



Revista alergia México

ISSN: 0002-5151

ISSN: 2448-9190

Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia, A.C.

Rincón-Pérez, Catalina; Torres-Alarcón, Carmen Gabriela; Cerda, Saraid;
Maldonado-Hernández, Juan Gabriel; Marín-Ambrocio, Patricia; Tovar-Franco, Rocío
Características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel
Revista alergia México, vol. 68, núm. 1, 2021, Enero-Marzo, pp. 12-25
Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia, A.C.

DOI: <https://doi.org/10.29262/ram.v68i1.843>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486771908004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Clinical characteristics of a population with atopic dermatitis in a tertiary center

Características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel

Catalina Rincón-Pérez,¹ Carmen Gabriela Torres-Alarcón,² Saraid Cerda,¹
Juan Gabriel Maldonado-Hernández,¹ Patricia Marín-Ambrocio,¹ Rocío Tovar-Franco¹

Abstract

Background: Information about the clinical and epidemiological characteristics of atopic dermatitis (AD) is essential to generate knowledge of the disease and its socioeconomic impact.

Objective: To describe the clinical characteristics of the patients of an atopic dermatitis clinic.

Methods: An observational, retrospective, and cross-sectional study. Demographic data, severity of the AD (according to the Eczema Area Severity Index), clinical phenotype, total serum IgE, the presence of allergic and non-allergic comorbidities, as well as of anxiety and depression, were recorded by means of targeted questionnaire and Hamilton Scale. Descriptive and inferential statistics were obtained, considering a statistical significance associated with a value of $p < 0.05$.

Results: 187 patients were included; the median age was 12 years with a range of 1-87 years. Differences were found regarding sex and severity ($p < 0.05$). Mild forms of AD were presented in 57.8% of the patients, moderate forms in 20.9%, and severe forms in 21.4%. The severity was associated with allergic comorbidities such as asthma ($p = 0.001$) and allergic conjunctivitis ($p < 0.001$). Severe AD was associated with a state of anxiety and depression ($p < 0.05$), as well as with ocular affection ($p < 0.001$).

Conclusion: The pediatric population is the most affected by AD; however, in the adult population, the severe form associated with allergic comorbidities is observed.

Key words: Atopic dermatitis; Classification; Comorbidities; Phenotype

Este artículo debe citarse como: Rincón-Pérez C, Torres-Alarcón CG, Cerda S, Maldonado-Hernández JG, Marín-Ambrocio P, Tovar-Franco R. Características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel. Rev Alerg Mex. 2021;68(1):12-25

ORCID

Catalina Rincón-Pérez, 0000-0001-7319-0771; Carmen Gabriela Torres-Alarcón, 0000-0003-1550-1142; Saraid Cerda, 0000-0002-8462-822X; Juan Gabriel Maldonado-Hernández, 0000-0001-9313-1867; Patricia Marín-Ambrocio, 0000-0002-6025-6695; Rocío Tovar-Franco, 0000-0002-6563-7497

¹Secretaría de la Defensa Nacional, Unidad de Especialidades Médicas, Ciudad de México, México

²Secretaría de la Defensa Nacional, Hospital Central Militar, Ciudad de México, México

Correspondencia: Catalina Rincón Pérez.
dermatologia.medica.avanzada@gmail.com

Recibido: 2020-11-28
Aceptado: 2021-04-06
DOI: 10.29262/ram.v68i1.843



Resumen

Antecedentes: Los datos sobre características clínicas y epidemiológicas de la dermatitis atópica son fundamentales para generar conocimiento sobre la enfermedad y su impacto socioeconómico.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes de una clínica de dermatitis atópica.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se registraron datos demográficos, gravedad de la dermatitis atópica (según el Eczema Area Severity Index), fenotipo clínico, IgE sérica total, presencia de comorbilidades alérgicas y no alérgicas, así como de ansiedad y depresión mediante interrogatorio dirigido y escala de Hamilton. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, considerando una significación estadística con $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 187 pacientes, la edad tuvo una mediana de 12 años, con un rango de uno a 87 años. Se encontraron diferencias respecto al sexo y gravedad ($p < 0.05$). La dermatitis atópica leve se presentó en 57.8 %, la moderada en 20.9 % y la grave en 21.4 %. La gravedad estuvo asociada a comorbilidades alérgicas como asma ($p = 0.001$) y conjuntivitis alérgica ($p < 0.001$). La dermatitis atópica grave se asoció a ansiedad y depresión ($p < 0.05$), así como afectación ocular ($p < 0.001$).

Conclusión: La población pediátrica es la más afectada por dermatitis atópica, pero en los adultos se observa la forma grave asociada a comorbilidades alérgicas.

Palabras clave: Dermatitis atópica; Clasificación; Fenotipo; Comorbilidades

Abreviaturas y siglas

DA, dermatitis atópica

EASI, Eczema Area Severity Index

Antecedentes

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria, crónica, pruriginosa y no contagiosa que cursa con exacerbaciones y remisiones. Puede acompañarse de comorbilidades alérgicas, clínicamente se caracteriza por eritema, pápulas, edema, vesículas, costras, liquenificación o xerosis en zonas topográficas de acuerdo con la edad del paciente.¹ Otras formas menos comunes presentan solo pápulas muy pruriginosas (DA variedad papular) o eccema numular (DA variedad eccema numular).^{2,3} Existe evidencia que la DA es una enfermedad sistémica.⁴ Su etiología es multifactorial con componente genético, inmunológico y ambiental, así como con involucramiento del microbioma cutáneo, lo que lleva a disfunción de la barrera y desregulación inmunológica.

