

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**FORMAS MENOS FRECUENTES DE DERMATITIS**

**ATÓPICA: DESARROLLO DE UN MODELO**

**PREDICTIVO DE OCURRENCIA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL**

**DR. ROLANDO ELÍAS JULIÁN GONZÁLEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DEL CURSO DE POSGRADO**

**PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS**

**INMUNOLOGÍA Y GENÉTICA EN DERMATOLOGÍA**

**PEDIÁTRICA**



México, DF

Enero 2005

# FORMAS MENOS FRECUENTES DE DERMATITIS ATÓPICA

## AUTORIZACIONES

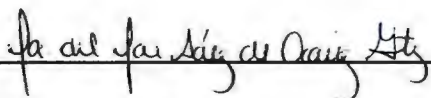


---

**Dr. Ramón Ruiz Maldonado**

Profesor Titular del Curso para Médicos Especialistas

Inmunología y Genética en Dermatología Pediátrica



---

**Dra. Maria del Mar Sáez de Ocariz Gutiérrez**

Tutora de Investigación

**Titulo: Formas Menos Frecuentes de Dermatitis Atópica**

**Dr. Rolando Elías Julián González**

Médico Residente de Dermatología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría

**Dra. María del Mar Sáez de Ocariz Gutiérrez**

Médico Adscrito del Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría

**Dr. Ramón Ruiz Maldonado\***

Profesor Titular del Curso de Posgrado para Médicos Especialistas Inmunología y Genética en Dermatología Pediátrica. Servicio de Dermatología, Instituto Nacional de Pediatría.

\* Correspondencia:

Dr. Ramón Ruiz-Maldonado

Instituto Nacional de Pediatría, Servicio de Dermatología

Insurgentes Sur # 3700-C. México, DF. C.P. 04530. México

## **RESUMEN**

La Dermatitis Atópica (DA) es una enfermedad crónica y recurrente de la piel que presenta variabilidad en la morfología y topografía de las lesiones de acuerdo al tiempo de evolución de éstas y la edad del paciente. En la DA podemos observar variedades clínicas menos frecuentes. En el presente estudio se encontraron diferencias en la ocurrencia de estas formas clínicas de acuerdo a la edad y género del paciente. Se desarrolló también un modelo predictivo de la probabilidad de que ocurran algunos de estos signos dependiendo de la edad y género del paciente.

## **ABSTRACT**

Atopic Eczema (AE) is a chronic and relapsing skin disease, its morphology and distribution varies depending on the age of the patient and duration of the disease. AE may have infrequent clinical manifestations. In this study it was found that different clinical manifestations correlate with the age and sex of patients. A probability predictive model of the occurrence of infrequent clinical manifestations was developed.

**PALABRAS CLAVE:** Dermatitis Atópica, regresión logística, modelo predictivo.

## INTRODUCCIÓN

La Dermatitis Atópica (DA) es una patología cutánea crónica y recurrente que se presenta con mayor frecuencia en infancia o la adolescencia<sup>(1-2)</sup>. Se caracteriza por xerosis, inflamación, liquenificación<sup>(3-5)</sup> y bajo umbral al prurito<sup>(3)</sup>, y puede asociarse a rinitis alérgica y/o asma, aumento de niveles séricos de IgE e historia familiar de DA. No tiene signos clínicos, ni de laboratorio patognomónicos<sup>(1)</sup>. El diagnóstico se basa en los criterios descritos por Hanifin y Rajka en 1980<sup>(6-7)</sup>.

La DA es la dermatosis más común en la práctica dermatológica pediátrica<sup>(8-11)</sup>, con una incidencia de 7 a 17 %<sup>(12)</sup>; su prevalencia es de 8 % en EEUU<sup>(13)</sup> y de 15,6 % en el norte de Europa<sup>(14)</sup>. La frecuencia de la DA ha ido en aumento en los últimos años y continúa en ascenso<sup>(15-16)</sup>. En los primeros años del Instituto Nacional de Pediatría, fue la segunda causa de consulta de primera vez al Servicio de Dermatología<sup>(9)</sup>, actualmente es la primera.

