

CAPÍTULO X

Dermatitis atópica infantil – Revisión y actualización de la bibliografía

Atopic dermatitis in children - Literature review and update

DOI: <https://doi.org/10.58995/lb.redlic.2.40>

María Augusta Escandón Carrión

Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
maescandonca27@ucacue.edu.ec

Azogues, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0001-7927-8707>

Julia Irma Carrión Ordóñez

Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
jicarriono@ucacue.edu.ec

Azogues, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0003-0395-9762>

Diana Carolina Izquierdo Coronel

Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
dizquierdoc@ucacue.edu.ec

Cuenca, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0002-1577-491X>

Sara Elizabeth Bravo Salinas

Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
sara.bravo@ucacue.edu.ec

Cuenca, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0003-4878-1662>

Ronald Fabricio Cañizares Escandón

Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
rfcañizares95@ucacue.edu.ec

Cuenca, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0001-5816-3652>

Paul Arcesio Cañizares Escandón

Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
paulfr100@gmail.com

Cuenca, Ecuador

 <https://orcid.org/0000-0002-6280-1511>

1. Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una patología dermatológica multifactorial, se puede presentar en cualquier edad, no obstante es más frecuente en la infancia, alrededor del 50% son diagnosticados durante su primer año de vida (Ridao i Redondo, 2021); Se trata de un proceso inflamatorio de la piel, cuyo curso es en brotes, con múltiples exacerbaciones y remisiones, de duración crónica y con síntomas predominantes como prurito y piel seca (Prado-Izquierdo et al., 2017).

La prevalencia de la DA se encuentra entre el 5 al 20% durante la primera década de la vida, con un incremento visible de la frecuencia en los últimos años. Afecta principalmente a los infantes de países con estilo de vida occidental, pudiendo desarrollarse también en adultos, y no tiene preferencia por la raza o región geográfica, sin embargo se han encontrado mayor incidencia en zonas urbanas de países desarrollados especialmente de occidente, así como se indica que existe mayor porcentaje en mujeres que en varones (Rojas Bastidas, 2019; Sandoval, 2019).

Estudios actuales indican que las causas genéticas y factores medioambientales contribuyen potencialmente al desarrollo de esta patología (Fundamed, 2018); no obstante también existen criterios que, la disminución de infecciones en la infancia podría deberse al sistema inmunitario hacia las respuestas de tipo alérgico (Ricardo-Alonso et al., 2019).

Las características de las lesiones clínicas de la DA son múltiples, lo que hace que el diagnóstico se base en la presencia de un conjunto de síntomas y signos clínicos, así como, antecedentes personales y familiares, factores desencadenantes, datos serológicos e incluso la presencia de complicaciones de la propia enfermedad; los grupos de expertos han llegado a un consenso sencillo, que agrupa los criterios más importantes, que Hanifin y Rajka establecieron hace mucho tiempo (Ricardo-Alonso et al., 2019).

El tratamiento en la DA según los expertos indican que se orienta a los objetivos principales como mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como evitar las complicaciones (Cabanillas-Becerra y Sánchez-Saldaña, 2012).

2. Metodología

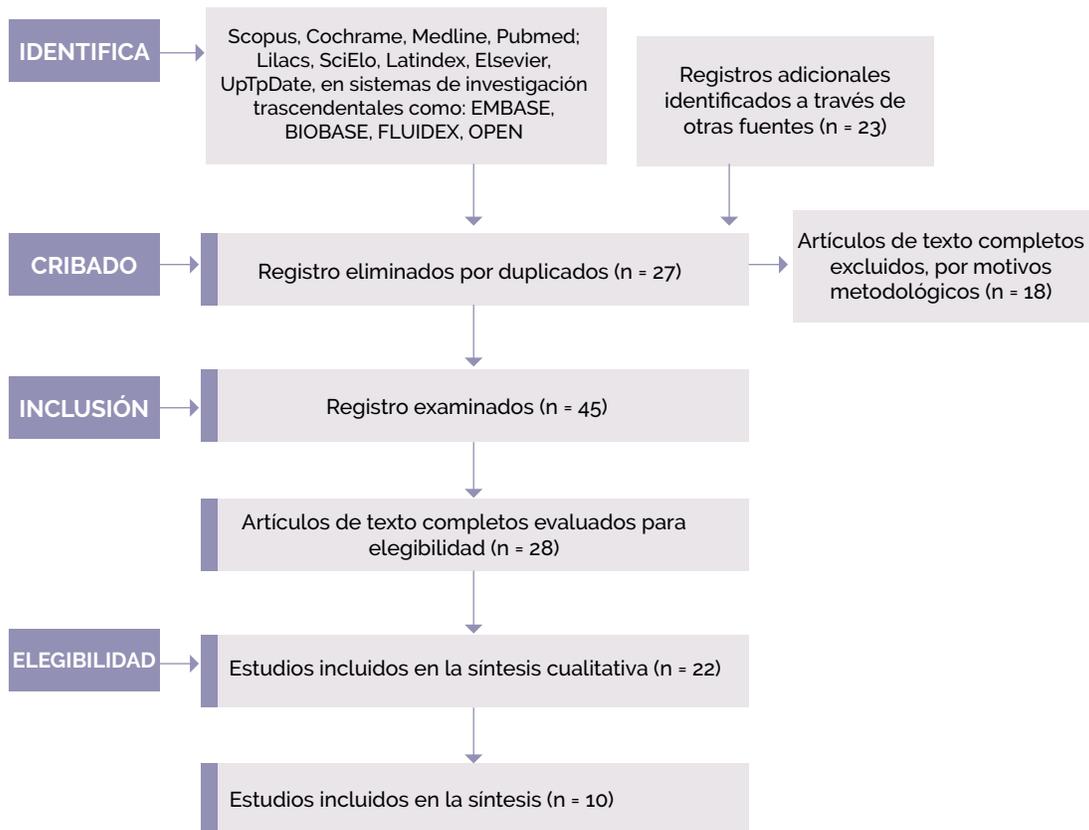
La presente investigación se realizó utilizando el método descriptivo no experimental en la que se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva a través de la lectura y valoración crítica de aquellas investigaciones científicas sobre el tema planteado; tiene como documentos fundamentales las investigaciones científicas publicadas en revistas de mediano y alto impacto, papers, informes y documentos referentes al tema ya sea en idioma español e inglés de características cuya publicación se encuentre dentro de los últimos 5 años, se incluyen además trabajos experimentales y de casos clínico. Para ello se utilizaron palabras claves y combinación entre ellas como: *Dermatitis atópica, eczema, infancia, inflamación, liquenificación*.

