



Presentación de caso

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Dermatitis Atópica y Oxigenación Hiperbárica.

Atopic dermatitis and hyperbaric oxygenation. A case report.

Dra. Paula Conde Saure¹, Dra. Patricia Romero González¹, Dra. Carmen Aimeé Gómez Jiménez², Dr. Vladimir Sánchez Linares²

Especialista de 1^{er} grado en Dermatología. Profesor Asistente ¹
Especialista de 1^{er} grado en MGI ²

RESUMEN

Se analizó el caso de una paciente de 35 años, del sexo femenino con el diagnóstico de dermatitis atópica del adulto de muy mal manejo y de curso persistente lo que motivó el ingreso en varias ocasiones en el servicio de dermatología del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico de Sancti-Spíritus, recibiendo como terapia complementaria la Oxigenación Hiperbárica, evolucionando con resolución de su enfermedad.

DeCS: DERMATITIS ATÓPICA / terapia OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA

SUMMARY

The case of a female 35 year-old patient , with a diagnosis of adult atopic dermatitis of a very bad management and a persistent course was analyzed. As a result of this disease, the patient was admitted in several occasions in the dermatology service of the Provincial Clinical Surgical Hospital of Sancti-Spíritus, receiving hyperbaric oxygenation as a complementary therapy and evolving with resolution of its illness.

MeSH: DERMATITIS, ATOPIC HYPERBARIC OXYGENATION

INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica tiene una incidencia en países desarrollados de un 10 % de la población total y constituye un problema en nuestra especialidad debido a su curso persistente, recidivante y a las dificultades del tratamiento y puede definirse como una alteración del sistema inmunológico, genéticamente determinada, que conduce a una respuesta hiperreactiva de la piel a gran número de estímulos ambientales, tanto alérgicos como irritativos. Los que la presentan tienen tendencia a la superproducción de inmunoglobulina E y con gran frecuencia presentan antecedentes personales y familiares de otras atopías, como asma y rinitis alérgica. (1)

La dermatitis atópica suele aparecer en los primeros años de vida (eccema infantil), pero en el 20% de los pacientes se diagnostica por primera vez en la edad adulta. La dermatitis atópica de la niñez

(que en algunas ocasiones, persiste hasta la vida adulta) puede tener un efecto profundamente negativo sobre la calidad de vida de los pacientes y de sus familias y/o sus cuidadores. (1)

Se consideran 3 teorías fundamentales en la patogenia de la dermatitis atópica: la teoría genética, la teoría bioquímica y la teoría inmunológica. Además se considera que esta enfermedad es el resultado de una interacción entre un antígeno presente en el ambiente, el número de linfocitos T, el nivel sérico de inmunoglobulina E específica para el antígeno y la alta afinidad que tienen los receptores de las células de Langerhans por la inmunoglobulina E. (2,3,)

Recientemente se ha dado gran importancia a la exagerada colonización de la piel de estos pacientes por el estafilococo dorado (el 93 % en piel afectada y el 76 % en piel sana), comparada con el 5 % en el sujeto normal.

Se ha sugerido que la presencia de toxinas súper antigénicas del estafilococo dorado sea responsable, mediante una respuesta inmunológica IgE, de mantener la inflamación crónica de la piel en estos pacientes, mientras que la fase aguda inflamatoria, alérgica, tardía, sería provocada por los aeroalergenos. (3,4)

En el adulto joven esta enfermedad suele aparecer entre los 12 y 24 años, y se caracteriza por la localización de las lesiones más frecuentemente en flexuras. Son secas, liquenificadas, con piel engrosada y cambio de coloración.

Dentro de las complicaciones más frecuentes tenemos las infecciones secundarias por bacterias, virus, hongos, la Eritrodermia y la reticulosis. (5,6)

Durante los últimos 50 años, el tratamiento convencional de la dermatitis atópica ha sido el uso de emolientes para los cuidados generales de la piel y corticoides tópicos para controlar los brotes. Otras terapias potenciales han estado bajo investigación.

