



**DOI:** 10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.843-854

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1071>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 843-854







## Tratamientos tópicos de la Dermatitis Atópicas en pacientes pediátricos: una actualización

Topical treatments of atopic dermatitis in pediatric patients: an update

Tratamentos tópicos de dermatite atópica em doentes pediátricos: uma atualização

**Joselyn Estefanía Méndez Espín<sup>1</sup>; David Alexey Riofrío Lucero<sup>2</sup>; Paúl Alejandro Bravo Vega<sup>3</sup>; Joselin Yomara Cevallos Cevallos<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 28/01/2023 **ACEPTADO:** 28/02/2023 **PUBLICADO:** 27/03/2023

1. Médico Cirujano; Médico Ocupacional; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; joselynmendezespin@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0008-8085-6226>
2. Médico Cirujano; Médico Residente; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; avid.riofrio@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-4383-0118>
3. Médico General; Médico General Centro de Salud Tipo B Calpi; Riobamba, Ecuador; a.bravo951@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6511-2519>
4. Médico General; Médico Residente del Hospital de las Fuerzas Armadas N°1; Quito, Ecuador; joselinyomar@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0001-2903-9617>

### CORRESPONDENCIA

**Joselyn Estefanía Méndez Espín**

joselynmendezespin@gmail.com

**Quito, Ecuador**

## RESUMEN

La patología inflamatoria de la piel conocida como dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea crónica y de etiología multifactorial e incierta que expone una piel con marcada xerosis de forma generalizada y una alteración en la función barrera que es necesario restablecer. Sus repercusiones son directamente en el costo de tratamiento, la ausencia escolar y el estado emocional; afectando de esta manera la calidad de vida del paciente. La atención primaria de esta patología suele ser uno de sus aspectos mayormente desconocido por los médicos y por los pacientes, sobre todo para la edad pediátrica debe existir un conocimiento de cómo abordarla pues, una vez diagnosticada en el tratamiento debe participar un equipo multidisciplinario. Se realiza búsqueda de las publicaciones médicas referentes a la Dermatitis Atópica infantil publicados entre los años 2018 y 2023 para tomar las discusiones y hallazgos científicos actualizados se consideran hallazgos que exponen los criterios básicos que deriven en los protocolos de tratamientos aplicados para de allí rescatar las actualizaciones en materia de tratamientos tópicos por ser éstos una variable relevante en la investigación bibliográfica. Numerosos estudios epidemiológicos han establecido una fuerte asociación entre DA, asma y rinitis alérgica. Los mecanismos fisiopatológicos más importantes implicados en el desarrollo de la enfermedad son las anomalías en la estructura y la función de la epidermis y la inflamación cutánea secundaria a una alteración de la respuesta del sistema inmune a ciertos antígenos aunado a otros factores como los alérgicos, infecciosos, neurovegetativos y psicológicos. En cuanto a la actualización de tratamientos se concluye que no existen hallazgos específicos para los tratamientos meramente tópicos en el tratamiento de la dermatitis atópica en los pacientes pediátricos más allá de los conocidos, sin embargo, en las bibliografías consultadas la discusión se direcciona en la ejecución de una terapia definida multifactorial y multidisciplinaria de acuerdo al diagnóstico de cada paciente en donde las manifestaciones cutáneas vienen a representar un síntoma secundario de la enfermedad.

**Palabras clave:** Dermatitis Atópica, Eccema Infantil, Tratamientos Tópicos, Prurito Infantil, Dermatitis Pediátrica.

## ABSTRACT

The inflammatory pathology of the skin known as atopic dermatitis (AD) is a chronic skin disease of multifactorial and uncertain etiology that exposes skin with marked xerosis in a generalized way and an alteration in the barrier function that needs to be restored. Its repercussions are directly in the cost of treatment, the school absence and the emotional state; thus affecting the quality of life of the patient. The primary care of this pathology is usually one of its aspects that is mostly unknown by doctors and by patients, especially for the pediatric age there must be knowledge of how to approach it since, once diagnosed, a multidisciplinary team must participate in the treatment. A search is made for the medical publications referring to childhood Atopic Dermatitis published between 2018 and 2023 to take the discussions and updated scientific findings, they are considered findings that expose the basic criteria that derive from the treatment protocols applied to rescue the updates from there. In terms of topical treatments as these are a relevant variable in bibliographic research. Numerous epidemiological studies have established a strong association between AD, asthma, and allergic rhinitis. The most important pathophysiological mechanisms involved in the development of the disease are abnormalities in the structure and function of the epidermis and skin inflammation secondary to an alteration in the response of the immune system to certain antigens combined with other factors such as allergies, infections, neurovegetative and psychological. Regarding the updating of treatments, it is concluded that there are no specific findings for merely topical treatments in the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients beyond those known, however, in the bibliographies consulted, the discussion is directed at the execution of a defined multifactorial and multidisciplinary therapy according to the diagnosis of each patient where the skin manifestations come to represent a secondary symptom of the disease.