El diagnóstico de DA es clínico; entre los criterios que se pueden aplicar se incluyen los criterios de Williams, que consisten en una manifestación esencial: dermatitis pruriginosa o antecedente de rascado más tres de los siguientes criterios:

- Dermatitis en áreas de flexión que involucra huecos cubitales y poplíteos.
- Dermatitis visible en mejillas o en áreas extensoras en niños hasta de 18 meses.
- Historia de xerosis generalizada en los últimos 12 meses.
- Historia personal de asma o rinitis alérgica (RA) o historia de enfermedad atópica en familiares de primer grado en niños < 4 años.
- Inicio de signos y síntomas en niños < 2 años (no válido si el niño es < 4 años).

Estos criterios son un refinamiento de los criterios de Hanifin y Rajka, basados en la historia y presentación clínica.^{2,5}

La presentación clínica de la DA difiere de acuerdo con la edad; en recién nacidos y lactantes, la topografía es en mejillas, cara (respetando el triángulo naso labial), piel cabelluda y caras extensoras de las extremidades (Figura 1). En escolares afecta flexuras de codos y rodillas, cuello, pliegue de la



Figura 1. Paciente con eritema, costras melicéricas y escoriaciones en los sitios característicos.

muñeca y zona perioral. En adolescentes y adultos, además puede afectar zona periocular, área periareolar, pliegues axilares anterior y posterior, así como zona genital, dorso de manos y pies (Figura 2). En la población pediátrica y en la escolar, el diagnóstico es más sencillo por la presentación clínica característica y porque la prevalencia en esos grupos etarios

llega hasta 20 %, a diferencia de los adultos, en quienes es de 3 %;^{6,7} sin embargo, existe una gran variación en la prevalencia de DA entre los diferentes países.⁸ Se considera una enfermedad propia de la infancia que disminuye su prevalencia e intensidad con la edad,⁸ situación que no siempre se cumple.

Los estudios epidemiológicos multinacionales como el Estudio Internacional de Asma y Alergias en los niños (ISAAC, International Study of Asthma and Allergies in Childhood)⁹ ha obtenido una incidencia de DA entre adolescentes europeos de 13 a 14 años, que va de 1.5 % en Lituania a 15 % en Bulgaria, Dinamarca, Finlandia y Hungría.⁹ En Estados Unidos se observó de 1993 a 2015, un aumento en la prevalencia según el Registro Nacional de Consultas Ambulatorias, donde se evidenció un incremento en la atención de los cuadros agudos de DA por parte del médico de atención primaria, seguida por la proporcionada por dermatólogos y alergólogos.¹⁰

Métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal que incluyó a 187 pacientes activos de todas las edades, atendidos en la Clínica de DA en



Figura 2. Afectación en pliegues cubitales, axila y areola.



un centro de tercer nivel de abril de 2017 a abril de 2018. Se obtuvo autorización del Comité de Investigación del Centro.

Se recopilaron los datos como edad, sexo, procedencia, nacimiento por parto vaginal o cesárea, alimentación al seno materno, antecedentes personales o familiares de DA, asma, rinitis, conjuntivitis o alergia alimentaria y antecedente de impétigo. También se obtuvieron los datos de la clasificación de la enfermedad por edad (lactante, escolar, adolescente y adulto), IgE (intrínseca < 200 UI/mL y extrínseca > 200 UI/mL), fenotipo clínico (inicio en la infancia y permanencia en la niñez, inicio en la infancia con eccema grave persistente, inicio en la adolescencia-adulthood con eccema leve-moderado, inicio en la adolescencia-adulthood con eccema grave persistente, así como otros) y gravedad de la enfermedad según el Eczema Area Severity Index (EASI, que la clasifica en leve [0-7 puntos], moderada [7-21 puntos] y grave [> 21 puntos]).

Se obtuvieron las frecuencias de los antecedentes que posiblemente estuvieran relacionados con la enfermedad y gravedad, como el antecedente familiar de DA y las comorbilidades alérgicas como asma, rinitis, conjuntivitis o alergia alimentaria. Se determinó la asociación de la gravedad con ansiedad y depresión. Una de las variables de interés en esta investigación fue el tiempo de diagnóstico operativizado por el tiempo desde el inicio de los síntomas y signos hasta su diagnóstico definitivo.

Debido a la relevancia clínica, las variables de asma, clasificación por fenotipo y por IgE se exploraron con datos perdidos, lo que quedó claramente señalado en las tablas y gráficas. Se realizó estadística descriptiva e inferencial (con chi cuadrada), considerando una significación estadística asociada a un valor de $p \leq 0.05$; se utilizó el programa SPSS versión 24.

La presente investigación se clasifica como investigación sin riesgo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.¹¹

Resultados

Se incluyeron 187 pacientes activos de la Clínica de Dermatitis Atópica. El promedio de edad fue de 19.02 ± 19.08 años, con un rango amplio de edad (1-87 años) y una mediana de 12 años. El sexo de los pacientes mostró una afectación en el sexo masculino

de 52.4 % ($n = 98$). En el Cuadro 1 se describen las frecuencias de las características demográficas y en el Cuadro 2, las frecuencias de los antecedentes hereditarios. El antecedente familiar de DA, asma, rinitis o alergias no estuvo presente en la mayoría de los pacientes.

En el Cuadro 3 se describen las frecuencias de los factores posiblemente asociados a la gravedad de la DA; edad, sexo, antecedente de asma, antecedente de alergias y conjuntivitis alérgica fueron los factores asociados ($p < 0.05$). En esta investigación, el antecedente de nacimiento por parto vaginal y de alimentación al seno materno no se asociaron a la gravedad de la enfermedad ($p > 0.05$); sin embargo, el antecedente de impétigo sí ($p < 0.05$).

