

# Aspectos clínicos y epidemiológicos de la dermatitis atópica en una población al norte del Perú.

## *Epidemiology and clinical pattern of atopic dermatitis in a north Peruvian population*

Lucy Bartolo<sup>1</sup>, Jenny Valverde<sup>2,3</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** determinar los aspectos clínicos y epidemiológicos de la dermatitis atópica en nuestro medio. **Material y métodos:** estudio descriptivo que incluyó 434 historias clínicas pertenecientes a pacientes con diagnóstico nuevo de dermatitis atópica, vistos en consultorio externo del Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo, entre enero de 1994 y diciembre del 2004. **Resultados:** la dermatitis atópica se registró en 2.2% del total de nuevas atenciones, siendo el grupo etario más afectado el de mayores de 12 años (47.7%) y el sexo femenino (67.1%) el predominante. El prurito se señaló en un 82.5% de casos, mientras que las lesiones más frecuentes fueron las pápulas (82.5%), placas (31.1%) y máculas (22.8%). La localización anatómica de las lesiones según grupo etario mostró que la cabeza estuvo más afectada en sujetos entre los 2-24 meses (61.8%), el tronco en los de 2-12 años (42.8%) y las extremidades en los mayores de 12 años (58.9% miembros superiores y 51.2% los inferiores). La presencia de antecedentes personales de atopía se refirió en un 71.9%, siendo el asma bronquial (32.7%) el más frecuente. La presencia de antecedentes familiares de atopía fue señalado en el 50.2% de casos, siendo también el asma bronquial (28.1%) el más referido.

**Palabras claves:** Dermatitis atópica, Alergia, Epidemiología.

### SUMMARY

**Aim:** to determine clinical and epidemiological aspects of atopic dermatitis in our environment. **Methods:** we conducted a descriptive study that included 434 medical records of newly diagnosed patients with atopic dermatitis, seen at the dermatologic outpatient clinic of Hospital Regional Docente de Trujillo between January 1994 and December 2004. **Results:** atopic dermatitis occurred in 2.2% of all new patients, being the most affected age group the one of over 12 years (47.7%), as well as female patients (67.1%). Pruritus was noted in 82.5% while the most frequent lesions were papule (82.5%), plaques (31.3%) and macules (22.8%). Anatomic location of lesions by age group showed that head was more affected in patients between 2-24 months old (61.8%), trunk in 2-12 years old (42.8%) and extremities in patients over 12 years (58.9% upper limbs and lower 51.2%). Presence of personal history of atopy was noted in 71.9%, with bronchial asthma (32.7%) as the most common. Family history of atopy was noted in 50.2% of patients, and also bronchial asthma (28.1%) was the most mentioned.

**Key words:** Atopic dermatitis, Allergy, Epidemiology.

### INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel relativamente común y causada por una interacción de factores locales, inmunológicos, genéticos y ambientales. Se caracteriza por prurito intenso, inicio a edad temprana, curso crónico y recidivante, muchas veces asociada a otras enfermedades atópicas como asma y rinitis alérgica,

generando un considerable impacto en los pacientes afectados, sus familias y el sistema de salud<sup>1-7</sup>.

La prevalencia de la dermatitis atópica en países desarrollados ha sido reportada entre 10-30%, mientras que en países en vías de desarrollo muestra ser menor al 10%<sup>8,9</sup>. En estudios realizados en el Instituto de Salud del Niño en Lima

<sup>1</sup> Residente de Dermatología. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo-Perú.

<sup>2</sup> Médico jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo-Perú.

<sup>3</sup> Profesora del Departamento de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo-Perú.

Correspondencia: Lucy Bartolo a [dra\\_lbartolo@yahoo.com](mailto:dra_lbartolo@yahoo.com)

la dermatitis atópica constituyó una de las diez dermatosis más frecuentes, mostrando una prevalencia del 9%<sup>10</sup> y una frecuencia de hospitalización del 4.39% del total de pacientes pediátricos hospitalizados por patología dermatológica<sup>11</sup>. Por otro lado, en un estudio realizado en la ciudad de Chiclayo en escolares de 13 y 14 años se observó una prevalencia de 6.9%<sup>12</sup> y en la ciudad de Trujillo una de 16.7%, también en población escolar<sup>3</sup>.