Se realizó una búsqueda en los gestores académicos virtuales, extrayendo documentos y guías publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales en dermatología, tanto del Ecuador como de otros países, también, se incluyó revisiones bibliográficas de la literatura científica y de artículos originales.

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizarán varias fuentes documentales seguras proveniente de: *Research, Dialnet, Google académic, Scielo, repositorios Institucionales, Science Direct, Pubmed, Scopus, Medline (Nlm), Index Medicus, Lilacs, Embase*, entre otros, el flujograma 1 demuestra la secuencia realizada para la obtención de la información.

Figura 1

Diagrama de flujo de la revisión



Nota: En el diagrama de flujo se demuestra la identificación, cribado, inclusión y elegibilidad de los documentos para la descripción bibliográfica. Fuente: Escandón, (2023).

3. Desarrollo

La DA ES multifactorial pudiendo presentarse a cualquier edad la infancia la más prevalente y un gran porcentaje son diagnosticados durante el primer año de vida; su curso inflamatorio es en brotes, con múltiples exacerbaciones y remisiones de duración crónica, con síntomas predominantes como prurito y piel seca, puede acompañarse de los signos atópicos como piel pálida, el doble pliegue de parpados "*signo de Dennie Morgan*", y aumento de las líneas palmares (Prado-Izquierdo et al., 2017).

El desarrollo de la DA no se relaciona con la zona geográfica, ni la raza, pero se ha evidenciado que es más frecuente en zonas urbanas de países desarrollados especialmente de occidente, y con cierta preferencia en mujeres (Barragán et al., 2019).

Clínicamente las lesiones de la DA se caracterizan por ser de tipo eccematoso exudativo o liquinificado de localización en pliegues; no obstante, podrían presentarse casos en los que las lesiones se localicen en diferentes zonas del cuerpo y de características amorfas (Senán Sanz y Pelegrín López, 2021b)

La DA. podría diferenciarse con muchas enfermedades cutáneas, no obstante la morfología, la clínica de las lesiones, la etiopatogenia, son criterios importantes para su diagnóstico, e instaurar el tratamiento adecuado, siguiendo los algoritmos referidos durante estos últimos tiempos por expertos en la rama dermatológica (Borzutzky et al., 2022).

La DA en la infancia es una enfermedad de la piel, de evolución crónica de componente inflamatorio, multifactorial, entre los que se encuentra factores genéticos, inmunológicos, medioambientales entre otros que se incluyen. En la actualidad, los estudios indican que su prevalencia ha aumentado en los últimos 30 años, un gran porcentaje de casos se presentan durante el primer año de vida y remiten en su mayoría antes de terminar la adolescencia, persistiendo un pequeño porcentaje hacia la adultez, de manera general se indica que la DA la padecen entre 5 y 15 % de la población general, entre 10 y 20 % de la población pediátrica y entre 1 y 3 % de la población adulta, y ha generado alteración en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias (Leyva Montero et al., 2020).

Bajo la denominación de dermatitis o eccema se encuentran varias patologías que teniendo una etiología y patogenia diferente presentan características clínicas similares, entre las que se cita a la DA (Muñoz, 2016). La DA afectan entre un 10-20% de infantes y entre el 3-8% de adultos en Europa Occidental, así como en Estados Unidos (EEUU), en países de bajos ingresos se ha incrementado la prevalencia así como en población adulta, en el Ecuador se establece en el 22,5 % (Barragán et al., 2019; Padilla Cuenca y Torres Rodríguez, 2022).

Según, expertos Internacionales que investigan patologías alérgicas en la infancia como asma y DA indicaron que existen importantes diferencias entre países y regiones geográficas (Aguirre-Martínez et al., 2018) y que se constituyen en un motivo de consulta frecuente pudiendo estos cuadros clínicos ser resueltos por un médico general o derivados a un dermatólogo especialista. La relevancia de esta enfermedad dérmica radica en el deterioro notable de la calidad de vida de quienes la padecen, y el mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad e ideación suicida aumenta con la edad (Pedraza, 2020).