Los corticoides tienen propiedades antiinflamatorias, inmunosupresoras y antiproliferativas y son efectivos en el tratamiento de la dermatitis atópica. Sin embargo, su uso continuado se asocia con efectos secundarios tanto locales (atrofia de la piel, estrías, telangiectasias y desarrollo de otras afectaciones dermatológicas incluidas púrpura, eritema y rosácea) como sistémicos que son relativamente infrecuentes (riesgo de supresión del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS), pudiendo dar lugar a síntomas propios del síndrome de Cushing, alteración del crecimiento, hipertensión y cataratas). (7)

El uso de antihistamínicos en esta enfermedad produce un efecto sedante y se cree que esta propiedad es el beneficio experimentado por los pacientes más que cualquier efecto directo de la histamina sobre la piel.

En cuanto al uso de antiséptico y antimicrobiano desde hace mucho tiempo, se ha asociado la bacteria *Staphylococcus aureus* con dermatitis atópica. *Staphylococcus aureus* supone aproximadamente el 90% del recuento de bacterias aeróbicas en la piel de pacientes con dermatitis atópica, comparado con el 30% en sujetos sanos. Sin embargo, la relación entre dermatitis atópica y la colonización por *Staphylococcus aureus* está siendo investigada. No hay evidencia consistente que sugiera que los antibióticos orales o tópicos tengan beneficios sobre la dermatitis atópica en zonas donde la piel esté libre de infección. (8)

Algunos pacientes con dermatitis atópica han descrito que experimentan menos brotes durante los meses de verano. Esta observación ha llevado al uso de la terapia con luz ultravioleta (UV). Los regímenes estándares de UVB podrían ser adecuados para controlar dermatitis atópica leve, pero la terapia combinada de UVA/UVB podría ser necesaria en casos moderados o graves.

La terapia con luz UV suele reservarse para pacientes refractarios a otros regímenes terapéuticos. Puede ser costoso en términos económicos y de tiempo y poco se conoce sobre los efectos potenciales de envejecimiento de la piel y carcinogénicos asociados con el tratamiento con UV a largo plazo. (9)

Existen evidencias científicas, que justifican la investigación, en dermatitis atópica de tratamientos empleados en otras enfermedades atópicas (Antiasmáticos). Hasta el momento actual, los estudios han sido de pequeña escala y han mostrado poca evidencia de eficacia. (8,9)

La Sociedad de Medicina Hiperbárica y Subacuática, recomienda el uso de la Oxigenación Hiperbárica (OHB) en diferentes enfermedades donde el paciente respira una concentración de O₂ al 100 % con una presión en la cámara mayor que la atmosférica, aprobándose su uso en el tratamiento coadyuvante o indicación absoluta de ciertas patologías.

Dentro de los efectos beneficiosos de la Oxigenación Hiperbárica tenemos que activa la acción leucocitaria y de los macrófagos, favorece la acción de los linfocitos T y B, regula el metabolismo celular, disminuye la hipoxia tisular, aumenta la formación fibroblástica y es regeneradora de tejidos, disminuye la secreción de serotina, disminuye las toxinas, es bactericida antimicótico e inhibidor de organismos anaerobios, refuerza la acción farmacológica de ciertos antibióticos y tiene efecto inmunomodulador. (10)

Es conocido que la Oxigenación Hiperbárica es usada en numerosas entidades dermatológicas, dichos resultados se encuentran representados por algunos autores.

Smirnova aplicó el tratamiento en 23 enfermos de los cuales 20 tuvieron una evolución satisfactoria en su estudio. (11)

Olsansky trató 10 pacientes con Oxigenación Hiperbárica de los cuales 5 eran portadores de Dermatitis Atópica y reporta mejoría en la totalidad de los casos. (12)

En nuestro país se encuentran experiencias al respecto en el Hospital Provincial "Lucía Iñiguez Landín" de Holguín por la Dra. Batallán Jerez y otros autores, en un estudio realizado durante nueve años en pacientes con Dermatitis Atópicas tratados con Oxigenación Hiperbárica como terapia complementaria, donde la evolución fue satisfactoria en el 90% de los enfermos, con desaparición del prurito, el insomnio y las lesiones cutáneas. (13)

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente SHG, de 35 años de edad, sexo femenino, raza blanca, con antecedentes patológicos familiares (madre con asma bronquial), y antecedentes patológicos personales de rinitis alérgica en su niñez, con el diagnóstico de dermatitis atópica del adulto (antecedentes patológicos personales y familiares, cuadro clínico y biopsia) desde hace diez años, por lo que ha recibido varios tratamientos por dicha patología. Fue valorada por el Servicio de Alergia y Medicina Interna.

Presenta lesiones en cuello, cara, párpados, dorso de las manos y los pies así como sitio de flexión de los codos y huecos poplíteos, presentando un polimorfismo lesional (pápulas eritematosas aisladas y en placas de evolución crónica con liquenificación) acompañada de intensos prurito, dificultad para conciliar el sueño, dicho paciente evolucionó a una eritrodermia a pesar de las medidas antes mencionadas.

Se realizan complementarios.

Hemoglobina: 11.1 g/l

Eritrosedimentación: 5 mm

Leucograma: 9×10^9 , seg.: 0.65, linfocitos: 0.31, eosinófilos: 0.4

Conteo absoluto de eosinófilos: 0.7

Glicemia: 4.6 mmol/l

Creatinina: 100 mmol/l

Colesterol: 2.6 mmol/l

TGP: 20 UI

Ultrasonido abdominal: Hígado, vesícula, páncreas y ambos riñones sin alteraciones.

Exudado nasofaríngeo: Flora normal

Drenaje biliar: No se observan parásitos, vesícula de capacidad funcional normal.

Se empleó la Oxigenación Hiperbárica a 2 atmósferas, además del tratamiento habitual para la Dermatitis Atópica (incluyendo la dieta, los antihistamínicos, esteroides orales y tratamiento tópico), recibiendo 10 sesiones con una evolución buena dada por una resolución total de la enfermedad no lograda anteriormente, no presentando síntomas ni signos la enfermedad, durante el tiempo de observación.

Comentarios.

Resultó útil la Oxigenación Hiperbárica a 2 atmósferas durante 10 sesiones en una paciente portadora de una Dermatitis Atópica rebelde al tratamiento, por lo que consideramos constituye una posibilidad terapéutica en estos casos

BIBLIOGRAFÍA

1. Manzour Katrip / et al. Colectivo de Autores. La Habana.2003
2. Fernández Hernández-Baquero G. Dermatología. Editorial Científico-Técnica. La Habana, 1986; pp. 164-166.
3. Fitzpatrick Thomas B; Eisent AZ; Wolff K; Freedberg IM; Austen FK. Dermatology in General Medicine. 4. ed. New York, McGraw--Hill; 1993.
4. Lambert, S.I. Manual de Dermatología Práctica. / S.I. Lambert-La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987.—p 227-235- Rudikoff D, Lebwohl M. Atopic dermatitis. Lancet 1998;351:1715–21
5. Jaffe R. Atopic dermatitis. Prim Care 2000;27:503–13
6. Hoare C, Li Wan Po A, Williams H. Systematic review of treatments for atopic eczema. Health Technol Assess 2000;4(37):1–187.
7. Berth-Jones J, Graham-Brown RA. Failure of terfenadine in relieving the pruritus of atopic eczema. Br J Dermatol 1989;121:635–7
8. Brehler R, Hildebrand A, Luger T. Recent developments in the treatment of atopic eczema. J Am Acad Dermatol 1997;36:983–4
9. Roca, A, J Desoha. Oxigenación Hiperbárica. Medicina Intensiva 12 10: 571-574, 1988.
10. Smirnova, O.N. Evaluación clínico-inmunológica de la efectividad de la Oxigenación Hiperbárica combinada durante el tratamiento de la Dermatitis Atópica del Adulto complicada con infección secundaria. Vests Dermatol Venérela 2: 30-35, feb, 1992.
11. Olszansky, R. ..et aV. Efficacy of Hiperbaric Oxygenation in Atopic Dermatitis. Bull Inst Miarot Trop Guynin 43 1-4: 78-82, 1992.
12. Batallán MP/ et al. Oxigenación Hiperbárica en la Dermatitis Atópica del Adulto. 1994-2003. Hospital Provincial Docente “Lucía Iñiguez Landín”.Holguín