



DERMATITIS ATÓPICA (DA) *ATOPIC DERMATITIS (AD)*

Deysi Milena Bastidas Torres ^{1*}

¹ Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9883-6724>. Correo: deysimilenabastidas@gmail.com

Carlos Brigham Samaniego ²

² Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Escuela de Psicología Forense. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8668-2456>. Correo: cbssud70@hotmail.com

Viviana Nataly Pazmiño Basantes ³

³ Hospital General Riobamba. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6140-2801>. Correo: vivinaty23@gmail.com

María José Lopez Pino ⁴

⁴ Hospital General Riobamba. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2591-4445>. Correo: majoslp3@gmail.com

* Autor para correspondencia: deysimilenabastidas@gmail.com

Resumen

La dermatitis atópica, también conocida como eccema atópico, es una enfermedad cutánea crónica y recurrente caracterizada por inflamación, enrojecimiento, sequedad y picazón intensa. Es una de las formas más comunes de eccema y afecta a personas de todas las edades, pero es especialmente común en niños. La dermatitis atópica suele comenzar en la niñez y puede continuar hasta la edad adulta, con períodos de exacerbación y remisión. La causa exacta de la dermatitis atópica no se comprende completamente, pero se cree que es el resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales e inmunológicos. Las personas con dermatitis atópica suelen tener una barrera cutánea comprometida, lo que permite la pérdida de humedad y la entrada de alérgenos, irritantes y microorganismos que pueden desencadenar inflamación. Los síntomas incluyen áreas de piel seca, engrosada, y con lesiones que suelen aparecer en pliegues del cuerpo como los codos, detrás de las rodillas, y en el cuello. La picazón intensa es uno de los síntomas más molestos, que puede llevar a rascarse en exceso, lo que agrava la condición y puede provocar infecciones secundarias.



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



Palabras clave: dermatitis; atópica; patología; crónica

Abstract

Atopic dermatitis, also known as atopic eczema, is a chronic, recurring skin disease characterized by inflammation, redness, dryness and severe itching. It is one of the most common forms of eczema and affects people of all ages, but it is especially common in children. Atopic dermatitis usually begins in childhood and can continue into adulthood, with periods of exacerbation and remission. The exact cause of atopic dermatitis is not fully understood, but it is believed to be the result of a combination of genetic, environmental and immunological factors. People with atopic dermatitis often have a compromised skin barrier, allowing moisture loss and the entry of allergens, irritants, and microorganisms that can trigger inflammation. Symptoms include areas of dry, thickened, lesioned skin that usually appear in folds of the body such as the elbows, behind the knees, and on the neck. Intense itching is one of the most bothersome symptoms, which can lead to excessive scratching, which aggravates the condition and can lead to secondary infections.

Keywords: dermatitis; atopic; pathology; chronic

Fecha de recibido: 12/07/2024

Fecha de aceptado: 06/09/2024

Fecha de publicado: 10/09/2024

Introducción

La Dermatitis Atópica (DA) es una patología crónica, recurrente, no contagiosa, inflamatoria y pruriginosa de la piel. Se puede presentar en sujetos de todas las edades, es mucho más frecuente en niños; el 50% de los casos se diagnostica durante el primer año de vida. Sin una etiología completamente conocida, es recidivante, con frecuentes exacerbaciones de lesiones con intenso prurito, piel seca y lesiones eccematosas.

Es una patología no amenazante para la vida, sin embargo, afecta enormemente la calidad de vida debido al prurito que puede constituir una condición incapacitante que afecta el sueño, así como las actividades diarias o sociales (de Dermatología, 2020).

Las lesiones cutáneas asientan sobre una base de piel seca y su localización varía a lo largo de la edad, aunque en todos los casos evoluciona con curso crónico, en brotes o exacerbaciones, que suelen asociarse a antecedentes personales o familiares de atopia (Querol Nasarre, 2009). En el 60% de los casos los síntomas se manifiestan en el primer año de vida, un 85% antes de los 5 años y en más del 40% de los casos desaparecen antes de llegar a la edad adulta.

