

UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**DERMATITIS ATÓPICA EN LA INFANCIA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

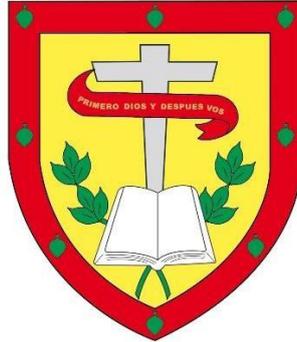
**AUTOR: MARIA AUGUSTA ESCANDÓN CARRIÓN**

**DIRECTOR: DRA. DIANA CAROLINA IZQUIERDO**

**AZOGUES - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENSTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

DERMATITIS ATOPICA EN LA INFANCIA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR:** MARIA AUGUSTA ESCANDÓN CARRIÓN

**DIRECTOR:** DRA. DIANA CAROLINA IZQUIERDO

**AZOGUES - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**María Augusta Escandón Carrión** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0302706627**. Declaro ser el autor de la obra: "**Dermatitis Atópica en la Infancia**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **17 de enero de 2023**

**María Augusta Escandón Carrión**

**C.I. 0302706627**

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.

Dra. Diana Carolina Izquierdo Coronel.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA AZOGUES.**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado "DERMATITIS ATÓPICA EN LA INFANCIA", realizado por la estudiante **MARIA AUGUSTA ESCANDÓN CARRIÓN**, con C.I. **0302706627**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que el presente documento fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que esta expedido para su sustentación.

Particular que pongo a su conocimiento para los fines legales y pertinentes.

Azogues, 18 de enero de 2023.

Atentamente.



Dra. Diana Carolina Izquierdo Coronel.

Docente Tutor.

## DEDICATORIA

Esta tesis quiero dedicarla a:

Dios quien ha sido mi guía y fortaleza a lo largo de todo el camino. A mis padres José e Irma quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, quienes además han sido mi inspiración para amar y admirar esta profesión gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, empatía y responsabilidad de no temer las adversidades porque tengo su apoyo incondicional en cada paso que doy. Finalmente, de una manera muy especial a mi hija quien es parte fundamental de mi vida y una fuerza e impulso para no rendirme en mi formación académica, juntas cumpliremos cada sueño y meta planteada.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Mi agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues, a sus autoridades y docentes de la facultad de medicina quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos fueron parte de mi formación profesional. No obstante, mi agradecimiento para mi tutora de tesis Dra. Diana Izquierdo quien con su dirección, conocimiento y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo. Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a mi madre Dra. Irma Carrión quien siempre ha estado apoyándome y guiándome en cada paso durante todo este proceso

## RESUMEN

**Antecedentes:** La dermatitis atópica (DA) patología dermatológica que aparece en cualquier etapa de vida, siendo más frecuente en la infancia el 50% son diagnosticados durante el primer año de vida;(1) Se trata de un proceso multifactorial, inflamatorio de la piel, de curso en brotes, con múltiples exacerbaciones y remisiones de duración crónica y con síntomas como prurito y piel seca principalmente. (2)

Investigaciones señalan que la prevalencia es del 5 y 20% durante la primera década de vida,(3)(4), no tiene preferencia por raza o región geográfica, es frecuente en regiones urbanas, en especial países de occidente, así como es más frecuente en mujeres.(5) El **Objetivo general** es caracterizar los referentes teóricos de DA de la infancia y **objetivos específicos:** Determinar el comportamiento epidemiológico, etiopatogenia, fisiopatología, signos y síntomas que acompañan a esta entidad, así como establecer criterios diagnósticos y parámetros terapéuticos, considerando los aportes científicos de los organismos internacionales y nacionales; el **Método** es descriptivo no experimental a través de una revisión bibliográfica científica exhaustiva, relevante, sistemática de los 5 últimos años, como papers, informes, en español e inglés, se incluyeron casos clínico, que permitirán robustecer la investigación y generar una discusión científica.

**Conclusiones:** La DA es una enfermedad frecuente en edad infantil, que puede evolucionar de forma desfavorable si no es controlada de forma oportuna, las escalas de EASI y SCORAD permiten clasificar a la DA en relación a su extensión y gravedad, dependiendo de ello se instaura el tratamiento correspondiente.

*Palabras clave:* dermatitis atópica, eczema, infancia, inflamación, liquenificación

## ABSTRACT

**Background:** Atopic dermatitis (AD) is a dermatological pathology that appears at any stage of life, being more frequent in childhood. Fifty percent are diagnosed during the first year of life (1). It is a multifactorial, inflammatory process of the skin, with outbreaks, multiple exacerbations, and remissions of chronic duration and symptoms, such as pruritus and dry skin (2). Research indicates that the prevalence is between 5 and 20% during the first decade of life (3)(4). It has no preference for race or geographic region, is frequent in urban areas, especially in western countries, and is more often in women (5). **General Objective:** To describe the theoretical references of childhood AD. **Specific Objectives:** To determine the epidemiological behavior, etiopathogenesis, pathophysiology, signs, and symptoms of this dermatological condition, as well as to establish diagnostic criteria and therapeutic parameters, considering the scientific contributions of international and national organizations. **Methodology:** A descriptive and non-experimental method is used through an exhaustive, relevant, and systematic scientific literature review of papers and reports of the last five years in Spanish and English. Clinical cases were included, strengthening the research and generating a scientific discussion. **Conclusions:** AD is a common disease in children and can unfavorably evolve if it is not controlled promptly. The Eczema Area and Severity Index (EASI) and SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD) scales enable classifying AD concerning its extent and severity; depending on this, the corresponding treatment is established.

*Keywords:* atopic dermatitis, eczema, childhood, inflammation, lichenification

## CONTENIDO

DECLARACION DE AUTORIA Y RESPONSABILIDAD .....	
CERTIFICACION .....	
DEDICATORIA .....	
AGRADECIMIENTO .....	
RESUMEN.....	
ABSTRACT .....	
1. INTRODUCCIÓN .....	2
2. ANTECEDENTES.....	3
3. CAMPO DE ESTUDIO .....	4
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	4
6. JUSTIFICACIÓN.....	5
7. OBJETIVOS.....	5
7.1 OBJETIVO GENERAL .....	5
7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
8. BENEFICIARIOS DIRECTOS E INDIRECTOS .....	6
9. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
9.1. DERMATITIS ATÓPICA (DA).....	6
9.2. ETIOLOGÍA.....	8
9.3. PATOLOGÍA .....	9
9.4. ESTRUCTURA DE LA PIEL Y FACTORES RELACIONADOS CON DA...	10
9.5. CONTAMINANTES DEL AMBIENTE .....	11
9.6. VARIOS FACTORES .....	12
9.7. CARACTERISTICAS DE LA PATOGENIA EN LA DA.....	12
9.8. CAMBIOS HISTOLÓGICOS.....	13
9.9. VARIANTES CLÍNICAS DE DA.....	14
9.10. PRINCIPALES COMPLICACIONES EN LA DA.....	15
9.11. COMO DIAGNOSTICAR UNA DA.....	16
9.12. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	18
9.13. PAUTAS PARA EL MANEJO TERAPÉUTICA DE LA DA .....	19
9.13.1. MANEJO NO FARMACOLÓGICO OBJETIVOS:.....	19
10.METODOLOGÍA .....	20
10.1. DISEÑO .....	20
10.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	21
10.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	21
10.4. ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	22

10.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	23
11.DISCUSIÓN.....	23
12.CONCLUSIONES .....	31
13.IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA .....	31
14.MPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.....	32
15.ANEXOS.....	33
16.BIBLIOGRAFIA.....	38

## 1. INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una patología dermatológica multifactorial, se puede presentar en cualquier edad, no obstante, es más frecuente en la infancia, alrededor del 50% son diagnosticados durante su primer año de vida (1); Se trata de un proceso inflamatorio de la piel, cuyo curso es en brotes, con múltiples exacerbaciones y remisiones, de duración crónica y con síntomas predominantes como prurito y piel seca. (2)

Investigaciones señalan que la prevalencia de la DA se encuentra entre el 5 al 20% durante la primera década de la vida, con un incremento visible de la frecuencia en los últimos años. (3)(4). Afecta principalmente a los infantes de países con estilo de vida occidental, pudiendo desarrollarse también en adultos, y no tiene preferencia por la raza o región geográfica, sin embargo se han encontrado mayor incidencia en zonas urbanas de países desarrollados especialmente de occidente, así como se indica que existe mayor porcentaje en mujeres que en varones. (6)

Estudios actuales indican que las causas genéticas y factores medioambientales contribuyen potencialmente al desarrollo de esta patología. (6); no obstante, también existen criterios que, la disminución de infecciones en la infancia podría deberse al sistema inmunitario y su respuesta a patologías de tipo alérgico. (7)

Las características de las lesiones clínicas de la DA son: piel seca, prurito y lesiones eccematosas distribuidas típicamente en zonas de flexuras; no obstante, existe un número no despreciable de pacientes con lesiones de morfología y distribución atípica. (8).

El diagnóstico está basado principalmente en la presencia de un conjunto de síntomas y signos clínicos, así como: Antecedentes personales y familiares, factores desencadenantes, datos serológicos e incluso la presencia de complicaciones de la propia enfermedad; Grupos de expertos han llegado a un consenso sencillo, que se agrupa en los criterios más importantes, que Hanifin y Rajka establecieron hace mucho tiempo. (8)

El tratamiento en la DA según los expertos indican que se orienta a los objetivos principales como mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como evitar las complicaciones. (9)

## **2. ANTECEDENTES**

La DA, fue descubierta hace mucho tiempo. En 1891, médicos expertos en dermatología en un comienzo la llamaron dermatitis diseminada infantil, posteriormente se le asigno la denominación de prurigo diatésico, más tarde Coca y Cooke le asignaron el nombre de atopia, finalmente en 1933 Hill y Sulzberger le dan el nombre de dermatitis atópica (DA) (10).