La edad de aparición de la dermatitis atópica es temprana. Un tercio de los niños la presentará durante el primer año de vida, otro tercio durante su segundo año de vida y el tercio restante durante la niñez tardía y adultez. Aproximadamente el 80% de los pacientes con dermatitis atópica habrá presentado síntomas o signos antes de los cinco años de edad<sup>2,13,14</sup>. Las diferencias con respecto al sexo más afectado no son claras, aunque algunos estudios reportan predominancia femenina<sup>1,2,13</sup>. El antecedente familiar es considerado como uno de los factores de riesgo más importantes, habiéndose reportado una probabilidad de atopía del 50-60% en el caso de que uno de los padres esté afectado y del 66-89% si se encuentran afectados ambos<sup>2</sup>.

Las manifestaciones clínicas varían considerablemente debido a que existen muchas formas atípicas que no se ajustan al cuadro clínico clásico ni a los criterios establecidos para su diagnóstico, considerando que la dermatitis atópica no cuenta con parámetros de laboratorio ni histopatológicos concluyentes<sup>2,4,6,13,15,16</sup>. El síntoma cardinal es el prurito, el cual es característicamente constante, persistiendo inclusive durante el sueño<sup>1,2,4</sup>, y la lesión elemental primaria es la pápula folicular. Dichas pápulas tienden a confluir formando placas eritematosas, que secundariamente al frote o rascado conforman lesiones polimorfas con vesiculación, exudación, formación de costras y/o liquenificación. La distribución anatómica de las lesiones varía con la edad del paciente de acuerdo a la cual se reconocen tres formas clínicas: del lactante, de la niñez y del adolescente-adulto<sup>1,2,4,17</sup>. La dermatitis atópica del lactante se presenta desde los dos o tres meses de edad hasta los dos años de vida. En los estadios iniciales las lesiones se localizan simétricamente en mejillas para posteriormente extenderse a toda la cara respetando tan sólo la nariz. Puede afectar piel cabelluda, zonas extensoras de las extremidades y tronco. Al final del segundo año de vida el cuadro tiende a mejorar espontáneamente, sin embargo, entre el 40 y 80% de casos puede continuar como dermatitis atópica de la niñez. Esta última se inicia a los dos años de vida y se extiende hasta los 12 años, pudiendo ser continuación de la forma infantil o de aparición reciente. Se presenta como brotes de múltiples pápulas eritematosas localizadas en el tronco y las extremidades. El cuadro puede remitir espontáneamente a cualquier edad, principalmente entre los ocho y 12 años. Una minoría de casos se mantiene ininterrumpidamente hasta la adultez. La dermatitis atópica del adolescente-adulto se inicia después de los 12 años de

edad y se caracteriza por la presencia de placas liquenificadas que comprometen superficies flexoras, siendo frecuente la localización en cara, sobre todo en párpados y frente. En la mayoría de pacientes se observa una resolución espontánea después de los 20 años<sup>1,2,4,13,17</sup>.

Teniendo en cuenta que la prevalencia de la dermatitis atópica ha ido en incremento durante los últimos treinta años y que los estudios clínico-epidemiológicos reportados sobre esta patología en nuestra población son escasos, es que decidimos realizar el presente trabajo planteándonos como objetivo determinar los aspectos de dicha dermatopatía en nuestro medio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico nuevo de dermatitis atópica realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), durante el periodo comprendido entre el primero de enero de 1994 y el 31 de diciembre del 2004. Se recogió datos de: edad y género del paciente, tipo y localización de las lesiones cutáneas y presencia o no de antecedentes personales y/o familiares de atopía (asma bronquial, rinitis, sinusitis y/o conjuntivitis alérgica). Para el análisis de la información se construyeron cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas, de una y doble entrada, utilizando el programa Microsoft Excel 2007.