Epidemiología

Es la enfermedad crónica de la piel más frecuente en la infancia. Se estima que entre el 5 y el 30% de las consultas efectuadas en Pediatría de Atención Primaria se deben a problemas dermatológicos y que alrededor



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



del 10-15% de los pacientes atendidos en las consultas de Dermatología es menor de 16 años, siendo la DA el diagnóstico individual más frecuente, con una prevalencia de entre un 6 y un 15% en España¹ (un 0,7-2,4% de la población general), e inferior en los países en vías de desarrollo

La incidencia de la DA ha aumentado entre 2 y 3 veces en los países industrializados durante las últimas tres décadas, afectando hasta un 20% de los niños y un 5% en adultos en todo el mundo, causando un gran impacto en la calidad de vida del paciente y de su familia.

La DA ocurre con mayor frecuencia en la niñez y entra en remisión en muchos casos. Menos del 5% de los pacientes persistirán con dermatitis atópica en la edad adulta, este grupo será de difícil control, asociado a un inicio temprano y grave de por vida, además estos pacientes suelen cursar con asma, alergias alimentarias (Garita et al., 2020).

Los niños de todo el mundo experimentan DA, documentado por *The International Study of Asthma and Alergias* con una prevalencia que va en aumento. En 2017, se realizó un estudio para identificar cuatro fenotipos de DA con un punto de prevalencia de 11,4 a 16,9 %.¹¹, un estudio más reciente, publicado en 2018, identificó seis fenotipos de DA en niños.

En un estudio de 2018 que incluía varios países, que incluía Canadá, Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido, y Japón, incluyendo a los Estados Unidos determino una prevalencia de la EA en adultos en estos países osciló entre 2,1 y 4,9 % y que el 24% de los pacientes evaluados recibieron el diagnóstico después de los 18 años de edad

Fisiopatología

La patogenia de la DA no se comprende por completo, sin embargo, el trastorno parece ser el resultado de interacciones entre defectos en la función de barrera de la piel, desregulación inmunitaria, problemas ambientales y agentes infecciosos. La principal hipótesis es un defecto de la barrera epitelial asociado con mutaciones en la expresión del gen filagrina y una sensibilización alérgica secundaria, explicando la transición de la DA al asma alérgica, con desencadenantes como infecciones, alérgenos, estrés, irritantes entre otros (Posso-García et al., 2023).

En la etiopatogenia de la dermatitis atópica se ha propuesto tres factores:

- Predisposición genética: mutación de genes que alteran la barrera cutánea, el factor genético mejor conocido es la mutación del gen de la filagrina. La historia familiar de enfermedad predispone de tal manera que, si está afectado un progenitor, la prevalencia se estima en un 60%, y con ambos progenitores la prevalencia alcanza un 80%, hay mayor asociación si la afectada es la madre, sobre todo si presenta manifestaciones graves de atopia.
- Disfunción de la barrera cutánea: la piel especialmente seca y permeable de los atópicos facilita la penetración de múltiples alérgenos, irritantes y patógenos del medio ambiente. Se estima que la piel dañada por el eccema tiene un 30% menos de ceramidas y estas son de cadena más corta. También se ha demostrado que las personas con DA son deficientes en ceramidas (moléculas de lípidos), así como péptidos antimicrobianos como las catelicidinas, que representan la primera línea de defensa contra muchos agentes infecciosos. El agente infeccioso con mayor frecuencia involucrado es el *Staphylococcus aureus* que coloniza en aproximadamente el 90% de los pacientes.





- Inflamación persistente de la dermis: Existen estudios que sugieren que la activación de los linfocitos T en la DA es bifásica, con infiltrado inflamatorio inicialmente de predominio TH2 y de forma tardía TH1, con la liberación resultante de quimiocinas y citocinas proinflamatorias (p. ej., interleucina [IL]-4, IL-5 y factor de necrosis tumoral) que promueven producción de inmunoglobulina E (IgE) y sistémico. Las respuestas inmunitarias innatas defectuosas también parecen contribuir al aumento de infecciones bacterianas y virales en pacientes con DA (Guzmán & Orias, 2020).