Su patogénesis probablemente es secundaria a un defecto poligénico que condiciona un conjunto de alteraciones relacionadas a la respuesta inmune e inflamatoria<sup>(17-20)</sup>, provocando una reactividad cutánea aumentada a factores ambientales como polvo, sudor, colonización bacteriana y tensión emocional<sup>(21-24)</sup>.

La morfología y topografía de la DA pueden variar acorde a la edad del paciente<sup>(5, 25)</sup>, su raza y el tiempo de evolución de la misma<sup>(25)</sup>. En la evolución temporal de estas lesiones podemos distinguir tres fases<sup>(25)</sup>: aguda o eccematosa, subaguda y crónica. En cuanto a la edad del paciente podemos ver la evolución de la enfermedad en tres periodos<sup>(25-29)</sup>: periodo del lactante, periodo de pre-escolar/escolar y periodo de adolescente/adulto.

Se ha descrito un grupo de signos clínicos menos frecuentes en DA que pueden dividirse en formas localizadas o diseminadas, estas últimas que por su severidad pueden ser muy graves y requerir la hospitalización del paciente<sup>(30)</sup>.

Las variantes localizadas de DA son: dermatitis de párpados, fisuras infraauriculares, fisuras retroauriculares, fisuras infranasales, dermatitis de pulpejos, pie atópico, queilitis, dermatitis de genitales y dermatitis del pezón<sup>(27)</sup>; este último considerado un criterio confiable de DA<sup>(31)</sup>. En cuanto al pie atópico existe aún controversia en llamarle dermatitis plantar juvenil, pues aunque algunos autores los consideran sinónimos<sup>(32-33)</sup>, solo del 15 al 25 % de pacientes con esta afección pueden considerarse atópicos<sup>(32)</sup>.

Entre las variantes morfológicas diseminadas de DA tenemos la variante folicular constituida por pápulas foliculares dispersas o agrupadas, del color de la piel y pruriginosas, sin base eritematosa, que debe diferenciarse de la queratosis pilar<sup>(27)</sup>. Otras formas diseminadas de DA son: variante papular-liquenoide, variante tipo prúrigo, patrón numular<sup>(27)</sup> y eritrodermia<sup>(27, 34)</sup>.

Algunas de las variedades clínicas menos frecuentes de DA se incluyen en los criterios diagnósticos definidos por Hanifin y Rajka<sup>(7)</sup>, por lo que han sido objeto de estudios epidemiológicos<sup>(13, 35-40)</sup>, donde se ha descrito su prevalencia entre diferentes grupos de edad. Queda aún pendiente describir el comportamiento del total de estos hallazgos clínicos en los diferentes grupos de edad pediátricos en los que ya se ha establecido diferentes patrones de DA y determinar si existen diferencias en la ocurrencia de estos signos en cada grupo.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo; en el que se incluyeron pacientes de ambos géneros, entre 0 y 18 años de edad, que consultaron entre Mayo y Diciembre del 2004 en la consulta externa del Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría y que reunían los criterios de Hanifin y Rajka necesarios para el diagnóstico de DA. Se excluyeron los pacientes con otras enfermedades de la piel que impedían detectar los signos clínicos en estudio como: dermatitis por contacto, dermatitis del área del pañal, impétigo y tiñas de manos y pies. También se excluyeron los pacientes que habían recibido tratamiento con antihistamínicos, antibióticos o esteroides sistémicos en el último mes o esteroides tópicos en las últimas dos semanas, pues estos medicamentos pueden modificar el cuadro clínico de la DA. Se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación del Instituto Nacional de Pediatría para realizar este estudio.

Previa autorización del acompañante del paciente y con el fin de determinar la presencia de las manifestaciones cutáneas en estudio, se realizó un exhaustivo examen clínico del mismo por dos médicos participantes en el trabajo. Se dividió la muestra obtenida en tres grupos: lactantes (de 0 a < 2 años), pre-escolares/escolares (de 2 a < 12 años) y adolescentes (de 12 a 18 años) y se incorporó al estudio a por lo menos 30 pacientes en cada uno de estos grupos.