## RESULTADOS

Se recolectaron 957 historias clínicas de pacientes con diagnóstico nuevo de dermatitis atópica, habiéndose excluido 523 por no contar con toda la información necesaria, dándonos un total de 434 historias clínicas incluidas en el estudio. Se encontró que el diagnóstico de dermatitis atópica constituyó en promedio el 2.2% del total de nuevas atenciones realizadas durante el periodo de estudio, con un rango de 1.1% a 3.9% en los valores anuales (**Tabla I**). El 20.5% (89 pacientes) correspondieron al grupo etario comprendido entre los 2-24 meses, 31.8% (138) al de 2-12 años y 47.7% (207) al de mayores de 12 años. Se halló que 291 (67.1%) fueron de sexo femenino. Entre las manifestaciones clínicas referidas en las historias el prurito representó el 82.5%, y entre las lesiones más frecuentes: pápulas (49.1%), placas (31.1%) y máculas (22.8%) (**Gráfico 1**). La distribución según grupo etario y localización anatómica de las lesiones nos muestra que en el grupo de 2-24 meses las localizaciones más frecuentes fueron cabeza (61.8%) y tronco (42.7%); en el de 2-12 años: tronco (42.8%) y cabeza (39.9%) y en el de mayores de 12 años: miembros superiores (58.9%) e inferiores (51.2%)

(Tabla II). Se reportó antecedentes personales de atopia en el 71.9% de pacientes y antecedentes familiares de atopia en el 50.2%. En ambos rubros el asma bronquial fue afirmado con más frecuencia (32.7% y 28.1%, respectivamente).

Tabla I. Diagnósticos nuevos de dermatitis atópica. HRDT, 1994-2004.

Período de atención	Nuevas atenciones	Dermatitis atópica	%
1994	2163	85	3.9
1995	2172	55	2.5
1996	2866	56	2.0
1997	3710	75	2.0
1998	4394	92	2.1
1999	4495	107	2.4
2000	5231	167	3.2
2001	4971	105	2.1
2002	5044	74	1.5
2003	5218	57	1.1
2004	5688	84	1.5

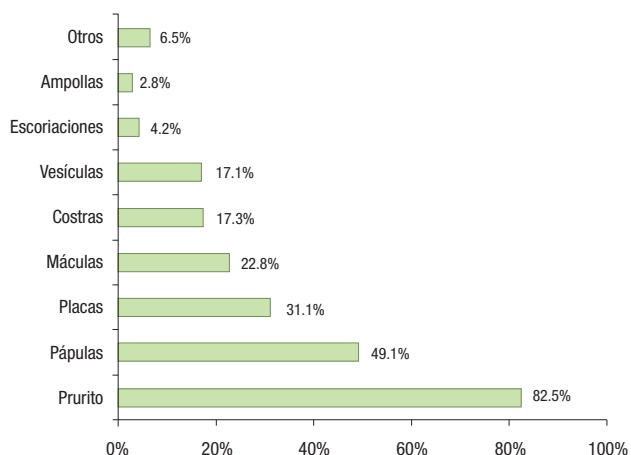


Gráfico 1. Frecuencia de sintomatología en dermatitis atópica. HRDT, 1994-2004.

Tabla II. Distribución de dermatitis atópica según grupo etario y topografía de lesiones. HRDT, 1994-2004.

Localización topográfica	2-24m		2-12a		Mayores de 12a	
	n	%	n	%	n	%
Cabeza	55	61.8	55	39.9	46	22.2
Cuello	19	21.4	20	14.5	49	23.7
Tronco	38	42.7	59	42.8	68	32.9
Miembros superiores	23	25.8	41	29.7	122	58.9
Miembros inferiores	29	32.6	36	26.1	106	51.2
Pliegues cutáneos	17	19.1	28	20.3	69	33.3

m: meses; a: años

## DISCUSIÓN

En el presente estudio la frecuencia promedio con que se realizó el diagnóstico de dermatitis atópica fue de 2.2% del total de nuevas atenciones, en un rango de 1.1% a 3.9% durante el periodo 1994-2004. Nuestro hallazgo fue similar al reportado en el Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima), donde la dermatitis atópica representó en promedio 2% de los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología<sup>18</sup>. Por otro lado, en un estudio en el Instituto de Salud del Niño representó el 9% de las consultas en dermatología<sup>10</sup> valor mayor al nuestro, posiblemente debido a que el grupo etario más frecuentemente afectado en esta patología es el de infantes y niños<sup>2,4,7,15</sup>, población a la que dicha institución brinda sus servicios; mientras que en el HRDT el grupo etario más afectado fue el de adolescentes y adultos, sin haber evaluado la edad de inicio de esta enfermedad.