Para la denominación de esta patología dérmica se han utilizado el término "*dermatitis*" como sinónimo de eccema, sin embargo "*dermatitis*" es un concepto más amplio que hace referencia a diferentes procesos inflamatorios de la piel que no necesariamente tienen relación con el eccema (Fajardo-Lucero et al., 2021).

Tanto el término "eccema" como el más clásico "*eczema*" son aceptados por la Real Academia de la Lengua. El vocablo "*eczema*" deriva del griego "ékzema" que significa "*ebullición hacia afuera*" (ek= fuera; zema= ebullición), haciendo referencia a la morfología del proceso en la fase aguda en la cual la piel está cubierta de vesículas, semejando al agua en ebullición (Garavís González et al., 2005).

La DA persiste por años y, aún sin tener mortalidad, presenta el más alto índice de afectación medido por el SCORE de años ajustados por discapacidad (Vargas et al., 2020), implica la presencia de signos cardinales como el prurito intenso y xerosis, que conlleva a una alteración de la calidad de vida, pudiendo aumentar el riesgo de infecciones, de comorbilidades alérgicas y alteraciones de salud mental (Pedraza, 2020).

Muchos estudios recientes declaran la importancia de la DA y la necesidad de comprender su naturaleza multidimensional, se conoce también que el 70% de pacientes tiene familiares con antecedentes de patologías atópicas; Un padre atópico duplica la posibilidad que su hijo de desarrolle DA y los dos padres aumentan 5 veces la posibilidad (Jácome Clavijo, 2016).

Estudios indican que la exposición a edad tempranas a endotoxinas, jardines maternos, familias numerosas y mascotas protegerían de la atopia, mientras que estos mismos estudios indican que no hay relación entre la introducción de la alimentación so-

lida al infante, o la alimentación durante el embarazo (Beltrán et al., 2021; Ricardo Alonso et al., 2018).

Dentro de la epidemiología de DA algunas investigaciones puntualizan que el 60 % de los niños desarrollan la DA en los primeros 6 meses de vida, otros en cambio, manifiestas que el 85 % en los primeros 5 años y solamente un 10 % después de los 7 años (Barragán et al., 2019), algunos mencionan que, entre los que debutan antes de los 2 años, el 20 % tiene persistencia de los síntomas hasta los 7 años (Pozo Román y Mínguez Rodríguez, 2021). En el 70-80 % de los niños encontramos antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas (Barragán et al., 2019; Fajardo-Lucero et al., 2021).

La DA al ser una enfermedad que se presenta por brotes y que se exacerba durante periodos de tiempo, se acompaña de comorbilidades y que han generado en estos pacientes índices apreciables de incapacidad alterando su calidad de vida y la de su familia.

La complicación más frecuente que se ha descrito es la susceptibilidad a las infecciones cutáneas, que es una comorbilidad frecuente ya sea bacteriana, víricas, fúngicas, siendo el agente más recuente el estafilococcus Aureus (Querol Nasarre, 2009). Otras comorbilidades que se han estudiado y que han confirmado su participación consistente durante el curso de la DA es el asma y la rinitis alérgica con porcentajes del 50 y 70% respectivamente.

La alergia alimentaria y la obesidad que algunos autores describen no tiene sustento científico, mientras que desde el descubrimiento de DA se identificaron alteraciones psicosociales en niños que padecían esta enfermedad, expresándose por irritabilidad, fóvea social y alteración del sueño, relacionada con la gravedad de la enfermedad toda vez que esta produce como síntoma secundario al prurito (Aguirre-Martínez et al., 2018).

El diagnóstico de DA no ha sido sencillo hasta la actualidad, sin embargo una historia clínica donde recoja una adecuada anamnesis y un buen examen físico, permitirá acercarse al diagnóstico, no existe pruebas de laboratorio o marcadores que indique actividad de la enfermedad (Pedraza, 2020), no obstante desde que se utilizaron los criterios de Hannifin y Rajka, los mismos que han sido modificados constantemente contribuyen

para un diagnóstico más próximo y certero a la DA estos criterios son: 4 mayores y 23 menores (L. Arduzzo et al., 2020) como los puntualiza la siguiente tabla 1.

Tabla 1

Criterios de Hanifin y Rajka

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
<ul style="list-style-type: none"> • Prurito intenso de predominio nocturno. • Morfología y distribución típica • Dermatitis crónica y recurrente • Historia familiar o personal de atopia 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio temprano de la enfermedad. • Eritema o palidez facial. • Ojeras. • Pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan. • Acentuación perifolicular. • Queratosis pilar. • Hiperlinealidad palmar. • Pitiriasis alba. • Prurito con la sudoración. • Queilitis. • Intolerancia a los solventes y a la lana. • Dermografismo blanco. • Xerosis. • Ictiosis. • Influencia de factores emocionales o ambientales en la evolución de la enfermedad. • Tendencia a infecciones. • Dermatitis inespecífica mano-pie. • Eczema del pezón. • Conjuntivitis recurrente. • Catarata subcapsular anterior. • Queratocono. • Inmunoglobulina E (IgE) elevada. • Pruebas cutáneas positivas

Nota: Descripción de Criterios mayores y menores para el diagnóstico de DA. Fuente: Sánchez-saldaña, (2019); Senán Sanz y Pelegrín López, (2021).

