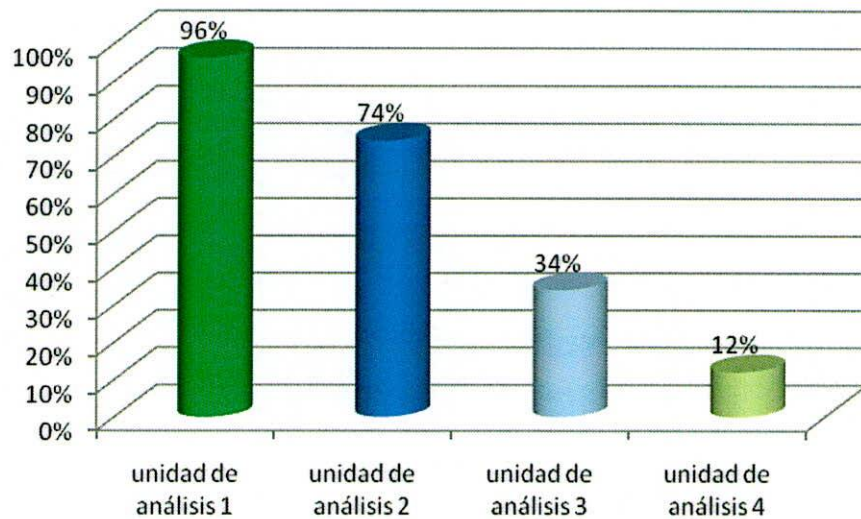
Luego de definir la metodología para la búsqueda y selección de la información, ésta se sistematizó teniendo en cuenta las unidades de análisis establecidas en este proyecto, utilizando para ello una matriz bibliográfica que incluyo datos como el año de publicación, título del artículo, autor, objeto de estudio, metodología, resultados y conclusiones.

Las unidades de análisis definidas para el presente estudio, fueron: Factores etiopatológicos de la dermatitis atópica, manifestaciones orales más frecuentes de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos, características clínicas diagnósticas de las manifestaciones orales de la Dermatitis atópica en pacientes de 2 a 4 años de edad y manejo odontológico de las lesiones asociadas a dermatitis atópica

En una última etapa, la información fue analizada, resaltando los avances y aportes más significativos en cuanto a la dermatitis atópica en la cavidad oral.

3 CAPITULO III. RESULTADOS

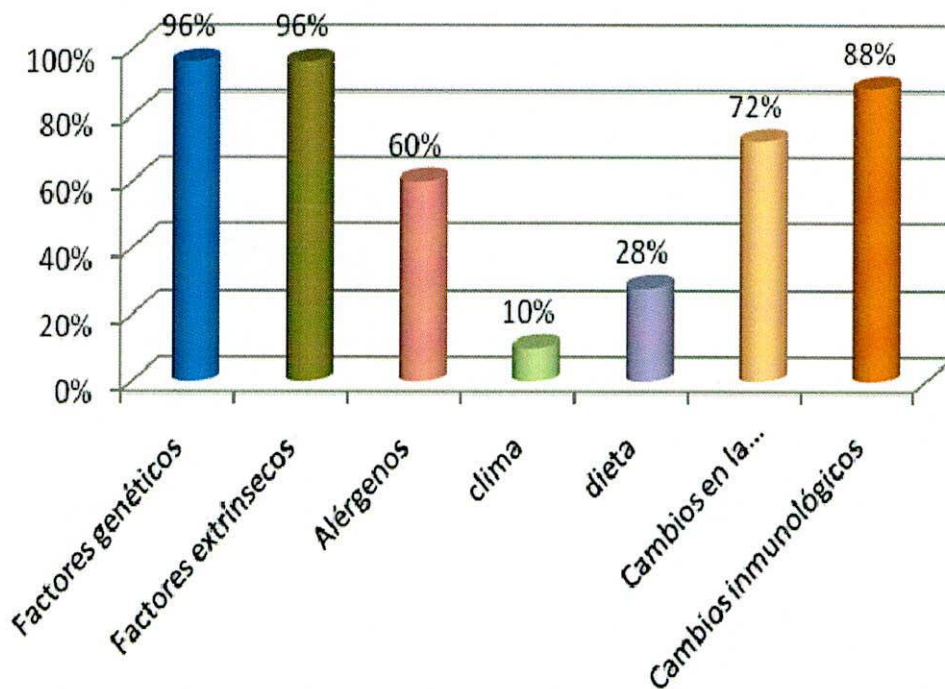
Se analizaron 50 (100%) artículos científicos analizados en cuatro unidades de análisis de la siguiente manera: factores etiopatológicos 48 artículos (96%), características clínicas diagnósticas 37 artículos (74%), manifestaciones orales de la DA 17 artículos (34%), y tratamiento odontológico 6 artículos (12%), como lo muestra la gráfica 1.