Con los datos obtenidos, se calculó el porcentaje de pacientes por género, por grupo de edad en estudio y por número de signos clínicos presentes al momento del examen clínico. Para determinar diferencias en la presentación de cada signo clínico en estudio entre los grupos de edad y género se utilizó la prueba de Chi-Cuadrada ( $\chi^2$ ). En caso de observar un aumento o disminución de los casos de cada signo en estudio con respecto a

la edad de los pacientes, se realizó un análisis de regresión logística orientado a elaborar un modelo predictivo para determinar la probabilidad de presentar el signo clínico en concreto según la edad y el género del paciente. El procesamiento de los datos obtenidos se realizó por medio del paquete estadístico SPSS versión 12.



## RESULTADOS

Se incluyó en el estudio un total de 131 pacientes, de los cuales 64 (48.9 %) eran del género femenino y 67 (51.1 %) del masculino. En cuanto a los grupos de edad el total de lactantes era de 46 pacientes (35.1 %), los pre-escolares/escolares fueron 49 pacientes (37.4 %) y los adolescentes sumaron 36 pacientes (27.5 %).

La prevalencia de cada una de las formas clínicas en estudio, en orden decreciente, fue la siguiente: variante folicular 0.24, variante numular 0.15, dermatitis de párpados 0.15, pie atópico 0.15, fisuras infraauriculares 0.14, eritrodermia 0.09, variante tipo prúrigo 0.08, dermatitis de genitales 0.08, variante papular-liquenoide 0.07, queilitis 0.06, dermatitis del pezón 0.06, fisuras retroauriculares 0.04, dermatitis de pulpejos 0.03 y fisuras infranasales 0.02.

En cuanto al número de signos clínicos por paciente encontramos los siguientes resultados: sin presencia de las formas clínicas en estudio 32 pacientes (24.4 %), con una de las formas en estudio 47 pacientes (35.9 %), con dos de las formas en estudio 33 pacientes (25.2 %), con presencia de tres formas clínicas 14 pacientes (10.7 %), con cuatro formas clínicas 2 pacientes (1.5 %) y con cinco signos clínicos 3 pacientes (2.3 %).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia absoluta de algunos de los signos clínicos en estudio entre los diferentes grupos de edad, predominando en lactantes la dermatitis de genitales ( $p = 0.014$ ) y la variante papular-liquenoide ( $p = 0.016$ ). En el caso de los pre-escolares/escolares predominan sobre los otros grupos la presencia de pie atópico ( $p = 0.002$ ) la variante tipo prúrigo ( $p = 0.039$ ), la variante numular ( $p = 0.023$ ) y la eritrodermia ( $p = 0.018$ ). Las formas clínicas que se presentan con más frecuencia en adolescentes y en las que se encontraron diferencias

estadísticamente significativas fueron: dermatitis de párpados ( $p = 0.000$ ) y dermatitis del pezón ( $p = 0.000$ ) (ver Tabla 1).

Las diferencias en la presencia de las formas clínicas según el género del paciente fueron: dermatitis del pezón ( $p = 0.002$ ) que predomina en pacientes del género femenino y la variante numular ( $p = 0.025$ ) que predomina en pacientes del género masculino (ver Tabla 2).

En las formas clínicas localizadas dermatitis del pezón y dermatitis de párpados se observó un aumento progresivo del número de casos con el aumento de la edad de los pacientes y en el caso de la dermatitis de genitales y la variante papular-liquenoide se observó la disminución de los casos con el aumento de la edad de los pacientes; por lo que se realizó un análisis de regresión logística teniendo como variables independientes la edad en años y el género del paciente. Los resultados pueden verse en las tablas de la 3 a la 6.

## DISCUSIÓN

La prevalencia individual de cada una de las variedades clínicas es baja, sin embargo en conjunto la presencia de por lo menos una de las características clínicas en estudio abarca al 35.9 % de la muestra, el grupo de pacientes con dos de esos signos clínicos incluyen al 25.2 % de la muestra y la ausencia total de éstos se observa en el 24.4 % de la población estudiada.