Esta patología es multifactorial pudiendo presentarse en cualquier edad, siendo la edad de la infancia la más prevalente y un gran porcentaje son diagnosticados durante el primer año de vida; su curso inflamatorio es en brotes, con múltiples exacerbaciones y remisiones de duración crónica, con síntomas predominantes como prurito y piel seca, puede acompañarse de los signos atópicos como piel pálida, el doble pliegue de parpados ( signo de Dennie Morgan), y aumento de las líneas palmares.(2) .

El desarrollo de la DA no se relaciona con la zona geográfica, ni la raza, pero se ha evidenciado que es más frecuente en zonas urbanas de países desarrollados especialmente de occidente, y con cierta preferencia en mujeres. (5)

Clínicamente las lesiones de la DA se caracterizan por ser de tipo eccematoso exudativo o liquinificado de localización en pliegues; no obstante, podrían presentarse casos en los que las lesiones se localicen en diferentes zonas del cuerpo y de características amorfas. (11). Esta patología puede presentarse en tres fases, según etapas de la vida y con características diferentes.

La DA. podría diferenciarse con muchas enfermedades cutáneas, no obstante, la morfología, la clínica de las lesiones, la etiopatogenia, son criterios importantes para su diagnóstico, e instaurar el tratamiento adecuado, siguiendo los algoritmos

referidos durante estos últimos tiempos por expertos en la rama dermatológica(12). Precisamente este trabajo investigativo permitirá describir y caracterizar las particularidades de esta patología dermatológica de la infancia.

### **3. CAMPO DE ESTUDIO**

La presente investigación considera el avance investigativo científico que actualmente existe sobre la DA infantil, mencionando las características generales, comportamiento epidemiológico, clasificación, guías para el diagnóstico temprano, así como protocolos terapéuticos, de esta patología en etapa infantil.

### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La DA en la infancia es una enfermedad de la piel, de evolución crónica de componente inflamatorio, multifactorial, entre los que se encuentra factores genéticos, inmunológicos, medioambientales entre otros que se incluyen. En la actualidad, los estudios indican que su prevalencia ha aumentado en los últimos 30 años.(13), un gran porcentaje de casos se presentan durante el primer año de vida y remiten en su mayoría antes de terminar la adolescencia, persistiendo un pequeño porcentaje hacia la adultez, de manera general se indica que la DA la padecen entre 5 y 15 % de la población general, entre 10 y 20 % de la población pediátrica y entre 1 y 3 % de la población adulta, y ha generado alteración en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.(14)

### **5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Con lo expuesto anteriormente, planteo la siguiente pregunta de investigación

¿Cuáles son las características actuales de los aspectos clínico epidemiológicos, etiopatogenia, diagnóstico y terapéutica de la DA de la infancia?

## **6. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación la realizo con la finalidad de adquirir destrezas y habilidades en la investigación científica, concretamente como un requisito para la titulación de Médico, y precisamente en temas que permitan reforzar los conocimientos de aula, buscando información científica relacionada a patologías que predominan en poblaciones vulnerables como es la infancia, es por ello que me enfoque a investigar de manera integral la DA en la infancia con el objetivo de actualizar los conocimientos, que complementara mi profesión luego de la formación universitaria.

Debemos considerar lo importante que es este tema en la práctica diaria tanto en la consulta pública como en la privada, puesto que una vez que conocemos cuáles son los factores que pueden influenciar en el desarrollo de esta patología podremos prevenir, diagnosticar y brindar la terapéutica apropiada de acuerdo a los esquemas actuales planteados en las investigaciones científicas abalizadas y de esta manera evitar complicaciones posteriores tanto de quien la padece como de sus familiares

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 Objetivo General**

- Caracterizar los referentes teóricos de las dermatitis atópicas de la infancia.

### **7.2. Objetivos específicos**

- Determinar el comportamiento epidemiológico, etiopatogenia, y fisiopatológico de la DA de la infancia.
- Identificar signos, síntomas y métodos diagnósticos de la patología en estudio.
- Describir el algoritmo terapéutico de actualidad aplicado en DA de la infancia.

## **8. BENEFICIARIOS DIRECTOS E INDIRECTOS**

Los beneficiarios directos de este trabajo de investigación serán los pacientes y familiares que presentan esta patología, o que viven con personas con este padecimiento ya que permitirá informar las características generales y particulares de la misma, además por medio de esta investigación podrán ser diagnosticadas a tiempo y evitar complicaciones;

De igual manera los beneficiarios indirectos serán todos los profesionales relacionados al área de salud, ya que se contará con una revisión bibliográfica basada en evidencia científica de alto nivel sobre esta patología frecuente en la infancia.

## **9. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **9.1. DERMATITIS ATÓPICA (DA)**

Bajo la denominación de dermatitis o eccema se encuentran varias patologías que teniendo una etiología y patogenia diferente presentan características clínicas similares, entre las que se cita a la DA (15).

La DA afectan entre un 10-20% de infantes y entre el 3-8% de adultos en Europa Occidental, así como en Estados Unidos (EEUU), en países de bajos ingresos se ha incrementado la prevalencia, así como en población adulta, en el Ecuador se establece en el 22,5 % (5) (16),

Según, expertos Internacionales que investigan patologías alérgicas en la infancia como asma y DA indicaron que existen importantes diferencias entre países y regiones geográficas (10), y que se constituyen en un motivo de consulta frecuente pudiendo estos cuadros clínicos ser resueltos por un médico general o derivados a un dermatólogo especialista.

La relevancia de esta enfermedad dérmica radica en el deterioro notable de la calidad de vida de quienes la padecen, y el mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad e ideación suicida aumenta con la edad (17).

Para la denominación de esta patología dérmica se han utilizado el término “*dermatitis*” como sinónimo de eccema, sin embargo “*dermatitis*” es un concepto más amplio que hace referencia a diferentes procesos inflamatorios de la piel que no necesariamente tienen relación con el eccema (18).

Tanto el término “*eccema*” como el más clásico “*eczema*” son aceptados por la Real Academia de la Lengua. El vocablo “*eczema*” deriva del griego “*ékzema*” que significa “*ebullición hacia afuera*” (ek= fuera; zema= ebullición), haciendo referencia a la morfología del proceso en la fase aguda en la cual la piel está cubierta de vesículas, semejando al agua en ebullición (19).

La DA persiste por años y, aún sin tener mortalidad, presenta el más alto índice de afectación medido por el SCORE de años ajustados por discapacidad (13), implica la presencia de signos cardinales como el prurito intenso y xerosis, que conlleva a una alteración de la calidad de vida, pudiendo aumentar el riesgo de infecciones, de comorbilidades alérgicas y alteraciones de salud mental (17).

Muchos estudios recientes declaran la importancia de la DA y la necesidad de comprender su naturaleza multidimensional, se conoce también que el 70% de pacientes tiene familiares con antecedentes de patologías atópicas; Un padre atópico duplica la posibilidad que su hijo desarrolle DA y los dos padres aumentan 5 veces la posibilidad (20).

Estudios indican que la exposición a edad tempranas a endotoxinas, jardines maternos, familias numerosas y mascotas protegerían de la atopia, mientras que estos mismos estudios indican que no hay relación entre la introducción de la alimentación sólida al infante, o la alimentación durante el embarazo (7) (21).

Dentro de la epidemiología de DA algunas investigaciones puntualizan que:

- El 60 % de los niños desarrollan la DA en los primeros 6 meses de vida. (fase del lactante)
- El 85 % en los primeros 5 años y solamente un 10 % después de los 7 años (fase infantil) (5).

- Entre los que debutan antes de los 2 años, el 20 % tiene persistencia de los síntomas hasta los 7 años (22).
- En el 70-80 % de los niños encontramos antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas (5) (18).

## 9.2. ETIOLOGÍA

Hasta la actualidad se siguen estudiando las causas de la DA, no obstante, los factores genéticos, los ambientales, así como las alteraciones inmunitarias cobran gran importancia dentro de la etiología de la Dermatitis Atópica, el desequilibrio inmunológico se correlaciona con una alteración en la síntesis de la IgE, evidenciándose un 80 % de los pacientes, que presentan cifras elevadas de IgE sérica total (9).

En razón del porcentaje que se expresa en cuanto a la IgE, se establecieron 2 formas de DA., expuestas en la tabla 1

**Tabla. Nro.1**

Formas básicas según IgE. casos presentados de DA y antecedente alérgico detectables (2)(8).

	<b>Porcentaje de casos</b>	<b>Índices de IgE</b>	<b>Antecedentes alérgicos detectables</b>
<b>DA Intrínseca</b>	20-30%	Menor < 10.000 UI/ml	Ausencia
<b>DA extrínseca</b>	80%	Mayor > 10.000 UI/ml	Presente

Dentro de los factores genéticos la mutación del gen de la filagrina se relaciona con el desarrollo de DA, este factor genético cobra mucha importancia indicándose que alrededor del 50-70% de los pacientes con DA presentan este factor, señalando el antecedente de atopia familiar (5). Sin embargo, también se menciona alteración en los genes que codifican las proteínas de la epidermis y aquellas que permiten conservar la estructura de la piel, la filagrina (FLG), proteína principal del estrato córneo, tiene como función agregar y compactar las fibrillas de queratina

así como la absorción de agua en la piel y su gen se encuentra en el cromosoma 1q21 (23).

Otros estudios han encontrado relación con los genes 1q21, 17q25, 20p, 16q y 5q31, el cromosoma 5q31-33, puesto que aquí se agrupan una serie de genes relacionados con la producción de citoquinas de estirpe Th2 (IL-13, IL-4, IL-5), la mutación de este gen 1q21 favorece 3 veces más la enfermedad (24).

### 9.3. PATOLOGÍA

Se considera que en la DA se presentan 3 etapas:

- **Etapas 1:** Alteración de la barrera cutánea
- **Etapas 2:** Respuesta alérgica a la hipercolonización de *Staphylococcus aureus* en la piel (24)
- **Etapas 3:** El prurito que va a favorecer el rascado del paciente causando daño tisular con exposición de proteínas estructurales.