Los pacientes se clasificaron por gravedad (Cuadro 4); la forma leve constituyó la de mayor presentación. La gravedad estuvo asociada a la forma de presentación de acuerdo con la clasificación por edad, IgE y fenotipo ($p < 0.05$). Respecto a la clasificación por IgE, la forma extrínseca fue la de

Cuadro 1. Características demográficas de los pacientes que ingresaron al estudio ($n = 187$)

Edad (años)		
Media \pm DE	19.02 \pm 19.08	
Rango (mínimo-máximo)	86 (1-87)	
	n	%
Sexo		
Femenino	89	47.6
Masculino	98	52.4
Tipo de paciente		
Militar	12	6.4
Derechohabiente	175	93.6
Ocupación		
Estudiante	135	72.2
Ama de casa	12	6.4
Profesional	14	7.5
Empleado	14	7.5
Otra	12	6.4

mayor frecuencia, con 61.3 %, ($n = 111$, Figura 3) y el fenotipo más representativo fue el de inicio en la infancia que permanece en la niñez, con 46.5 % ($n = 87$, Figura 4).

En cuanto al tiempo de diagnóstico, se observó un promedio de 12.39 ± 42 meses; hasta 60.4 % ($n = 113$) de los pacientes fue diagnosticado en menos de un mes. El tiempo de diagnóstico se asoció con el lugar donde radicaba el paciente, principalmente en la Ciudad de México y Estado de México, que representaron 88.2 % de los pacientes ($n = 165$). El fenotipo clínico también se asoció al tiempo de diagnóstico: el de inicio en la infancia que permanece en la niñez y el de inicio en la infancia con eccema grave persistente fueron los diagnosticados en un tiempo < 12 meses; el de inicio en la adolescencia-adulthood con eccema leve-moderado y el de inicio en la adolescencia-edad adulta con eccema grave persistente constituyeron los que tardan más tiempo en ser diagnosticados ($p < 0.005$). De la misma manera, se encontró también una asociación con la gravedad de la enfermedad; las formas leves son las diagnosticadas en menor tiempo (24 meses) y las graves, en tiempos mayores ($p = 0.034$).

En cuanto a la gravedad y la clasificación por edad (Figura 5) se observaron diferencias en la presentación: las formas leves afectaron predominantemente a los lactantes, escolares y adolescentes y las formas moderada y grave, a los adultos ($p = 0.006$).

En cuanto a los fenotipos y la gravedad de la enfermedad, el fenotipo de inicio en la infancia que permanece en la niñez es predominantemente leve y el de inicio en la adolescencia-adulthood con eccema leve o moderado y eccema persistente se asoció a presentación grave ($p < 0.001$). El eccema grave y persistente en cualquier edad se asoció a forma grave (Figura 6).

La DA extrínseca se asoció con una forma grave ($p = 0.022$, Figura 7), pero esta no se asoció a la clasificación por edad ($p = 0.373$, Cuadro 5).

La gravedad de la DA se asoció a un estado de ansiedad y depresión que afectó principalmente a pacientes con DA grave ($p < 0.05$) y afectación ocular ($p < 0.001$).

Discusión

En nuestro país son limitadas las investigaciones sobre las características clínicas y demográficas de pacientes con DA; además, se carece de descripciones sobre el impacto de la enfermedad. Existen

Cuadro 2. Antecedentes de los pacientes con dermatitis atópica ($n = 187$)

	n	%
Antecedente familiar de dermatitis atópica		
Sí	52	27.8
No	127	67.9
Se desconoce	8	4.3
Heredofamiliares con DA (asma, rinitis o alergias)		
Sí	55	29.4
No	131	70.1
Se desconoce	1	0.5
Tipo de parto		
Vaginal	151	80.7
Cesárea	18	9.6
Se desconoce	18	9.6
Alimentación al seno materno		
Sí	156	83.4
No	31	16.6

DA = dermatitis atópica.

artículos sobre las características de la DA como las de Rodríguez Orozco,¹² Bedolla Barajas¹³ y Herrera,¹⁴ en las cuales se utilizaron encuestas.

En la investigación de Rodríguez Orozco¹² se reportó una prevalencia de la DA de 10.1 % en niños y de 5.4 % en adolescentes de 11 a 16 años. Bedolla Barajas¹³ aplicó 9578 encuestas ISAAC a padres de niños entre seis y 12 años de edad en Morelia, Michoacán, y reportó una prevalencia de 3 %. Recientemente, Herrera¹⁴ dio a conocer los resultados de una encuesta electrónica que realizó a dermatólogos, alergólogos y pediatras sobre los criterios diagnósticos de DA. Estos trabajos tienen la limitante de que la información se obtuvo a través de encuestas y de un familiar en el caso de los estudios de Rodríguez Orozco¹² y Bedolla Barajas.¹³

En el presente trabajo se analizaron a 187 pacientes atendidos en la Clínica de Dermatitis Atópica, con un seguimiento mínimo de un año y en algunos de casos desde 2011, año en el que se creó la Clínica de Dermatitis Atópica en la Unidad de Es-

Cuadro 3. Factores asociados a la gravedad de la dermatitis atópica (n = 187)								
		Leve n = 108 (57.8 %)		Moderado n = 39 (20.8 %)		Grave n = 40 (21.4 %)		p
Edad (años)								
Media ± DE		14.4 ± 16.3		25.51 ± 22.8		25.3 ± 19.1		0.001
Rango (mínimo-máximo)		86 (1-87)		80 (2-82)		80 (2-82)		
Evolución (meses)								
Media ± DE		6.93 ± 32.07		6.26 ± 14.68		31.9 ± 68.51		0.004
Rango (mínimo-máximo)		300(0-300)		72 (0-72)		360 (0-300)		
		n	%	n	%	n	%	
Sexo								
Masculino		46	24.6	24	12.8	28	15.0	0.005
Femenino		62	33.2	15	8.0	12	6.4	
Tipo de paciente								
Militar		2	1.1	3	1.6	7	3.7	0.002
Derechohabiente		106	56.7	36	19.2	33	17.6	
Antecedente familiar de DA*								
Sí		28	15.1	9	4.8	18	9.50	0.054
No		78	42.2	30	16.0	22	11.9	
Antecedente familiar con DA asma, rinitis o alergias.								
Sí		14	7.5	3	1.6	10	5.40	0.572
No		94	50.3	36	19.2	30	16.0	
Tipo de parto*								
Vaginal		89	52.70	29	17.20	33	19.50	0.568
Cesárea		12	7.10	4	2.40	2	1.20	
Alimentación al seno materno*								
Sí		92	49.20	31	16.6	33	17.60	0.703
No		16	8.60	8	4.2	7	3.70	
Antecedente de asma*								
Sí		7	3.80	6	3.2	12	6.50	0.001
No		99	53.80	33	17.6	27	14.70	
Antecedente de rinitis*								
Sí		10	5.50	5	2.70	7	3.80	0.339
No		96	52.50	34	18.60	31	16.90	
Antecedente de alergias*								
Si		8	4.40	2	1.10	10	5.50	0.004
No		97	53.0	37	20.20	29	15.80	
Antecedente de conjuntivitis alérgica*								
Sí		7	3.80	6	3.2	14	7.60	< 0.001
No		99	53.80	33	17.6	25	13.60	
*Se calculó sobre el número de pacientes que tenían disponible la información.								