La presente investigación tiene como objetivo analizar los factores genéticos, ambientales e inmunológicos asociados con la dermatitis atópica y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Materiales y métodos

El diseño metodológico para la presente investigación sobre la dermatitis atópica, se centró en un enfoque sistemático y analítico que permitió identificar y evaluar los factores genéticos, ambientales e inmunológicos asociados con esta enfermedad cutánea crónica. Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas como PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando palabras clave relevantes como: dermatitis atópica, eccema, factores genéticos, inmunología y calidad de vida. Se seleccionaron estudios publicados en las últimas dos décadas que cumplieron con criterios de inclusión específicos, tales como la descripción de la metodología utilizada, la población estudiada y la claridad en los resultados obtenidos.

La información recopilada se analizó mediante un enfoque cualitativo, que permitió identificar patrones, tendencias y lagunas en la literatura existente, así como explorar la diversidad de enfoques en el tratamiento y manejo de esta afección. Adicionalmente, se llevaron a cabo análisis cuantitativos cuando fue posible, para sintetizar datos sobre la prevalencia y severidad de la dermatitis atópica en diferentes grupos etarios y contextos geográficos. Esta revisión no solo buscó presentar un panorama actualizado sobre la dermatitis atópica, sino también discutir sus implicaciones clínicas y sugerir direcciones futuras para la investigación y el tratamiento, contribuyendo así al entendimiento holístico de esta condición y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Resultados y discusión

Cuadro clínico

No existe una única lesión cutánea que sea característica de la enfermedad, los pacientes con DA sufren de síntomas sistémicos leves locales a severos, como picazón, dolor, trastornos del sueño, también hay una asociación con comorbilidades atópicas (asma, alergias alimentarias, esofagitis eosinofílica y fiebre del heno) y comorbilidades (depresión, ansiedad, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)). Las lesiones cutáneas son eritematosas y a menudo se presentan con excoriaciones y liquenificación, debido al daño de la piel por rascado, lo que conduce a la ruptura de la barrera de la piel y a una posible infección secundaria.

La DA puede conducir a trastornos del sueño, con una disminución de la calidad de vida, afectando estado de ánimo, ocupación y vida social de los pacientes.

Las características clínicas esenciales son la presencia de prurito cutáneo y lesiones eccematosas con distribución típica (según edad: fases de lactante, infantil y del adulto – tabla 1) que asientan sobre una base de piel seca (xerosis cutánea), que cursan de forma crónica o en brotes, junto a los antecedentes de enfermedad atópica (Barquero-Orias et al., 2021).





Tabla 1. Fases clínico-evolutivas de la Dermatitis Atópica.

	Edad	Lesiones	Localizacion
Lactante	0-2 años	Eccema exudativo	Mejillas, cuero cabelludo, zonas de extension de extremidades
Infantil	2-12 años	Eccema subagudo	Flexura cubital y poplitea, zona periorbitaria y peribucal, dorso de manos
Adolescente	Mayor de 12 años	Eccema cronico, liquenificación	Flexuras, cuello, dorso de manos y pies

Lesiones elementales:

- Eccema: constituido por eritema, edema, vesiculación, exudación y costras.
- Prurigo: pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, que desaparece rápidamente con el rascado siendo sustituida por una pequeña costra.
- Liquenificación: placas mal delimitadas y engrosadas, con surcos que delimitan áreas romboides brillantes.

Diagnóstico

El diagnóstico de DA se basa en un conjunto de síntomas y signos clínicos por una asociación de rasgos clínicos, la presencia de prurito y lesiones eccematosas mal definidas (lesión básica) crónicas o recurrentes con morfología y distribución típicas en pacientes con antecedentes de atopía son esenciales para el diagnóstico (Carrington et al., 2023).

Tabla 2. Clasifican según el tiempo de evolución.

