

Dermatitis atópica: actualización del tema

Atopic Dermatitis: Topic Update

Yissel Medina Palma^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3126-3703>

¹Hospital Pediátrico Docente San Miguel del Padrón. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: marylagg74@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La dermatitis atópica es una enfermedad que se produce con mayor frecuencia durante la lactancia y la infancia temprana, es de distribución mundial, con una prevalencia muy alta en países desarrollados, por lo que se ha convertido en una prioridad para la salud pública. En Cuba se ha venido observando en los últimos años un incremento del número de casos en edad pediátrica diagnosticados con esta enfermedad.

Objetivo: Realizar una actualización de las principales características clínicas y epidemiológicas de la psoriasis, con énfasis en el manejo terapéutico.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica acerca de la dermatitis atópica, para lo cual se consideraron como fuentes de búsqueda la Biblioteca Virtual de Infomed, y Google académico. Fueron revisados 61 trabajos científicos y artículos publicados, y de estos se referenciaron 45, los que presentaban mayor actualidad en relación con el tema

Resultados: La dermatitis atópica alcanzó una prevalencia entre el 20 % y el 30 %. Esta ha ido en aumento en las últimas décadas. Las manifestaciones clínicas típicas de la dermatitis atópica se dividen en tres etapas, que suelen denominarse del lactante, infantil y del adulto. Aproximadamente el 80 % tienen trastornos del sueño y el 60 % refiere alteración de sus actividades diarias.

Conclusiones: La dermatitis atópica es una enfermedad crónica de la piel. Se caracteriza por piel seca, pruriginosa, placas eritematosas, costras, liquenificación e

hiperpigmentación. El diagnóstico se realiza mediante la clínica. El tratamiento debe ser particularizado para cada paciente. No existe en el momento actual una terapéutica curativa definitiva para esta afección.

Palabras clave: dermatitis atópica; afectación psicológica; terapéutica.

ABSTRACT

Introduction: Atopic dermatitis is a disease that occurs most frequently during infancy and early childhood, it is distributed worldwide, with very high prevalence in developed countries, which is why it has become a priority for public health. In Cuba, in recent years, the number of pediatric cases diagnosed with this disease has increased.

Objective: To update the main clinical and epidemiological characteristics of psoriasis with emphasis on therapeutic management.

Methods: A bibliographic review about atopic dermatitis was carried out, for which Infomed Virtual Library and Google academic were considered as search sources. A total of 61 scientific papers and published articles were reviewed, and 45 of them were referenced, those that were most up-to-date in relation to the topic.

Results: Atopic dermatitis reached a prevalence between 20% and 30%. This has been increasing in recent decades. The typical clinical manifestations of atopic dermatitis are divided into three stages, which are often called infant, child, and adult. Approximately 80% have sleep disorders and 60% report alteration of their daily activities.

Conclusions: Atopic dermatitis is a chronic skin disease, characterized by dry, pruritic skin, erythematous plaques, scabs, lichenification, and hyperpigmentation. The diagnosis is made through the clinical method. Treatment must be personalized for each patient. There is currently no definitive curative therapy for this condition.

Keywords: atopic dermatitis; psychological affectation; therapy.

Recibido: 12/01/2022

Aceptado: 17/02/2022

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de la piel crónicamente recidivante que se produce con mayor frecuencia durante la lactancia y la infancia temprana. Se define como una dermatitis característica, la cual aparece en individuos que, por factores constitucionales, poseen y transmiten genéticamente el rasgo o la susceptibilidad para desarrollar cuadros de asma bronquial, rinitis, conjuntivitis alérgica y dermatitis (marcha atópica). Estas personas son llamadas atópicas.^(1,2,3)

En la actualidad se define como una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica recidivante, generalmente de comienzo en la infancia, se caracteriza por lesiones de morfología y distribución específica según la edad,⁽¹⁾ altamente pruriginosas, de etiología no bien definida, que se asocia con frecuencia con un aumento de los niveles séricos de IgE y con antecedentes personales o familiares de atopia.⁽¹⁾

La prevalencia de la dermatitis atópica a nivel mundial se calcula entre el 10 y 30 % en niños, y entre 1 y 3 % en adultos. La gran mayoría de los pacientes presentan la forma leve o moderada, siendo muy bajo el porcentaje de casos graves. El 65 % de los casos comienzan en el primer año de vida. En el 85 % de los pacientes las lesiones se desarrollan antes de los 5 años de edad. Entre el 50 y 70 % de los pacientes que inician la enfermedad en la infancia, presentan remisión durante la adolescencia. Sólo el 2 % de los casos nuevos ocurren después de los 20 años.⁽⁴⁾

La condición socioeconómica también tiene un rol sobre su prevalencia, pues un nivel socioeconómico alto se correlaciona con un incremento en la prevalencia de dermatitis atópica. Por otra parte, el tamaño del núcleo familiar influye, ya que grupos familiares numerosos se asocian a una disminución de la prevalencia de dermatitis atópica. En conjunto, este tipo de comportamiento puede explicarse por la aparición de factores de riesgo asociados a un estilo de vida moderna y la hipótesis de la higiene.^(2,3)

Las enfermedades atópicas afectan al 25-30 % de la población pediátrica.⁽¹⁾

La expresión clínica de la dermatitis atópica probablemente sea el resultado de la combinación de agentes genéticos, inmunológicos y ambientales, en el cual el estrés juega el papel de precipitador, es decir, incrementa el riesgo de que el organismo acelere el proceso patológico. Se ha demostrado la presencia de una relación entre el estado psicológico e inmunológico en personas aquejadas de dermatitis atópica.⁽⁵⁾

Los niños con DA frecuentemente muestran un comportamiento inquieto, lloran de modo persistente y tienen alteraciones en el sueño relacionados con el picor y el rascado, mientras que los padres se describen como emocionalmente tensos, presentan sentimientos de culpa, y son más tendentes a mostrarse sobreprotectores o a presentar actitudes de rechazo hacia sus hijos.