*Se calculó sobre el número de pacientes que tenían disponible la información.

pecialidades Médicas, de la Secretaría de la Defensa Nacional. La necesidad de una clínica para la atención de pacientes con DA surgió por el incremento de los pacientes que requieren atención multidisciplinaria, ya que en la mayoría de los casos con DA grave descontrolada que llevan varios años con la enfermedad suelen dejar de asistir a su consulta, presentan poco apego al tratamiento e, incluso, abandonan el seguimiento. La atención en una clínica con recursos humanos formados para atender esta problemática es motivante para los pacientes.

En esta investigación, para el diagnóstico se utilizaron los criterios del grupo de trabajo del Reino Unido, coloquialmente conocidos como criterios de Williams, que pueden aplicarse en cualquier nivel

de atención. En el inicio de la creación de la Clínica de Dermatitis Atópica se comparó el diagnóstico de DA con la aplicación de los criterios de Hanifin y Rajka *versus* con los criterios de Williams, en un grupo de 100 pacientes pediátricos. Se observó que hasta en 20 % de los pacientes, los diagnósticos de DA con criterios de Hanifin y Rajka correspondieron a pitiriasis alba o queratosis pilar.* Los criterios de Williams corresponden a un refinamiento de los extensos criterios de Hanifin y Rajka, además de que pueden ser aplicados por los médicos de primer contacto, requieren menos tiempo y su revisión resulta más práctica para los pacientes.

El retraso del diagnóstico implica un retraso en el tratamiento, incluso en las medidas básicas

Cuadro 4. Características clínicas de los pacientes con Dermatitis Atópica y su asociación con la gravedad de la enfermedad (n = 186)

	Leve n = 108 (58 %)		Moderado n = 39 (21 %)		Grave n = 39 (21 %)		p
	n	%	n	%	n	%	
Clasificación por edad							
Lactante	45	24.2	12	6.4	5	2.7	0.006
Escolar	42	22.6	13	6.9	15	8.1	
Adolescente	8	4.3	3	1.6	5	2.7	
Adulto	13	7.0	11	5.9	14	7.5	
Clasificación por IgE*							
Extrínseca	60	33.1	21	11.6	30	16.6	0.022
Intrínseca	47	26.0	16	8.80	7	3.90	
Clasificación por fenotipo*							
Inicio en la infancia, permanece en la niñez	65	35.3	15	8.0	7	3.80	< 0.001
Inicio en la infancia, eccema grave persistente	0	0.0	1	0.5	4	2.20	
Inicio en la adolescencia-adulthood, eccema leve-moderado	8	4.30	6	3.2	3	1.60	
Inicio en la adolescencia-adulthood, eccema grave persistente	2	1.10	2	1.1	6	3.30	
Otra	31	16.8	15	8.0	19	10.3	

*Se calculó sobre el número de pacientes que tenían disponible la información.

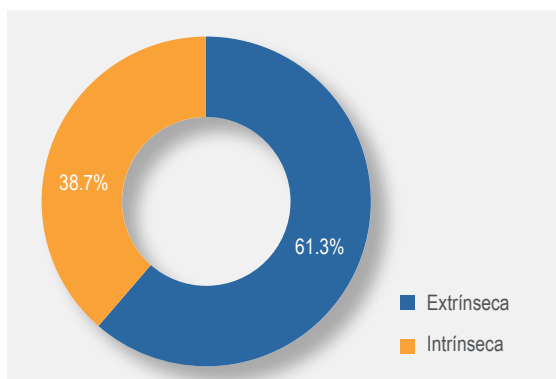


Figura 3. Características clínicas, clasificación por IgE (n = 181).

de atención a la piel que deben realizarse independientemente de la gravedad. En esta investigación se demostró que el tiempo de diagnóstico fue amplio, desde meses hasta años, por lo que la barrera cutánea se deterioró debido a la falta de uso de emolientes, cuyo uso fue subestimado por el paciente. La Clínica de Dermatitis Atópica ha permitido demostrar que la educación del paciente es fundamental para el apego terapéutico y que debe ser individualizada en los pacientes con DA de moderada a grave, a quienes es necesario explicar la importancia de evitar factores exacerbantes y utilizar emolientes y ropa de algodón.

Para demostrar los beneficios del emoliente en un grupo de pacientes con DA de leve a moderada, en un estudio se utilizó en el hemicuerpo derecho un emoliente de marca indicado para DA y en el hemicuerpo izquierdo, una formulación magistral

similar a la formulación de marca; la mejoría en la hidratación y en la disminución del prurito en ambos hemicuerpos fue similar, lo que demostró que la aplicación del emoliente mejora los signos y síntomas de la DA.

La clinimetría utilizada hasta el 2015 fue la Scordad, sin embargo, debido a que los pacientes pueden presentar diferentes características clínicas por segmento corporal es difícil seleccionar una sola lesión en todo el cuerpo para establecer la gravedad. El EASI ofrece la evaluación por segmentos corporales y la posibilidad de sumar dos lesiones representativas para obtener un promedio en el mismo segmento, lo que hace que sea una escala más objetiva y exacta en la evaluación de la gravedad del paciente. La adición de una escala para medir el prurito permite una clara estratificación de la gravedad del paciente.

