

HOMEOPATÍA Y BIORRESONANCIA EN UN CASO DE DERMATITIS ATÓPICA EN ADULTO

Dra. M.^a Esther de la Paz y García

epazgarcia@telefonica.net

Resumen

Se presenta un caso clínico de una paciente de 24 años con Dermatitis tratada entre junio-julio del 2006. Biorresonancia y Biofeedback

Palabras clave

Dermatitis Atopica Biorresonancia. Biofeedback.

Introducción

La dermatitis atópica es un conjunto de anomalías y lesiones cutáneas, que aparece en individuos atópicos.

Es una de las enfermedades de la piel más frecuente en los niños, puede aparecer en cualquier edad pero, normalmente, en un 60% de los casos aparece en el 1.^{er} año de vida; en un 30% de los casos entre el 1.^{er} y el 4.^o año de vida y en un 9% de los casos entre el 6.^o y el 20.^o año de vida.

La atopia es una condición hereditaria que predispone a padecer una serie de enfermedades asociadas al aumento de Ig E, alteración de la inmunidad celular y reactividad vascular.

Puede aparecer a cualquier edad, en el lactante a los cinco meses, la localización mas habitual es en cara respetando ojos, nariz y boca, cuero cabelludo, las orejas, el dorso de las manos y las zonas de extensión de las extremidades.

Las lesiones en la edad infantil se observan sobre todo en los pliegues de flexión, en especial en los codos y las rodillas. En esta fase es más fácil ver lesiones eccematosas con vesículas.

En la etapa adulta, las lesiones son las placas de liquenificación o liquen simple crónico, consistentes en un engrosamiento de la piel, con aumento de su reticulado normal consecuencia del rascado crónico sobre todo en la nuca, el dorso de las manos y los pies, la cara de flexión de las muñecas y las zonas de extensión de las piernas.

Las características y localización varía dependiendo de la edad, las lesiones suelen ser pápulas o placas eritematosas y edematosas, muchas veces con erosiones, exudación y costras. El prurito es un síntoma constante.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad cambian con la edad, tanto el tipo de lesión cutánea como su distribución. Existen manifestaciones agudas, subagudas y en numerosos pacientes se observa cronicidad de la enfermedad.

Pueden presentarse manifestaciones atípicas: piel seca, pitiriasis alba, acrovesiculosis dermatitis plantar juvenil, eritrodermia, dermatitis irritativas y prurigo atópico. O estar asociada a otras enfermedades como 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, inmuno-deficiencias congénitas y cromosomopatías.

Los niños con dermatitis atópica son, además, propensos a determinadas infecciones, sobre todo por virus herpes simple, molusco contagioso y verrugas.

Evolución

En la mayoría de los pacientes, la severidad de la enfermedad disminuye con la edad, incluso si se mantiene en un grado u otro. Los pacientes que la padecen en la niñez, aunque es posible que no tengan dermatitis atópica generalizada cuando son mayores, son más susceptibles de trastornos como eczema en las manos, alergias y dermatitis de contacto.

El diagnostico se basa fundamentalmente en la clínica. Los datos de laboratorio son inconstantes y poco específicos; muchos casos tienen eosinofilia periférica y elevación de la IgE.

La histopatología es útil como diagnóstico diferencial en casos que planteen duda, el estudio muestra que es una dermatitis espongiforme.

El diagnóstico diferencial debe de realizarse con la dermatitis seborreica, la debida a candidas, micosis, eccemas por contacto y la sarna. Si se sospecha la asociación de alergia se deben realizar las pruebas epicutáneas o fotoparche.

Tratamiento

Tiene como objetivo disminuir el picor y controlar la hiperreactividad del sistema inmunitario.

El tratamiento base es el uso de corticoides tópicos y en casos difíciles de controlar se plantea la vía sistémica.

La elección del corticoide y el excipiente debe adecuarse a la lesión y la zona a tratar.

Terapias inmunomoduladoras para la disminución de la producción de citoquinas y de la activación de las células T son la ciclosporina, el tacrolimus y la ascomicina. La ciclosporina y el tacrolimus se encuentran disponibles como fármacos sistémicos. Tienen un perfil de efectos secundarios significativo y deben de ser manejados con precaución.

En los ensayos clínicos, entre un 60 y un 80% de los pacientes, adultos y niños, han experimentado una mejoría de su dermatitis atópica cuando usaron tacrolimus por vía tópica. La ascomicina es otro macrólido inmunosupresor que inhibe la producción de IL-2 y la degranulación de los mastocitos; es activa por vía tópica en dermatosis inflamatorias y está actualmente en estudios en fase III.