Los criterios utilizados para el diagnóstico se complementan con instrumentos que facilitan valorar la gravedad de la enfermedad. Es así como El European Task Force on Atopic Dermatitis diseñó el Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), este instrumento valora objetivamente con una escala de 0-103 puntos y considera algunos parámetros que describen (Escarrer Jaume y Guerra Pérez, 2019):

La extensión del área afectada: A través de la regla del 9 recalando que, si la sequedad no se acompaña de otra manifestación, no puntúa alcanzando hasta un 20% del total.

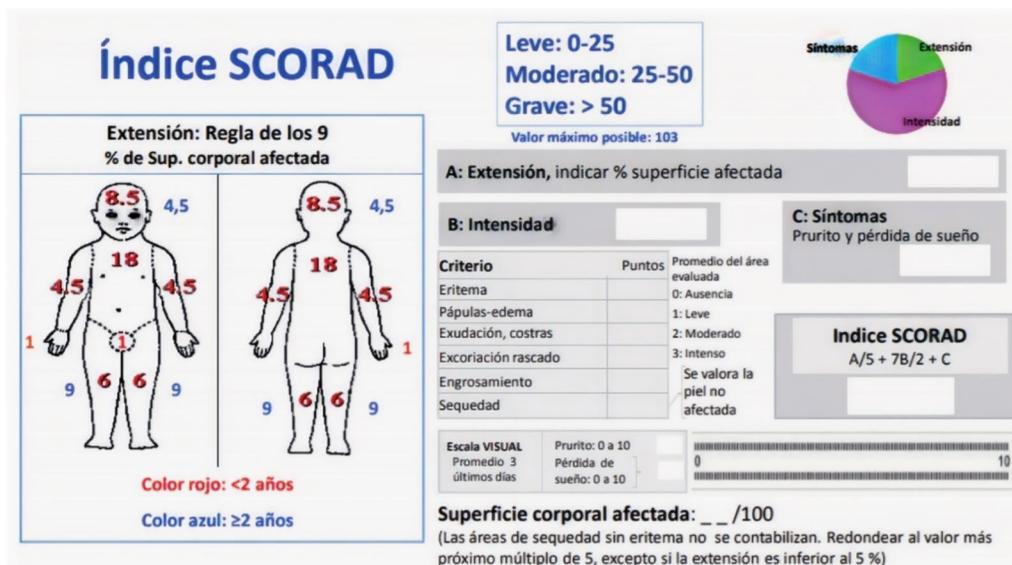
La intensidad de las lesiones: Valora al edema, eritema, pápula, exudado, costas, escoriación, liquenificación y sequedad con un valor de 0 a 3 hasta un total de 60%

Síntomas subjetivos: Especialmente si estos se presentaron en los 3 últimos días a la consulta prurito y alteración del sueño el puntaje asignado es de 0 a 10 mediante una escala analógica visual, hasta un total de 20 %.

EL SCORAD clasifica en diferentes grados la severidad de la enfermedad, como se visualiza en la figura 2.

Figura 2

Índice SCORAD para clasificación de la severidad de la DA



Nota: Leve de 0 a 25 puntos; moderada de 25- 50 puntos, grave más de 50 puntos.

Fuente: Arduzzo et al., (2019).

Otra de las escalas valorativas de la DA, es Eczema Area and Severity Index (EASI): esta escala con una puntuación de 0-70 puntos identifica la localización de las lesiones a nivel de cabeza, cuello, tronco, extremidades y su porcentaje de acuerdo a la intensidad y gravedad de afectación no considera importante al prurito ni el insomnio, tiene una escala de clasificación objetiva, y subjetiva. El picor intenso y la distribución típica de las lesiones son claves, así como el eccema para el diagnóstico, sin embargo, existen enfermedades inflamatorias con la que se debe realizar ciertas diferencias entre las principales se citan: Dermatitis seborreica, dermatitis de contacto alérgica, sarna, psoriasis (Borzutzky et al., 2022).

Varias guías y planes terapéuticos que se han descrito para la DA, lo que ha requerido considerar múltiples aspectos, no ha sido fácil y en muchas ocasiones sin resultados satisfactorios, los expertos indican que en el manejo de esta enfermedad se debe considerarse, la edad, intensidad, evolución de la de misma y tener presente que este es personalizado, teniendo en cuenta que cualquiera de los fármacos administrados podría ocasionar efectos adversos.

Actualmente se han elaborado guías terapéuticas en escalones y se describen algunos efectos de los fármacos, para los síntomas persistentes; como el prurito que genera el rascado, que a consecuencia de este ocasiona lesiones en la piel contribuye al insomnio, irritación, malestar (tabla 2), alterando consecuentemente la calidad de vida de quien la padece y de su familia (Borzutzky et al., 2022).