Evolución	Descripción
Agudas:	eritema, vesiculación, exudado, excoriación.
Subagudas:	pápulas eritematosas, descamación, excoriación.
Crónicas:	liquenificación, engrosamiento de la piel, pápulas fibróticas, aumento de pliegues

Fases clínicas: la localización de las lesiones varía con la edad del paciente, existiendo tres fases clínico-evolutivas: fase del lactante, infantil y adolescente-adulto joven (tabla 1).

Se requiere la exclusión de otras enfermedades, como la escabiosis, dermatitis seborreica, dermatitis alérgica de contacto, eccema numular, ictiosis, psoriasis, inmunodeficiencias, pitiriasis rosada, dermatofitosis, impétigo, infecciones virales, dermatitis herpetiforme entre otros .

No existen datos histológicos ni test de laboratorio específicos. Los niveles de IgE no son usados en la evaluación de rutina de los pacientes con DA (no todos los pacientes con criterios clínicos de DA presentan sensibilización IgE-mediada).

El diagnóstico precoz puede facilitar un mejor manejo y reduce el riesgo de exposición a alérgenos alimentarios, recordando que dietas muy restrictivas pueden tener riesgos y que para eliminar un alimento de la dieta debe haber seguridad que el niño es alérgico a ese alimento. Cuando existe historia de una probable





reacción retardada a alimentos se requiere una mayor evaluación clínica por especialista y otras pruebas diagnósticas para alergia alimentaria (Valdés-Rodríguez et al., 2015).

Criterios diagnósticos

Los criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de la dermatitis atópica son los más utilizados en ensayos clínicos en poblaciones pediátricas.

Tabla 3. Criterios mayores: deben estar presentes tres o más de los criterios mayores.

No.	Criterios
1	Prurito
2	Morfología y distribución típicas: Liquenificación en flexuras en adultos. Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes. Combinación de estos patrones en niños y adultos Carácter crónico o recidivante.
3	Carácter crónico o recidivante.
4	Historia familiar o personal de atopia.

Tabla 4. Criterios menores: deben cumplir tres o más de los siguientes criterios menores.

No.	Criterios
1	Xerosis.
2	Ictiosis, hiperlinealidad palmar, o queratosis pilaris.
3	Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1).
4	IgE sérica elevada.
5	Comienzo a temprana edad.
6	Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente S. aureus y herpes simple) o defecto en la inmunidad mediada por células.
7	Tendencia a dermatitis en manos y pies inespecíficas.
8	Eccema del pezón.
9	Queilitis.
10	Conjuntivitis recurrente.
11	Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan.
12	Queratocono.
13	Catarata anterior subcapsular.
14	Oscurecimiento orbitario (ojeras).
15	Eritema o palidez facial.
16	Pitiriasis alba
17	Pliegues anteriores del cuello.
18	Prurito al sudar (hipersudoración).
19	Intolerancia a lanas y solventes orgánicos.
20	Acentuación perifolicular.





Dermatitis atópica (DA)

- | | |
|----|--|
| 21 | Intolerancia a alimentos. |
| 22 | Curso influenciado por factores ambientales o emocionales. |
| 23 | Dermografismo blanco |

El grupo de trabajo de Reino Unido establece unos criterios simplificados para el diagnóstico de DA: Debe tener:

- Lesiones cutáneas pruriginosas, (o referencia paterna de rascado) en los últimos 12 meses.

Además, ha de presentar 3 de los siguientes hallazgos:

- Historia de afectación de los pliegues cutáneos: ante cubital, huecos poplíteos, cara lateral de tobillos, cuello y zona periorbitaria (pliegue de Dennie Morgan).
- Historia personal de asma o rinitis alérgica (o historia de enfermedad atópica en un familiar de primer grado en un paciente 4 años).
- Historia de xerosis cutánea generalizada en el último año.
- Inicio antes de los 2 años de vida (no se utiliza si el niño tiene < 4 años).
- Dermatitis flexural visible (incluyendo dermatitis de mejillas, frente, cara externa de miembros en < 4 años).