Los recientes hallazgos muestran que los sujetos atópicos con problemas emocionales desarrollan un círculo vicioso entre la ansiedad y los síntomas clínicos, lo cual se observa en repetidas ocasiones y de forma crónica en los pacientes con dermatitis atópica. Aunque la causa básica de la dermatitis atópica es desconocida, se reconoce que esta patología tiene una base genética, y existen múltiples factores que juegan un papel importante en su patogénesis.^(4,5)

En Cuba existen estudios que han demostrado una alta prevalencia de dermatitis atópica, lo que ha permitido documentar tendencias a escala poblacional y evaluar el impacto de futuras intervenciones.^(6,7)

Análisis y síntesis de la información

La dermatitis atópica es la manifestación dérmica de la atopía. Es una enfermedad crónicamente recidivante de características inflamatorias y pruriginosas, que se manifiesta generalmente en los lactantes e infancia temprana.⁽¹⁾

Los autores del término “dermatitis atópica” fueron Wise y Sulzberger en 1993.⁽⁸⁾ Se creó para definir una entidad caracterizada por xerosis cutánea, lesiones eritematosas, prurito, así como su curso crónico y recidivante. Actualmente se reconocen otras denominaciones tales como eczema atópico el cual es también aceptable.^(1,2)

Epidemiología

La dermatitis atópica se ha categorizado como un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, con una prevalencia alcanzada entre el 20 % y el 30 %. Dicha prevalencia ha aumentado en las últimas décadas multiplicándose su cifra. La prevalencia en Sudamérica se ha incrementado con un porcentaje superior al 15 % en niños de edades entre 6 y 7 años. Se encuentra igual afectación en ambos sexos hasta aproximadamente los 6 años de edad. La prevalencia de dermatitis atópica se reporta mayoritariamente en mujeres que en varones. La mayoría de casos (60 %) se manifiesta en el primer año de

vida, mientras que el resto se presenta entre los 2 y 12 años y por último, desde la pubertad a la adultez.^(8,9,10)

Etiopatogenia

La causa específica continúa siendo desconocida. Hasta el momento se han detallado factores genéticos, y múltiples factores alérgicos y no alérgicos. Existen varias teorías que proponen la etiopatogenia de la enfermedad. Las más aceptadas son estas dos. La primera describe que la dermatitis atópica es resultado de una alteración de la barrera de la epidermis, causada por anomalías funcionales y estructurales intrínsecas en la piel. En esta teoría la enfermedad evolucionaría de afuera hacia adentro debido al defecto de la barrera primaria. La segunda teoría considera esta patología como una alteración inmunológica en la cual las células de Langerhans, células T y los mastocitos modulan una respuesta inflamatoria exagerada ante la exposición a los factores medioambientales.^(1,9)

Inmunopatogenia

La dermatitis atópica es considerada una enfermedad multifactorial, ya que no se ha podido establecer un concepto etiopatogénico único. Sería el resultado de una compleja interacción entre la susceptibilidad genética, medio ambiente, defectos en la barrera de la piel y alteraciones en la respuesta inmune local y sistémica. Adicionalmente, numerosos estudios epidemiológicos han establecido una fuerte asociación entre la DA, el asma y la rinitis alérgica.⁽⁹⁾

Aproximadamente el 80 % de los pacientes con DA presentan un aumento de los niveles séricos de IgE. Sin embargo, este marcador no está presente en todos los casos de DA.⁽⁸⁾

Alteración de la barrera cutánea

En los pacientes con DA el proceso de diferenciación epidérmica que da lugar a los diferentes componentes de la barrera cutánea, se encuentra alterado, como resultado de diversas alteraciones genéticas o adquiridas.⁽⁹⁾

La deficiencia de filagrina conduce a una disfunción de la barrera de la piel y pérdida transepidérmica de agua que resulta en piel seca. Esto favorece la penetración de más alérgenos a la piel que da como resultado una sensibilización alérgica.

Otra posibilidad es que se encuentre alterado el componente lipídico de la barrera cutánea, especialmente el contenido de ceramidas.

Inmunología

La inmunidad mediada por células y la función fagocítica se encuentran afectadas en los atópicos.^(9,10)

Factores ambientales

En los países desarrollados el incremento de su prevalencia en la población pediátrica ha promovido la aparición de múltiples teorías sobre la posibilidad de que la enfermedad esté totalmente relacionada con los factores medioambientales.^(11,12,13)

Factores genéticos

La asociación entre las enfermedades atópicas principalmente asma y rinitis alérgica sugiere alteraciones genéticas a nivel de los mastocitos. Además, se relacionan con un grupo de genes que predisponen la producción de interleucinas proinflamatorias. Entre el 70-80 % de los pacientes tienen una historia familiar positiva de atopia. La influencia genética es compleja, siendo el componente materno el más importante.^(1,12)

El consejo genético y la implementación de medidas de prevención primaria deben estar basadas en el hecho de que, cuando ambos padres presentan enfermedad atópica de un determinado tipo, el riesgo de cada hijo de presentar un fenotipo similar es del 70 %, mientras que, si ambos padres tienen enfermedades atópicas diferentes, el riesgo es del 30 %.^(14,15)

Personalidad atópica

Son niños vivos, inteligentes, simpáticos, hiperactivos, con labilidad emocional y tendencia a la depresión. Defensivos, obsesivos y agresivos. En estas personas hay ansiedad, hostilidad, timidez, falta de adaptación y rechazo a la madre.⁽¹²⁾