Tabla 2

Plan de tratamiento en DA

SÍNTOMA	EVOLUCIÓN DE LESIONES	FÁRMACS	EFECTOS ADVERSDOS
Prurito	Aguda, subaguda, crónica	Antihistamínicos de 1 ^{era} , 2 ^{da} generación/ Fototerapia/ hidratación	Sedante
Lesiones secas y liquenificadas	DA Aguda	Corticoides baja, mediana, alta potencia (según localización) / pomada – ungüento	Atrofia cutánea (según potencia del fármaco) Efecto rebote
Lesiones en áreas pilosas		Crema	
Lesiones graves	DA Grave	Productos biológicos (Dupilamb)	Efecto rebote

Nota: Elección de fármaco según fase de evolución, intensidad de lesiones. Fuente: Senán Sanz y Pelegrín López, (2021).

4. Discusión

Los estudios realizados han demostrado que la DA es una patología de la piel de orden genética, multicausal, asociados a efectos inmunológicos y ambientales favorecidos también por factores de otro orden etiológico. El diagnóstico se realiza con dificultad, y el tratamiento resulta complejo, lo que podría generar complicaciones de orden económico, social y personal, es por eso la importancia de un diagnóstico oportuno y preciso (Fundamed, 2018).

Un estudio realizado en el año 2017 en el “hospital San Francisco” de la Capital del Ecuador, tomó los instrumentos del estudio ISAAC-III modificado, en cuya investigación intervino como población de estudio 3080 niños nacidos y registrados en el libro de la institución, de ellos se encontró que 133 presentaron DA y cuyas edades fluctuaron entre 24 y 39 meses a quienes se les aplicó un cuestionario incluyendo algunas preguntas relacionadas a la etiología de la (DA); 50,4% de sexo masculino, los antecedentes familiares

de atopia señalando que en el 41% de los casos estuvo presente este antecedente atópico (Beltrán et al., 2021).

Los factores ambientales también los consideraron dentro del cuestionario y el 59.4 % refirieron haber estado en contacto con alguna mascota en los 3 últimos meses, la calidad de las habitaciones y su contenido en partículas de polvo indicaron que el 54.9% se relacionaban con aquello, el hábito de fumadores en el hogar formó parte de esa investigación reportando que por lo menos 1 miembro era fumador (16.5%), también el 46,6 % refirieron baño nocturno con mucha frecuencia, y el 48.9 % presentaron enfermedades atopias cursando en ese momento, identificando a la rinitis alérgica en primer lugar y la dermatitis atópica en segundo lugar, seguida de la alergia alimentaria (Beltrán et al., 2021).

Los resultados obtenidos en esta investigación guardan mucha similitud con los hallazgos de la presente investigación, especialmente en lo que respecta a antecedentes familiares de atopia y el riesgo de desarrollar DA, así como el humo de tabaco en el hogar reportado como factor medioambiental en la etiología de la DA (Leyva Montero et al., 2020).

Otro dato en concordancia es la escasa diferencia de la DA en relación al sexo, muchas investigaciones señalan más frecuente en mujeres, así mismo esta investigación señala el compromiso que tiene la convivencia con mascotas y la DA, dato que la evidencia otras investigaciones también (Beltrán et al., 2021; Garavis González et al., 2005).

Los datos coinciden con un estudio realizado por Beltrán, (2021), quien enfocó su investigación en los aspectos sociales y ambientales donde se desenvuelven los pacientes con DA, en el estudio se aplicó el método observacional retrospectivo longitudinal, se reportó a la rinitis alérgica como una de las patologías señaladas en el cuestionario que padecían los infantes concomitantemente con DA, coincidiendo con la típica marcha atópica, es decir la presencia de DA y la asociación posterior con enfermedades Atópicas como asma, rinitis alérgica y alergia alimentaria (Beltrán et al., 2021).

El índice de SCORAD así como las cifras de IgE luego de un adecuado tratamiento se comportaron como valores predictivos de la resolución de la enfermedad, de acuerdo a algunos estudios. La *citometría de flujo* es un examen de importante valor en la clasifi-

cación de la DA, sin embargo, se identifican que las células NK (natural killer) bajos y la relación entre CD4/CD8 también disminuidos se asocia con la gravedad de enfermedad (Prado-Izquierdo et al., 2017).

En el año 2018 en Colombia, se elaboró una guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la DA, se lo realizó a través de revisiones bibliográficas de casos basados en evidencia científica, este estudio incluyó el seguimiento de 5780 personas por 12 meses y se demostró una prevalencia de 14.% de casos con DA con un mayor porcentaje en mujeres (IETS et al., 2020).

Para el diagnóstico de DA se han utilizado criterios de HANIFIN Y RAJKA tanto para niños como adultos, se señaló al prurito como síntoma predominante en todas las formas acompañados de lesiones, eccematosas, liquenificadas, eritema, y escoriaciones, consideraron además evaluar antes del diagnóstico las patologías diferenciables posible que podrían confundir con la DA, se evaluó también la utilidad de la escala de SCORAD como métodos confiable, sencillo y abalizado, y su utilidad radica en determinar la severidad de la enfermedad y la eficacia del tratamiento (IETS et al., 2020).