Tratamiento

En el tratamiento debe participar un equipo multidisciplinario constituido por: dermatólogo, alergólogo, pediatra, inmunólogo y psicólogo. Es imprescindible una buena relación médico paciente y sus familiares, explicando las características de la enfermedad y su evolución en brotes (Arango et al., 2021).

El pilar fundamental es una buena hidratación de la piel, cuidando la función barrera que está dañada de base, de esta manera se disminuirán los brotes de la enfermedad, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes, se disminuirían las complicaciones infecciosas, y menores costos para el paciente y sus familiares. Existen una variedad de opciones de humectantes que incluyen cremas, ungüentos, lociones y geles

Los corticosteroides tópicos son el tratamiento para las lesiones eccematosas, por sus efectos adversos (atrofia cutánea, estrías, acné, rosácea, dermatitis perioral), se prefiere su uso solamente ante las exacerbaciones agudas, se clasifican según su potencia, en siete clases, la cual está directamente relacionada con el grosor de la piel, se debe evitar el uso de corticosteroides potentes fluorados en la cara, áreas de los genitales y en los pliegues.

Tabla 5. Corticoides tópicos, según su potencia.

Potencia	Corticoides tópicos
Baja potencia	Hidrocortisona acetato 1-2.5%
	Metilprednisolona acetato 0,25%
	Dexametasona 0,1-0,2%
	Fluocinolona acetato 0,0025%
Media potencia	Prednicarbonato 0,025%
	Dipropionato aldometasona 0,05%
	Valerato betametasona 0,0025%
	Butirato clobetasona 0,05%
	Desoximetasona 0,05%



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



Dermatitis atópica (DA)

Alta potencia	Acetonido fluocinolona 0,00625-0.01%
	Butilo de fluocortina 0,75%
	Aceponato hidrocortisona 0,1%
	Butirato hidrocortisona 0,1%
	Dipropionato betametasona 0,05%
	Dipropionato beclometasona 0,025%
	Valerato de betametasona 0,1%
	Budesonida 0,025%
	Diflorasona diacetato 0,05%
	Butirato de hidrocortisona 0,1%
	Aceponato metilprednisolona 0,1%
	Furoato mometasona 0,1%
	Triancinolona acetónico 0,1%
	Fluticasona propionato 0,1%
Muy alta potencia	Propionato clobetasol 0,05%
	Halcinonido 0,1%

Dentro del tratamiento de segunda línea están los inhibidores tópicos de la calcineurina, tales como el tacrolímus y el pimecrolímus, aprobados para el tratamiento de la DA moderada a severa en adultos y niños mayores de dos años (Mar Cornelio et al., 2023). Son de alta utilidad en áreas de piel sensible, como el rostro, genitales y en los pliegues, no se han asociado con atrofia de la piel. La sensación transitoria de quemazón cutánea se destaca como efecto adverso.

Alternativas de tratamiento en pacientes con dermatitis atópica moderada a grave que no responden a tratamiento convencional

Las terapias tópicas y sistémicas emergentes se dirigen principalmente a la vía inmunitaria tipo 2, los medicamentos más nuevos aprobados por la FDA son: pomada de crisaborol al 2 % y dupilumab, con varios otros en desarrollo terapéutico. Las nuevas direcciones en el desarrollo de medicamentos tópicos incluyen inhibidores de la cinasa de Janus, tapinarof (un hidrocarburo arilo agonista del receptor) y agentes para corregir la disbiosis microbiana. Además de la inyección subcutánea anticuerpo monoclonal dirigido al receptor de la interleucina (IL) 4 (dupilumab), otros productos biológicos dirigidos a la IL-13. Actualmente se están probando IL-31, IL-33, OX40 y linfopoyetina estromal tímica. La Janus quinasa oral en inhibidores está mostrando una eficacia sobresaliente y no presenta signos de seguridad graves, pero persisten los problemas de seguridad.