Disponer de una Clínica de Dermatitis Atópica ha permitido conocer más a los pacientes y que los brotes de la enfermedad pueden estar relacionados con factores externos como exposición a alérgenos o a estrés. El antecedente de la coexistencia de ansiedad y exacerbación de la DA sin presencia de alergia permite observar un fenotipo diferente de pacientes en los cuales el abordaje por el servicio de psicología o psiquiatría es fundamental. En las biopsias de piel con lesión y sin lesión de pacientes con DA extrínseca, los cambios histológicos son similares (infiltrado inflamatorio e hiperplasia), no así en los pacientes sin alergia y con ansiedad, en quienes solo la piel con lesión tiene cambios inflamatorios.

Debido al incremento en el número de pacientes en la Clínica de Dermatitis Atópica al ser un centro de referencia, en 2017 se iniciaron talleres de edu-

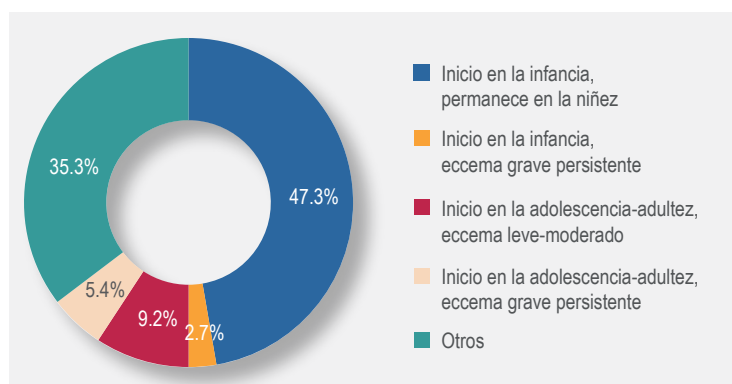


Figura 4. Características clínicas, clasificación por fenotipo (n = 184).

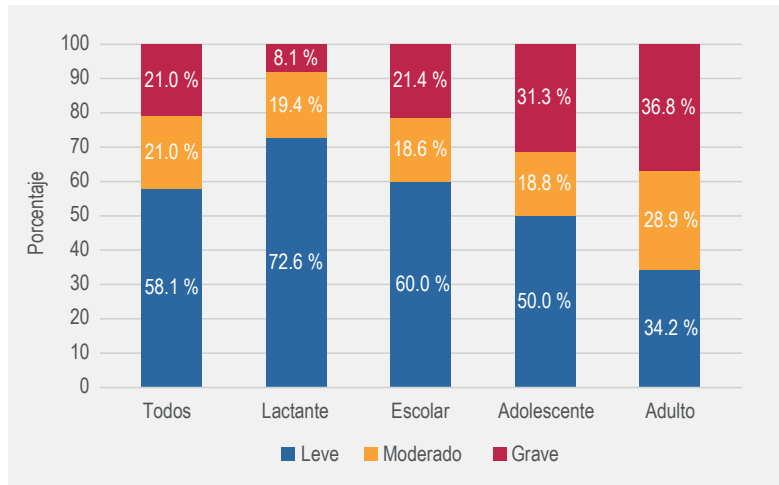


Figura 5. Gravedad de la dermatitis atópica y su clasificación por edad. Las formas graves predominaron en los adolescentes y adultos ($p = 0.006$).

cación terapéutica grupales con enfoque multidisciplinario, con la finalidad de educar a los pacientes y hacerlos participe de su enfermedad y de su tratamiento, quienes se organizaron para crear una red de apoyo. Contar con una población relativamente cautiva permite la mejora continua en relación con el diagnóstico, clasificación y tratamiento.

La DA es una enfermedad que puede afectar a un individuo en cualquier etapa de su vida y no solamente en la edad pediátrica, como se ha descrito en varios estudios. En esta investigación se observó también afectación en pacientes adultos mayores, similar a lo reportado por Howard Chu¹⁵ y Xin Wang,¹⁶ quienes reportaron pacientes con rango de