Gráfica 1. Porcentaje de artículos por unidad de análisis

En cuanto a los factores etiopatológicos de la dermatitis atópica, se encontraron 48 (96%) artículos científicos que hacen referencia a dichos factores de la siguiente manera: genéticos: 48 (96%), extrínsecos: 48 (96%) [de éstos últimos se mencionan factores como alérgenos 30 (60%), factores climáticos 5 (10%), factores dietéticos y nutricionales 14 (28%)]. Cambios en la reactividad de la piel 36 (72%) y cambios inmunológicos 44 (88%). (ver gráfica 2).

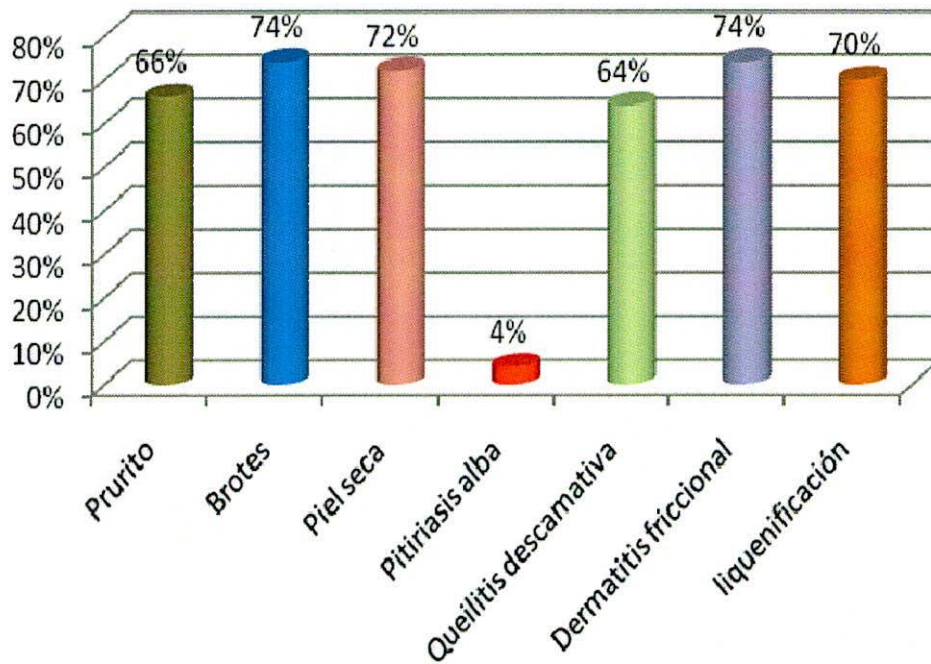
Factor etiológico	No. artículos	Porcentaje (%)
Factores genéticos	48	96%
Factores extrínsecos	48	96%
Alérgenos	30	60%
clima	5	10%
dieta	14	28%
Cambios en la reactividad de la piel	36	72%
Cambios inmunológicos	22	88%



Gráfica 2. Factores etiopatológicos de la Dermatitis atópica

En cuanto a las características clínicas diagnósticas de las manifestaciones orales de la Dermatitis atópica en pacientes de 2 a 4 años de edad se encontraron 37 (74%) artículos que hacen referencia las mismas de la siguiente manera: prurito 33 (66%) artículos (24%, brotes 37 artículos (74%), piel seca 36 artículos (72%), Pitiriasis alba 2 artículos (4%), queilitis descamativa 32 artículos (64%), dermatitis friccional 37 (74%) y liquenificación 35 artículos (70%). (ver gráfica 3.)