Sebok et al<sup>19</sup> señalan que la aparición de la dermatitis atópica se da durante los dos primeros años de vida (63.7%), lo que haría su diagnóstico más frecuente durante dicho periodo. Coinciden Sandipan et al<sup>14</sup>, quienes afirman que un 85% de los pacientes con dermatitis atópica ya habían iniciado la enfermedad cuando alcanzaban la edad de cinco años. La prevalencia de la dermatitis atópica suele disminuir conforme se incrementa la edad del paciente, aunque algunos persisten en su sintomatología aún durante la adultez<sup>20,21</sup>, información que respalda nuestros hallazgos.

Según los estudios mencionados previamente, el grupo etario más afectado difiere de lo encontrado en nuestra investigación, discrepancias que se explican teniendo en cuenta que el diagnóstico realizado se da cuando el paciente acude a la consulta, sin tener la certeza del momento de aparición de esta enfermedad. Es así que no podemos descartar que gran parte del grupo adolescente-adulto haya presentado su primer episodio durante la lactancia y/o infancia. Igualmente debemos recalcar que el Servicio de Dermatología del HRDT está orientado en mayor proporción a patología de la adultez, brindando a este grupo la mayor parte de sus atenciones.

Con respecto a la distribución según género se encontró predominancia femenina (67.1%). Estos datos van acorde con lo señalado por Sánchez<sup>12</sup> en un trabajo realizado en la ciudad de Chiclayo, en el que encontró que el 57.7% de los niños con diagnóstico de dermatitis atópica pertenecían al sexo femenino. Del mismo modo Tincopa<sup>3</sup> evidenció que el 54.8% del grupo con dermatitis atópica en escolares de la ciudad de Trujillo correspondían al sexo femenino. Nnoruka<sup>22</sup> halló que las mujeres (60%) fueron más afectadas que los varones, con respecto a cualquier patología cutánea. Sugarman et al<sup>7</sup>, en un estudio que evaluaba severidad de la dermatitis atópica, constataron que el 65.8% de su muestra estaba constituida por pacientes de sexo femenino.

El prurito estuvo presente en el 82.5% de casos. Dentro de las lesiones más frecuentemente encontradas tenemos a las pápulas (49.1%), seguidas de placas (31.1%) y máculas (22.8%). Múltiples estudios señalan como síntoma cardinal de la dermatitis atópica al prurito, que es característicamente constante, persistiendo inclusive durante el sueño y considerado como el único criterio diagnóstico mayor para el grupo británico<sup>1,2,4,13,23</sup>. El prurito contribuye a generar un impacto negativo en la vida del paciente, como lo señala Klein et al<sup>24</sup>, al producir un ciclo de rascado que dañaría la barrera epidérmica incrementando la pérdida de agua y su sequedad, creando un ambiente propicio para los patógenos de la piel y predisponiendo al paciente a infecciones cutáneas y empeoramiento de la sintomatología.

Con respecto a las lesiones habituales en dermatitis atópica, Cáceres y Rueda<sup>4</sup> señalan como lesión elemental primaria a la pápula folicular, concordando con lo encontrado en nuestro estudio. Señalan también que éstas podrían confluir formando placas eritematosas que, secundariamente al frote o rascado, conformarían lesiones polimorfas con vesiculación, exudación, formación de costras y/o liquenificación, datos apoyados también por otros estudios de investigación<sup>1,2,25,26</sup>.

La localización anatómica de las lesiones con respecto al grupo etario muestran que en el grupo de 2-24 meses la cabeza estuvo afectada de manera preferente (61.8%), seguida del tronco (42.7%), datos también reportados por otros autores<sup>1,4,25,27</sup>. En el grupo de 2-12 años la localización más frecuente se dio en tronco (42.8%), seguido por la cabeza (39.9%). Estos datos no difieren considerablemente de lo señalado por Tincopa et al<sup>3</sup> quienes encontraron a las extremidades como la localización más frecuente (64.5%) y en segundo lugar el tronco (58%). La afectación aún considerable de la cabeza en el grupo de 2-12 años en nuestro estudio podría corresponder a que el mayor porcentaje de pacientes tuvo edades cercanas a los dos años, manteniendo así aún la tendencia topográfica de la dermatitis atópica del lactante. En el grupo de mayores de 12 años de edad se encontró que las extremidades fueron las más comprometidas con un 58.9% de compromiso de miembros superiores y 51.2% de inferiores. Estos resultados fueron similares a los hallados por Sánchez T<sup>12</sup> (87.1%).