La alteración de la barrera epidérmica, sería el principal aspecto en la patogenia de la enfermedad, lo que lleva a una pérdida transepidérmica de agua, disminución de ceramidas cutáneas y de ácido linoleico, lo que provocaría la presencia de piel seca, que es característica de los pacientes atópicos (14) (27).

Además, informan la correlación entre la DA y otros genes que promueven la síntesis de ciertas interleucinas (IL-4 e IL-13) proporcionando una respuesta alérgica elevada en pacientes con DA (23) (25). Las investigaciones señalan genes que se involucran en el desarrollo de la DA y otras enfermedades alérgicas entre los que se mencionan al gen SPINK5, situado en el cromosoma 5q31, y que dada su relación con la proteína LEKTI, quien a través de su mecanismo inhibitorio a nivel de algunas bacterias de la piel (*Staphylococcus aureus*) o algunos alérgenos (*Dermatofagoides pteronissynus*) altera la barrera cutánea, haciendo que estas se vuelvan agresivas (24).

También se han descrito alteraciones en los genes que codifican citoquinas Th2, señalándose una hipótesis inmunológica en el desbalance entre las células Th, predominando las Th2 sobre Th1, este desequilibrio favorece la producción de IgE y el aumento de las células presentadoras de antígeno para su interacción con linfocitos T circulantes, ampliando la respuesta inflamatoria. (23) (26).

#### **9.4. ESTRUCTURA DE LA PIEL Y FACTORES RELACIONADOS CON DA**

La piel es una barrera, protege de las agresiones externas y controla la pérdida de agua y de otros elementos; entre las estructuras más importantes para esta función son el estrato córneo y las proteínas que favorecen la adhesión celular en la epidermis (24) (28). Esta función de barrera es importante para la protección contra ciertos patógenos, agentes alérgicos, toxinas y otros irritantes, cuando esta función se altera aumenta la respuesta inflamatoria (24).

Normalmente el *Staphylococcus epidermidis*, el *Propionibacterium acnés*, forman parte de la flora de la piel y protegen el crecimiento de bacterias agresivas, sin embargo, en las pieles atópicas existe una colonización de *estafilococos aureus* caracterizando de esta manera a la DA (7).

Estudios relacionaron a la vitamina D, como elemento regulador de queratinocitos y contribuyente especial para la microbiota de la piel, se evidenció que pacientes con DA y que cursan con déficit de vitamina D al administrar esta vitamina como suplemento disminuye la evolución y la gravedad, así mismo se señaló que evita la colonización de la piel por *estafilococo aureus* (29).

Los cuerpos laminares localizados entre las células del estrato córneo de la epidermis, se constituye a base de ácidos grasos, especialmente los de cadena larga ceramidas y colesterol, permitiendo mantener la barrera cutánea, sin embargo en los pacientes con DA al existir un aumento de la citoquina Th2, reduce las ceramidas y permite la colonización de la piel por parte del *S. aureus* (14)

Varios estudios como el Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC) en su fase 3 ha demostrado que ciertos alimentos como comida rápida,

margarina y aquellos con bajo contenido en ácidos grasos poliinsaturados incrementan las manifestaciones en la DA, mientras que otros como la fruta fresca, vegetales y pescado tienen efecto protector (24). Así mismos alimentos como leche de vaca, el huevo, la soya, frutos secos y trigo se relacionan con la presencia de DA (19). Por lo tanto, hay alimentos que participan en la etiología y severidad de la DA, no obstante, se desconoce si la alergia alimentaria es la causada si se desencadena en presencia de DA (24).

Estudios realizados en Finlandia reportaron una reducción considerable de DA en niños que lactaron 3 meses, incluso con antecedentes de familias atópicas, mientras que aquellos que recibieron leche materna pocos días sufrieron de patologías eccematosas, atópicas y otras alergias con más frecuencia. (30)

La OMS señala que durante los 6 primeros meses de vida la lactancia se constituye en el alimento esencial del recién nacido ya que previene ciertas patologías entre ellas las alergias (31). Un estudio realizado en Perú reportó que la leche materna de manera exclusiva (LME), tiene efecto protector frente a la DA en niños menores de siete años, ajustado por los antecedentes de atopía de los padres, la edad y sexo del niño, el hábito de fumar en presencia del niño y el tiempo de inicio de la alimentación complementaria. Otros estudios demuestran discreto apoyo a esos hallazgos, o ningún beneficio significativo (30).

## **9.5. CONTAMINANTES DEL AMBIENTE**

Una gran cantidad de partículas ambientales polvo, ácaros, entre otros procedentes de la industria, y de las actividades domésticas podrían estar relacionadas con la DA (32), sin embargo, estudios más recientes señalan que los animales domésticos como perros y gatos a consecuencia de una proteína que forma parte de su piel al ponerse en contacto con niños pequeños favorece el desarrollo de DA (21).

## **9.6. VARIOS FACTORES**

Estudios sobre la etiopatogenia de la DA señalan que el sudor como signo y síntoma de la DA agrava su evolución, el estrés psicoemocional contribuye en su agravamiento, los mecanismos no son conocidos aun, sin embargo, los niños con esta patología dérmica son muy lábiles a cambios emocionales dentro del ámbito familiar entre los que se podría citar el ingreso a la escuela, el nacimiento de un hermano etc (7). Otros factores cuyos datos no son concluyentes en la participación de la enfermedad, hacen referencia a residencias en climas fríos, en las zonas urbanas, los altos niveles de higiene, el uso de ropas con fibras áspera, entre otros.

## **9.7. CARACTERISTICAS DE LA PATOGENIA EN LA DA**

Desde la perspectiva clínica existe una notable variabilidad fenotípica condicionada por una compleja interacción entre la genética, la función inmunológica y el ambiente e incluso se ha planteado una modulación psico-neuro inmunológica como parte de su patogenia, lo que explicaría la mayor aparición de exacerbaciones en períodos de estrés (7).

Se ha señalado a la DA en los últimos años como una entidad inflamatoria dérmica donde su patogenia se caracteriza por un predominio de la respuesta inmunológica de las células Th2 /Th22 la misma que se encuentra en las formas agudas o crónicas de la enfermedad, además participan de este proceso las células Th17 apoyado por el eje Th1 que se hace evidente en las formas crónicas, esta aseveración podría variar de acuerdo al fenotipo que clínicamente se presente en el desarrollado de la DA (1)

La patogenia descrita por algunos investigadores en la que el rascado producto del prurito como síntoma presente en la mayoría de los casos de DA, este produce alteraciones importantes en la barrera cutánea, modificando la microbiota de la piel donde el estafilococcus Aureus coloniza marcadamente estas zonas

inflamatorias permaneciendo los Th2 y por consiguiente la expresión de IL4- IL13- IL22 en mayor proporción (22).

En la patogenia se señala que los Linfocitos Th17 tiene efectos pro inflamatorios por lo que aparecen en las formas crónicas, a través de la IL -17 o los LH1, a la vez que se integra el interferón Gamma (IFN), que lleva al aumento de la IgE y la enfermedad a la cronicidad(1), también se ha involucrado a los receptores toll like (TLRs) conjuntamente con los péptidos antimicrobianos beta-defensina y catecilidina en la patogenia de la dermatitis atópica, de tal manera que un desbalance en la actividad de los receptores toll like y de la beta-defensina determinan un marcado incremento en la susceptibilidad para desarrollar infecciones por Staphylococcus aureus(33).

A manera de conclusión según la evolución el experto señala que en las formas agudas de donde el edema, eczema y las vesículas son las lesiones elementales la célula Th2 predominan en la mayoría de casos mientras que en las formas crónicas donde la piel adquiere un engrosamiento considerable acompañado de liquenificación, el infiltrado inflamatorio es diferente con mayor respuesta de Th1(20).

El factor de riesgo más relevante para el desarrollo de la DA es la presencia de mutaciones del gen FLG que codifica la filagrina y que condiciona una reducción de su expresión, esta mutación se asocia a una mayor permeabilidad de la piel a sustancias exógenas y a un aumento de la perdida trans epidérmica de agua. (8)

## **9.8. CAMBIOS HISTOLÓGICOS**

Histológicamente se pueden identificar edema intercelular (espongiosis), los infiltrados de linfocitos, células dendríticas pocos eosinófilos y monocitos, son características de la DA, se debe recalcar que estos hallazgos podrían variarse según la etapa evolutiva de la enfermedad, las biopsias permiten realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades. (6) (23)

## 9.9. VARIANTES CLÍNICAS DE DA

Durante el curso de la DA se evidencian según la edad los siguientes signos corporales:

**Tabla Nro. 2**

CARACTERÍSTICAS DE DA SEGÚN EDAD (9) (23) (28)

CARACTERÍSTICAS DE LA DA	DA Lactante	DA Infantil	DA-Adolescente-adulto
Edad	2 meses - 2 años	2 - 12 años	mas de 12 años
Tipo de lesiones	Pápulas, eritema con prurito En casos de evolución prolongada, vesículas con exudado y costras	Lesiones eczematosas, escoriaciones, fisuras	Lesiones eritematosas, liquenificadas, escamosas
Localización -lesiones	Mejillas Zonas de flexión (respetan triangulo naso labial. Pliegues auriculares Cuero cabelludo Fase aguda- complicada lesiones en cuello , tórax y extremidades superiores	Zonas de flexión (pliegue popliteo y pretibial)  Se asocia a queilitis, pitiriasis alba, dermatitis plantar juvenil	Lesiones en cuello, manos y pies en el dorso Pliegues popliteo y pretibial Párpados y peri bucal
Porcentaje de casos	10-15%	80%	10 %

Durante el curso de la enfermedad puede presentarse los síntomas característicos sin embargo su evolución va a ser diferente, reconociéndose formas de evolución aguda, subaguda y crónica.