Estas cifras pueden orientarnos a estudiar el probable valor predictivo de la presencia de estos signos o una combinación de éstos en el diagnóstico de casos incipientes o la evolución clínica del paciente.

Encontramos signos clínicos cuya frecuencia absoluta es estadísticamente diferente entre los diferentes grupos de edad estudiados; esos datos cobran importancia principalmente en las formas clínicas más graves como la eritrodermia o las formas de difícil manejo, en las cuales estos hallazgos nos orientan a tratar de descubrir los factores de riesgo para su desarrollo en los diferentes grupos de edad estudiados y posteriormente hacer énfasis en pacientes, padres o tutores respecto de las medidas preventivas generales o específicas para cada forma clínica.

Para algunos de los síntomas estudiados ya se conocía que su presentación es diferente según la edad del paciente, como el caso de la dermatitis del pezón y la dermatitis de párpados, pero se desconocía la significancia estadística de esta diferencia y no se tenían cifras exactas de su prevalencia en los pacientes atendidos en el INP.

En el caso de las variantes papular-liquenoide y dermatitis de genitales se desconocía su mayor frecuencia absoluta en lactantes. En el caso de pre-escolares/escolares encontramos cuatro formas clínicas en estudio estadísticamente más frecuentes que en los otros dos grupos: pie atópico, variante tipo prúriga, variante numular y eritrodermia;

siendo la eritrodermia la forma mas grave de DA, y que a su vez es la que conduce a más hospitalizaciones.

En cuanto a los cuatro modelos predictivos desarrollados, es importante destacar la significancia estadística que logra cada uno, con valores de  $p$  para la Chi Cuadrada del Modelo entre 0.0000 y 0.0065, lo que refuerza su validez. Se demostró que el aumento de edad, aumenta el riesgo de desarrollo de dermatitis del pezón en 1.27 veces por el paso de un año a otro de edad (O.R. 1.272) y en 1.18 veces en la dermatitis de párpados (O.R. 1.185); mientras que en la dermatitis de genitales (O.R. 0.771), el paso de un año a otro de edad disminuye el riesgo de aparición del signo en 1.29 veces y en la variante papular-liquenoide (O.R. 0.551) el riesgo disminuye 1.81 veces. Con el género se determinó que pertenecer al género femenino es factor de riesgo para desarrollar dermatitis del pezón (O.R. 4.334) y dermatitis de párpados (O.R. 2.412); mientras que en el caso de la dermatitis de genitales (O.R. 0.786) es un factor protector, pues pertenecer a este género reduce el riesgo de ocurrencia de este signo en 1.27 veces. El género representó un factor neutro en el desarrollo de la variedad papular-liquenoide (O.R. para género el femenino de 1.095).

En las tablas 3 a 6 se expresan los valores de los coeficientes de las variables género femenino y edad en años para los signos clínicos: dermatitis de párpados, dermatitis del pezón, variante papular-liquenoide y dermatitis de genitales, en los que se desarrolló el modelo predictivo, así como el valor del intercepto (valor de Y cuando X adquiere el valor 0) para cada modelo. Con estos valores podemos realizar el cálculo de la probabilidad de aparición del signo clínico específico en un paciente determinado, utilizando la siguiente formula  $\hat{y} = 1 / 1 + e^{-(a + b_1 X_1 + b_2 X_2)}$ , donde  $\hat{y}$  es la probabilidad de ocurrencia de la variante clínica en estudio en un paciente específico,  $e$  es el exponencial de los datos con

los que realizaremos el cálculo,  $a$  es el valor del intercepto,  $b_1$  el valor del coeficiente para la edad,  $X_1$  es la edad del paciente en años,  $b_2$  es el valor del coeficiente para el género femenino y  $X_2$  es la probabilidad de pertenecer o no al género femenino. Recordemos que estos valores son solamente válidos en pacientes menores de 18 años.