La fototerapia ultravioleta B y A es un procedimiento especializado que ayuda a disminuir la inmunoreactividad en la piel.

Es importante aclarar que la dermatitis atópica no es una alergia a ninguna sustancia.

Hay que evitar todas las circunstancias y elementos que provocan prurito, como el calor, especialmente el producido por aire caliente, la sequedad ambiental, el contacto con lana, plásticos y, en algunos casos, la fibra.

Es preferible realizar duchas que baños: cortas, con agua no excesivamente caliente y con un gel de pH ácido. Después se debe aplicar una crema emoliente repetida varias veces al día en las zonas de xerosis.

Es importante disminuir el contacto con la piel de alimentos ácidos (tomate, cítricos, etc.). Evitar alimentos ricos en histamina ya que pueden agravar el prurito en (fresas, frutos secos, mariscos, etc.). Igual efecto pueden tener algunos medicamentos liberadores de histamina (ácido acetil salicílico, codeína) o vasodilatadores.

La dermatitis atópica tiene una alta prevalencia. Se piensa que alrededor del 2% de la población padece esta enfermedad crónica.

La mayoría de los pacientes están en edad pediátrica. Dependiendo del estudio que se lea y cómo se haya hecho, los bebés y los niños tienen más dermatitis atópica que los adultos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años que acude a consulta tras haber padecido un brote hace un año de eccema atópico tratado con corticoides tópicos y vía oral.

Antecedentes de rinitis durante varios años, ahora asintomática. Resto de exploración por aparatos sin interés.

Relata estreñimiento desde niña, que le ha quedado solucionado tras dos hidroterapias de colon, su ritmo intestinal ahora es normal.

Acude a consulta con una dermatitis que le afecta a extremidades inferiores, superiores, manos, en placas, con prurito intenso, rubor, calor local con lesión añadida por rascado, que le agita y le impide descanso nocturno.

Nos refiere que no desea tratarse con corticoides.

Diagnóstico por biopsia fue de dermatitis espongiforme.

Tratamiento.

- Homeoesparyria con: cespag, dinaspag, ritmiespag, euphorlen y vipulam.
- Suplementación nutricional zinc-selenio-cobre, lino en perlas, vitaminas B₁, B₆, B₁₂ y vitamina C.
- Corrección de dieta, biorresonancia y biofeedback con detoxificación, homotoxicología, stress, polaridad, piel, alergia, trivector, NPL.
- Tópicamente se aplica Blue cap y Silkses.
- Como complemento a su tratamiento, realizó métodos de relajación

Al comienzo del tratamiento para el intenso prurito se le prescribe hidroxizina diclorhidrato en la noche, que abandona a la semana.

Se le realiza tratamiento durante dos meses (Junio y Julio de 2006) con un total de seis sesiones, una semanal durante un mes y dos cada quince días, con revisión al mes.

En la segunda sesión existe una mejoría sintomática y lesional.

En la revisión se encuentra asintomática con remisión de las lesiones.



Foto 1.- Fase activa antes de acudir a consulta



Foto 2.- El día 25 de Junio de 2006 tras un mes tratamiento



Foto 3.- Día 25 de julio 2006, a los dos meses de tratamiento

Se le ha visto una vez más a los seis meses.

No ha vuelto a padecer ningún brote hasta el momento actual (2008). ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Fonseca Capdevila, E. (1999). *Dermatología Pediátrica* (Tomo I). ISBN: 84-7885-214X. Aula medica.
2. Alaiti, S.; Kang, S.; Fiedler, V.C.; et al. (1998). "Tacrolimus (FK 506) ointment for atopic dermatitis: a phase I study in adults and children". *J Am Acad Dermatol.* 38:69-76.
3. Boguniewicz, M.; Fiedler, V.C.; Raimer, S.; et al. (1998). "A randomized, vehicle-controlled trial of tacrolimus ointment for treating of atopic dermatitis in children". *J Allergy Clin Immunol.* 102(4 pt 1): 637-644.
4. Ruzicka, T.; Bieber, T.; Schopf, E.; et al. (1997). "A short-term trial of tacrolimus ointment for atopic dermatitis". *N Engl J Med.* 337:817.

M^a Esther de la Paz y García es Licenciada en Medicina y Cirugía y Diplomada Postgrado en Medicina Estética por la UNIBE (Universidad Iberolatinoamericana). Diplomada en Homotoxicología y Herbo dietética, Secretaria General de la Comisión de Médicos Naturistas y colaboradora habitual del Grupo Globus Comunicación.