**Tabla Nro. 3**

LESIONES DE DA, ECCEMATOSAS Y NO ECCEMATOSAS, SEGÚN FASE DE EVOLUCIÓN (24) (32)

FASE DE EVOLUCION	SIGNOS -SINTOMAS
AGUDA	Pápulas en zonas eritematosas Vesículas con exudado seroso
SUB-AGUDA	Pápulas , escoriación, descamación
CRONICA	Pápulas, hiperqueratosis, Engrosamiento de la piel Pliegues hiperpigmentados
prurito, síntoma presente en todas las fases de la DA, provoca el rascado y facilita la alteración en la barrera cutánea	
Signos no eczematosos: hiperlinealidad en palmas y plantas, pliegue infraorbitario de Dennie Morgan, milia peri ocular, catarata subcapsular anterior, queratoconjuntivitis, queratocono y el dermatografismo blanco y la sudoración anormal	

Se debe destacar algunas puntualizaciones en la DA: a) Que la presencia de xerosis y el prurito son propias de enfermedad Atópica, b) La presencia de la erupción en brotes y recidivante, se presenta en cualquiera de las etapas de la enfermedad y c) La irritabilidad y la ansiedad se asocia más a la forma infantil (16). **Imagen Nro. 1** CARACTERÍSTICAS DE LAS ETAPAS DE DA, SEGÚN EDAD (34) (19)



### 9.10. PRINCIPALES COMPLICACIONES EN LA DA

La DA, al ser una enfermedad que se presenta por brotes y que se exagera durante periodos de tiempo, se acompaña de otras patologías (comorbilidades) y que han generado en estos pacientes índices apreciables de incapacidad alterando su calidad de vida y la de su familia, (6).

La complicación más frecuente que se ha descrito es la susceptibilidad a las infecciones cutáneas, que es una comorbilidad frecuente ya sea bacteriana, víricas, fúngicas, siendo el agente más recuente el estafilococcus Aureus (1). Otras comorbilidades que se han estudiado y que han confirmado su participación consistente durante el curso de la DA es el asma y la rinitis alérgica con porcentajes del 50 y 70% respectivamente. La alergia alimentaria y la obesidad que algunos autores describen no tiene sustento científico, mientras que desde el descubrimiento de DA se identificaron alteraciones psicosociales en niños que padecían esta enfermedad, expresándose por irritabilidad, fóvea social y

alteración del sueño, relacionada con la gravedad de la enfermedad toda vez que esta produce como síntoma secundario al prurito (10)

### 9.11. COMO DIAGNOSTICAR UNA DA

El diagnóstico de DA no ha sido sencillo hasta la actualidad, sin embargo una historia clínica con una adecuada anamnesis y un buen examen físico, permitirá acercarse al diagnóstico, no existe pruebas de laboratorio o marcadores que indique actividad de la enfermedad(17), no obstante desde que se utilizaron los criterios de Hannifin y Rajka, los que han sido modificados constantemente contribuyen para un diagnóstico más certero de DA estos criterios son: 4 mayores y 23 menores (35) como los puntualiza la siguiente tabla.

**Tabla Nro. 4**

**Criterios de Hanifin y Rajka para diagnosticar DA (9) (11) (36)**

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
Prurito (condición básica) • Morfología y distribución típica • Dermatitis crónica y recurrente • Historia familiar o personal de atopia	<p>Xerosis • Ictiosis, queratosis pilar, hiperlinealidad palmar • Aumento de la IgE • Edad de inicio temprano (antes del primer año) • Test cutáneos de reactividad inmediata (tipo I) • Tendencia a infecciones cutáneas más frecuentes e intensas</p> <p>• Dermatitis de manos y pies. • Eczema del pezón • Queilitis • Conjuntivitis a repetición • Pliegue de Dennie-Morgan • Queratocono • Cataratas subcapsulares anteriores • Oscurecimiento orbital • Eritema o palidez facial • Pitiriasis alba • Pliegue anterior del cuello • Prurito en la sudoración • Acentuación perifolicular • Intolerancia a alimentos • Intolerancia a la lana o disolventes de lípidos • Dermografismo blanco • Fisuración subauricular</p>
Presencia de 3	Presencia de 3 o mas

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

**La extensión del área afectada.** - A través de la regla del 9 recalando que, si la sequedad no se acompaña de otra manifestación, no puntúa alcanzando hasta un 20% del total (37).

**La intensidad de las lesiones.** - valora al edema, eritema, pápula, exudado, costas, escoriación, liquenificación y sequedad con un valor de 0 a 3 hasta un total de 60% (37).

**Síntomas subjetivos.** - especialmente si estos se presentaron en los 3 últimos días a la consulta prurito y alteración del sueño el puntaje asignado es de 0 a 10 mediante una escala analógica visual, hasta un total de 20 % (37).

El SCORAD clasifica en 3 grados

- Leve de 0 a 25 puntos
- Moderada de 25- 50 puntos
- Grave más de 50 puntos (18)

Otra de las escalas valorativas de la DA, es Eczema Area and Severity Index (EASI): esta escala con una puntuación de 0-70 puntos identifica la localización de las lesiones a nivel de cabeza, cuello, tronco, extremidades y su porcentaje de acuerdo a la intensidad y gravedad de afectación, no considera importante al prurito ni el insomnio, tiene una escala de clasificación objetiva y subjetiva (36).

**Figura Nro. 1**

INDICE SCORAD (35)

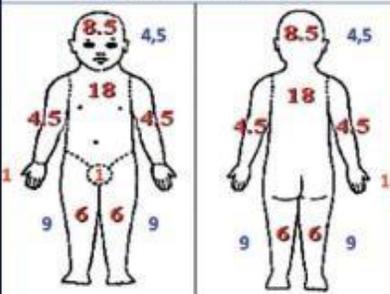
## Índice SCORAD

**Leve: 0-25**  
**Moderado: 25-50**  
**Grave: > 50**

Valor máximo posible: 103



**Extensión: Regla de los 9**  
**% de Sup. corporal afectada**



Color rojo: <2 años

Color azul: ≥2 años

**A: Extensión, indicar % superficie afectada**

**B: Intensidad**

criterio	Puntos	Promedio del área evaluada
Eritema		0: Ausencia
Pápulas-edema		1: Leve
Exudación, costras		2: Moderado
Escoriación rascado		3: Intenso
Engrosamiento		Se valora la piel no afectada
Sequedad		

**C: Síntomas**  
Prurito y pérdida de sueño:

**Índice SCORAD**

A/5 + 7B/2 + C

Escala VISUAL Promedio 3

Prurito: 0 a 10

Pérdida de sueño: 0 a 10

0

10

**Superficie corporal afectada: \_\_/100**  
(Las áreas de sequedad sin eritema no se contabilizan. Redondear al valor más próximo múltiplo de 5, excepto si la extensión es inferior al 5 %)

## 9.12. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El picor intenso y la distribución típica de las lesiones son claves, así como el eccema para el diagnóstico, sin embargo, existen enfermedades inflamatorias con la que se debe realizar ciertas diferencias entre las principales se citan:

- **Dermatitis seborreica:** inicia poco después del nacimiento; habitualmente, hay poco prurito se evidencia descamación grasienta en el cuero cabelludo, frente y pliegues nasales. No suele haber antecedentes de atopia en la familia ni elevación de IgE total (35).
- **Dermatitis de contacto alérgica:** las lesiones se limitan a la zona de contacto con el material al que se es alérgico.
- **Sarna:** cursa con prurito intenso nocturno, se aprecia las lesiones en el área genital y axilar, los surcos son lineales, suelen afectarse a otros familiares que conviven con el paciente (35).
- **Psoriasis:** la forma más común cursa con placas eritematosas bien delimitadas sobre zonas extensoras y glúteos (12).

Otros trastornos que hay que descartar y que también pueden cursar con manifestaciones cutáneas similares a las presentadas en DA, son las deficiencias nutricionales o la enfermedad celíaca

### Tabla Nro. 5

#### Diagnóstico Diferencial (38).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DERMATITIS ATÓPICA Y DERMATITIS SEBORREICA		
	Dermatitis atópica	Dermatitis seborreica
Localización	Pliegues, zona lateral de cara	Zona central de cara, cuero cabelludo, zona retroauricular
Antecedentes familiares	Atopia	De seborrea
Inquietud, insomnio	+++	+
Rascado	+++	-
RAST / Prick test	+++	-
Intolerancia a alimentos	+++	-
Sobreinfección por estafilococo	+++	-
Exacerbación por el calor	+++	+++
Respuesta al tratamiento	Desfavorable	Buena

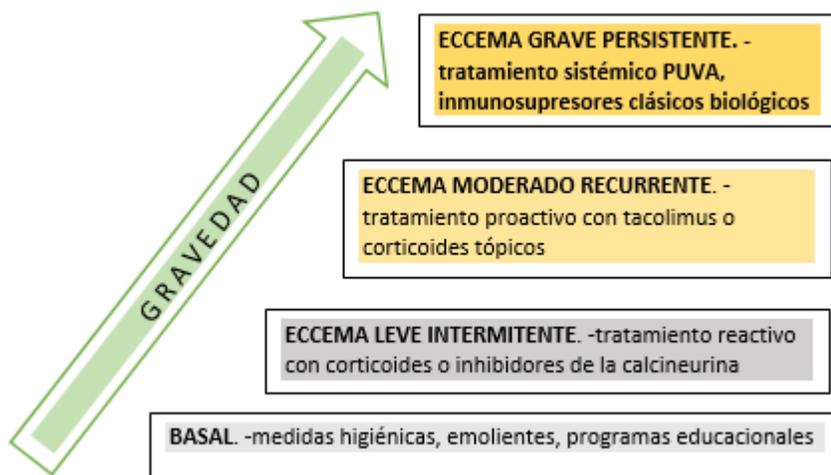
Interpretación: +++ (intenso) , + (leve) – (ausente)

### 9.13. PAUTAS PARA EL MANEJO TERAPÉUTICA DE LA DA

Varias guías y planes terapéuticos que se han descrito para la DA, lo que ha requerido considerar múltiples aspectos, no ha sido fácil y en muchas ocasiones sin resultados satisfactorios(6), los expertos indican que en el manejo de esta enfermedad se debe considerarse, las edad, intensidad, evolución de la de misma y tener presente que este es personalizado, teniendo en cuenta que cualquiera de los fármacos administrados podría ocasionar efectos adversos; Actualmente se han elaborado guías terapéuticas en escalones.(6), y se describen algunos efectos de los fármacos, para los síntomas persistentes; como el prurito que genera el rascado, que a consecuencia de este ocasiona lesiones en la piel contribuye al insomnio, irritación, malestar, alterando consecuentemente la calidad de vida de quien la padece y de su familia(6)

#### GRAFICO NRO. 2

##### Tratamiento de DA escalonada (11)



#### 9.13.1. MANEJO NO FARMACOLÓGICO

##### Objetivos:

- Reducción del brote del eccema agudo.