## REFERENCIAS

1. Leung D, Tharp M, Boguniewicz. Dermatitis atópica (eccema atópico). En: Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Austen K, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick T, editors. Fitzpatrick, dermatología en la medicina general. 5ta ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana SA, 2001: 1543-59.
2. Williams H. Epidemiology of atopic dermatitis. En: Harper J, Orajé A, Prose N, editores. Textbook of Pediatric Dermatology. 1st ed. London: Blackwell Science Ltd, 2000: 215-30.
3. Ruiz-Maldonado R. Dermatitis atópica. En: Ruiz-Maldonado R, Parish L, Beare J, editores. Tratado de Dermatología Pediátrica. 1ra ed. México: Mc Graw-Hills Interamericana Editores SA de CV, 1992:620-34.
4. Saúl A. Dermatitis atópica o neurodermatitis diseminada. En: Saúl A, editor. Lecciones de dermatología. 14va ed. México: Méndez Editores, SA de CV, 2001: 415-27.
5. Krafchik B, Halbert A, Yamamoto K, Sasaki R. Eczematous dermatitis. En: Schachner L, Hansen R, editors. Pediatric Dermatology. 3rd ed. España: Mosby, 2003: 609-42.
6. Wolkerstorfer A. Atopic dermatitis: diagnostic criteria. En: Oranje A, van der Spek F, Bilo R, editores. Dermatology from young to old. Rotterdam: Isala Series, 2003: 53-59.
7. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol 1980; suppl 92: 44-47.
8. Finlay GH, Vismar HF, Sphianos T. The spectrum of pediatric dermatology. Analysis of 10,000 cases. Br J Dermatol 1974; 91:379-387.

9. Ruiz-Maldonado R, Tamayo-Sánchez, Velásquez E. Epidemiología de las enfermedades de la piel en diez mil pacientes en edad pediátrica. *Bol Med Hosp Infant (Mex)* 1977; 34:137-161.
10. Walker RB, Sellars WA, Jonson RB et al. The incidence of eczema in early childhood. *Br J Dermatol* 1977; 16: 163 – 178.
11. Schachner L, Field T, Hernandez-Rief M et al. Atopic dermatitis symptoms decreased in children following massage therapy. *Pediatr Dermatol* 1998; 15: 390-395.
12. Ellis C, Lynn D, Prendergast M, Abramovits W. Cost of atopic dermatitis and eczema in the United States. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 361-9.
13. Williams HC, Robertson C, Stewart A. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: 125-8.
14. Schultz-Larsen F, Diepgen T, Svensson A. The occurrence of the atopic dermatitis in North Europe: an international questionnaire study. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 760-4.
15. Diepgen TL, Fartasch M. Recent epidemiological and genetic studies in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1992; 176(suppl): 13-8.
16. Rothe MJ, Grant-Kels JM. Atopic dermatitis: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 1-13.
17. Mao XQ, Shirakawa T, Yoshikawa T et al. Association between genetic variants of mast-cells kimase and eczema. *Lancet* 1993; 348: 581-3.
18. Chang SC, Kim JW, Henderson WR et al. Altered prostaglandin E2 regulation of cytokine production in atopic dermatitis. *J Immunol* 1993; 151: 3345-3352.

19. Song Z, Casolaro V, Chen R et al. Polymorphic nucleotides within the human IL-4 promoter that mediate overexpression of the gene. *J Immunol* 1996; 156: 424-429.
20. Stevens SR, Hanifin JM, Hamilton T et al. Long-term effectiveness and safety of recombinant human interferon gamma therapy for atopic dermatitis despite unchanged serum IgE levels. *Arch Dermatol* 1998; 134: 799-804.
21. Leyden JJ, Marples RR, Kligman AM. Staphylococcus aureus in the lesion of atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1974; 90: 525-530.
22. Landow K. Atopic dermatitis. Current concepts support old therapies and spur new ones. *Postgrad Med* 1997; 3: 101-118.
23. Rudikoff D, Lebwohl M. Atopic dermatitis. *Lancet* 1998; 358: 1715-1721.
24. Herbert A, Ho DQ. What's new in atopic dermatitis. Up-to-date information on the latest therapies for this troublesome condition. *Skin & Aging* 1998; 6: 28-34.
25. Ibarra G, Méndez J, Rodríguez Y, Sierra J. Dermatitis atópica. En: Sierra J, editores. *Temas de Pediatría, Alergia e Inmunología*. México: Mc Graw-Hill Interamericana Editores, SA de CV, 1997: 119-132.
26. Leung D, Tharp M, Boguniewicz. Dermatitis atópica (eccema atópico). En: Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Austen K, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick T, editores. *Fitzpatrick, dermatología en la medicina general*. 5ta ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana SA, 2001: 1543-59.
27. Kunz B, Ring J. Clinical features and diagnostic criteria of atopic dermatitis. En: Harper J, Orale A, Prose N, editores. *Textbook of Pediatric Dermatology*. 1st ed. London: Blackwell Science Ltd, 2000: 199-214.