Otros medicamentos disponibles son: apremilast, Azatioprina (AZA), baricitinib, ciclosporina-A (CSA), corticosteroides, dupilumab, interferón-gamma, inmunoglobulinas intravenosas (IGIV), mepolizumab, metotrexato (MTX), omalizumab, upadacitinib y ustekinumab . Se indicaron metanálisis para la eficacia de Baricitinib [EASI75 RD 0.16, 95% IC (0,10; 0,23)] y dupilumab [EASI75, RD 0,37, IC del 95 % (0,32; 0,42)] que indican a corto plazo (es decir, 16 semanas tratamiento) superioridad sobre el placebo.



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



Dermatitis atópica (DA)

Los niveles séricos de zinc sérico, capilar y eritrocitario bajo se ha estudiado en asociación a la DA, sin embargo, se necesitan más estudios observacionales de alta calidad para confirmar la asociación entre niveles bajos de zinc y DA, para sugerir suplementos de zinc que incluyan el tratamiento o la prevención de la DA (Stable-García & Zamora-Rodríguez, 2021).

Pronóstico de los pacientes con dermatitis atópica

Valoración de la gravedad:

Dado que la dermatitis atópica es una enfermedad con afectación multimodal en la que cada paciente puede tener un dominio afectado predominantemente sobre otro, es importante valorar el impacto que esta tiene, así como la intervención terapéutica de los tratamientos para lo cual existes varias herramientas de evaluación que ayudan a la monitorización de estos pacientes .

Tabla 6. Herramientas de evaluación de Dermatitis Atópica.

Score	Descripción	Valoración de la severidad	Signos y síntomas
IGA (Investigator's Global Assessment)	Escala de 5 puntos que evalúa la severidad de la enfermedad general en un momento dado	0 : claro 1: casi claro 2: leve 3: moderada 4: severa	Lesiones cutáneas clínicamente evidentes
EASI	Evalúa la extensión de la enfermedad (en diferentes regiones del cuerpo) y la intensidad de los signos clínicos	Puntaje máximo: 72	Lesiones cutáneas clínicamente evidentes
SCORAD	Evalúa la extensión de la enfermedad, la severidad según los signos clínicos y los síntomas subjetivos percibidos por el paciente	Puntaje máximo: 103 > 50: DA severa < 20: DA leve	Lesiones cutáneas clínicamente evidentes
DLQI	Cuestionario de 10 preguntas. Evalúa el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana de los pacientes	Puntaje máximo: 30 Mayor a 10 se considera impacto significativo	Calidad de vida
Escala numérica o analógica de afectación del sueño	Escala que los pacientes usan para informar la alteración del sueño durante un periodo dado	Sueño	
Escala analógica visual	Escala que los pacientes usan para informar la intensidad del prurito durante un periodo	Prurito	
POEM (traslating Patient- Oriented	Cuestionario de 7 preguntas para medir la severidad informada por el paciente de DA	Puntaje máximo: 28	Impacto de la enfermedad



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



Dermatitis atópica (DA)

Eczema Measure)		Prurito	
		Sueño	
EQ-5D (euroQol-5D)	Mide el estado de salud en la que incluyen 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor/molestia y ansiedad/depresión	Dolor	
		Ansiedad/depresión	
		Calidad de vida	
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	Cuestionario de 14 preguntas para evaluar la ansiedad y depresión del paciente	Puntaje máximo: 21	Depresión y Ansiedad

Para el diagnóstico de DA no son determinantes los parámetros de laboratorio. Aproximadamente un 80% de los pacientes presenta niveles séricos elevados de IgE, a veces cifras muy altas, y pueden presentar pruebas cutáneas positivas o IgE específica frente a neumoalérgenos o alérgenos alimentarios. Este aumento es el resultado de la inflamación de la piel mediada por Th2 y los niveles de IgE disminuyen significativamente con un mejor control de la inflamación de la piel. Alrededor del 30% de los niños que comienzan esta enfermedad en las primeras semanas o meses de vida (comienzo precoz) desarrollará rinitis alérgica o asma, constituyendo la llamada marcha atópica y siendo factores de riesgo para su desarrollo la edad de inicio temprana, la severidad, un pobre control de esta y unos niveles elevados de IgE.