- Control proactivo de la DA para conseguir remisión o mantenimiento prolongado.
- Educación al paciente y sus familiares (39)
- Uso de emolientes y fármacos
- Probióticos como tratamiento adyuvante en la DA moderada especialmente en niños a partir de 1 año.
- Los tratamientos deben prolongarse en el tiempo para reestablecer la barrera epidérmica y reequilibrar la microbiota cutánea. (35)

## Tabla Nro. 6

### Plan de tratamiento en DA, según fase de evolución, intensidad de lesiones y fármaco (11)

SÍNTOMA	EVOLUCIÓN DE LESIONES	FÁRMACOS	EFFECTOS ADVERSOS
Prurito	Aguda, Sub Aguda, Crónica	Antihistamínicos De 1era, 2da Generación / Fototerapia / Hidratación	Sedante
Lesiones Secas Y Liquenificadas	DA Aguda	Corticoides baja, mediana, alta potencia (según localización) / pomada-ungüento	Atrofia cutánea (según potencia del fármaco)
Lesiones En Áreas Pilosas		Crema	Efecto rebote
Lesiones Graves	DA Grave	Productos biológicos (Dupilamb)	Efecto rebote

Realizado por: la autora

## 10. METODOLOGÍA

### 10.1. DISEÑO

La presente investigación se realizó utilizando el método descriptivo no experimental en la que se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva a través de la lectura y valoración crítica de aquellas investigaciones científicas sobre el tema planteado, proceso que nos ayuda a colocar el tema en un contexto actualizado; la revisión bibliográfica tiene como documentos fundamentales las investigaciones

científicas publicadas en revistas de mediano y alto impacto, papers, informes y documentos referentes al tema ya sea en idioma español e inglés de características cuya publicación se encuentre dentro de los últimos 5 años, se incluyen además trabajos experimentales y de casos clínico, que permitan robustecer la investigación y generar una discusión científica. Para ello se Utilizaron palabras claves y combinación entre ellas como: *Dermatitis atópica, eczema, infancia, inflamación, liquenificación.*

## **10.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

Se realizó una búsqueda en los gestores académicos virtuales, extrayendo documentos y guías publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales en dermatología, tanto del Ecuador como de otros países, también se incluyó revisiones bibliográficas de la literatura científica y de artículos originales correspondientes a los últimos cinco años en idioma español o inglés sobre el tema (40).

El presente documento se basa en una revisión de la literatura actualizada hasta 2021 inclusive. La relevancia de los artículos y su información se basa en el juicio de los expertos que la redactaron, se ha priorizado información de marcada importancia clínica para el médico que está inmerso en este tipo de pacientes en su práctica clínica diaria, intentando generar un documento de lectura fácilmente comprensible.

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizarán varias fuentes documentales seguras proveniente de: *Research, Dialnet, Google académic, Scielo, repositorios Institucionales, Science Direct, Pubmed, Scopus, Medline (Nlm), Index Medicus, Lilacs, Embase,* entre otros (40)

## **10.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Los criterios de selección se encuentran determinados por los objetivos de la investigación y la metodología a desarrollar.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Para la bibliografía de este estudio se incluyen documentos de investigación desarrollados en los niveles de pre y posgrados, artículos científicos, actas de congresos, informes, proyectos, que se encuentren disponibles en el idioma español o inglés, también se tomara en cuenta el tiempo de publicación que no exceda a más de 5 años.

Al tratarse de un estudio de una patología dermatológica se considerarán aquellos trabajos de expertos en la temática, así como guías de asociaciones dermatológicas nacionales e internacionales.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron los estudios que no integren la condición de actualidad, considerados para este fin. Artículos que no cumplen con los idiomas español o inglés y estudios que no se relacione con la DA.

#### **10.4. ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Primeramente se determinaron ciertos criterios a emplear durante la búsqueda de la información, la misma que se la realizo de manera manual y también automática, se consideraron la palabras claves y los objetivos planteados así como la metodología de la investigación, lo que permitió la búsqueda, y la organización de los contenidos, las fuentes seleccionadas se clasificaron de acuerdo año de publicación importancia de la evidencia alcanzada por los expertos y reconociendo el orden establecido en el esquema de investigación(40).

Las lecturas de los resúmenes facilitaron la extracción de la información requerida se categorizaron aquellas fuentes considerados como artículos potencialmente elegibles. Una vez definidos las fuentes a incluir en la investigación se realizó una lectura en su totalidad y por completo de los artículos seleccionados para incorporarlos de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación (40).

## **10.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Para el análisis de los datos, se respetaron los objetivos planteados y el alcance de la investigación; el caracterizar los referentes teóricos de las dermatitis atópicas de la infancia, requirió del análisis de los documentos científicos, y la extracción de los datos más importantes como autoría, año de publicación, fuentes de información y metodología empleada y resultados. Esta etapa permite realizar un análisis completo y organizada sobre los contenidos de los documentos considerados de mayor utilidad y que guardan relación con el tema del que se extraerán aquellos datos que guardan similitud entre ellos, así como aquellos datos de inconsistencias o discrepancia con la finalidad de dirimir (40).

## **11. DISCUSIÓN**

Los estudios realizados han demostrado que la DA es una patología de la piel de orden genética, multicausal, asociados a efectos inmunológicos y ambientales favorecidos también por factores de otro orden etiológico. El diagnóstico se realiza con dificultad, y el tratamiento resulta complejo, lo que podría generar complicaciones de orden económico, social y personal, es por eso la importancia de un diagnóstico oportuno y preciso. (6)

Un estudio realizado en el año 2017 en el “hospital San Francisco ” de la Capital del Ecuador, tomó los instrumentos del estudio ISAAC-III modificado, en cuya investigación intervino como población de estudio 3080 niños nacidos y registrados en el libro de la institución.(21);de ellos se encontró que 133 presentaron DA y cuyas edades fluctuaron entre 24 y 39 meses a quienes se les aplicó un cuestionario incluyendo algunas preguntas relacionadas a la etiología de la (DA); Entre las preguntas priorizaron el sexo, participando el 50,4% del sexo masculino y 46.6 % del sexo femenino, los antecedentes familiares de atopia señalando que en el 41% de los casos estuvo presente este antecedente atópico,(21), los factores ambientales también los consideraron dentro del cuestionario y el 59.4 % refirieron haber estado en contacto con alguna mascota

en los 3 últimos meses, la calidad de las habitaciones y su contenido en partículas de polvo indicaron que el 54.9% se relacionaban con aquello, el hábito de fumadores en el hogar formó parte de esa investigación reportando que por lo menos 1 miembro era fumador (16.5%), también el 46,6 % refirieron baño nocturno con mucha frecuencia, y el 48.9 % presentaron enfermedades atópicas cursando en ese momento, identificando a la rinitis alérgica en primer lugar y la dermatitis atópica en segundo lugar, seguida de la alergia alimentaria, el estudio no reportó diferencias de atopia entre hombres o mujeres(21).

Los resultados obtenidos en esta investigación guardan mucha similitud con los hallazgos de la presente investigación, especialmente en lo que respecta a antecedentes familiares de atopia y el riesgo de desarrollar DA, así como el humo de tabaco en el hogar reportado como factor medioambiental en la etiología de la DA (24)

Otro dato en concordancia es la escasa diferencia de la DA en relación al sexo, muchas investigaciones señalan más frecuente en mujeres, así mismo esta investigación señala el compromiso que tiene la convivencia con mascotas y la DA, dato que la evidencia otras investigaciones también (19) (21).

Los datos coinciden con un estudio realizado por J, Beltrán, en el 2021, quien enfocó su investigación en los aspectos sociales y ambientales donde se desenvuelven los pacientes con DA, en el estudio se aplicó el método observacional retrospectivo longitudinal (41), se reportó a la rinitis alérgica como una de las patologías señaladas en el cuestionario que padecían los infantes concomitantemente con DA, coincidiendo con la típica *marcha atópica descrita por algunos autores*, a la que hace referencia algunas fuentes bibliográficas, es decir la presencia de DA y la asociación posterior con enfermedades Atópicas como asma, rinitis alérgica y alergia alimentaria (21) (41).

Otro estudio investigado en 2017 es, un caso en particular, de un varón de 19 años de edad, con antecedentes personales de haber padecido desde la edad de 4 años episodios de DA leve y cuyos familiares eran portadores de enfermedades atópicas, las mismas que con tratamientos recomendados en las guías

terapéuticas resolvían satisfactoriamente la sintomatología (2), a los 15 años después del último episodio agudo, presenta un brote de la enfermedad de características grave, con un índice SCORAD de 84.3, clasificándolo en una de DA severa.

Se realizaron exámenes complementarios de biometría, química sanguínea, citometría de flujo, encontrándose los resultados de la IgE elevados, la biopsia de piel indica signos de hiperplasia epidérmica, espongirosis moderada y acantosis, lo que corrobora el diagnóstico de DA (2)

El caso descrito evidencia que la IgE es un indicador importante en el diagnóstico de DA así como un evaluador de la eficacia del tratamiento, sin embargo hay que tener presente que es un hallazgo asociado a otros factores especialmente los antecedentes familiares y personales de Atopia, las características de las lesiones, tuvieron un comportamiento que la clasificaban como DA severa, la Biopsia que concluye con el Diagnóstico de DA, es un dato que lo describen varias bibliografías del presente trabajo como método concluyente para un diagnóstico efectivo (2).