La presencia de antecedentes personales de atopía fue referida por un 71.9%, constituyendo el asma bronquial el principal antecedente personal encontrado (32.7%) seguido de rinitis alérgica (25.6%). Existen diversos estudios<sup>2-4,8,12,13,22</sup> que

reportan a la historia personal de asma como un importante factor de riesgo para el desarrollo de la dermatitis atópica, aunque ésta puede presentarse aún sin su asociación. Foley et al<sup>8</sup>, en un estudio realizado sobre patología dermatológica en niños menores de cinco años en Australia, reportaron el antecedente personal en el 33.2% de casos con dermatitis atópica, observando en mayor medida al asma bronquial; igualmente Nnoruka et al<sup>22</sup> reportaron el antecedente personal de atopía en un 52.5%. Tincopa et al<sup>3</sup> reportaron historia previa de atopía en el 93.5% de su muestra pero con la rinitis alérgica (90.3%) a la cabeza; también Sánchez<sup>12</sup> reportó en primer lugar a la rinitis alérgica (52.6%) y en segundo al asma bronquial (30.7%).

Los antecedentes familiares de atopía se encontraron en un 50.2%, siendo también el asma bronquial el antecedente más referido (28.1%), seguido por rinitis alérgica (19.1%) y dermatitis atópica (17.1%). Entre los factores asociados a dermatitis atópica Silva et al<sup>2</sup> consideran al antecedente familiar de esta condición como el más importante. Foley et al<sup>8</sup> lo reportan en un 67.4% y Tincopa et al<sup>3</sup> en un 74.2%, con igual frecuencia de rinitis alérgica, asma bronquial y dermatitis atópica (51.6% cada una). Sánchez T<sup>12</sup> reportó que el antecedente familiar más frecuentemente acotado fue el asma bronquial (41.0%), seguido de rinitis alérgica (38.5%) y dermatitis atópica (33.3%). Todos estos datos coinciden con nuestro estudio.