Factores exógenos o desencadenantes

Como factores desencadenantes de la dermatitis atópica se han involucrado:

1. Estrés, al inducir cambios inmunológicos.
2. Alérgenos, tanto alimentarios (huevo, leche, trigo, soja, cacahuete), como aeroalérgenos (ácaros del polvo, malezas, epitelios de animales, hongos).
3. Irritantes tipo limpiadores cutáneos, ropa de lana o fibras sintéticas, agua caliente, jabones, detergentes.
4. Clima con temperaturas extremas, humedad o sequedad excesiva.
5. Microorganismos, especialmente *S. aureus*, que es un colonizador habitual de la piel de los atópicos y exacerba la DA. Se ha relacionado la presencia de *Malassezia furfur* y DA, con afectación preferente del polo cefálico, en adultos jóvenes.^(8,12)

Histología

Las características histológicas varían de acuerdo con la etapa de la enfermedad.⁽¹⁵⁾

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas típicas de la dermatitis atópica se dividen en tres etapas, que suelen denominarse del lactante, infantil y del adulto. Además, diversas enfermedades cutáneas y extra cutáneas se asocian de forma preferencial a la dermatitis atópica.⁽¹⁵⁾

Las características fundamentales son la piel seca, pruriginosa, placas eritematosas, costras, liquenificación e hiperpigmentación de la piel, lo cual difiere en su morfología y distribución en dependencia de la edad, grupo étnico, curso, factores predisponentes, complicaciones y duración de la enfermedad.

La división por etapas es muy útil para describir la enfermedad y orientar el diagnóstico, pero la dermatitis atópica puede iniciar y finalizar a cualquier edad. Los pacientes pueden desarrollar de forma continuada o con períodos intermedios, lesiones de los diversos estadios o bien desaparecer a partir de cualquiera de ellos. Las lesiones de la fase del lactante son las más frecuentes, seguidas por las infantiles, y las lesiones del adulto son las menos comunes.⁽¹⁴⁾

Fase del lactante

Afecta a niños desde el mes de nacido hasta los 2 años, está caracterizada por una erupción tipo eczema pruriginosa, que abarca cara, cuero cabelludo y cuello. Lo más característico es el eritema en mejillas, con o sin microvesiculación, exudación, costras serosas o hemáticas y descamación final. Se respeta las zonas periorales, periorbitarias y el vértice nasal. Los pliegues retroauriculares e infraauriculares frecuentemente están comprometidos, el cuero cabelludo también puede ser afectado y cursa con prurito, eritema y descamación. Es clásico el compromiso de áreas extensoras, dorso de manos, dorso de pies y el tronco, sin compromiso del área genital. A esta edad es frecuente la sobreinfección bacteriana secundaria. Estos niños tienen buen estado general, pero el prurito intenso los hace irritables y con muy mal dormir.⁽¹⁴⁾

Fase infantil

Esta etapa comprende desde la edad de 2 años hasta los 12 años. Corresponde a una continuación de la fase de lactante, o puede manifestarse de novo a esta edad. En esta edad las manifestaciones clínicas son diferentes, son menos exudativas y se caracterizan por placas liquenificadas en áreas flexurales, especialmente fosa antecubital y poplíteica y el aspecto volar de muñecas, tobillos y cuello. La fase aguda se caracteriza por pápulas, vesículas y erosiones. En la fase crónica las lesiones se tornan más secas y liquenificadas con hiperpigmentación.⁽¹⁴⁾

Fase del adolescente y adulto

Esta etapa incluye pacientes mayores de 12 años, que han sido atópicos desde la niñez o inician la enfermedad a esta edad. La dermatitis es más localizada y liquenificada y tiene una distribución similar a la de la fase infantil. El compromiso de manos y pies es frecuente. La piel está engrosada y escoriada en las áreas afectadas, principalmente las zonas flexurales (cuello, zona antecubital y fosa poplíteica), otros sitios que se afectan son cara, cuero cabelludo, muñecas y antebrazos. En todas las etapas los casos severos pueden generalizarse llegando a la eritrodermia. Aproximadamente el 70 % de los pacientes experimenta una notable mejoría en esta etapa, debido a que las glándulas sebáceas se encuentran estimuladas por las hormonas sexuales. La mayor parte de los pacientes

evolucionan hacia la resolución antes de los 20 años, y son muy infrecuentes las manifestaciones de la enfermedad después de los 30 años.^(12,16,17)

Otras manifestaciones

- Piel seca

La piel seca o xerosis es un hallazgo casi constante en los pacientes con dermatitis atópica de todas las edades. Se debe a un trastorno de la composición de lípidos que origina un aspecto de sequedad, cuarteamiento y descamación fina. Sobre todo en los niños mayores y adolescentes suele acompañarse de hiperqueratosis en la desembocadura de los folículos pilosos (hiperqueratosis folicular), que es más intensa en brazos y muslos.⁽⁸⁾ La xerosis causa también el pliegue o línea de Dennie-Morgan, es un pliegue doble, y a veces varios paralelos al pliegue palpebral inferior.⁽¹⁴⁾

- Pitiriasis alba

La mayoría de los casos ocurren en edad escolar. Son manchas blanquecinas, con una fina descamación, en general redondeadas u ovaladas y de varios centímetros de diámetro. No producen picor y predominan en la cara y las extremidades. En ocasiones son precedidas por lesiones eccematosas, pero muchas veces se desarrollan sobre piel aparentemente sana.⁽¹⁴⁾

- Prúrigo atópico

El prúrigo es una erupción de pápulas muy pruriginosas, que como consecuencia del rascamiento evolucionan a excoriaciones y ulceraciones en sacabocados y a la formación de costras y cicatrices. El prúrigo nodular es una variante con lesiones más profundas. Las lesiones predominan en las extremidades, sobre todo en las piernas y tienen una distribución salpicada.⁽⁸⁾ Es rara su aparición en la cara. Existen otras causas de prúrigo, pero en España la mayoría de los casos infantiles ocurren en atópicos, con independencia de que pueda existir un desencadenamiento por picaduras.⁽¹⁴⁾

- Eccema dishidrótico

Las lesiones se localizan en los laterales de los dedos y en el arco plantar de los pies. Consisten en eritema, pápulas y vesículas que al romperse dan lugar a erosiones, y en

fases avanzadas producen liquenificación, descamación grietas y fisuras. Estas últimas pueden causar dolor.⁽¹¹⁾

- Dermatitis plantar juvenil

Suele presentarse entre los tres años y la pubertad y es favorecida por el uso continuado de calzado deportivo.⁽¹⁾ En la mayoría de los pacientes se limita al tercio distal de las plantas y la cara plantar de los dedos, en el que se aprecia eritema de un aspecto brillante y apergaminado, no exudativo. Puede haber fisuración.^(11,15)

- Eritrodermia

Es la forma más grave de la dermatitis atópica. Se produce un enrojecimiento generalizado de la piel, con intenso prurito, edema, exudación y descamación. Las manifestaciones generales, como fiebre, escalofríos, trastornos digestivos y adenopatías son frecuentes, al igual que las infecciones bacterianas, cutáneas y sistémicas.^(11,15)

- Dermatitis irritativas

Aunque obedezcan a un mecanismo irritativo, químico o físico, algunas de ellas, como la queilitis descamativa, o la dermatitis irritativa perioral por la saliva, el eccema del pezón y determinadas formas de dermatitis del pañal, son tan frecuentes y peculiares que deben considerarse entre las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica.⁽¹¹⁾

Enfermedades asociadas

Entre las muchas enfermedades que se asocian a la dermatitis atópica, además de las propias de la constitución atópica, se encuentran las dermatitis por contacto, la alopecia areata, la ictiosis vulgar, el síndrome de Netherton, el vitiligo, el síndrome nefrótico, el síndrome de Kawasaki, la enteropatía sensible al gluten y diversas enfermedades metabólicas, inmunodeficiencias congénitas y cromosomopatías.^(16,17,18,19)

Comorbilidades de la dermatitis atópica

Muchos de los niños que desarrollan dermatitis atópica tienen mayor predisposición al desarrollo de otras enfermedades alérgicas entre las cuales destacan alergia alimentaria, asma y rinitis alérgica. Alrededor de un 50 % de los pacientes con DA desarrollarán otros tipos de manifestaciones atópicas.^(16,20,21)

Los niños con DA severa desarrollan asma en el 50 % y rinitis alérgica en un 75 %. El riesgo de desarrollar asma puede persistir más allá de los seis años.⁽¹²⁾

Alergia alimentaria

Varios estudios han demostrado que los pacientes con DA tienen reacciones de hipersensibilidad tipo I a los alimentos en el 37-39 % de los casos.^(4,22)

Infecciones

Los pacientes con DA son susceptibles de desarrollar infecciones cutáneas que incluyen bacterias, virus y hongos. Entre las bacterias causantes de las infecciones el estafilococo es el más importante dada su alta prevalencia, pero también se pueden producir por el estreptococo beta hemolítico del grupo A. Estas infecciones incluyen el impétigo, foliculitis, dermatitis por toxinas y en casos infrecuentes infecciones generalizadas.^(17,23)

Hasta un 90 % de los pacientes con DA están colonizados con *S. aureus* en las fosas nasales o en la piel. El estreptococo del grupo A coloniza menos frecuentemente a los pacientes atópicos pero sus infecciones son más invasivas y afectan principalmente la cara y región periocular.

Entre las infecciones virales se encuentra el eczema herpético que es una diseminación cutánea del virus herpes simple 1 (VHS1), y ocurre en menos del 3 % de los pacientes con DA.^(9,24) Esta afección se manifiesta con vesiculopústulas umbilicadas, diseminadas, confluentes, que dejan zonas de piel denudada, costras y zonas hemorrágicas, acompañadas de fiebre y adenopatías.

Los pacientes con DA también tienen riesgo de contagio y diseminación de la infección por el virus del molusco contagioso. Otra afección es el eccema vacunal que es una consecuencia rara de vacunación contra la viruela, por lo que esta vacuna está contraindicada en personas con historia de DA.⁽²⁵⁾

También se observan infecciones frecuentes por dermatofitos y *Candida albicans*. Dentro de las ectoparasitosis se observan escabiosis y pediculosis.^(13,15)

Problemas en salud mental

La teoría psicológica es una de las más antiguas y discutidas para explicar a la dermatitis atópica. Esta enfermedad se asocia con una personalidad característica, también llamada “personalidad atópica”, en la que se presenta labilidad emocional, ansiedad,

hiperactividad, hostilidad, agresividad reprimida, irritabilidad, y alteraciones del sueño. Los niños con dermatitis atópica son muy activos e inteligentes y algunas veces el cuadro clínico se exacerba con eventos emocionales decisivos para el niño, tales como el nacimiento de un hermano, la supresión de la mamila, el ingreso a la escuela, los exámenes escolares, y problemas familiares, entre otros.⁽²⁶⁾

El vínculo de la dermatitis atópica y el estado emocional se remonta desde el año 1900 en que se denominó “neurodermatitis”. Diversos estudios han demostrado que esta enfermedad, incluida su forma leve, afecta negativamente la calidad de vida del paciente y al ser más grave la enfermedad afecta tanto al niño como a su familia.

Se ha reportado que los niños afectados presentan mayor irritabilidad, inquietud y llanto especialmente durante los episodios de rascado. Entre los trastornos de salud mental que se han relacionado con la DA se incluyen: déficit de atención/hiperactividad (ADHD), trastorno de conducta, depresión, ansiedad y autismo. La probabilidad de padecer estos trastornos se correlaciona con la severidad del eczema.^(18,27)

La depresión, ansiedad y autismo se han relacionado con niveles altos de citoquinas proinflamatorias. Otra explicación sería la naturaleza crónica de la enfermedad.^(16,26)

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante la clínica, debido a la inexistencia de pruebas que otorguen sensibilidad y especificidad relevantes.

Para ofrecer una solución a este problema se han creado múltiples criterios diagnósticos, los que se basan en signos y síntomas que se agrupan en manifestaciones mayores y menores.

Entre los criterios más conocidos tenemos los propuestos por Hanifin y Rajka que constituyen un grupo de signos y síntomas que se agrupan en manifestaciones mayores y menores, y deben estar presentes al menos 3 de cada grupo (cuadro 1).⁽¹⁾

Cuadro 1 – Criterios diagnósticos según Hanifin y Rajka

Criterios mayores	
1.	Prurito con o sin excoriación.
2.	Liquenificación y linealidad flexural en adultos.
3.	Dermatitis de cara y superficie extensora en los niños.
4.	Dermatitis crónica o recurrente.
5.	Historia familiar o personal de atopía (asma, rinoconjuntivitis, urticaria, dermatitis atópica) respiratoria o cutánea.
Criterios menores	
•	Xerosis.
•	Ictiosis/ palmas hiperlineales/ queratosis.
•	Edad de comienzo temprano.
•	Suceptibilidad a infecciones cutáneas bacterianas y virales.
•	Elevación de IgE sérica.
•	Reactividad cutánea en test cutáneos.
•	Dermatitis de manos y pies.
•	Eccema de pezón.
•	Queilitis.
•	Conjuntivitis recurrente.
•	Pliegue infraorbitario.
•	Oscurecimiento periorbital.
•	Palidez facial/ eritema facial.
•	Eritrodermia.
•	Pitiriasis alba.
•	Pliegue anterior del cuello
•	Acentuación perifolicular
•	Dermografismo blanco / blanqueamiento retardado
•	Daño a la inmunidad celular
•	Queratocono
•	Catarata subcapsular anterior

El grupo de trabajo británico creó en 1994 otros criterios (cuadro 2).^(1,4)

Cuadro 2 - Criterios diagnósticos establecidos por el grupo del Reino Unido.

Criterios del grupo de trabajo británico
Necesario: Enfermedad cutánea pruriginosa
Al menos 3 de los siguientes:
Antecedente de lesiones en superficies flexoras. Historia de piel seca de forma generalizada. Antecedente personal de otra enfermedad atópica, asma o rinitis (en menores de 4 años se incluye historia de enfermedad atópica en un pariente de primer grado). Dermatitis visible en superficies flexoras o por protocolo fotográfico. Edad de inicio antes de los 2 años de edad.

Actualmente no se dispone de una prueba diagnóstica definitiva de la DA.^(28,29)

Se han diseñado varios índices para la valoración de la gravedad de la dermatitis atópica. El más usado es el *Severity Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD)*,^(1,30,31) método creado y validado por el grupo de expertos en dermatitis atópica conocido como *European Task Force of Atopic Dermatitis (ETFAD)*.⁽³¹⁾

Este método consiste en la descripción, por parte del paciente, de las manifestaciones que sufre, la intensidad de las mismas, y las zonas en las que aparecen dichos síntomas, del cual se obtiene un valor numérico que indica la gravedad de la enfermedad en el momento de la medición.

Diagnóstico diferencial

En cada paciente se deben considerar una serie de condiciones que se presentan con erupciones en la piel y pueden confundirse con DA. En nuestro medio, es frecuente tener que hacer en el niño, el diagnóstico diferencial entre dermatitis atópica y una escabiosis asociada, a la cual es muy susceptible. Las enfermedades que se asemejan a la DA son dermatitis por contacto, dermatitis seborreica, escabiosis (difícil de diferenciar debido al polimorfismo de las lesiones), histiocitosis, síndrome de hiper-IgE, déficit hiper-IgE de IgA, acrodermatitis enteropática y con algunas micosis como tiñas.^(19,29)

Tratamiento

En cuanto al tratamiento debe ser particularizado para cada paciente. No existe en el momento actual una terapéutica curativa definitiva para esta afección. Las medidas higiénicas generales son básicas para conseguir disminuir la incidencia de brotes de lesiones.⁽¹⁸⁾ El manejo es multidisciplinario e incluye explicar al paciente en detalle, o en el caso de niños a la familia, sobre la DA, el pronóstico que tiene y cuáles son los objetivos del tratamiento.^(1,32)

Más que pensar en una posible monoterapia, tendremos que combinar una amplia gama de recursos que incluyan medidas generales, tratamiento tópico y sistémico, y atención psicológica.