Estas guías tienen amplia coincidencia con la mayoría de la bibliografía, donde cita la predominancia de la enfermedad en el sexo femenino, así como la utilidad de las escalas valorativas EASI y SCORAD con las particularidades de cada una de ellas, sin embargo, algunos datos discrepan como es el estudio realizado en México (Villela-Segura et al., 2021), donde el 60% de los participantes no tubo antecedentes personales de Atopia, y en aquellos que referían estos antecedentes, la rinitis tuvo un comportamiento en primer lugar, aunque algunos coinciden con la evidencia de antecedentes familiares atópicos en el 49% (IETS et al., 2020).

Además muchos estudios precisan el uso de cortico esteroideos tópicos para el tratamiento de DA, tanto en adultos como en niños puesto que los describen como la base de la terapia antiinflamatoria, especialmente en mayores de 2 años, que presenten lesiones en áreas donde existe un riesgo elevado de presentar eventos adversos por el uso de cortico esteroides tópicos (IETS et al., 2020).

Un estudio de gran interés, describe a un adolescente de 13 años de edad quien desarrolla DA desde la infancia, presento antecedentes de enfermedad atópica (rinitis alérgica), cuyos síntomas no respondieron a los esquemas sugerido por expertos, se resuelve realizar pruebas cutáneas como la biopsia dérmica confirmando de esa manera el diagnóstico, el resultado sérico de IgE elevado fue dato que favoreció el diagnóstico de DA, se aplicó las escalas de SCORAD con una puntuación de 36 y EASY 48, la utilidad de la biopsia en aquellos casos con resultados terapéuticos insatisfactorios así como la determinación de IgE ya que la literatura la cita como un valor incrementado en el 70% u 80 % (Fundamed, 2018).

Un estudio realizado en el 2020 por la revista de Ciencias Médicas de la Universidad Iberoamericana, indico que el 50% de aquellos pacientes que desarrollan DA antes de los 2 años también podrían enfermar de asma durante los años siguientes, dato que indican similitud en lo descrito por la mayoría de fuentes consultadas (Severidad et al., 2020).

Un dato que difiere de muchos estudios es el papel que desempeñan los probióticos como microorganismo vivos con efectos positivos en la terapéutica con acción inmuno moduladora, beneficiando la salud del huésped debido al cambio de respuesta inmune que estos generan, espaciando los periodos libres de enfermedad, indicados cuando los brotes se presentan más de cuatro al año, dato que al momento tiene muy poca sustentación científica (Zarate y Brown, 2021).

Un estudio analítico, retrospectivo, con diseño de casos y controles, realizado en la consulta externa de un hospital de Lambayeque en Perú, publicado en el 2019 cuyo periodo de ejecución contemplo del 2016 al 2018, para el estudio se incluyeron algunas variables que tienen efecto sobre el desarrollo de la DA, como la edad, participando menores de 7 años con un porcentaje igual tanto de hombres como de mujeres, se consideró la educación de los padres quienes referian educación superior en un 63%, la lactancia materna también fue una variable incluida en el estudio y el 89 % de los niños de la muestra iniciaron LME de acuerdo a lo recomendado por la OMS, desde el inicio del nacimiento, finalmente la procedencia de los infantes señalo que el 89% de los integrantes tenían la procedencia urbana (Maldonado-Gómez et al., 2019).

Los resultados arrojaron datos muy similares a los encontrados en los estudios revisados, señalando que el desarrollo de la DA en niños que recibieron LME se comportó como un factor protector en el 38 % de los niños, sin embargo, se debe tener claro que la DA tiene una patogenia multifactorial, los antecedentes familiares tanto alérgicos como de fumadores identificados en el estudio así como la residencia urbana y el nivel educativo se consideran como factores contribuyentes de la enfermedad (Maldonado-Gómez et al., 2019).

Otros estudios de casos particulares, realizados por especialistas de la dermatología y con experiencia en el manejo terapéutico de la DA, cuyo objetivo es valorar la efectividad de dupilumab, biológico monoclonal de última generación para tratamientos rebeldes de DA se demostró por varias ocasiones con óptimos resultados, evidenciándose que la enfermedad presentaba exacerbaciones al momento de suspenderlos (Zubeldia Ortuño et al., 2021). Datos similares exponen otros investigadores, las alteraciones psicosociales son manifestaciones frecuentes de los pacientes que presenta DA, especialmente en la adolescencia acentuándose con el aumento en la edad (Sanofi Genzyme y Comité científico Historias en DA, 2022; Zubeldia Ortuño et al., 2021).

El tratamiento con dupilumab vía subcutánea, en dosis señaladas (600mg. cada semana y posteriormente 300mg. Cada 2 semanas) se evidenció reducción de las escalas EASY Y SCORAD de manera muy significativa. Información que concuerda con lo revisado en las guías terapéuticas actuales, señalando que dupilumab es un fármaco utilizado en casos particulares de persistencia y exacerbación de brotes, refractaria a tratamientos convencionales, información que coincide con lo aseverado en esta investigación donde se incluye al dupilumab en casos graves y refractarios (Sanofi Genzyme y Comité científico Historias en DA, 2022).