## CONCLUSIONES

- La dermatitis atópica constituyó el 2.2% del total de nuevas atenciones.
- El grupo etario más frecuentemente afectado fue el de los mayores de 12 años y el género predominante el femenino.
- El prurito y la pápula folicular fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes.
- La cabeza fue el área corporal más afectada en el grupo entre 2-24 meses (61.8 %), el tronco en el de 2-12 años (42.8%) y los miembros superiores e inferiores en los mayores de 12 años (58.9 % y 51.2% respectivamente).
- El antecedente personal de atopía se refirió en un 71.9 %, siendo el asma bronquial (32.7%) el más frecuente.
- La presencia de antecedentes familiares de atopía se refirió en el 50.2%, con el asma bronquial (28.1%) en primer lugar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WOLFF K, GOLDSMITH S, GILCHREST B, PALLER A, LEFFELL D. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7a ed. Nueva York: McGraw-Hill; c2008. Capítulo 18, Psoriasis; p.146-58.
2. SILVA G, DEL SOLAR M, VEGA L, VARGAS R, SHION D, GARCÍA A, et al. Dermatitis atópica: consideraciones epidemiológicas de un problema frecuente. Diagnóstico (Perú). 1997;36(4):17-22.
3. TINCOPA O, HERRERA C, EXEBIO C. Dermatitis atópica. Prevalencia en escolares de Trujillo con y sin antecedentes personales y/o familiares de atopia. Dermatol. peru. 1997;7(2):103-10.
4. CÁCERES H, RUEDA M. Dermatitis atópica. Primera parte. Dermatol. peru 1999;9(2): 24-31.
5. GUSTAFSSON D, SJÖBERG O, FOUCARD T. Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis: a prospective follow-up to 7 years of age. Allergy. 2000;55(3): 240-5.
6. BÖHME M, SVENSSON A, KULLI, WAHLFREEN CF. Hanifin's and Rajka's minor criteria for atopic dermatitis: which do 2-year-olds exhibit? J Am Acad Dermatol. 2000;43(5 Pt 1):785-92.
7. SUGARMAN JL, FLUHR JW, FOWLER AJ, BRUCKNER T, DIEPGEN TL, WILLIAMS ML. The objective severity assesment of atopic dermatitis score: an objective measure using permeability barrier function and stratum corneum hydration with computer-assisted estimates for extent of disease. Arch Dermatol. 2003;139(11):1417- 22.
8. FOLEY P, ZUO Y, PLUNKETT A, MARKS R. The frequency of common skin conditions in preschool-age children in Australia: atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2001;137(3):293-300.
9. ERGIN S, OZSAHIN A, ERDOGAN BS, AKTAN S, ZENCIR M. Epidemiology of atopic dermatitis in primary schoolchildren in Turkey. PedDermatol. 2008;25(3):399-401.
10. CÁCERES H, RUEDA M, MOISÉS C. Dermatitis atópica en el Instituto de Salud del Niño. Dermatol Peru. 1998;8(ed esp):64-5.
11. BALLONA R. Frecuencia de dermatosis motivo de hospitalización en niños. Folia dermatol. peru. 1999;10(2-3):126-9.
12. SÁNCHEZ T. Dermatitis atópica: prevalencia y factores de riesgo en escolares de 13 y 14 años del distrito de Chiclayo [tesis de especialidad]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2000. 42p.
13. LEVY RM, GELFAND JM, YAN AC. The epidemiology of atopic dermatitis. ClinDermatol. 2003;21(2):109-15.
14. DHAR S, KANWAR AJ. Epidemiology and clinical pattern of atopic dermatitis in a north indian pediatric population. PedDermatol. 1998;15(5):347-51.
15. LAUGHTER D, ISTVAN JA, TOFTE SJ, HANIFIN JM. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon schoolchildren. J Am Acad Dermatol. 2000;43(4):649-55.
16. PUEYO S, MÁSSIMO J. Dermatología infantil en la clínica pediátrica. 1a ed. Buenos Aires; Artes Gráficas Buschi S.A. de Argentina; c1999. Capítulo 6, Dermatitis; p. 183-93.
17. COHEN B. Dermatología Pediátrica. 3a ed. Río de Janeiro; Elsevier; c2006. Capítulo 3, Erupciones papulodescamativas; p. 78-80.
18. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Protocolo de evaluación de dermatitis atópica. Lima; 1994. 23 p.
19. SEBOK B, SCHNEIDER I, HARANGI F; Primary Care Paediatricians in Baranya County. Familiar and environmental factors influencing atopic dermatitis in the childhood. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006;20(4):418-22.
20. WILLIAMS H, ROBERTSON C, STEWART A, AÏT-KHALED N, ANABWANI G, ANDERSON R, et al. 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(1 Pt 1):125-38.
21. CHEN GY, CHENG YW, WANG CY, HSU TJ, HSU MM, YANG PT, et al. Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: a community-based clinical survey. J Formos Med Assoc, 2008;107(1):21-9.
22. NNORUKA EN. Current epidemiology of atopic dermatitis in south-eastern Nigeria. Int J Dermatol. 2004;43(10):739-44.
23. CARROLL CL, BALKRISHNAN R, FELDMAN SR, FLEISCHER AB JR, MANUEL JC. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family and society. Pediatr Dermatol. 2005;22(3):192-9.
24. KLEIN PA, CLARK RA. An evidence-based review of the efficacy of antihistamines in relieving pruritus in atopic dermatitis. Arch Dermatol. 1999;135(12):1522-5.
25. SAMPSON HA. The evaluation and management of food allergy in atopic dermatitis. Clin Dermatol. 2003;21(3):183-92
26. BENDER B, LEUNG SB, LEUNG DY. Actigraphy assessment of sleep disturbance in patients with atopic dermatitis: an objective life quality measure. J Allergy Clin Immunol. 2003;111(3):598-602.
27. SAEKI H, LIZUKA H, MORI Y, AKASAKA T, TAKAGI H, KITAJIMA Y, et al . Prevalence of atopic dermatitis in Japanese elementary schoolchildren. Br J Dermatol. 2005;152(1):110-4.

# Cetaphil

Ultra Humectante

con la última tecnología



Complejo  
Reparador  
Epidérmico-5



**CRE-5** Brinda 3 niveles de acción.

Hidrata la capa superior de la epidermis con agentes especiales que retienen la humedad

 PCA Sódico  
 Pantenol

Restaura la estructura intracelular para mejorar y mantener las funciones de barrera

 Manteca de Karité

Evita la TEWL cubriendo la superficie de la piel con ingredientes acondicionadores

 Dímeticonol  
 Ciclopentasiloxano