El índice de SCORAD, así como las cifras de IgE luego del tratamiento se comportaron como valores predictivos de la resolución de la enfermedad, datos que se señalan de manera similar en otros estudios. Un dato que no se contempla en las bibliografías del presente trabajo es la importancia de la *citometría de flujo* como examen con importante valor en la clasificación de la DA, sin embargo, a través de este caso particular se identifican que las células NK (natural killer) bajas y la relación entre CD4/CD8 también disminuidos se asocia con la gravedad de enfermedad (2).

En el año 2018 en Colombia, se elaboró una guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la DA, se lo realizó a través de revisiones bibliográficas de casos basados en evidencia científica, este estudio incluyó el seguimiento de 5780 personas por 12 meses y se demostró una prevalencia de 14. % de casos con DA con un mayor porcentaje en mujeres (42).

Para el diagnóstico de DA utilizaron los criterios de HANIFIN Y RAJKA tanto para niños como adultos, se señaló al prurito como síntoma predominante en todas las formas acompañados de lesiones, eccematosa, liquenificadas, eritema, y escoriaciones, consideraron además evaluar antes del diagnóstico las patologías diferenciables posible que podrían confundir con la DA(42), se evaluó también la utilidad de la escala de SCORAD como métodos confiable, sencillo y abalzado , y su utilidad radica en determinar la severidad de la enfermedad y la eficacia del tratamiento (42).

Estas guías tienen amplia coincidencia con la mayoría de lo descrito en el presente documento, donde cita la predominancia de la enfermedad en el sexo femenino, así como la utilidad de las escalas valorativas EASI y SCORAD con las particularidades de cada una de ellas, sin embargo algunos datos discrepan del estudio realizado en un hospital regional de México del 1 al 30 de marzo del 2019 (43), donde el 60% de los encuestados no tubo antecedentes personales deAtopia, y en aquellos que referían estos antecedentes, la rinitis tuvo un comportamiento en primer lugar, sin embargo coinciden con la evidencia de antecedentes familiares atópicos en el 49% (43).

En el estudio referido se aplicó la escala de EASI como escala valorativa debido a la elevada utilidad en dermatología por su objetividad y subjetividad en la clasificación de las lesiones, sin embargo, no utilizo la escala SCORAD excluyendo al prurito y la alteración del sueño, lo que no coincide con la mayoría de estudios realizados, en los que estos síntomas forman parte de los criterios para clasificar la DA por su marcada asociación (43).

Otro estudio que evaluó la terapéutica empleada en casos de DA y que formo parte de la evidencia en esta patología es realizado por Giordano y colaboradores en 2018, se analizaron 76 niños con DA y un grupo de control a quienes se evaluaron después de 8 semanas de tratamiento, con aplicación dos veces al día de un humectante que contiene extracto de avena y aceite de onagra (42), el grupo de control no recibió emoliente, pero ambos grupos usaron una barra de

limpieza estándar y se permitieron los corticoides tópicos, sin embargo, no hubo reducción significativa del SCORAD en ninguno de los grupos. (42)

Este estudio discrepa de lo indicado en otros estudios en los que se precisa el uso de corticoides tópicos para el tratamiento de DA, tanto en adultos como en niños puesto que los describen como la base de la terapia antiinflamatoria, especialmente en mayores de 2 años, que presenten lesiones en áreas donde existe un riesgo elevado de presentar eventos adversos por el uso de corticoides tópicos. (42)

Un estudio de gran interés, describe a un adolescente de 13 años de edad quien desarrolla DA desde la infancia, presenta antecedentes de enfermedad atópica (rinitis alérgica), cuyos síntomas no respondieron a los esquemas sugeridos por expertos, se resolvió realizar pruebas cutáneas como la biopsia dérmica confirmando de esa manera el diagnóstico, el resultado sérico de IgE elevado fue dato que favoreció el diagnóstico de DA, se aplicó las escalas de SCORAD con una puntuación de 36 y EASY 48, estos datos coinciden con lo que se describe en este documento; la utilidad de la biopsia en aquellos casos con resultados terapéuticos insatisfactorios así como la determinación de IgE ya que la literatura la cita como un valor incrementado en el 70% u 80% (6), la presencia de las lesiones a nivel de cuerpo, como eccema en párpados y frente, liquenificación en la cara interna de muslos, pliegues y glúteos, y erosiones en pliegues ante cubitales y poplíteos, dorso de manos y pies contribuyen al diagnóstico de la enfermedad (44). Con esta información se optó por iniciar el tratamiento con dupilumab en las dosis recomendadas, reduciéndose notablemente las lesiones y el prurito, en la segunda semana, no obstante empeoraron las lesiones a nivel de cara, lo que indicó que la DA cursaba con una comorbilidad, llegando a concluir que algunos estudios sugieren el uso de dupilumab para aquellas DA refractarias a tratamientos así como la mayoría de estudios señalan que la DA podría cursar con otras enfermedades y que son más evidentes durante la adolescencia (44).

Un estudio realizado en el año 2020 por la revista de Ciencias Médicas de la Universidad Iberoamericana, cuyo método utilizado fue revisión bibliográfica

enfaticándose en la descripción de la fisiopatología, escalas de criterios de gravedad de la DA, así como el tratamiento, pues la evidencia indica que el 50% de aquellos pacientes que desarrollan DA antes de los 2 años también podrían enfermar de asma durante los años siguientes, dato que indican similitud en lo descrito por la mayoría de fuentes consultadas (23).

El estudio también hace referencia en la etiopatogenia compleja, y describe al humo del tabaco y la humedad climática como factores medioambientales, en primer orden en la etiología de la DA; información expuesta por otros investigadores; la alteración de la microbiota cutánea en los casos severos colonizada por estafilococcus aureus, es un hallazgo en la mayoría de los estudios, así como las comorbilidades que podrían acompañar a la DA (23). Un dato que difiere de muchos estudios es el papel que desempeñan los probióticos como microorganismo vivo con efectos positivos en la terapéutica con acción inmuno moduladora, beneficiando la salud del huésped debido al cambio de respuesta inmune que estos generan, espaciando los períodos libres de enfermedad, indicados cuando los brotes se presentan más de cuatro al año, dato que al momento tiene muy poca sustentación científica (23).

Un estudio analítico, retrospectivo, con diseño de casos y controles, realizado en la consulta externa de un hospital de Lambayeque en Perú, publicado en el 2019 cuyo periodo de ejecución contempló del 2016 al 2018, para el estudio se incluyeron algunas variables que tienen efecto sobre el desarrollo de la DA, como la edad, participando menores de 7 años con un porcentaje igual tanto de hombres como de mujeres, se consideró la educación de los padres quienes referían educación superior en un 63%, la lactancia materna también fue una variable incluida en el estudio y el 89 % de los niños de la muestra iniciaron LME de acuerdo a lo recomendado por la OMS, desde el inicio del nacimiento, finalmente la procedencia de los infantes señaló que el 89% de los integrantes tenían la procedencia urbana (45).

Los resultados arrojaron datos muy similares a los encontrados en los estudios revisados, y que formaron parte de este documento, señalando que el desarrollo

de la DA en niños que recibieron LME se comportó como un factor protector en el 38 % de los niños, sin embargo, se debe tener claro que la DA tiene una patogenia multifactorial, Los antecedentes familiares tanto Alérgicas como de fumadores identificados en el estudio, así como la residencia urbana y el nivel educativo si bien se incluyen como factores contribuyentes de la enfermedad sin embargo en nuestro estudio no tiene marcada significancia (45).

Otros estudios de casos particulares, realizados por especialistas de la dermatología y con experiencia en el manejo terapéutico de la DA, cuyo objetivo es valorar la efectividad de dupilumab, biológica monoclonal de última generación para tratamientos rebeldes de DA (44). En ese contexto se describe a un paciente de 19 años de edad, con antecedentes de DA en edad temprana de lactancia, no asociada a otras patologías atópicas ni a elevaciones de IgE, en quien se utilizó tratamiento cortico terapia por varias ocasiones con óptimos resultados, sin embargo la enfermedad se presentaba con exacerbación al momento de suspenderlos, en el último brote se emplearon escalas valorativas de intensidad y gravedad de las lesiones donde EASI puntuaba en 22 y el SCORAD 54 , valores que indican gravedad, además la afectación de la calidad de vida estaba muy marcada,(44)

Datos similares exponen otros investigadores y que se incluyeron en el presente trabajo, las alteraciones psicosociales son manifestaciones frecuentes de los pacientes que presenta DA, especialmente en la adolescencia acentuándose con el aumento en la edad, lo cual se visualiza en este caso particular (32) (44).

El tratamiento con dupilumab vía subcutánea, en dosis señaladas (600mg. cada semana y posteriormente 300mg. Cada 2 semanas) se evidenció reducción de las escalas EASY Y SCORAD de manera muy significativa, (44). Información que concuerda con lo revisado en las guías terapéuticas actuales, señalando que dupilumab es un fármaco utilizado en casos particulares de persistencia y exacerbación de brotes, refractaria a tratamientos convencionales, información que coincide con lo aseverado en esta investigación donde se incluye al dupilumab en casos graves y refractarios (44).

Un estudio descriptivo realizado entre junio de 2018 y marzo de 2020, donde participaron pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica, realizado por expertos en la rama y que con regularidad asistieron al servicio de dermatología de varios centros asistenciales de Medellín, la muestra la constituyeron 113paciente mayores de 7 año (25).En cuanto a la variables se incluyeron algunas relacionadas a la etiología, entre los que se citaron; la edad en cuyo caso 21 pacientes tenían menos de 18 años, en cuanto al sexo los porcentajes fueron muy similares para mujeres y hombres, se investigó el hábitos del cigarrillo, antecedentes familiares, antecedentes personales, comorbilidades y tratamientos realizadas entre otras de menor relevancia (25). Los resultados de este estudio identificaron que los antecedentes personales de DA se dio en el 44.6%, seguida de rinitis alérgica y asma con porcentajes similares, también los antecedentes familiares fue notorio el 82,5% de los casos presentaron, así mismo se demostró la presencia de comorbilidades con porcentajes menores a la unidad, también se identificaron signos característicos de la DA como el prurito y el doble pliegue palpebral, se destacó el eccema de las manos como la variante más frecuente, el 92.8 % de los pacientes había recibido tratamiento previo, de los que el 35% señalo haber utilizado fototerapia, el 16 % tratamiento sistémico y el 13,3 % utilizo fármaco biológico (25).