Complicaciones

La relación entre DA y alergias alimentarias, asma, rinitis alérgica, como parte de la marcha atópica, así como dermatitis de contacto alérgica, dermatitis de contacto irritativa ha sido extensamente documentada. Se asocia también con un riesgo aumentado de infecciones cutáneas bacterianas y virales diseminadas, así como a infecciones extracutáneas. Con respecto a las infecciones virales, la más severa es el herpes simple, una diseminación cutánea del tipo 1, que afecta a todas las edades, se caracteriza por una erupción variceliforme de Kaposi en donde aparecen vesículo-pústulas umbilicadas, confluentes con presencia de zonas hemorrágicas y costras. En más del 90% de las lesiones de la piel producidas por DA se encuentra S.aureus, se sospecha ante la presencia de foliculitis, pioderma o costras melicéricas. Las infecciones por S. aureus de localización profunda son raras y se debe orientar a un síndrome de inmunodeficiencia como el Síndrome hiper-IgE.

El prurito y el dolor son los síntomas más comúnmente reportados, tanto en niños como en adultos, provocan efectos perjudiciales en la calidad de vida. La incapacidad para conciliar el sueño y los despertares frecuentes disminuyen la calidad del mismo, implicando un bajo rendimiento escolar, trastornos por déficit de atención e hiperactividad y mayores riesgos de accidentes.

Se ha relacionado también con condiciones neuropsiquiátricas como trastornos por depresión y ansiedad (Álava et al., 2024). Así mismo se ha asociado a comorbilidades, tales como, la obesidad, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, enfermedades autoinmunes y desórdenes gastrointestinales como síndrome de intestino irritable y gastritis.

Criterios de derivación

- En caso de dudas diagnósticas.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



- Eccema persistente o recurrente en la misma localización a pesar de tratamiento correcto durante, al menos, 2 meses.
- Eccema moderado o severo con extensión superior al 30 % y que requiere tratamiento sistémico.
- Pacientes con inmunopatologías.
- Eccema con sintomatología sistémica asociada o infecciones recurrentes.
- Comorbilidad psicológica secundaria al eccema.
- Sospecha de eccema de contacto alérgico que requiere estudio con pruebas epicutáneas.
- Reacciones adversas al tratamiento tópico.

Recomendaciones

Recomendaciones para el cuidado de la piel en pacientes con DA:

- Educar y explicar al paciente y a sus familiares las características de la enfermedad.
- Factores específicos: dieta, aeroalergenos, contactantes.
- Evitar irritantes (productos químicos, perfumes, suavizantes, lejía, ambientador, humo de cigarro, etc).
- Baño con agua templada, no más de 5 a 10 minutos, usar gel de baño de pH neutro o ácido.
- Tras el baño se debe secar al paciente con una toalla suave, evitando la fricción.
- Aplicar el emoliente inmediatamente después del baño, en toda la piel (piel húmeda)
- Uso de emolientes diario. Si necesario dos veces al día (disminuye el prurito y las necesidades de tratamiento con esteroides tópicos)
- El sol y la humedad resultan beneficiosos. Evitar el calor y la sudoración.
- Usar ropa de algodón. Evitar ropas de lana, fibras sintéticas, ropa apretada.
- Cortar las uñas y colocar guantes por la noche para evitar el rascado.
- Evitar el estrés.

Conclusiones

Las conclusiones de la investigación sobre la dermatitis atópica, a partir de la revisión de la literatura científica, destacan varios aspectos clave que contribuyen a un mejor entendimiento de esta condición compleja y multifactorial. En primer lugar, se evidenció que la dermatitis atópica es una enfermedad con un fuerte componente genético, siendo identificados específicos genes y variantes relacionadas con una predisposición a la afección. Asimismo, los factores ambientales, como alérgenos, irritantes y condiciones climáticas, juegan un papel crucial en la exacerbación de los síntomas.