28. Ruiz-Maldonado R. Dermatitis atópica. En: Ruiz-Maldonado R, Parish L, Beare J, editores. Tratado de Dermatología Pediátrica. 1ra ed. México: Mc Graw-Hills Interamericana Editores SA de CV, 1992:620-34.
29. Arenas R. Dermatitis atópica. En: Arenas R, editor. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 2da ed. México: Mc Graw-Hills Interamericana SA de CV, 1996:63-66.
30. Wolkerstrofer et al. Scoring the severity of atopic dermatitis: three item severity score as a rough system for daily practice and as a pre-screening tool for studies. Acta Derm Venereol 1999; 79:356-9.
31. Williams H, Burney P, Hay R. The UK working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. Br J Dermatol 1994; 131: 383-96.
32. Tennstedt D. Juvenile plantar dermatosis. En: Harper J, Orale A, Prose N, editores. Textbook of Pediatric Dermatology. 1st ed. London: Blackwell Science Ltd, 2000: 199-214.
33. Máximo J. Dermatitis. En: Pueyo de Casabé S, Máximo J, editores. Dermatología Infantil en la Clínica Pediátrica. 1ra ed. Buenos Aires: Artes Gráficas Buschi SA, 1999: 183-93.
34. Hambly E, Wilkinson D. Sur quelques formes atypiques d'eczéma chez l'enfant. Ann Dermatol Venereol 1978; 105: 369-71.
35. Nagaraja, Kanwar A, Dhar S, Singh S. Frequency and significance of minor clinical features in various age-related subgroups of atopic dermatitis in children. Pediatr Dermatol 1996; 13(1):10-3.

36. Lee H, Cho S, Ha S, Ahn W, Park Y, Byun D, Kim J. Minor cutaneous features of atopic dermatitis in South Korea. *Int J Dermatol* 2000; 39: 337-42.
37. Hambly E, Wilkinson D. Sur quelques formes atypiques d'eczéma chez l'enfants. *Ann Dermatol Venereol* 1978; 105: 369-71.
38. Aizawa H, Tagami H. Inability to produce white dermographism in the early stage of infantile eczema. *Pediatr Dermatol* ; 6 (1): 6-9.
39. Uechera M, Hayashi S. Hyperlinear palms association with ichthyosis and atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1981; 117: 490-1.
40. Uehara M. Infraorbital fold in atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1981; 117: 627-9.



TABLAS

TABLA 1  
VARIANTES CLÍNICAS EN ESTUDIO POR GRUPO DE EDAD.

	Lactantes n=46	Preescolares/ Escolares n=49	Adolescentes n=36	$\chi^2$	g.l.	Valor de <i>p</i>
Dermatitis de Párpados	1	6	12	16.1	2	0.000*
Fisuras Infra-auriculares	10	6	2	4.61	2	0.100
Fisuras Retro-auriculares	2	2	1	0.15	2	0.927
Fisuras Infra-nasales	1	0	1	1.26	2	0.532
Dermatitis de Pulpejos	2	1	1	0.43	2	0.803
Pie Atópico	2	14	3	12.7	2	0.002*
Queilitis	1	4	3	1.91	2	0.384
Dermatitis del Pezón	0	1	7	15.5	2	0.000*
Dermatitis de Genitales	8	3	0	8.46	2	0.014*
Variante Folicular	10	14	8	0.73	2	0.694
Variante Papular-Liquenoide	7	2	0	8.26	2	0.016*
Variante Tipo Prurigo	2	8	1	6.46	2	0.039*
Variante Numular	7	12	1	7.56	2	0.023*
Eritrodermia	2	9	1	8.03	2	0.018*

\* Valores de *p* estadísticamente significativos

TABLA 2  
VARIANTES CLÍNICAS EN ESTUDIO POR GÉNERO.