**Keywords:** Atopic Dermatitis, Childhood Eczema, Topical Treatments, Infantile Pruritus, Pediatric Dermatitis.

## RESUMO

A patologia inflamatória da pele conhecida como dermatite atópica (AD) é uma doença crónica da pele com uma etiologia multifactorial e incerta que expõe a pele com uma marcada xerose generalizada e uma alteração da função de barreira que precisa de ser restaurada. As suas repercussões estão directamente relacionadas com o custo do tratamento, a ausência escolar e o estado emocional, afectando assim a qualidade de vida do paciente. Os cuidados primários desta patologia são normalmente um dos seus aspectos mais desconhecidos por médicos e pacientes, especialmente para a faixa etária pediátrica, deve haver conhecimento de como abordá-la, uma vez diagnosticada, uma equipa multidisciplinar deve participar no tratamento. Foi efectuada uma pesquisa das publicações médicas sobre dermatite atópica pediátrica publicadas entre 2018 e 2023, a fim de tomar as discussões e descobertas científicas actualizadas, que são consideradas descobertas que expõem os critérios básicos que derivam dos protocolos de tratamento aplicados para resgatar as actualizações sobre tratamentos tópicos, uma vez que estas são uma variável relevante na pesquisa bibliográfica. Numerosos estudos epidemiológicos estabeleceram uma forte associação entre a AD, a asma e a rinite alérgica. Os mecanismos fisiopatológicos mais importantes envolvidos no desenvolvimento da doença são anormalidades na estrutura e função da epiderme e inflamação cutânea secundária a uma resposta alterada do sistema imunitário a determinados antígenos, juntamente com outros factores tais como factores alérgicos, infecciosos, neurovegetativos e psicológicos. No que diz respeito à actualização dos tratamentos, conclui-se que não existem descobertas específicas para tratamentos puramente actuais no tratamento da dermatite atópica em doentes pediátricos para além dos conhecidos. No entanto, nas bibliografias consultadas, a discussão é direccionada para a execução de uma terapia multifactorial e multidisciplinar definida de acordo com o diagnóstico de cada doente em que as manifestações cutâneas passam a representar um sintoma secundário da doença.

**Palavras-chave:** Dermatite atópica, Eczema infantil, Tratamentos tópicos, Prurido infantil, Dermatite pediátrica.

## Introducción

La piel actúa como una barrera entre el medio externo y el interno. Nos protege de los agentes agresores exógenos, ejerciendo un equilibrio en la eliminación de sustancias y en la pérdida de agua transepidermica. También interviene regulando la temperatura corporal. En la Dermatitis Atópica (DA) tenemos una piel con marcada xerosis de forma generalizada y una alteración en la función barrera que es necesario restablecer (Ricardo Alonso, Rodríguez, Hernández, & Alonso, 2019).



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

### Ilustración 1: Eccema infantil

**Fuente:** Mayo Foundation for Medical Education and Research (2022)

La patología inflamatoria de la piel conocida como dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea crónica y de etiología multifactorial e incierta; la cual surge de interacción genética, metabólica, inmune, neuroendocrina y ambiental de distribución mundial, cuya prevalencia se ha duplicado en las dos últimas décadas, sobre todo en países industrializados donde afecta hasta el 30% de la población infantil y 10% de los adultos. Constituye un problema que prevalece significativamente, teniendo una gran variabilidad entre las diferentes zonas geográficas. Según la OMS representa una de las dermatosis más frecuentes en la población escolar de los países subdesarrollados y se encuentra dentro de las diez enferme-

dades más frecuentes en pediatría, afectando entre el 10% y 20% de la población infantil. Sus repercusiones son directamente en el costo de tratamiento, la ausencia escolar y el estado emocional; afectando de esta manera la calidad de vida del paciente (Viada Peláez, Leschinsky, & Gomila, 2019; Folgar, Ramos, & Pastrana, 2019)