Además, la revisión reveló que la respuesta inmunológica asociada con la dermatitis atópica es compleja, involucrando tanto el sistema inmunológico adaptativo como el innato. Se observaron alteraciones en la función de la barrera cutánea y en los perfiles de citoquinas, lo que explica la inflamación crónica y los síntomas característicos de la enfermedad. Este conocimiento puede guiar el desarrollo de terapias dirigidas y tratamientos más específicos para los pacientes.

En cuanto al impacto de la dermatitis atópica en la calidad de vida, los hallazgos indicaron que la enfermedad no solo afecta la salud física de los pacientes, sino que también tiene consecuencias emocionales y sociales significativas, lo que resalta la necesidad de un enfoque integral en su manejo. Se identificaron dificultades en la vida diaria debido a la picazón intensa, las lesiones visibles y la interrupción del sueño.



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com



A partir de los resultados, se identificó la necesidad de realizar nuevas investigaciones que aborden las lagunas existentes en el conocimiento actual, especialmente en áreas como los mecanismos patológicos subyacentes y la efectividad de intervenciones específicas. Esto permitirá desarrollar estrategias de tratamiento más efectivas y personalizadas, mejorando así la calidad de vida de quienes padecen dermatitis atópica.

Referencias

- Álava, W. L. S., Rodríguez, A. R., Rodríguez, R. G., & Cornelio, O. M. (2024). La neuroeducación en la formación docente. *Revista Científica de Innovación Educativa y Sociedad Actual" ALCON"*, 4(1), 24-36. <http://soeici.org/index.php/alcon/article/view/63>
- Arango, V., Garavito, A. M., & Tamayo, L. M. (2021). Dupilumab: mejoría dramática en una paciente con dermatitis atópica grave. A propósito de un caso. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*, 29(4), 308-313. <https://www.revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1704>
- Barquero-Orias, D., Moreno-Arrones, O. M., & Vañó-Galván, S. (2021). Alopecia y microbioma: ¿ futura diana terapéutica? *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(6), 495-502. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731021000053>
- Carrington, A. E., Maloh, J., Nong, Y., Agbai, O. N., Bodemer, A. A., & Sivamani, R. K. (2023). The Gut and Skin Microbiome in Alopecia: Associations and Interventions. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 16(10), 59. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10617895/>
- de Dermatología, A. C. (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://www.revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1508>
- Garita, L. S., Perez, M. F. O., & Madriz, A. V. (2020). Dermatitis Atópica en Adultos. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(5), ág. 69-74. <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/200>
- Guzmán, D. R., & Orias, D. E. B. (2020). Microbioma cutáneo, disbiosis y su rol en dermatitis atópica. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), e320-e320. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/320>
- Mar Cornelio, O., Cuellar Justiz, O., Vega Izaguirre, L., & Orellana García, A. (2023). Diseño curricular del programa académico de la Maestría en Informática Médica Aplicada. *Revista Cubana de Informática Médica*, 15(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18592023000100002&script=sci_arttext
- Posso-García, G. A., Flórez-Hurtado, J., & Hernández-Zuluaga, G. D. (2023). Dermatitis atópica en pacientes hermanas: caso clínico y consideraciones sobre consanguinidad en dermatitis atópica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 25(1). <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/2184>





Dermatitis atópica (DA)

- Querol Nasarre, I. (2009). Dermatitis atópica. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 317-329. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000700003&script=sci_arttext
- Stable-García, Y., & Zamora-Rodríguez, Z. (2021). Overview of atopic dermatitis and its relationship with the inflammatory response and oxidative stress. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 52(1), 13-18. <https://www.researchgate.net/profile/Yanaysis-Stable-Garcia/publication/357095529>
- Valdés-Rodríguez, R., Saavedra-Alanís, V. M., Islas-Aguilar, M. A., & Torres-Álvarez, B. (2015). Eczema herpeticum in a patient with atopic dermatitis, carrying r501x and 2282del4 filaggrin null mutations. *Gac Med Mex*, 151(2), 252-255. http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n2_english/2331AX152_151_2015_UK2_236-239.pdf



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: revistabiosana@gmail.com