Por otro lado un estudio realizado con pacientes diagnosticados de DA en Medellín, con 113 pacientes mayores de 7 años, se identificó que, los antecedentes personales de DA fue del 44,6%, seguida de rinitis alérgica y asma con porcentajes similares, los antecedentes familiares fueron notorios en el 82,5%, además se demostró comorbilidades menores al 1%, también se identificaron signos característicos de la DA como

prurito y doble pliegue palpebral, se destacó el eccema de las manos como la variante más frecuente, el 92.8 % de los pacientes había recibido tratamiento previo, de los que, el 35% manifestó haber utilizado fototerapia, el 16 % tratamiento sistémico y el 13,3 % utilizó fármacos biológicos (Cuervo et al., 2021).

Todo lo descrito evidencia que, a pesar de las características típicas de la enfermedad, existen casos minoritarios atípicos.

5. Conclusiones

La DA es una enfermedad dérmica, frecuente en niños, aunque podría presentarse a cualquier edad; al carecer de diagnóstico y tratamiento oportuno podría evolucionar desfavorablemente, afectando la calidad de vida de quien la padece y su familia, la importancia radica en que su prevalencia aumenta cada año a nivel mundial sobre todo en países de bajos ingresos de América Latina.

Los criterios de Hanifin y Rajka son de ayuda para establecer el diagnóstico y las escalas de EASI y SCORAD permiten clasificar a la enfermedad según intensidad, extensión y gravedad de los signos y síntomas que la acompañan, a su vez estos instrumentos permiten instaurar el tratamiento y evaluar su evolución, el mismo que depende de las características con las que se presenta en las diferentes etapas de la DA, el tratamiento empleado debe considerar además las enfermedades concomitantes y efectos adversos de ciertos fármacos podrían ocasionar.

6. Contribución de los autores

MAEC: Elaboración de protocolo, sistematización de la información, análisis de resultados.

JICO: Revisión del proyecto, sugerencias de secuencia en documento final.

DCIC: Revisión de estructura del documento final.

SEBS: Metodología, estructuración y revisión final del documento.

RFCE: Aporte en el desarrollo del documento (marco teórico).

PACE: Aporte en la discusión del documento.

6. Referencias

- Aguirre-Martínez, I. L., Mendoza-Hernández, D., López-Pérez, G. T., y Carmona-Barrón, M. (2018). *Dermatitis atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico*. 27, 8.
- Ardusso, Dr. L., Castro, Dra. C., Gennaro, Dra. M. De, Hermida, Dra. D., Label, Dr. M., Marcipar, Dra. A., Marini, Dr. M., y Parisi, Dr. C. (2019). *Dermatitis Atópica 2019 Guías para el Diagnóstico*.
- Ardusso, L., Castro, C., De Genaro, M., Hermida, D., Label, D., Marcipar, A., Marini, M., y Parisi, C. (2020). *Guías para el Diagnóstico y Tratamiento de la*. https://alergia.org.ar/pdfs/guias_argentinas_dermatitis_atopica_2019.pdf
- Barragán, D. S. E., Flores, G. E. J., Desidero, J. E. C., y Martillo, J. M. P. (2019). Dermatitis atópica (ECCEMA) infantil. *RECIAMUC*, 3(3), Art. 3. <https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.3.julio.2019.192-207>
- Beltrán, J., Zurita, C., y Romero, P. (2021). Factores de riesgo socioambientales asociados a la presencia de síntomas de atopias en niños menores de 3 años. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, 30(1), 13-18.
- Borzutzky, A., Larco, J. I., Luna, P. C., McElwee, E., Pires, M. C., Rico Restrepo, M., Saez-de-Ocariz, M., y Sanchez, J. (2022). Atopic Dermatitis in Latin America: A Roadmap to Address Data Collection, Knowledge Gaps, and Challenges. *Dermatitis*, 33(6 Suppl), S83-S91. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000904>
- Cabanillas-Becerra, J. J., y Sánchez-Saldaña, L. (2012). Dermatitis atópica. *Dermatol. peru*, 176-184.
- Cuervo, M. M., Sanclemente, G., y Barrera, L. M. (2021). Caracterización clínica, sociodemográfica y determinación del impacto en la calidad de vida de pacientes con dermatitis atópica de la ciudad de Medellín y su área metropolitana. *Biomédica*, 41(4), Art. 4. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5978>
- Escarrer Jaume, M., y Guerra Pérez, M. a T. (2019). *Dermatitis atopic*. 2, 15.
- Fajardo-Lucero, P. A., Jarrín-Wong, L. T., Navarrete-Martínez, J. A., y Salinas-Montalvo, J. G. (2021). Dermatitis atópica en el área pediátrica: Generalidades, diagnóstico y tratamiento. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6), Art. 6. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1485