	Masculino n=67	Femenino n=64	$\chi^2$	g.l.	Valor de $p$
Dermatitis de Párpados	6	13	3.67	1	0.055
Fisuras Infra-auriculares	13	5	3.44	1	0.065
Fisuras Retro-auriculares	3	2	0.13	1	0.712
Fisuras Infra-nasales	1	1	0.03	1	0.957
Dermatitis de Pulpejos	3	1	0.88	1	0.348
Pie Atópico	12	7	1.12	1	0.289
Queilitis	2	6	2.47	1	0.116
Dermatitis del Pezón	0	8	9.19	1	0.002*
Dermatitis de Genitales	6	5	0.03	1	0.855
Variante Folicular	17	15	0.025	1	0.874
Variante Papular-Liquenoide	5	4	0.051	1	0.820
Variante Tipo Prurigo	4	7	1.16	1	0.281
Variante Numular	15	5	5.04	1	0.025*
Eritrodermia	7	5	0.21	1	0.640

\* Valores de  $p$  estadísticamente significativos

TABLA 3  
DERMATITIS DE PÁRPADOS. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE  
REGRESIÓN LOGÍSTICA

$\chi^2$ del Modelo	g.l.	Valor de $p$	Intercepción			
21.2788	2	0.0000	- 3.7900			
Variable	Coefici.*	Error Estándar	Valor de $p$	O.R. **	O.R. IC al 95 %	
					Menor	Mayor
Edad ***	0.1700	0.0458	0.0002	1.1853	1.0835	1.2967
Femenino	0.8808	0.5856	0.1326	2.4129	0.7657	7.6041

\* Coeficiente \*\* Razón de Momios \*\*\* Edad en años

**TABLA 4**  
**DERMATITIS DEL PEZÓN. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA**

$\chi^2$ del Modelo	g.l.	Valor de $p$	Intercepción			
16.7040	2	0.0002	- 6.3911			
Variable	Coefici.*	Error Estándar	Valor de $p$	O.R.**	O.R. IC al 95 %	
					Menor	Mayor
Edad ***	0.2411	0.0890	0.0068	1.2726	1.0688	1.5153
Femenino	1.4666	1.1252	0.1924	4.3346	0.4777	39.3338

\* Coeficiente \*\* Razón de Momios \*\*\* Edad en años

**TABLA 5**  
**DERMATITIS DE GENITALES. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA**

$\chi^2$ del Modelo	g.l.	Valor de $p$	Intercepción			
10.0596	2	0.0065	- 1.2584			
Variable	Coefici.*	Error Estándar	Valor de $p$	O.R.**	O.R. IC al 95 %	
					Menor	Mayor
Edad ***	-0.2592	0.1196	0.0302	0.7717	0.6104	0.9755
Femenino	-0.2405	0.6538	0.7130	0.7863	0.2183	2.8320

\* Coeficiente \*\* Razón de Momios \*\*\* Edad en años

**TABLA 6**  
**VARIANTE PAPULAR LIQUENOIDE. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA**

$\chi^2$ del Modelo	g.l.	Valor de $p$	Intercepción			
13.8828	2	0.0010	- 1.1196			
Variable	Coefici.*	Error Estándar	Valor de $p$	O.R.**	O.R. IC al 95 %	
					Menor	Mayor
Edad ***	-0.6054	0.3527	0.0861	0.5459	0.2735	1.0897
Femenino	0.0908	0.7319	0.9013	1.0950	0.2609	4.5965

\* Coeficiente \*\* Razón de Momios \*\*\* Edad en años



---

## **"Revista de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica"**

***Dermatol Peditr Lat***

### **Instrucciones para publicación**

La "Revista de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica" es el órgano oficial de la Institución, encargada de difundir y promover el conocimiento de ésta importante sub-especialidad de la dermatología en el ámbito latinoamericano.