Manifestación clínica	No. artículos	Porcentaje (%)
Prurito	33	66%
Brotes	37	74%
Piel seca	36	72%
Pitiriasis alba	2	4%
Queilitis descamativa	32	64%
Dermatitis friccional	37	74%
liquenificación	35	70%

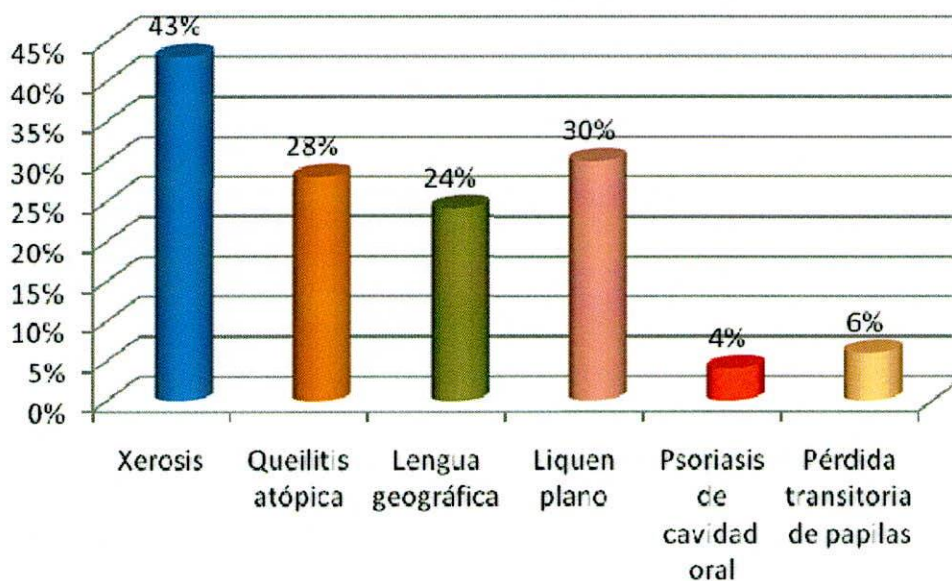


Gráfica 3. Manifestaciones clínicas de la dermatitis Atópica

En cuanto a las manifestaciones orales más frecuentes de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos, se encontraron 17 (43%) artículos que hacen referencia a las mismas, distribuidos de la siguiente manera: xerosis 17 artículos (43%), queilitis atópica 14 artículos (28%), lengua geográfica 13 artículos (24%), liquen plano 15 artículos (30%), psoriasis de cavidad oral 2 artículos (4%) y pérdida transitoria de papilas 3 artículos (6%). (Ver gráfica 4)

Manifestación oral	No. artículos	Porcentaje (%)

Xerosis	17	43%
Queilitis atópica	14	28%
Lengua geográfica	12	24%
Liquen plano	15	30%
Psoriasis de cavidad oral	2	4%
Pérdida transitoria de papilas	3	6%

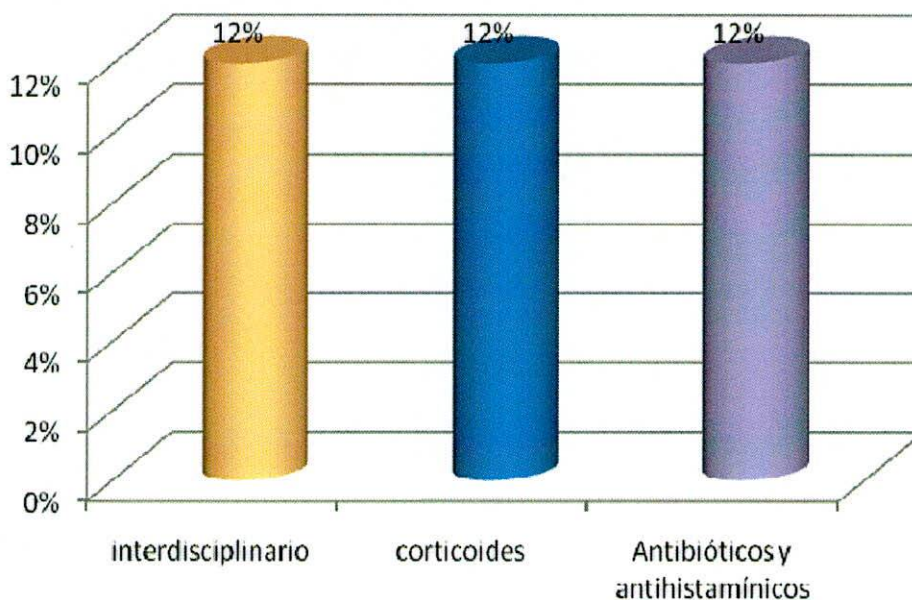


Gráfica 4. Manifestaciones orales de la Dermatitis atópica

En cuanto al manejo odontológico de las lesiones asociadas a dermatitis atópica se encontró 6 artículos (12%) hacen referencia al manejo terapéutico que se debe

hacer a las manifestaciones orales, de la siguiente manera: manejo interdisciplinario 6 (12%), uso de corticoides de recomendación médica 6 (12%), uso de antibióticos y antihistamínicos con seguimiento médico 6 (12%). (ver gráfica 5).

tratamiento	No. artículos	Porcentaje (%)
interdisciplinario	6	12%
corticoides	6	12%
Antibióticos y antihistamínicos	6	12%



Gráfica

5. Tratamiento de las manifestaciones orales de la Dermatitis atópica

4 CAPITULO IV. CONCLUSIONES

Dentro de los factores etiopatológicos de la dermatitis atópica la bibliografía científica hace referencia a, Genéticos, ambientales, cambios en la reactividad de la piel y cambios inmunológicos, humorales y celulares

Dentro de las características clínicas diagnósticas de las manifestaciones orales de la Dermatitis atópica en pacientes de 2 a 4 años de edad se puede decir que su forma de presentación es versátil y varía de acuerdo con la edad del paciente, pero morfológicamente la Dermatitis Atópica se caracteriza precisamente por placas de dermatitis es decir, por placas de eritema y finas pápulas con o sin transudado seroso, a veces toma el aspecto eccematoso

Las manifestaciones orales más frecuentes de la Dermatitis atópica en niños de 2 a 4 años de edad son la lengua geográfica, xerosis cutánea que se manifiesta con fina descamación, queilitis, liquen plano, psoriasis de cavidad oral y pérdida transitoria de las papilas.

En cuanto al tratamiento odontológico de las lesiones asociadas a dermatitis atópica basados en la literatura se puede decir que el tratamiento de la DA tiene dos aspectos: los cuidados generales y los medicamentos, tan importantes unos como los otros, sin embargo no existe un tratamiento definitivo.

5 CAPITULO V. RECOMENDACIONES

Realizar estudios que evalúen y amplíen el conocimiento que tienen los estudiantes de pregrado de la Institución Universitaria Colegios de Colombia en cuanto a las características y atención que debe recibir el paciente que presenta Dermatitis atópica.

Teniendo como referencia la información consignada en éste documento, diseñar una guía de atención odontológica al paciente con Dermatitis atópica, en donde el odontólogo encuentre la información precisa a cerca de sus manifestaciones y tratamiento y complicaciones.

Adelantar un estudio epidemiológico para establecer la incidencia de pacientes con dermatitis atópica en Colombia, así como reconocer el tratamiento y complicaciones que pueden presentar dichos pacientes durante la atención odontológica.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ MAGAÑA García, Mario magaña lozano, dermatología, ED panamericana 2003, México DF, pág. 185-191
- ² VASQUEZ, A. Dermatitis atópica. En: MEDUNAB 2002; 5(14):121-132]
- ³ LAGUNAS y colaboradores. Monografía Dermatitis Atópica. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. España. Publicado en correofarmaceutico.com el 08/03/2004. Pg. 12:13.
- ⁴ FONSECA Capdevila E. Dermatitis atópica. Protocolo terapéutico. (En línea) (14.02.2001). Disponible en www.especialistasdermatologia.com.
- ⁵ CALDERÓN y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. Revista Alergia México 2007; 54(3):96-103.
- ⁶ Mario Magaña García, Mario magaña lozano, dermatología, ED panamericana 2003, México DF, pág. 185-191
- ⁷ VASQUEZ, A. Dermatitis atópica. En: MEDUNAB 2002; 5(14):121-132]
- ⁸ LAGUNAS y colaboradores. Monografía Dermatitis Atópica. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. España. Publicado en correofarmaceutico.com el 08/03/2004. Pg. 12:13.

-
- ⁹ Fonseca Capdevila E. Dermatitis atópica. Protocolo terapéutico. (En línea) (14.02.2001). Disponible en www.especialistasdermatologia.com.
- ¹⁰ Calderón y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103
- ¹¹ Gasco Lagunas, Ana y colaboradores. Monografía dermatitis atópica. Colegio oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. 2004. Pág. 1:24. Publicado en correofarmaceutico.com el 08/03/2004
- ¹² BONET, R. Dermatitis atópica “la enfermedad del bienestar”. vol. 28 núm. 4 ABRIL-mayo 2009
- ¹³ Calderón y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103
- ¹⁴ Krol y Bernice Krafchik. DERMATITIS ATOPICA EN LA NIÑEZ. *Dermatologic Therapy*. Vol. 19. Página 73- Marzo 2006
- ¹⁵ Calderón Rivera y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103
- ¹⁶ Moreno J. dermatitis atópica. Revisión. *Alergol Inmunol Clin* 2000;15:279-295

¹⁷ Gasco Lagunas, Ana y colaboradores. Monografía dermatitis atípica. Colegio oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. 2004. Pág. 1:24. Publicado en correofarmaceutico.com el 08/03/2004.

¹⁸ RAMÓN Boneta Y ANTONIETA GARROTE. Dermatitis Atópica La Enfermedad Del Bienestar. En: *Ámbito Farmacéutico*. ABRIL-Mayo 2009. Vol. 28 Núm.

¹⁹ Gasco Lagunas, Ana y colaboradores. Monografía dermatitis atípica. Colegio oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. 2004. Pág. 1:24. Publicado en correofarmaceutico.com el 08/03/2004.

²⁰ Mario Magaña García, Mario magaña lozano, dermatología, ED panamericana 2003, México DF, pág. 185-191

²¹ Calderón Rivera y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103

²² RAMÓN Boneta Y ANTONIETA GARROTE. Dermatitis Atópica La Enfermedad Del Bienestar. En: *Ámbito Farmacéutico*. ABRIL-Mayo 2009. Vol. 28 Núm.

²³ Calderón Rivera y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103

²⁴ George Laskaris, patologías niños, primera edición 2001, ed. actualidades medicas odontológicas latinoamericanas CA caracas Venezuela

-
- ²⁵ Moreno J. dermatitis atópica. Revisión. *Alergol Inmunol Clin* 2000;15:279-295
- ²⁶ Francisco Urbina, Atlas de diagnóstico diferencial en dermatología, ED mediterráneo, pág. 358-359
- ²⁷ Krol y Bernice Krafchik. DERMATITIS ATOPICA EN LA NIÑEZ. *Dermatologic Therapy*. Vol. 19. Página 73- Marzo 2006.
- ²⁸ Guerrero-Fdez., J, Guerrero Vázquez, J. dermatitis atópica. Asociación española de pediatría. *Junio 2008. En: Info FAMILIA.*
<http://www.aeped.es/infofamilia>
- ²⁹ Calderón Rivera y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103
- ³⁰ Krol y Bernice Krafchik. DERMATITIS ATOPICA EN LA NIÑEZ. *Dermatologic Therapy*. Vol. 19. Página 73- Marzo 2006.
- ³¹ Vásquez Lobo, J. Dermatitis atópica. Vol. 5 Número 14 - Agosto de 2002
- ³² Calderón Rivera y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103
- ³³ Krol y Bernice Krafchik. DERMATITIS ATOPICA EN LA NIÑEZ. *Dermatologic Therapy*. Vol. 19. Página 73- Marzo 2006.

-
- ³⁴ George Laskaris, patologías niños, primera edición 2001, ed. actualidades medicas odontológicas latinoamericanas CA caracas Venezuela
- ³⁵ George Laskaris, patologías niños, primera edición 2001, ed. actualidades medicas odontológicas latinoamericanas CA caracas Venezuela
- ³⁶ Francisco Urbina, Atlas de diagnostico diferencial en dermatología, ED mediterráneo, pág. 358-359
- ³⁷ Krol y Bernice Krafchik. DERMATITIS ATOPICA EN LA NIÑEZ. Dermatologic Therapy. Vol. 19. Página 73- Marzo 2006
- ³⁸ George Laskaris, patologías niños, primera edición 2001, ed. actualidades medicas odontológicas latinoamericanas CA caracas Venezuela
- ³⁸ Francisco Urbina, Atlas de diagnostico diferencial en dermatología, ED mediterráneo, pág. 358-359
- ³⁹ Calderón Rivera y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. Revista Alergia México 2007;54(3):96-103
- ⁴⁰ Bascones-Martínez MA y colaboradores. Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente. Av. Odontoestomatol v.22 n.2 Madrid mar.-abr. 2006

⁴¹ Guerrero-Fdez., J, Guerrero Vázquez, J. dermatitis atópica. Asociación española de pediatría. *Junio 2008. En: Info FAMILIA.*
<http://www.aeped.es/infofamilia>.

⁴² Bascones-Martínez MA y colaboradores. Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente. *Av. Odontoestomatol v.22 n.2 Madrid mar.-abr. 2006*

⁴³ Vázquez Lobo, J. Dermatitis atópica. Vol. 5 Número 14 - Agosto de 2002

⁴⁴ George Laskaris, patologías niños, primera edición 2001, ed. actualidades medicas odontológicas latinoamericanas CA caracas Venezuela

⁴⁴ Francisco Urbina, Atlas de diagnostico diferencial en dermatología, ED mediterráneo, pág. 358-359

⁴⁵ Gasco Lagunas, Ana y colaboradores. Monografía dermatitis atípica. Colegio oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. 2004. Pág. 1:24. Publicado en correofarmaceutico.com el 08/03/2004.

⁴⁶ Guerrero-Fdez., J, Guerrero Vázquez, J. dermatitis atópica. Asociación española de pediatría. *Junio 2008. En: Info FAMILIA.*
<http://www.aeped.es/infofamilia>.

⁴⁷ Bascones-Martínez MA y colaboradores. Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente. *Av. Odontoestomatol v.22 n.2 Madrid mar.-abr. 2006*

⁴⁸ George Laskaris, patologías niños, primera edición 2001, ed. actualidades medicas odontológicas latinoamericanas CA caracas Venezuela

⁴⁸ Francisco Urbina, Atlas de diagnostico diferencial en dermatología, ED mediterráneo, pág. 358-359

REFERENCIAS ANALIZADAS

Agostoni, MD, C y colaboradores. Growth Pattern of Breastfed and Nonbreastfed Infants with Atopic Dermatitis in the First Year of Life. PEDIATRICS Vol. 106 No. 5 November 2000.

Andrew C. Krakowski, Lawrence F. Eichenfield and Magdalene A. Dohil, Manifestaciones estomatológicas de los trastornos sistémicos más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de la literatura y estadísticas del instituto.

Bascones-Martínez MA, Valero-Marugán A, Encinas-Bascones A, Carrillo de Albornoz A, Bascones-Martínez A. lengua geográfica y Dermatitis atópica: una asociación frecuente. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. Av odontoestomatol v.22 n.2 Madrid mar.-abr. 2006

Boneta, R. Dermatitis Atópica: la enfermedad del bienestar. *Ámbito farmacéutico: dermofarmacia*. vol. 28 núm. 4 ABRIL-mayo 2009.

Calderón Rivera y colaboradores. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103

Agostoni, C, Francesca Grandi, Silvia Scaglioni, María L. Gianni, Marta Torcoletti, Lengua geográfica y dermatitis atópica: una asociación frecuente

Donald Y. M. Leung, MD; Richard A. Nicklas, MD†; James T. Li, MD‡; I. Leonard Bernstein, MD§; Joann Blessing-Moore, MD; Mark Boguniewicz, MD_ ; Jean A. Chapman, MD; El eczema constitucional: una enfermedad repercusiones en odontopediatría. *Dermatitis Prevalence of IgE-Mediated Food Allergy Among Children With Atopic. Pediatrics* 1998; 101.

De la Teja-Ángeles, Dermatitis. *Pediatr Mex* 2008; 29(4):189-99.

Garcia, S. Tacrolimus Ointment 0.03% Is Safe and Effective for the Treatment of Mild to Moderate Atopic Dermatitis in Pediatric Patients: Results From a Randomized, Double-Blind, Vehicle-Controlled Study Ointment Study Group.

Fonseca Capdevila E. Dermatitis atópica. Protocolo terapéutico. (En línea) (14.02.2001). Disponible en www.especialistasdermatologia.com.

Francisco Urbina, Atlas de diagnóstico diferencial en dermatología, ED mediterráneo, pág. 358-359

Gasco Lagunas, Ana y colaboradores. Monografía dermatitis atópica. Colegio oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. 2004. Pág. 1:24. Publicado en correofarmaceutico.com el 08/03/2004.

George Laskaris, patologías niños, primera edición 2001, ed. actualidades medicas odontológicas latinoamericanas CA caracas Venezuela

Guerrero-Fdez., J, Guerrero Vázquez, J. dermatitis atópica. Asociación española de pediatría. *Junio 2008. En: Info FAMILIA.* <http://www.aeped.es/infofamilia>.

Hugh A. Sampson, Philippe A. Eigenmann, Scott H. Sicherer, Teresa A. Borkowski, Bernard A. Cohen, Takahiro Tazawa · Hisashi Sugiura · Yasuo Sugiura. Masami Uehara. Relative importance of IL-4 and IL-13 in lesional skin of atopic dermatitis Integrating Medical and Psychological Health Care for Children with Atopic Dermatitis.

Howell C. Williams, Ph.D. Atopic Dermatitis. Linear growth in prepubertal children with atopic. *The New England journal of medicine.* 2005;352:2314-24

Guerrero. Jet al. Dermatitis atópica. *Info FAMILIA.* 2008 Asociación Española de Pediatría.

Moreno. Dermatitis atópica. Sección de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía. Facultad de Medicina. Córdoba. *Pediatrics* 2007;120:e527-e534.

Calderón, J. dermatitis atópica. *Revista Alergia México* 2007;54(3):96-103

Krol y Bernice Krafchik. DERMATITIS ATOPICA EN LA NIÑEZ. *Dermatologic Therapy*. Vol. 19. Página 73- Marzo 2006.

Patel, P, et al. Dermatitis atópica. Info FAMILIA. *El Portal Médico para Padres de la Asociación Española de Pediatría*. Dermatitis atópica.

Patel, et al. Linear growth in prepubertal children with atopic dermatitis. *Arch Dis Child* 1998 79: 169-172.

LAGUNAS y colaboradores. Monografía Dermatitis Atópica. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. España. Publicado en correofarmaceutico.com el 08/03/2004. Pg. 12:13.

Lawrence A. Schechter, Cindy Lamerson, Mary P. Sheehan, Mark Boguniewicz, Joy Mosser, Sharon Ramer, Toni Shull, Eileen Jaracz and for the US Tacrolimus
DOI: 10.1542/peds.2004-2638 *Pediatrics* 2005;116:e334-e342

Leena Patel, P E Clayton, Meriel E M Jenney, et al. Adult height in patients with childhood onset atopic dermatitis. *Archives of Disease in Childhood* 1997;76:0-0

Leena Patel, P E Clayton, Meriel E M Jenney, et al. Department of Dermatology, Marselisborg Hospital, University of Aarhus, Denmark Clinical aspects of atopic dermatitis Atopic Dermatitis.

BOQUETE, M. *Hospital Xeral-Calde, Lugo* Disease management of atopic dermatitis: an updated practice parameter.

Ridao, M, Redondo. Consultorio Local Sta. Coloma de Cervelló. Barcelona. .
Dermatitis atópica: clínica, diagnóstico diferencial y Tratamiento. *Pediatría Integral* 2008; XII (3):259-266.

Magaña, M, dermatología, ED panamericana 2003, México DF, pág. 185-191

Boguniewicz, M, Colo, San Diego, Calif, Mainz, Germany, and East Hanover, NJ.
Dermatitis atópica: nuevas consideraciones.

Boneta, R y Garrote, A. Dermatitis Atópica La Enfermedad Del Bienestar. En:
Ámbito Farmacéutico. ABRIL-Mayo 2009. Vol. 28 Núm.

Boneta, R Y Garrote, B. Growth Pattern of Breastfed and No breastfed Infants with
Atopic Dermatitis in the First Year of Life. *Pediatrics* 2000;106:e73

Ballona, R, y Ballona, C. Asociaciones odonto-dermatológicas. DERMATOLOGÍA
PEDIÁTRICA. DERMATITIS ATÓPICA. *Folia Dermatol.* 2004; 15 (1) : 40-48

Vásquez Lobo, J. Dermatitis atópica. Vol. 5 Número 14 - Agosto de 2002.En:
MEDUNAB 2002; 5(14):121-132]

Wing-cheong Chow & Wing-cheong Chow. *Specialist in Pediatrics, Union Hospital, and Hong Kong, China* MBBS (HK), MRCP (UK), FHKAM (Pediatrics), DCH
(Management of Atopic Dermatitis in the Pediatric Population DOI:
10.1542/peds.2007-2232. *Pediatrics* 2008; 122; 812-824.