Se trata de una enfermedad bien definida clínicamente, que se asocia, hasta en un 80% de los casos a asma bronquial y a rinoconjuntivitis, y en la que intervienen factores constitucionales, tales como una mayor sensibilidad inmunitaria, alteraciones genéticas y exposición a múltiples factores que ayudan a mantener y a exacerbar los síntomas producidos por la misma. (Leyva Montero, Rodríguez Moldón, Rodríguez Duque, Mejía Alcivar, & Luyo Joza, 2020)

La atención primaria de esta patología suele ser uno de sus aspectos mayormente desconocido por los médicos y por los pacientes. Un aspecto importante es el hecho de que por ser una manifestación visible en la piel y más en edad pediátrica debe existir un conocimiento mínimo de como abordarla pues, una vez diagnosticada en el tratamiento debe participar un equipo multidisciplinario constituido por dermatólogo, alergólogo, pediatra, inmunólogo y psicólogo, además de una participación activa del entorno familiar cuidador.

En función de actualizar el abordaje a seguir de esta patología, se pretende centrar la búsqueda de información referente a los tratamientos tópicos disponibles a la fecha.

## Metodología

Considerando el objetivo de la investigación se realiza búsqueda a través de herramientas web de la plataforma Google para encontrar las publicaciones médicas referentes a la Dermatitis Atópica infantil cuyo año de publicación sea entre los años 2018 y 2023 para tomar las discusiones y hallazgos científicos actualizados.

De los resultados obtenidos se consideran entonces aquellos que exponen los criterios básicos que deriven en los protocolos de tratamientos aplicados para de allí rescatar las actualizaciones en materia de tratamientos tópicos por ser éstos una variable relevante en la investigación bibliográfica.

A través del resumen y análisis de la información recabada se organiza y expone la información presentada.

## Resultados

La dermatitis atópica (DA) fue descrita por primera vez en 1808 como entidad de tipo prurigo, que generalmente comienza en la infancia o en la adolescencia caracterizada por lesiones de morfología y distribución específica según la edad, relacionada con diferentes factores causales. En relación con la concurrencia de síntomas de eccema y otras manifestaciones alérgicas, se ha declarado que esta afección cutánea, es la enfermedad atópica de presentación precoz más habitual, con frecuencia está asociada a otros desórdenes alérgicos, y es un marcador de desarrollo de rinitis y/o asma. (Leyva Montero, Rodríguez Moldón, Rodríguez Duque, Mejía Alcivar, & Luyo Joza, 2020)

Numerosos estudios epidemiológicos han establecido una fuerte asociación entre DA, asma y rinitis alérgica. Entre el 20% y el 60% de los casos de DA se asocia a manifestaciones respiratorias (asma-rinitis) y el 40-67% de los pacientes presentan antecedentes personales y/o familiares de atopia. La World Allergy Organization (WAO) estableció la denominación de una forma extrínseca de DA mediada por IgE, que se reporta en el 80% de los casos, que cursa con cifras elevadas de IgE y antecedentes de enfermedades alérgicas, y otra intrínseca o no mediada por IgE, que cursa con cifras bajas de IgE y no se asocia a enfermedades alérgicas, reportándose de estas, de un 16 a un 25 % de las DA (Ricardo Alonso, Rodríguez, Hernández, & Alonso, 2019).

## Manifestaciones Clínicas

Las características clínicas esenciales son la presencia de prurito cutáneo y de las lesiones eccematosas con distribución típica que asientan sobre una base de piel seca (xerosis cutánea), que cursan de forma crónica o a brotes, junto a los antecedentes de enfermedad atópica. No existe una única lesión cutánea que sea característica de la enfermedad. Las lesiones pueden variar en su morfología según la fase del eccema (aguda, subaguda y crónica), y en su distribución, dependiendo de la edad del paciente (fases de lactante, infantil y del adulto).

Reconocer los factores desencadenantes o que exacerban los brotes también es un paso importante para hacer una evitación personalizada. Estos factores pueden ser muy variados, ejemplo: el clima, la polución, la ropa, la presencia de ácaros del polvo en las casas, cosméticos, ciertas comidas, cambios de dieta, estresantes psicológicos (sudor, infecciones), el estrés emocional y cambios bruscos de temperatura, etc. Los suplementos con ácidos grasos omega-3 y 6 podrían ser beneficiosos en la prevención de la DA. La vitamina D también aumenta la expresión de la filagrina, y en paciente con DA y déficit de vitamina D mejora la evolución del proceso si se dan suplementos. El prurito es el síntoma dermatológico predominante en la DA, afecta de forma psicológica, emocional y física al niño y a sus familiares. Provoca un efecto negativo sobre su calidad de vida, produce trastornos del sueño e interfiere en actividades cotidianas. El rascado causa lesiones en piel que favorecen la entrada de alérgenos, irritantes y gérmenes. Por tanto, el control del prurito es otro de los pilares en el tratamiento de la DA (Ricardo Alonso, Rodríguez, Hernández, & Alonso, 2019).