#### **PREPARACIÓN DEL ARTICULO:**

Los artículos serán considerados para publicación como artículos de revisión, artículos originales, reporte de casos, cual es su diagnóstico, correlato clínico patológico y artículos misceláneos.

Los artículos deberán ser inéditos excepto en la forma de resúmenes y no deben de haber sido enviados simultáneamente a otras revistas.

Aceptado el artículo se considerará como propiedad intelectual de la revista de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica y no podrá ser reproducida sin el consentimiento expreso de los editores.

Todos los artículos serán revisados por el Comité Editorial y/o el Comité Asesor, y en algunos casos por Expertos a solicitud del Comité. El informe final de su aceptación y los aspectos pendientes de edición serán comunicados al autor

principal en un plazo de dos semanas desde su recepción. El autor principal a su vez dispondrá de dos semanas para reenviar el trabajo al Comité Editorial.

Los autores son los responsables del contenido de los artículos.

### **FORMATO DEL ARTICULO:**

El artículo deberá ser escrito a doble espacio, usando un margen de 4 cm, sobre papel bond blanco resistente A4, no autoborrable, acompañar con dos juegos de copias de alta calidad, el autor deberá tener una copia para su referencia; acompañar las copias de un disquete debidamente grabado en word y los gráficos en excel para sistema operativo Windows.

**Título:** Debe ser breve no exceder de 45 letras y espacios, con el listado de los autores y sus grados y títulos, además de afiliación institucional. Deberá figurar también el nombre y dirección del autor encargado de recibir la correspondencia.

**Resumen:** No debe ser mayor de 200 palabras, debiendo incluir el trabajo resumido en sus aspectos importantes, siendo imprescindibles los resultados y las conclusiones. Debe haber un resumen equivalente en inglés.

Se incluirá las palabras clave(key words) en un número no mayor de cinco.

**Texto:** Este debe ir en la secuencia convencional de introducción, material y métodos, resultados y discusión; agradecimientos, referencias bibliográficas, tablas, figuras y leyendas. Todas las tablas y figuras deben ser citados en orden de su aparición en el texto, numerándolos de manera secuencial.

**Referencias:** Deben ser numeradas consecutivamente, con números arábigos en superíndice en el orden en que aparecen en el texto. La referencia citada deberá seguir las convenciones de "The National Library of Medicine" y el Index Medicus. Todas las referencias deben ser verificadas

por los autores.

**Tablas:** Deben ser escritas a doble espacio en hojas separadas y numeradas consecutivamente dentro del texto, las tablas deben llevar sus respectivos números y títulos, todas las abreviaciones deben de ser explicadas al pie de la tabla.

**Figuras:** Cada figura debe tener su correspondiente leyenda escrita a doble espacio, las figuras deben ir con un papel engomado al dorso(post it) con los datos del artículo y el autor, así como una flecha indicando la parte superior de la figura. Las figuras deben llevar sus respectivas leyendas en un papel separado escrito a doble espacio y numeradas conforme aparecen en el texto.

**Fotos clínicas:** En aquéllas donde se puede reconocer la identidad del paciente se debe contar con el consentimiento firmado por el paciente o su representante autorizando la publicación de la misma. Las microfotografías de cortes histológicos deberán indicar el método de tinción.

**Recomendaciones varias:** Usar pesos y medidas del sistema métrico decimal, y los medicamentos deben ir con el nombre genérico o denominación común internacional, pudiendo agregarse el nombre de marca. La gramática y la sintaxis deben corresponder al español y al portugués cuando fuera necesario, en caso de usar abreviaciones deben seguir las recomendaciones del Council of Biology Editors style.

Todo trabajo para su publicación debe dirigirse a la siguiente Dirección:

**Doctor Héctor Cáceres Ríos**  
**Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica**  
**Av. Santa Cruz 647- Miraflores, Lima 18 – Perú**  
**e-mail: [secretaria@sladp.com](mailto:secretaria@sladp.com)**  
**Teléfono: 51-1-221-4003**



***Dermatología Pediátrica Latinoamericana***  
*Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica*