

Dermatitis atópica y avena tónica: ¿siempre amigos?

Sr. Director:

La dermatitis atópica es un cuadro inflamatorio cutáneo que aparece en individuos con historia personal o familiar de atopia¹. Esta dermatitis es fundamentalmente una enfermedad de la infancia y la niñez y su prevalencia e intensidad disminuyen con la edad². Hasta el 20% de los niños pueden verse afectados, disminuyendo en la adolescencia al 9%¹⁻⁴. La enfermedad cursa en brotes con aparición de lesiones pruriginosas, como expresión de importantes anomalías de la función barrera propia de la piel. Las alteraciones de los lípidos epidérmicos, entre otros factores, provocan un defecto de la barrera epidérmica y un aumento de agua en el estrato córneo. Por ello, los corneocitos se contraen y se abren fisuras, lo que facilita la penetración de sustancias irritantes o alergénicas y gérmenes¹. La dermatitis atópica puede estar relacionada con la alergia alimentaria y muchos de los afectados desarrollan asma¹⁻⁵.

El tratamiento en los períodos de crisis consiste en utilizar antihistamínicos orales para disminuir el prurito, antibióticos si existe sobreinfección bacteriana, corticoterapia tónica con preparados de baja penetrancia y emolientes en la higiene diaria de la piel. Excepcionalmente, es necesaria farmacoterapia inmunodepresora¹.

Durante años se ha preconizado la utilización de preparados tónicos con avena, bien en forma de gel jabonoso, cremas o lociones¹.

Referimos a continuación nuestra experiencia con 37 niños y adolescentes diagnosticados de dermatitis atópica moderada o grave a lo largo del año 1999. A todos se les realizó historia clínica completa, analítica general, RAST a alimentos y a neuroalérgenos y electrólitos en sudor. Todos fueron controlados en las consultas externas de pediatría-respiratorio de nuestro hospital y a todos se les practicó RAST de control a alimentos al año del diagnóstico. A los 37 pacientes se les recomendó en este período no utilizar preparados tónicos que contuvieran avena. Los principales datos de esta serie figuran en la tabla 1.

Aunque somos conscientes de las limitaciones de un trabajo retrospectivo, llaman la atención: el predominio de los afectados de sexo masculino (59%), la incidencia familiar de atopia (89,2%) y la utilización de preparados tónicos conteniendo avena como emoliente en el 70,2% de la serie antes de ser controlados en la consulta. La IgE total promedio de todos ellos (media: 689,3 U/ml) y la presencia de asma en el 75,6% confirman que la intensidad de la dermatitis atópica observada era considerable²⁻⁴. Es de resaltar que el 59,5% presentaban una IgE específica frente a avena elevada (media inicial: 9,3 KU/l) y que ésta disminuyó al cabo de un año de dejar la utilización de preparados tónicos conteniendo este cereal (media control: 4,7 KU/l), apreciando una indudable mejoría de los signos cutáneos de los pacientes. Si excluimos los niños que no recibieron preparados tónicos con avena, antes de ser atendidos por nosotros, el RAST específico a este cereal se dio en el 77,7% de los casos, lo que resulta significativo.

Es cierto que los niños pueden sensibilizarse a diferentes alimentos a través de su ingesta o incluso con la leche materna⁶⁻⁸. No obstante, al aplicar en ellos jabones o cremas con avena, ésta puede ponerse en contacto con el organismo a través de las heridas dermoepidérmicas propias de la enfermedad atópica, penetrando en el torrente sanguíneo⁵. Esta hipótesis, que tendría que ser refrendada por trabajos de investigación de la-

TABLA 1. Principales datos de los niños con dermatitis atópica

N.º de casos	37
Varones	59%
Edad	3 años y 9 meses (rango: 3 meses-12 años 7 meses)
Atopia familiar	89,2%
Asma asociada	75,6%
IgE total	689,3 U/ml (rango: 2,4-12.347 U/ml)
Avena tónica previa	70,2%
RAST (+) avena	59,5%
IgE avena inicial	9,3 KU/l (rango: 0,41-22,31)
IgE avena control	4,7 KU/l (rango: 0,5-12,2)
RAST (+) asociados	
Leche de vaca	27%
Huevo	24%
Cereales	24%
Frutos secos	38%
Otros alimentos	24%
Neumoalérgenos	48%

boratorio y por estudios prospectivos, sugiere que los pediatras, alergólogos y dermatólogos deberíamos valorar cuidadosamente la conveniencia de emplear la avena como tratamiento tónico emoliente en los niños y adolescentes con dermatitis atópica. Además, los laboratorios dedicados a la fabricación de papillas de cereales deberían valorar la posibilidad de introducir en el mercado cereales con un solo componente, al objeto de facilitar la alimentación de estos niños y evitar sensibilizaciones alérgicas alimentarias. En la actualidad casi todas las firmas comerciales dietéticas utilizan mezclas de varios cereales.

Por último, es de reseñar la asociación entre la sensibilización a avena, con la de otros cereales, leche de vaca y, sobre todo, cacahuete y frutos secos.

**M. Labay Matías, M.S. Muñoz Albillos,
M. Moros Peña y F. Valle Sánchez**
Servicio de Pediatría.
Hospital General Obispo Polanco. Teruel.

BIBLIOGRAFÍA

- Hanifin JM. En: Middleton E, Reed CE, Elli EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW, editores. *Allergy Principles and Practice* (4.ª ed.). St. Louis, Mo: Mosby Co., 1993; 1137-1171.
- Grupo ISAAC Español. Prevalencia de síntomas sugestivos de rinitis alérgica y de dermatitis atópica en adolescentes. *An Esp Pediatr* 1999; 51: 369-376.
- Cortés X, Soriano JB, Sunyer J, Martínez Moratalla J, Munioz Goren N, Maldonado JA et al. Factores asociados al desarrollo de atopia en adultos jóvenes. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 165-168.
- Remes ST, Korppi M, Kajosaari M, Koivikk A, Soininen L, Pekkanen J. Prevalence of allergic rhinitis and atopic dermatitis among children in four regions of Finland. *Allergy* 1998; 53: 682-689.
- Labay Matías M, Méndez Cañete Y, Martín Martín MM. Repercusiones del asma en el niño. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor* 1999; 29: 50-55.
- Majamaa H, Moisió P, Holm K, Turjanmaa K. Wheat allergy: diagnostic accuracy of skin prick and patch tests and specific IgE. *Allergy* 1999; 54: 851-856.
- Rasanen L, Lehto M, Turjanmaa K, Savolainen J, Reunala T. Allergy to ingested cereals in atopic children. *Allergy* 1994; 49: 871-876.
- Varjonen E, Savolainen J, Mattila L, Kalimo K. IgE-binding components of wheat, rye, barley and oats recognized by immunoblotting analysis with sera from adult atopic dermatitis patients. *Clin Exp Allergy* 1994; 24: 481-489.