Medidas generales

Deben evitarse todas las circunstancias y elementos que provocan prurito, como el calor, especialmente el producido por aire caliente, la sequedad ambiental, el contacto con lana, plásticos y en algunos casos otras fibras. Si bien el exceso de agua y jabón es perjudicial, también lo es la falta de higiene. Es preferible realizar duchas cortas, con agua no excesivamente caliente y con un gel de pH ácido. Las medidas para evitar irritantes incluyen cuidados para disminuir el contacto de alimentos ácidos (tomate, cítricos, etc.) con la piel, cambio frecuente de pañales y aclarado cuidadoso de la ropa. Algunos alimentos ricos en histamina, en cantidades considerables y en niños muy sensibles, pueden agravar el prurito (fresas, frutos secos, mariscos, etc.). Algunos medicamentos liberadores de histamina (ácido acetil salicílico, codeína) o vasodilatadores presentan igual efecto. Se debe evitar el uso de ropas ajustadas, excesivas y fibras sintéticas, así como el estrés emocional y los conflictos familiares. Trabajos inadecuados como carpintería, minería, mecánica, peluquería, etc.^(15,17)

Tratamiento tópico

Cuidado de la piel e hidratación

Es la base del tratamiento de mantenimiento y juega un papel importante en el brote agudo de la enfermedad, ya que permite disminuir la cantidad de esteroides tópicos requeridos para el control de la inflamación.⁽³³⁾

No deben usarse jabones alcalinos. Se utilizan aceites de baño y los baños de avena coloidal, con carácter emoliente. Tras el baño y dentro de los tres minutos se aplicarán hidratantes y emolientes que permitan retener el agua manteniendo la barrera suave y flexible. El uso de esponjas, talcos, perfumes, lociones y el secado por fricción deberán ser eliminados.^(15,17)

Terapéutica tópica

En el momento actual la base del tratamiento tópico son los corticoides, que bien empleados consiguen un control satisfactorio de la inmensa mayoría de los casos. El inicio del tratamiento, si se trata de lesiones leves aisladas, se hará con corticoides tópicos de potencia baja. En los casos habituales de moderada intensidad se empezará con corticoides de mediana potencia (triamcinolona 0,1 %) y como terapia de mantención para prevenir recidivas (especialmente fluticasona). En las formas severas pueden utilizarse corticoides de alta potencia por períodos cortos (7-10 días), para luego continuar con corticoides de mediana potencia. En general se recomienda evitar su uso en pliegues y cara. La elección del corticoide y el excipiente debe adecuarse a la lesión y la zona a tratar. Para las lesiones habituales en los niños, los corticoides de potencia baja o media suelen ser suficientes. El clobetasol no debe utilizarse en la infancia. En la cara, los pliegues, las mamas y la región genital deben usarse preparados de perfil de seguridad alto, para evitar efectos indeseados como rosácea, atrofia, estrías, telangiectasias, hipertrichosis, etc. En niños mayores de 2 años los inhibidores tópicos de la calcineurina suponen una alternativa a la terapéutica con esteroides.^(9,11,13,17,20,34)

Inhibidores de la calcineurina

A diferencia de los corticoides, los inhibidores de la calcineurina no producen atrofia cutánea. Ambos han demostrado ser más efectivos que placebo en el tratamiento de la DA. Los efectos adversos más frecuentes son ardor y eritema local transitorio.

Pimecrolimus

Está indicado en la dermatitis atópica leve-moderada y se debe aplicar a partir de los 2 años de edad, según la FDA. En Europa se aprobó su uso en mayores de 2 meses. El tratamiento precoz con pimecrolimus sería efectivo para prevenir la aparición de lesiones en DA, y disminuir así la necesidad de corticoides tópicos.

La aplicación de pimecrolimus se realiza dos veces al día ante los primeros signos y síntomas. El tiempo máximo de aplicación del pimecrolimus es de 6 semanas consecutivas.⁽²¹⁾

Tacrolimus

Está indicado en la dermatitis atópica moderada-grave. La aplicación en las lesiones activas, se realiza 2 veces al día durante 3 semanas como máximo. El tratamiento puede ser realizado en forma intermitente con períodos de descanso, y si existe un rebrote se reaplicará en cuanto aparezca el más mínimo síntoma, lo que permite un control rápido de la DA.⁽³⁵⁾ Su uso está aprobado por la FDA en mayores de 2 años.^(13,17,21,22,36,37)

En enero del 2006 la FDA comunicó que el uso de estos medicamentos podría asociarse al desarrollo de neoplasias, sin embargo, los inmunomoduladores tópicos se absorben en cantidades mínimas a través de las zonas de piel inflamada. Además, no se ha demostrado la producción de inmunosupresión a través de la aplicación tópica, en ningún estudio experimental.^(19,22)

Antibióticos tópicos

Pueden utilizarse cuando hay sospecha clínica de sobreinfección bacteriana, que generalmente estará producida por *Stafilococcus aureus*. Los antibióticos tópicos recomendados por su actividad antiestafilocócica, son el ácido fusídico, la mupirocina y la retapamulina. La gentamicina tópica es de uso muy limitado, ya que crea resistencias con mucha rapidez y tiene efectos secundarios.^(17,21,22)

Terapéutica sistémica

Los antihistamínicos orales, especialmente los de primera generación que poseen un efecto sedante, son una medida coadyuvante de los corticoides tópicos de gran utilidad. Se utilizan principalmente para romper el ciclo prurito-rascado condicionado por la liberación de histamina, pero debemos recordar que el prurito en la DA no depende exclusivamente de ella. Los antihistamínicos clase I serían útiles por su acción sedante nocturna.^(17,21)

Los corticoides orales sólo deben usarse en casos rebeldes a los tratamientos anteriores y durante períodos cortos. Si son necesarios, es preferible el empleo de prednisona o metilprednisolona que dexametasona. No tienen indicación habitual en la DA. Son

fármacos para usarlos en casos excepcionales de brotes intensos y agudos de dermatitis atópica que no hayan respondido al tratamiento tópico correctamente administrado. Su uso sistémico en la forma infantil no es recomendable porque frente a su suspensión es frecuente la exacerbación del cuadro. En general, los corticoides por vía oral deberían indicarse sólo por los especialistas. En caso de uso, deben utilizarse durante un período corto, entre 5 y 7 días máximo, o mientras dure el brote de DA. Hay que recordar los efectos secundarios de los corticoides orales en los niños, sobre todo en casos en que el tratamiento deba repetirse.^(13,16,17,21,38)