Este estudio difiere en algunos aspectos a los señalados en las bibliografías consultadas para la presente investigación, en cuanto a la edad la mayoría de investigación señalan en la infancia como la más frecuente, estudios que señalan los antecedentes personales y familiares de atopia no marcaron porcentajes diferenciables sin embargo son señalados como predominantes en el curso de la DA y con porcentajes superiores a 40%, en la mayoría de estudios en este caso se ubicó en el 82% los familiares, las presencia de comorbilidades atópicas señaladas en otros estudios con porcentajes no muy relevantes en este estudio se comportó de igual manera, citándose a la obesidad y a los problemas psico emocionales como en primer lugar(25), en relación a las escalas valorativas se utilizaron las EASY y SCORAD por la aplicabilidad sencilla y objetiva así como la exclusividad para clasificar la DA, lo cual coinciden con lo indicado por los estudios

revisados en este documento, en el presente estudio la mayoría de casos se clasificó en DA leve o moderada, este dato se relaciona con el resultado visualizado durante el tratamiento en el grupo de pacientes estudiados, el mismo que también es señalado por los estudios que se han investigado el plan terapéutico aplicado en la DA de manera escalonada.

## **12. CONCLUSIONES**

La DA es una enfermedad dérmica, frecuente en niños, aunque podría presentarse a cualquier edad; al carecer de diagnóstico y tratamiento oportuno podría evolucionar desfavorablemente, afectando la calidad de vida de quien la padece y su familia, la importancia radica en que su prevalencia aumenta cada año a nivel mundial sobre todo en países de bajos ingresos de América Latina. Los criterios de Hanifin y Rajka son de ayuda para establecer el diagnóstico y las escalas de EASI y SCORAD permiten clasificar a la enfermedad según intensidad, extensión y gravedad de los signos y síntomas que la acompañan, a su vez estos instrumentos permiten instaurar el tratamiento y evaluar su evolución, el mismo que depende de las características con las que se presenta en las diferentes etapas de la DA, el tratamiento empleado debe considerar además las enfermedades concomitantes y efectos adversos de ciertos fármacos podrían ocasionar.

## **13. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Este estudio, requiere de una mayor información científica que permita comprender mejor la etiología y fisiopatología de la DA, así como aquellos factores que podrían agravarla, es importante considerar tanto para su tratamiento la edad en la que se presentan los primeros signos y síntomas, la extensión y gravedad de las lesiones con la finalidad de proporcionar nuevas opciones terapéuticas, y llevar a estos pacientes los mejores pronósticos.

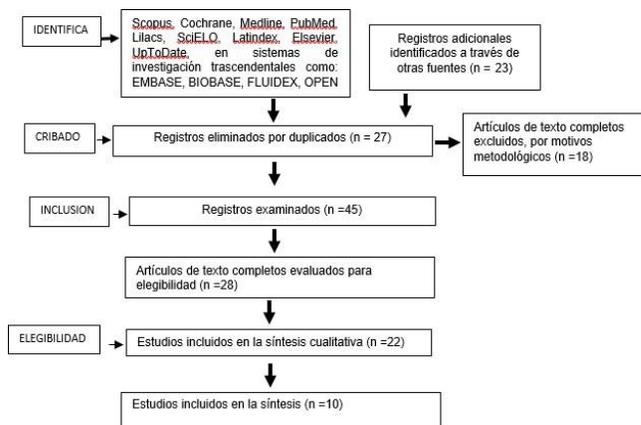
#### **14. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN**

La realización de esta revisión bibliográfica servirá como base para futuras investigaciones, ya que al ser una patología dérmica con prevalencia en aumento y que se relaciona con factores ambientales, permitirá tomar medidas efectivas de prevención especialmente con aquellas personas con riesgo genético de padecerla.

## 15. ANEXOS

### ANEXO 1

**Figura N0. 1** Diagrama de flujo PRISMA 2020. El nuevo diseño se ha adaptado a partir de los diagramas de flujo propuestos por Boers, mayo- Wilson et al y Stovold et. (46)



**Elaborado por:** María A. Escandon.

## ANEXO 2

ACTIVIDADES	AÑO 2022										
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Inscripción del tema de trabajo de titulación	X										
Elaboración del protocolo	X										
Aprobación del protocolo		X									
Entrega y aprobación de la rúbrica 1		X									
Revisión bibliográfica en los buscadores científicos y bases de datos			X	X							
Recopilación de la información					X	X	X				
Análisis y discusión de la información								X	X		
Entrega y aprobación de la rúbrica 2										X	
Revisión de los pares revisores											X
Edición del informe del trabajo de titulación											X
Entrega del informe final											X

### ANEXO 3

Tabla **Nro.1** Fases clínico-evolutivas de la dermatitis atópica (13).

	Edad	Lesiones	Localización	
Lactante	0-2 años	Eccema exudativo	Mejillas, cuero cabelludo, zonas de extensión de extremidades	
Infantil	2-12 años	Eccema subagudo	Flexura cubital y poplitea, zona periorbitaria y peribucal, dorso de manos	
Adolescente	>12 años	Eccema crónico Liquenificación	Flexuras, cuello, dorso de manos y pies	

**Fuente:** Jaume, Mercedes Escarrer. Actualización en dermatitis atópica: líneas de tratamiento Update in atopic dermatitis: treatment lines. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2020;5(11):1–18. Available from: <http://revistamedicasinergia.com>

## ANEXO 4

### Grafico Nro.1 Escalas de EASI y SCORAD (35)

#### SCORing Atopic Dermatitis

Evalúa la extensión y la intensidad de la DA, y además incluye síntomas subjetivos como son el prurito y los trastornos del sueño.

¿Cómo calcular el SCORAD?

**A. ESTIMAR LA EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD (SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA)**

Se utiliza la regla del 9 para calcular el área afectada "A" (valor máximo de 100 %)  
Se suma el porcentaje de cada área.

Cabeza y cuello (cara anterior)	4,5 %
Cabeza y cuello (cara posterior)	4,5 %
Extremidades superiores (cada cara)	4,5 %
Extremidades inferiores (cada cara)	9 %
Cara anterior del tronco	18 %
Espalda	18 %
Genitales	1 %

**B. INTENSIDAD DE LOS SIGNOS. Seleccionar un área representativa con DA.**  
Para esta área, evaluar la severidad de los siguientes signos:

0	Ausente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eritema</li> <li>Edema/papulación</li> <li>Exudación/formación de costras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Excoriación</li> <li>Liquenificación -</li> <li>Engrosamiento de la piel</li> <li>Xerosis: se evalúa en un área donde no hay inflamación</li> </ul>
1	Leve		
2	Moderado		
3	Severo		

Sumar el valor de gravedad para obtener el valor "B" (valor máximo de 18).

**C. SÍNTOMAS SUBJETIVOS.**  
El prurito y el insomnio son valorados por el paciente utilizando una escala visual de 0 a 10. Estos síntomas dan el valor "C" (valor máximo de 20).

**PUNTUACIÓN TOTAL:**  
 $A/5 + 7B/2 + C$

**INTERPRETACIÓN SUGERIDA DEL PUNTAJE SCORAD**

<25 puntos DA leve	25-50 puntos DA moderada	>50 puntos: DA severa	El puntaje máximo es 103
-----------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------

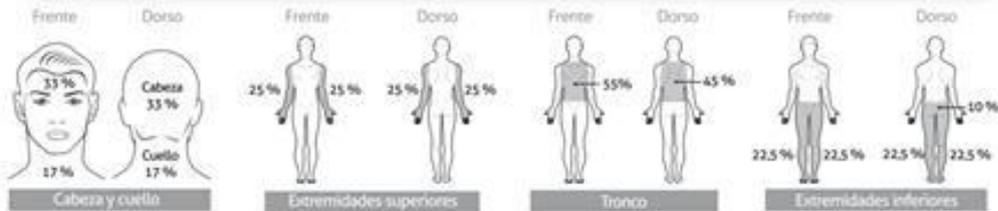
Fuente: Versión en castellano del sistema SCORAD. adaptada de Budiño Torres S, et al Asociación Asturiana de Pediatría de atención primaria. Disponible en: <http://bit.ly/2mdestd> (consultado en septiembre del2019)

## ANEXO 5

### Grafico Nro. 2 ESCALA SCORE EASI (35)

#### SCORE EASI

[1] Se determina la extensión (área) de afectación por DA del paciente, asignando un puntaje de 0 a 100 a cada una de 4 regiones corporales. Se consideran los porcentajes de relevancia de frente y dorso de acuerdo a la imagen siguiente:



Así, se asigna un puntaje de 0 a 6 para cada área según la siguiente relación:

% de compromiso	0 %	1 - 9 %	10 - 29 %	30 - 49 %	50 - 69 %	70 - 89 %	90 - 100 %
Score	0	1	2	3	4	5	6

[2] Se calcula la severidad en las 4 regiones del eritema, el edema/papulación, la excoriación y la liquenificación, asignando un valor de 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado) y 3 (severo) a cada lesión.