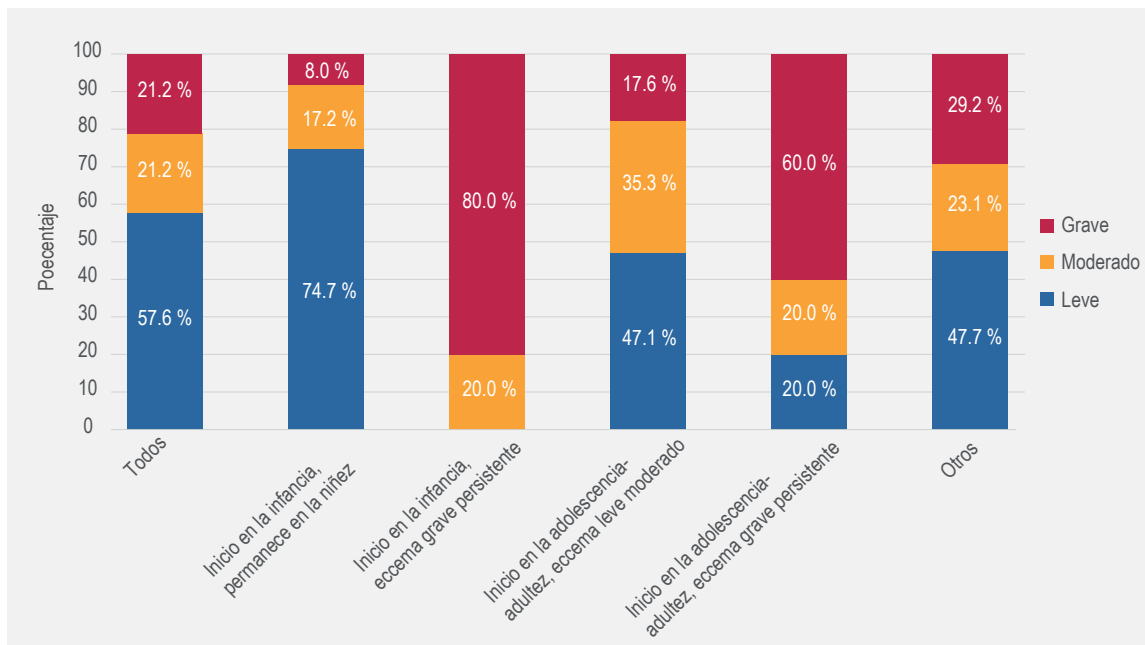


Figura 6. Gravedad de la dermatitis atópica y el fenotipo. Las formas graves predominaron en las formas persistentes ya sea de inicio en la infancia, o en la adolescencia y edad adulta ($p < 0.001$).

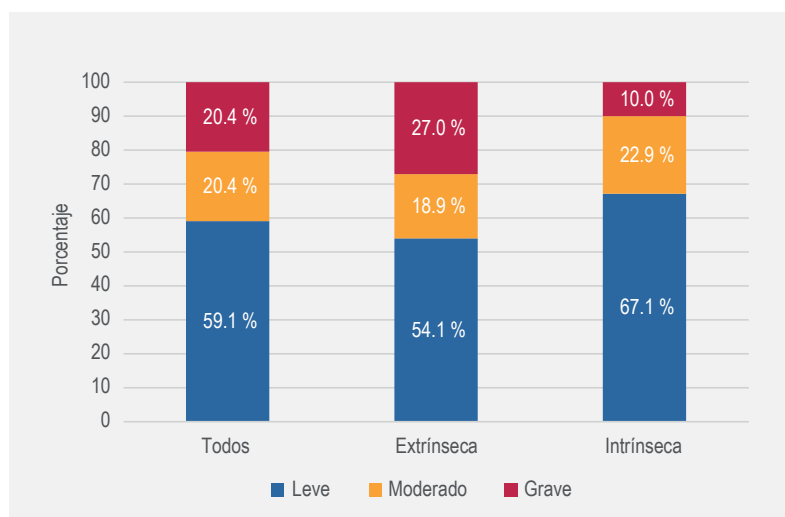


Figura 7. Gravedad de la dermatitis atópica y su clasificación por IgE. La clasificación por IgE se definió como > 200 UI/mL en extrínseca y valores de IgE < 200 UI/mL como intrínseca. La dermatitis atópica grave predominó en la clasificación extrínseca ($p < 0.022$).

edad hasta los 86 años. Similar a nuestro estudio, observamos que a los adultos mayores con DA les genera tranquilidad participar en talleres de educación terapéutica, como distractor y como herramienta; además, en ellos el prurito trastorna más el sueño debido a la tendencia a la depresión en muchos de ellos. Participar con otros pacientes con la misma enfermedad genera autoconfianza en el adulto mayor.

Globalmente, la afectación por sexo no mostró diferencias, lo cual fue similar a lo descrito por Howard Chu¹⁵ en una muestra de 5000 pacientes en quienes se observó una afectación de 51.8 % en los pacientes del sexo masculino. De igual manera, Xin Wang¹⁶ en una muestra de 9393 pacientes reportó una frecuencia de afectación de 53.1 % de los pacientes del sexo masculino.

El antecedente familiar de DA estuvo presente en los pacientes con DA moderada y grave en 20 y 50 %, respectivamente, así como los antecedentes familiares de asma, rinitis o alergias, en 29.4 %. En 2017, Howard Chu¹⁵ encontró comorbilidades alérgicas en 34.3 % de los pacientes.

Las poblaciones afectadas con formas leves fueron predominantemente pacientes jóvenes (niños y adolescentes) y con formas moderadas y graves, pacientes adultos, por lo que el fenotipo clínico y la gravedad se asociaron con el tiempo de diagnóstico. El fenotipo de DA de inicio en la infancia que permanecen en la niñez y el de inicio en la infancia con eccema grave persistente, así como las formas leves, fueron diagnosticadas en un tiempo promedio de

12 meses y las formas graves, en tiempos mayores. También se observó que el tiempo de diagnóstico disminuyó mientras más cerca se ubicara el centro de atención de la Clínica de Dermatitis Atópica, lo cual reflejó que la prontitud de la referencia.

En este punto hay que resaltar que el fenotipo del adulto es una entidad con poca sospecha clínica debido a que su presentación es diferente a la que estamos acostumbrados. Las características morfológicas de la DA del adulto constituyen las diferentes formas de presentación que se describen a continuación:

- Presentación clínica papular: lesiones papulares diseminadas en extremidades y tronco que se acompañan de prurito intenso; el diagnóstico diferencial debe realizarse con escabiasis o prurigo.
- Eccema en cuello, cara (párpados superiores e inferiores) y frente de forma bilateral y simétrica: el diagnóstico diferencial es con lupus cutáneo o dermatitis de contacto aerotransportada.
- Eccema de manos crónico no alérgico: el diagnóstico diferencial incluye la dermatitis por contacto hiperqueratósica y la psoriasis palmo-plantar.
- Eccema del pezón: se acompaña de prurito intenso con las diferentes formas de presentación del eccema (agudo, subagudo y crónico) y generalmente se acompaña de impétigo. Se presenta en hombres o mujeres.