- Fundamed. (2018). *Informe técnico sobre la situación actual de la dermatitis atópica grave*. <https://alianzadepacientes.org/documentos/comisionado-para-la-equidad/informe-tecnico-sobre-la-situacion-actual-de-la-dermatitis-atopica-grave/>
- Garavís González, J. L., Ledesma Martín, M. C., y de Unamuno Pérez, P. (2005). Eccemas. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 31(2), 67-85. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72887-2](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72887-2)
- IETS, I. de E. T. en S.-, AsoColDerma, A. C. de D. y C. dermatológica, y ESE, C. dermatológico F. L. (2020). Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*. <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1508>
- Jácome Clavijo, A. D. P. (2016). *Caracterización de Dermatitis Atópica en niños de la escuela San Francisco de Asís de la Arcadía y su relación con antecedentes de padres atópicos en la ciudad de Quito, septiembre 2015- junio 2016* [MasterThesis, Quito: UCE]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11350>
- Leyva Montero, M. de los Á., Rodríguez Moldón, Y., Rodríguez Duque, R., Mejía Alcivar, S. M., y Luyo Joza, L. L. (2020). Dermatitis atópica: Fisiopatología y sus implicaciones clínicas. *Correo Científico Médico*, 24(1), 276-300.
- Maldonado-Gómez, W., Chuan-Ibáñez, J., Guevara-Vásquez, G., Gutiérrez, C., y Sosa-Flores, J. (2019). Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 239-246. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4180>
- Muñoz, A. S. (2016). *Fisiopatología de la dermatitis atópica*.
- Padilla Cuenca, J. E., y Torres Rodríguez, G. A. (2022). *Prevalencia de dermatitis atópica y su relación con la calidad de vida en pacientes atendidos en la Fundación Donum. Cuenca 2021* [BachelorThesis, Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/38783>
- Pedraza, I. M. T., Agustín Sánchez Gayango y Guillermo Velarde. (2020, febrero 25). *Riesgo de suicidio en personas con dermatitis atópica*. <https://www.psicoevidencias.es/>

[contenidos-psicoevidencias/banco-de-cat-s/766-riesgo-de-suicidio-en-personas-con-dermatitis-atopica](#)

- Pozo Román, T., y Mínguez Rodríguez, B. (2021). *Dermatitis atópica y dermatitis seborreica*. 10.
- Prado-Izquierdo, M. de la L. C. del, Prado, O. Z.-C. del, y Visoso-Salgado, Á. (2017). Dermatitis atópica severa e hiper-IgE. *Revista Alergia México*, 64(4), Art. 4. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i4.281>
- Querol Nasarre, I. (2009). Dermatitis atópica. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 317-329.
- Ricardo Alonso, O. E., Rodríguez Sánchez, M. B., Hernández Fernández, M., y Alonso González, M. (2018). Aspectos de interés sobre la etiopatogenia de la dermatitis atópica. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1139-1148.
- Ricardo-Alonso, O. E., Rodríguez Sánchez, M. B., Hernández Fernández, M., Alonso González, M., Ricardo Alonso, O. E., Rodríguez Sánchez, M. B., Hernández Fernández, M., y Alonso González, M. (2019). Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 496-507.
- Ridao i Redondo, M. (2021). Dermatitis atópica. *Pediatría Integral*, 16(3), 213-221. <https://doi.org/10.5538/1887-5181.2021.34.5>
- Rojas Bastidas, L. J. (2019). *Prevalencia de dermatitis atópica y factores asociados en pacientes pediátricos atendidos en consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017* [MasterThesis, Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuencia.edu.ec/handle/123456789/31907>
- Sánchez-saldaña, L. A. (2019). Dermatitis atópica: Estrategia de manejo. *Dermatol Perú*, 29(2), 110-121.
- Sandoval, M. (2019). *Manual del interno de Medicina—Departamento Dermatología Pontificia Universidad Católica de Chile*. <https://studylib.es/doc/8312248/dermatologia--pontificia-universidad-catolica-de-chile>
- Sanofi Genzyme, y Comité científico Historias en DA. (2022). *Historia en DA—Casos clínicos en Dermatitis atópica Moderada—Grave*. 89.
- Senán Sanz, M. R., y Pelegrín López, Begoña. (2021a). *Guía de consulta rápida en dermatitis atópica*. 2-11.

- Senán Sanz, M. R., y Pelegrín López, P. (2021b). *Guía-de-consulta-rapida-en-dermatitis-atopica-LEO.pdf*. <https://sepeap.org/wp-content/uploads/2022/02/Guia-de-consulta-rapida-en-dermatitis-atopica-LEO.pdf>
- Severidad, E. De, Glynnis, D., Mcfarlane, T., Generales, M., Universidad, D., y Costa, L. De. (2020). Dermatitis Atópica: Generalidades, y Tratamiento. *revista Ciencias Médicas, III*.
- Vargas, S. L., Picado, E. N., y Padilla, G. C. (2020). Actualización en dermatitis atópica: Líneas de tratamiento. *Revista Médica Sinergia, 5(11)*, Art. 11. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.596>
- Villela-Segura, U., León-Dorantes, G., Mercado-Lara, A., y Guevara-Sanginés, E. (2021). Evaluación de afección en calidad de vida en adultos con dermatitis atópica. *Rev. Méd. Inst. Mex. Seguro Soc, 306-312*.
- Zarate, M. M., y Brown, G. T. M. (2021). Dermatitis Atópica: Generalidades, Fisiopatología, Escalas de Severidad y Tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Iberoamérica, 3(2)*, Art. 2. <https://doi.org/10.54376/rcmui.v3i2.61>
- Zubeldia Ortuño, J. M., Baeza Ochoa de Ocariz, M. L., Pérez, T. C., Presa, I. J., y Senent Sánchez, C. J. (2021). *El libro de las enfermedades alérgicas* (Segunda). Fundación BBVA. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=861981>