[3] Se suma el puntaje de cada uno de estos 4 signos en cada área, multiplicándolo por la extensión del compromiso en dicha área y por un factor específico para cada área (0,1 para la cabeza y el cuello; 0,3 para el tronco; 0,2 para las extremidades superiores y 0,4 para las extremidades inferiores). Se establece un puntaje final para cada una de las 4 regiones corporales que, sumadas, establecen el puntaje final y permiten la siguiente interpretación:

Puntuación	Interpretación
0	Sin lesiones
0,1 a 1,0	Casi sin lesiones
1,1 a 7,0	Enfermedad leve
7,1 a 21,0	Enfermedad moderada
21,1 a 50,0	Enfermedad severa
50,1 a 72,0	Enfermedad muy severa

**Fuente:** Score EASY Adaptada y modificada de EASY User Guide-HOME – Harmonising Outcome Measure for Eczema website. Disponible en <http://bit.ly/33WrZr9> (consultado en octubre del 2019)

## 16. BIBLIOGRAFIA

1. Ridao i Redondo M. Dermatitis atópica. *Pediatr Integr*. 2021;16(3):213–21.
2. Cid del Prado-Izquierdo M de la L, Zarco-Cid del Prado O, Visoso-Salgado Á. Dermatitis atópica severa e hiper-IgE. *Rev Alerg México*. 2017;64(4):487–92.
3. Bastidas LJR. Prevalencia de dermatitis atópica y factores asociados en pacientes pediátricos atendidos en consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017. Tesis previa a la obtención del título Espec en Pediatría. 2019;(nov.):1–23.
4. Sandoval M. Manual Del Interno De Medicina. Dermatología. Pontif Univ Católica Chile. 2019; 1:1–476.
5. Evangelista Barragan DS, Jalon Flores GE, Camacho Desidero JE, Peña Martillo JM. Dermatitis atópica (ECCEMA) infantil. *Reciamuc*. 2019;3(3):192–207.
6. Pacientes alianza de. Situación actual de la dermatitis atópica grave. 2018; Available from: <https://alianzadepacientes.org/wp-content/uploads/2020/03/Informe-Dermatitis-atopica-grave.pdf>
7. Ricardo Alonso OE, Rodríguez Sánchez MB, Hernández Fernández M, Alonso González M. Aspectos de interés sobre la etiopatogenia de la dermatitis atópica TT - Interesting aspects about the etiopathogenesis of atopic dermatitis. *Rev Médica Electrónica [Internet]*. 2018;40(4):1139–48. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000400019&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme190418.pdf](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400019&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme190418.pdf)
8. Ricardo O, Rodríguez M, Hernández M, Alonso M. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Rev Médica Electrónica*. 2019;41(2):496–507.
9. Sánchez-saldaña LA. Dermatitis atópica: estrategia de manejo. *Dermatol Perú [Internet]*. 2019;29(2):110–21. Available from: [http://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista\\_MvjN\\_04\\_Terapeutica\\_dermatologica\\_hoy\\_29-2.pdf](http://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista_MvjN_04_Terapeutica_dermatologica_hoy_29-2.pdf)
10. Iliana Lizeth Aguirre Martínez, \* David Mendoza Hernández, \*\* Gerardo T López Pérez \* Mariana Carmona Barrón\*. Aguirre MIL y cols. Dermatitis atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico. 2018;27. Available from: <http://www.medigraphic.com/alergia/>
11. Senán Sanz MR, Pelegrín López B. Guía de consulta rápida en dermatitis atópica. 2021;2–11.
12. Villaroel M. DERMATITIS ATÓPICA Y SUS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES Autor: Dra. Moyra Villarroel F., Residente Medicina Familiar PUC Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento

- Medicina Familiar PUC. 2018;1–3. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/4.-Articulo-MF-Dermatitis-atopica-Moyra-Villarroel.pdf>
13. Editorial C. CUERPO EDITORIAL Actualización en dermatitis atópica: líneas de tratamiento Update in atopic dermatitis: treatment lines. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2020;5(11):1–18. Available from: <http://revistamedicasinergia.com>
  14. María D, Leyva DLÁ. Dermatitis atópica: fisiopatología y sus implicaciones clínicas Atopic dermatitis: physiopathology and its clinical implications Introducción. 2020;24(Ccm):285–309.
  15. Muñoz AS. Fisiopatología de la dermatitis atópica. + Algunas notas introductorias: In: Muñoz AS, editor. Lancet 2016; 387:1109-22 [Internet]. Buenos Aires Argentina: Lancet 2016; 387:1109-22; 2016. p. 1–30. Available from: [https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/Dermatologia/Viernes 28/SantosMuñoz\\_Dermatitis atopica\\_Fisipatogenia.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/Dermatologia/Viernes 28/SantosMuñoz_Dermatitis atopica_Fisipatogenia.pdf)
  16. Lengkap N. “PREVALENCIA DE DERMATITIS ATÓPICA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN DONUM. CUENCA 2021.” 2016;(82):1–23.
  17. Inzunza M, González L. DERMATITIS ATÓPICA: CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN ADULTOS Autora: Dra. María José Inzunza A, Residente Medicina Familiar Adultos UC Editor: Dra. Loreto González, Docente Departamento Medicina Familiar PUC. 2020;(Figura 1).
  18. Fajardo D, Paulette L. Dermatitis atópica en el área pediátrica: generalidades, diagnóstico y tratamiento. 2021 [Internet]. 5:15237–48. Available from: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i4.683 p15237](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i4.683 p15237)
  19. Blanco MJN. Tema Central. Semergen. 2001;31(tabla 1):421–32.
  20. Pilar JCA Del. Caracterización de Dermatitis Atópica en niños de la escuela San Francisco de Asís de la Arcadia y su relación con antecedentes de padres atópicos en la ciudad de Quito, septiembre 2015- junio 2016. Quito-Ecuador; 2016.
  21. Bustamante JAB. FACTORES DE RIESGO SOCIOAMBIENTALES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ATOPIAS EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS NACIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO. Quito-Ecuador; 2020.
  22. T. Pozo Román\* BMR. Dermatitis atópica y dermatitis seborreica. 2021;(3):119–27. Available from: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv03/01/n3-119-127\\_TomasPozo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv03/01/n3-119-127_TomasPozo.pdf)
  23. Severidad E De, Glynnis D, Mcfarlane T, Generales M, Universidad D, Costa L De. Dermatitis Atópica: Generalidades, y Tratamiento. Rev Ciencias Médicas. 2020; III.
  24. Leyva M, Rodríguez Y, Rodríguez R, Mejía S, Luyo L. Dermatitis atópica:

- fisiopatología y sus implicaciones clínicas. Esc Super Politécnica Chimborazo [Internet]. 2020;24(1):2–24. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201q.pdf>
25. Cuervo MM, Sanclemente G, Barrera LM. Caracterización clínica, sociodemográfica y determinación del impacto en la calidad de vida de pacientes con dermatitis atópica de la ciudad de Medellín y su área metropolitana. *Biomédica*. 2021;41(4):676–91.
  26. Herrera-Sánchez DA, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales IJ. Epidemiological study on atopic dermatitis in Mexico. *Rev Alerg Mex*. 2019;66(2):192–204.
  27. Lina O, Rodríguez P, Rodríguez MMB, Reyes ER. Estudio inmunológico en pacientes con dermatitis atópica e infección en piel por *Staphylococcus aureus*. 2016;41(7).
  28. Alexandra MB. “DERMATITIS ATOPICA EN ADULTOS, CORRELACION CLINICA SEGU SCORING ATOPIC DERMATITITS Y NIVELS DE IGE.” GUAYQUIL-ECUADOR;
  29. Navarro-Triviño FJ, Arias-Santiago S, Gilaberte-Calzada Y. Vitamina D y la piel. Una revisión para dermatólogos. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2019;110(4):262–72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.006>
  30. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(1):15–21.
  31. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. *Organ Mund la Salud*. 2003; 6:36.
  32. Manuel Zubeldia Dra María Luisa Baeza Tomás Chivato Ignacio Jáuregui Carlos Senent JJ. Segunda Edición Actualizada Y Ampliada [Internet]. 2021. Available from: [www.fbbva.es](http://www.fbbva.es)
  33. MARTÍNEZ BUSTAMANTE AS. DERMATITIS ATOPICA EN ADULTOS, CORRELACION CLINICA SEGUN SCORING ATOPIC DERMATITIS Y NIVELES DE Ig E .pdf. Guayaquil;
  34. Osses DMS. Manual del Interno de Medicina Dermatologica. *Angew Chemie Int Ed* 6(11), 951–952. 2021;2013–5.
  35. Arduso DL, Castro DC, Gennaro DM De, Hermida DD, Label DM, Marcipar DA, et al. *Dermatitis Atópica 2019 Guías para el Diagnóstico*. 2019;
  36. Editorial C. CUERPO EDITORIAL Actualización en dermatitis atópica: líneas de tratamiento Update in atopic dermatitis: treatment lines. 2020;5(11):1–18. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/596>
  37. Jaume ME, Teresa M, Pérez G. *Dermatitis atópica*. 2019;(1):161–75.
  38. Mendez-Cabeza Velazquez J, Alache Zúñiga H, Cerrada E.

- Manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria. MEDIFAM - RevMed Fam y Comunitaria. 2003;13(2):75–84.
39. Domingo S. Tratamiento y cuidados de los infantes menores de 2 años con dermatitis atópica. 2019;
  40. Moreno B, Muñoz M, Cuellar J, Domancic S, Villanueva J. Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral. 2018;11(3):184–6.
  41. Beltrán J, Zurita C, Romero P. Factores de riesgo socioambientales asociados a la presencia de síntomas de atopias en niños menores de 3 años. Alergia, Asma e Inmunol Pediátricas. 2021;30(1):13–8.
  42. Claudia Patricia Ordoñez, Tamayo LM, Gamboa LA, Pradilla MT, Hernández Mantilla N, Candía MPN, et al. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. Rev la Asoc Colomb Dermatología y Cirugía Dermatológica. 2018;1–250.
  43. Issn SS, Social S. Evaluación de afección en calidad de vida en adultos con dermatitis atópica. 2021;59.
  44. GENZYME S. HISTORIAS EN DA - CASOS CLÍNICOS EN DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE. sanofi Genzyme. 2021;1(enero):1–6.
  45. Maldonado-Gómez W, Chuan-Ibáñez J, Guevara-Vásquez G, Gutiérrez C, Sosa-Flores J. Association between exclusive breastfeeding and atopic dermatitis in a third level of care hospital. Rev Peru Med Exp SaludPublica. 2019;36(2):239–46.
  46. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev española Cardiol. 2021;74(9):790–9.



**María Augusta Escandón Carrión** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0302706627**. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Dermatitis atópica en la infancia”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **17 de enero de 2023**

**María Augusta Escandón Carrión**

**C.I. 0302706627**