Inmunomoduladores

La ciclosporina, azatioprina, Mofetil Micofenolato son fármacos que pretenden modificar la respuesta inmunológica anómala que da lugar a la aparición de la DA. La utilización de estos fármacos por vía sistémica es excepcional en la DA y sólo deben utilizarse por los especialistas, dado que tienen efectos secundarios importantes que requieren controles hematológicos, de función renal, y crecimiento, entre otras.^(1,20,23)

Fototerapia

Es un tratamiento selectivo para niños con DA grave, mayores de 7 años, que no han respondido al tratamiento convencional. Se administra 3 veces a la semana, en días alternos, durante 1 o 2 min por sesión y durante un máximo de 3 meses. No obstante, por los posibles efectos adversos, especialmente a largo plazo, se prefiere evitar y buscar otras alternativas.^(13,15,17,24,39)

Agentes biológicos

Es una alternativa terapéutica prometedora y con menos toxicidad que otras terapias sistémicas. Se han utilizado en casos refractarios a otros tratamientos con buena respuesta. Los más descritos en la literatura son Infliximab y Efalizumab.⁽²⁵⁾

Atención psicológica

Aproximadamente el 80 % de los niños con DA tienen trastornos del sueño y el 60 % refieren alteración de sus actividades diarias. Habrá que valorar pues, la calidad de vida de niños y padres, -teniendo en cuenta el origen genético de la enfermedad- puede generar

sentimientos de culpa y sobreprotección. El estrés es un factor importante a tener en cuenta.⁽⁴⁰⁾

En casos graves, la psicoterapia puede modificar conductas y se ha mostrado beneficiosa al reducir el estrés y, sobre todo, para el control del prurito.^(19,26,41,42,43,44)

En un estudio realizado por *Folgar Contreras* y otros⁽⁴⁴⁾ se presentaron alteraciones psicológicas en el 20 % de los pacientes estudiados, y el más frecuente fue el insomnio. En la investigación de *Salamanca Sanabria* y *Hewitt Ramírez*⁽⁴⁵⁾ ellos señalaron que la dermatitis atópica tiene una asociación directa con el estrés, la ansiedad y la depresión, como elementos que precipitan y mantienen el trastorno.

Conclusiones

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria, crónica de la piel. Se caracteriza por piel seca, pruriginosa, placas eritematosas, costras, liquenificación e hiperpigmentación, lo cual difiere en su morfología y distribución en dependencia de la edad, grupo étnico, factores predisponentes, complicaciones y duración de la enfermedad. El diagnóstico se realiza mediante la clínica, y el tratamiento debe ser personalizado para cada paciente.

No existe en el momento actual una terapéutica curativa definitiva para esta afección.

Referencias bibliográficas

1. Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L, editores. Dermatología. 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
2. Cardenas Medina A. Dermatitis Atópica: 5 puntos claves para su diagnóstico y manejo. España: Edicus; 2017.
3. Guía de Práctica Clínica y Tratamiento de la Dermatitis Atópica. México: Secretaría de Salud; 2014 [acceso 19/03/2019]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
4. Caro Rebolloa, J. Dermatitis Atópica. Revista Nacional de Pediatría. 2019;41(2).
5. Eishd YP. Mental Health Comorbidity in Atopic Dermatitis. J Allergy Clin Inmuno. 2013 [acceso 18/10/2019];35(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>

6. Varona Pérez P, Fabré Ortiz D, Águila R, Corona B, Venero Fernández S, Suarez Medina R. Prevalencia de síntomas de dermatitis atópica en niños y adolescentes en La Habana (2002-2003). *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2012;28(1).
7. Ministerio de Salud Pública. *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2016.
8. Arenas R. *Atlas, diagnóstico y tratamiento.* 5 ed. México, Distrito Federal: McGraw-Hill; 2013.
9. García BS, Serra BM, Baselga E. Agentes Externos en la Dermatitis Atópica. Nuevos Conceptos en Multiprotección. *Piel.* 2017 [acceso 22/09/2019]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925117300989>
10. Suk K, Oh In-Hwan O, Sun C, Yeong-Ho R. Análisis de epidemiología y factores de riesgo de la dermatitis atópica en niños coreanos y adolescentes de la encuesta nacional de salud y nutrición de Corea 2010. *BioMed Research International.* 2010;201(7):6. DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/5142754>
11. Kim JP, Chao LX, Simpson EL, Silverberg JL. Persistence of atopic dermatitis (AD): a systematic review and meta-analysis. *Am Acad Dermatol.* 2016;75(4):681-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.05.028>
12. González Anaya JA. *Guía de Práctica Clínica y Tratamiento de la Dermatitis Atópica.* México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014.
13. González Gorrín M, Varela Villalobos S, Arocha Rodríguez R. Manejo Multidisciplinario de la dermatitis Atópica. *Folia Dermatológica Cubana.* 2015 [acceso 22/08/2018];9(3). Disponible en: <http://revfdc.sld.cu> .
14. Caro Rebollo MM. Allergic study assessment in atopic children. *Rev Pediatric Aten Primaria.* 2010 [acceso 22/08/2018];12(46):227-37. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n46/original3.pdf>
15. Bagazgoitia M. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica. *Rev. Pediatr Aten Primaria.* 2018 [acceso 28/10/2018];11(15):31-7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-75230?lang=es>
16. Lindh JD. Clinical Effectiveness of Moisturizers in Atopic Dermatitis and Related Disorders. *PudMedic.* 2015;16(5).
17. Byung Eui K, Donald YM. Importancia de la Disfunción de la barrera cutánea en la dermatitis atópica. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2018 [acceso 28/10/2018];10(3):207-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29676067>