Cuadro 5. Fenotipos prevalentes de acuerdo con la clasificación por edad

	Lactante n = 62 (33.2 %)		Escolar n = 71 (38.0 %)		Adolescente n = 16 (8.5 %)		Adulto n = 38 (20.3 %)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clasificación por IgE									
Extrínseca	39	21.5	44	24.3	11	5.8	17	9.4	0.373
Intrínseca	22	12.2	25	13.8	5	2.7	18	9.9	
Clasificación por fenotipo									
Inicio en la infancia, perma- nece en la niñez	41	22.3	46	25.0	0	0.0	0	0.0	< 0.001
Inicio en la infancia, ecce- ma grave persistente	1	0.5	4	2.2	0	0.0	0	0.0	
Inicio en la adolescencia- adultez, eccema leve- moderado	1	0.5	1	0.5	8	4.3	7	3.8	
Inicio en la adolescencia- adultez, eccema grave persistente	0	0.0	0	0.0	4	2.1	6	3.3	
Otro	19	10.3	17	9.2	4	2.1	25	13.6	

- Eccema numular: se caracteriza clínicamente por la presencia de lesiones numulares muy pruriginosas localizadas en tronco y extremidades.

En todos los casos se observa xerosis generalizada y prurito intenso con una evolución de más de seis meses.

En esta investigación, al clasificar la DA por edad (lactante, escolar, adolescente y adulto) se observó que se limita la información cuando se diagnóstica por primera vez en adultos, sobre todo en pacientes > 60 años. Por lo anterior, se recomienda utilizar la descripción por edad al inicio de la enfermedad, como describe Thomas Bieber,¹⁷ con seis categorías:

- Inicio muy temprano (tres meses a los dos años).
- Inicio temprano (de dos y seis años).
- Inicio en la edad escolar (de seis a 14 años).
- Inicio en la adolescencia (de 14 y 18 años).
- Inicio en el adulto (de 20 a 60 años).
- Inicio muy tardío (> 60 años).

En esta investigación se incluyeron pacientes hasta de 87 años, por lo que se debe sospechar esta

dermatosis incluso en pacientes mayores de 60 años (Figura 8).

En este estudio se asoció el sexo masculino con la gravedad ($p = 0.005$). La DA extrínseca se asoció a forma grave, similar a lo reportado por Howard Chu,¹⁵ en 76.3 %.

Asimismo, también se asoció con comorbilidades principalmente alérgicas como la presencia de asma, el antecedente de alergia alimentaria y la con-

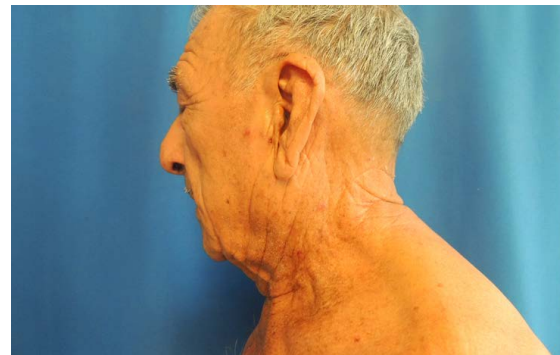


Figura 8. Dermatitis atópica del adulto variedad papular con la presencia de pápulas escoriadas en el cuello.

juntivitis alérgica. Leong,¹⁸ en su estudio de 10 077 pacientes con DA, demostró que hay una asociación entre asma, rinitis alérgica y alergia alimentaria en pacientes con DA moderada a grave. El antecedente de parto vaginal y de alimentación al seno materno no se asoció a la gravedad de la enfermedad, pero sí al antecedente de impétigo.

Se conoce que la colonización cutánea por *Staphylococcus aureus* es de 70 % en la piel lesionada y de 30 % en la piel sin lesión, colonización directamente proporcional a la gravedad de la enfermedad, por lo que se espera que los pacientes más graves presenten más impétigo por *Staphylococcus sp.*¹⁹ Además del impétigo existen otras comorbilidades infecciosas asociadas a la DA, como infecciones por el virus de coxsackie, poxvirus del molusco contagioso y virus del papiloma humano.²⁰

La gravedad de la enfermedad se asoció a un estado de ansiedad y depresión principalmente en pacientes con DA grave.²¹ En una revisión sistemática y metaanálisis, en DA del adulto se encontró asociación con ansiedad, depresión, ideación suicida e intento suicida, con 44 y 36 % de estos dos últimos, respectivamente, en comparación con quienes no tienen DA.^{21,15,22} Los trastornos mentales en estos pacientes fueron más comunes en las mujeres.²³

La gravedad de la enfermedad se asoció a afectación ocular en forma similar a los hallazgos de Thyssen,²⁴ quien observó mayor riesgo de conjuntivitis, queratitis y queratocono en los pacientes con DA en comparación con la población general.

En cuanto a los fenotipos y la gravedad de la enfermedad, la DA de inicio en la infancia y que permanece en la niñez y la DA de inicio en la adolescencia-adulthood con eccema leve o moderado son predominantemente leves; los fenotipos graves y persistentes se asociaron a formas graves.

La complejidad propia de la enfermedad por la etnicidad, presencia o no de la mutación del gen de la filagrina, nivel de IgE sérica total y el mecanismo

molecular propio de cada individuo (endotipo)²⁵ se refleja en la existencia de diferentes subtipos y fenotipos clínicos basados en la edad y la cronicidad.

Conclusiones

La población pediátrica es la más afectada por la DA, sin embargo, la población adulta presenta con mayor frecuencia DA grave asociada a comorbilidades alérgicas y no alérgicas. La DA grave incrementa la carga de la enfermedad que repercute en la calidad de vida del paciente y cuidador, además del impacto social y económico que representa para las instituciones. Es necesario sospechar DA en pacientes adultos mayores de 60 años con presentaciones clínicas distintas a las habituales de la edad pediátrica.

La DA es una enfermedad sistémica que requiere un abordaje multidisciplinario por las especialidades de dermatología, alergología, psiquiatría/paidopsiquiatría, oftalmología y psicología, a fin de descartar, además de la afectación cutánea característica, afección ocular y de vías respiratorias que pueden estar acompañadas o no de alergias; además, se debe evaluar también el impacto psicológico o psiquiátrico propio de la enfermedad.

La educación terapéutica con enfoque multidisciplinario en el paciente con DA incrementa el apego a un plan terapéutico y fortalece la relación entre los diferentes especialistas que lo tratan.