18. Amado S; Martínez G. Lecciones de dermatología. 16 ed. Barcelona: McGraw-HILL Interamericana; 2015.
19. Conejo-Mir J, Moreno JC, Camacho F. Tratado de Dermatología. Vol 1. 2 ed. Barcelona: Oceano/ergon; 2017.
20. Manzur J, Díaz Almeida JA, Cortes M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
21. Ferreira S, Torres T. Dupilumab para el tratamiento de dermatitis atópica. Actas Dermosifilogr. 2018 [acceso 28/10/2018];109(3):230-40. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-172828>
22. Dharma C, Lefebvre DL. Patrones de sensibilización alérgica y dermatitis atópica de 1 a 3 años: efectos sobre las enfermedades alérgicas. Clin Exp Allergy. 2018 [acceso 28/10/2018];48:48-59. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143385>
23. Tollefson MM, Bruckner AL. Atopic dermatitis: skin-directed management. Pediatric. 2014;134(6):1735-44. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2812>. PMID:25422009
24. Maldonado Gómez W, Chuan Ibáñez J, Guevara Vásquez G, Gutiérrez C, Sosa Flores J. Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. Rev Peruana Med Exp Salud Pública. 2019;36(2):239-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4180>
25. Glatz M, Jo JH, Kennedy EA, Polley EC. El uso de emolientes altera la barrera cutánea y los microbios en bebés en riesgo de desarrollar dermatitis atópica. PLoS ONE. 2018 [acceso 28/10/2018];13(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29489859>
26. Chih-Ying L, Mu-Hong Ch. Asociación longitudinal entre la dermatitis atópica temprana y el subsiguiente déficit de atención o trastorno autista. Estudio observacional. Medicine. 2016 [acceso 28/10/2018];95:39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27684861>
27. Mendez-Cabeza Velázquez J, Alache Zúñiga H, Cerrada Cerrada E. Manejo de la Dermatitis Atópica en Atención Primaria. MEDIFAM. 2003;13:75-84.
28. De Lucas Laguna R, Sendagorta Cudós E. No todo es dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009 [acceso 28/10/2018];11(15):15-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3009230>

29. Conde-Taboada A, González-Barcala FJ, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99(9):690-700.
30. Navarro-López V, Ramirez-Bosca A, Ramón-Vidal D, Ruzafa-Costas B, Genoves-Martinez S, Chenoll-Cuadros E, *et al.* Effect of Oral Administration of a Mixture of Probiotic Strains on SCORAD Index and Use of Topical Steroids in Young Patients with Moderate Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* 2018;154(1):37-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.3647>
31. Stalder JF, Barbarot S, Wollenberg A. Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD): a new selfassessment scale in atopic dermatitis validated in Europe. *Allergy.* 2011;66(8):1114-21
32. Siqi Y, Xiumei M. Factores que influyen en la incidencia de dermatitis atópica en la descendencia. *Iran J Allergy Asthma Immunol.* 2019 [acceso 28/10/2018];18(4):347-57. Disponible en: <http://ijaai.tums.ac.ir/index.php/ijaai/article/view/2095>
33. Cotter DG, Schairer D, Eichenfield L. Emerging therapies for atopic dermatitis: JAK inhibitors. *J Am Acad Dermatol.* 2018 [acceso 02/12/2019];78(3)Suppl 1:53-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
34. Eseverri JL. Dermatitis atópica. Barcelona: Arts Medica; 2001.
35. Brazilian Society of Dermatology. Atopic Dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2019 [acceso 01/08/2019];94(2):67-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6544038/pdf/abd>
36. Fonseca Capdevila E. Guía de manejo de la Dermatitis atópica. 2001 [acceso 28/10/2018]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guías2/dermatitis_atopica.htm
37. Palencia AB. Dermatitis Atópica. *Rev. Cent Dermatol Pascua.* 2009;8(3).
38. Ferrándiz CF. *Dermatología clínica.* 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
39. Pérez Cotapos ML, Zegpi MS, Saenz de Santamaria ML. Dermatitis atópica. *Rev. Med Clin Condes.* 2013;22(2):197-203.
40. Escribano Ceruelo E, Duelo Marcos MM. Dermatitis atópica. *AEPap: Familia y Salud.* 2011 [acceso 06/09/2019]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/la-piel/dermatitis-yeczemas/dermatitis-atopica>
41. Macaya P. *Guías de tratamientos dermatológicos.* 3 ed. Madrid: Editorial Jarpyo; 2007.
42. Sánchez Landete M. Atención farmacéutica en pacientes con dermatitis atópica. [Tesis doctoral]. Madrid. España: Universidad Complutense de Madrid; 2019.

43. Cornejo. F. Trastorno de ansiedad y su relación con la calidad de vida en pacientes adultos con dermatitis atópica [Tesis]. Quito. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2011.
44. Folgar Contreras MJ, Ramos Rodríguez M, Pastrana Gonzales KS. Prevalencia de Dermatitis atópica en niños y adolescentes de zonas rurales/urbanas de Honduras. Rev Cient Cienc Méd. 2019;22(2):22-8. DOI: <https://doi.org/10.51581/rccm.v22i2.19>
45. Salamanca Sanabria A, Hewitt Ramírez N. Factores biológicos y psicológicos de la Dermatitis atópica. Psychologia. 2011;5(1). DOI: <http://doi.org/10.21500/19002386.1121>

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.