Agradecimientos

Especialmente a la doctora Désirée Larenas Linne-mann, por la revisión y comentarios al escrito.

Conflicto de interés

No se recibió ningún apoyo ni financiamiento económico para la realización de esta investigación. La doctora Catalina Rincón Pérez es consultora y ponente para Laboratorios Abbvie, Novartis, Jansen, Sanofi y Pfizer. El resto de los autores no tienen conflicto de interés.

Referencias

1. Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Dermatitis Atópica. México: Secretaría de Salud; 2014. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
2. Rincón-Pérez C, Larenas-Linnemann D, Figueroa-Morales MA, Luna-Pech J, García-Hidalgo L, Macías-Weinmann, et al. Consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en adolescentes y adultos. Rev Alerg Mex. 2018;65(Supl 2):s1-s88. DOI: 10.29262/ram.v65i6.526

3. Silverberg NB. Typical and atypical clinical appearance of atopic dermatitis. *Clin Dermatol.* 2017;35(4):354-359. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2017.03.007
4. Ungar B, Garcet S, Gonzalez J, Dhingra N, Correa da Rosa J, Shemer A, et al. An integrated model of atopic dermatitis biomarkers highlights the systemic nature of the disease. *J Invest Dermatol.* 2017;137(3):603-613. DOI: 10.1016/j.jid.2016.09.037
5. Williams HC, Jburney PG, Pembroke AC, Hay RJ. The UK Working Party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. III. Independent hospital validation. *Br J Dermatol.* 1994;131(3):406-416. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1994.tb08532.x
6. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab.* 2015;66(Suppl 1):8-16. DOI: 10.1159/000370220
7. Yong AM-Y, Tay Y-K. Atopic dermatitis: racial and ethnic differences. *Dermatol Clin.* 2017;35(3):395-402. DOI: 10.1016/j.det.2017.02.012
8. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: results from an international survey. *Allergy.* 2018;73(6):1284-1293. DOI: 10.1111/all.13401
9. Mallol J, Crane J, von Mutius E, Odhiambo J, Keil U, Stewart A, et al. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three: a global synthesis. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2013;41(2):73-85. DOI: 10.1016/j.aller.2012.03.001
10. Singh P, Silverberg JL. Outpatient utilization patterns for atopic dermatitis in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2019;S0190-9622(19):30435-30439. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.03.021
11. Reglamento de la Ley General Investigación para la Salud de Salud en Materia de Investigación para la salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2014. Ene 06. [Última reforma]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
12. Rodríguez-Orozco AR, Núñez-Tapia RM. Prevalencia de dermatitis atópica en niños de 6 a 14 años de Morelia, Michoacán. *Rev Alerg Mex.* 2007;54(1):20-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17542251/>
13. Bedolla-Barajas M, Barrera-Zepeda AT, Morales-Romero J. Dermatitis atópica en niños escolares de Ciudad Guzmán, Mexico. Prevalencia y factores relacionados. *Rev Alerg Mex.* 2010;57(3):71-78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21255515/>
14. Herrera-Sánchez DA, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales JJ. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. *Rev Alerg Mex.* 2019;66(2):192-204. DOI: 10.29262/ram.v66i2.591
15. Chu H, Shin JU, Park CO, Lee H, Lee J, Lee KH. Clinical diversity of atopic dermatitis: a review of 5,000 patients at a single institute. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2017;9(2):158-168. DOI: 10.4168/aa.2017.9.2.158
16. Wang X, Shi X-D, Li L-F, Zhou P, Shen Y, Song Q. Prevalence and clinical features of adult atopic dermatitis in tertiary hospitals of China. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(11):e6317. DOI: 10.1097/MD.00000000000006317
17. Bieber T, D'Erme AM, Akdis CA, Traidl-Hoffmann C, Lauener R, Schäppi G, et al. Clinical phenotypes and endophenotypes of atopic dermatitis: where are we, and where should we go? *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139(4):S58-S64. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.01.008
18. Kok WL, Yew YW, Thng TGS. Comorbidities associated with severity of atopic dermatitis in young adult males: a national cohort study. *Acta Derm Venereol.* 2019;99(7):652-656. DOI: 10.2340/00015555-3175
19. Totté JEE, van der Feltz WT, Hennekam M, van Belkum A, van Zuuren EJ, Pasmans SGMA. Prevalence and odds of *Staphylococcus aureus* carriage in atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2016;175(4):687-695. DOI: 10.1111/bjd.14566
20. Paller A, Jaworski JC, Simpson EL, Boguniewicz M, Russell JJ, Block JK, et al. Major comorbidities of atopic dermatitis: beyond allergic disorders. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19(6):821-838. DOI: 10.1007/s40257-018-0383-4
21. Møller-Rønne AT, Halling-Overgaard A-S, Hamann CR, Skov L, Egeberg A, Thyssen JP. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2018;79(3):448-456. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.03.017

22. Sandhu JK, Wu KK, Bui T-L, Armstrong AW. Association between atopic dermatitis and suicidality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2019;155(2):178-187. DOI: 10.1001/jamadermatol.2018.4566
23. Kauppi S, Jokelainen J, Timonen M, Tasanen K, Huilaja L. Adult patients with atopic eczema have a high burden of psychiatric disease: a Finnish nationwide registry study. *Acta Derm Venereol.* 2019;99(7):647-651. DOI: 10.2340/00015555-3165
24. Thyssen JP, Toft PB, Halling-Overgaard A-S, Gislason GH, Skov L, Egeberg A. Incidence, prevalence, and risk of selected ocular disease in adults with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77(2):280-286. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.03.003
25. Czarnowicki T, He H, Krueger JG, Guttman-Yassky E. Atopic dermatitis endotypes and implications for targeted therapeutics. *J Allergy Clin Immunol.* 2019;143(1):1-11. DOI: 10.1016/j.jaci.2018.10.03