Sin embargo, se pueden puntualizar algunas lesiones elementales según Ricardo et al (2019):

- Eccema: constituido por eritema, edema, vesiculación, exudación y costras.






- Prúrigo: pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, que desaparece rápidamente con el rascado siendo sustituida por una pequeña costra.
- Liquenificación: placas mal delimitadas y engrosadas, con surcos que delimitan áreas romboides brillantes. Las lesiones pueden presentarse en tres estadios:
  - Agudas: lesiones intensamente pruriginosas con pápulas sobre piel eritematosa, vesiculación, exudado seroso, excoriaciones por rascado y, ocasionalmente, sangrado de las lesiones.
  - Subagudas: pápulas eritematosas descamativas y excoriaciones.
  - Crónicas: liquenificación con engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues, pápulas con hiperqueratosis y cambios en la pigmentación de la piel. Todo ello sobre una base de xerosis o piel seca. Pueden coexistir diferentes fases en un mismo paciente, en un determinado momento de la evolución o sucederse en el tiempo. (Ricardo Alonso, Rodríguez, Hernández, & Alonso, 2019)
- Fase infantil: (desde los 2 a los 12 años). Las lesiones se hacen más papulosas y menos exudativas con tendencia a la liquenificación, activada por el rascado y tienden a localizarse en los pliegues, sobre todo antecubital y poplíteo. Puede afectar a la región facial, palpebral, peribucal (queilitis, siendo la afectación del labio superior específica de esta enfermedad), los pliegues auriculares, las muñecas, las manos, los tobillos y los pies.
- Fase de adolescente-adulto: (mayores de 12 años) predomina la papulación y liquenificación sobre una base de intensa xerosis. Son frecuentes las alteraciones de la pigmentación de la piel en las zonas de la DA, en ocasiones hipopigmentación y en otras ocasiones, aumento de la pigmentación. La localización es similar a la del estadio infantil con afectación preferente de los pliegues de flexión y región facial. (Ricardo Alonso, Rodríguez, Hernández, & Alonso, 2019)

### **Formas Clínicas**

La distribución de las lesiones varía según la edad del paciente:

- Fase de lactante: (desde los 2 meses hasta 2 años) lesiones eccematosas pruriginosas que en los casos característicos se inician entre el mes y los tres meses de vida, en forma de exantema eritematoso con elementos pápulo-vesiculosos con gran componente exudativo que forma costras, localizado en las mejillas, desde donde puede extenderse a la frente, pliegues auriculares, cuero cabelludo, pero respetando el triángulo nasolabial. Puede con el tiempo extenderse al cuello, región anterior del tronco, superficie extensora de miembros y, en los casos más graves, generalizarse con intenso picor, afectación del estado general y con frecuencia signos de impetiginización.

**Tabla 1.** Fases Clínico Evolutivas de la dermatitis atópica

	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 poplítea, zona periorbitaria y peribucal, dorso de manos	
Adolescente	>12 años	Eccema crónico Liquenificación	Flexuras, cuello, dorso de manos y pies	

**Fuente:** Escarrer Jaume & Guerra Pérez (2019)

**Etiopatogenia y Fisiopatología**

Las causas finales del desarrollo de la DA no son completamente conocidas. Actualmente se considera que la alteración en la función barrera es el factor patogénico mayor y unido a la interacción con factores genéticos, inmunológicos y medioambientales, da lugar al inicio y progreso de la enfermedad. Se trae a colación otros factores como los alérgicos, infecciosos, neurovegetativos y psicológicos.

Los mecanismos fisiopatológicos más importantes implicados en el desarrollo de la enfermedad son las anomalías en la estructura y la función de la epidermis y la inflamación cutánea secundaria a una alteración de la respuesta del sistema inmune a ciertos antígenos. Las dos estructuras más importantes en esta función barrera de la piel son el estrato córneo y las proteínas

de adhesión celular de la epidermis. En los pacientes con DA existen alteraciones en el estrato córneo, como una deficiente hidratación y un aumento de la pérdida transepidérmica de agua, modificaciones en la composición lipídica, elevación del pH, actividad aberrante de serín-proteasas y reducción de la diversidad de la microbiota de la piel a favor de un aumento de la presencia de *Staphylococcus aureus*. La alteración de la función barrera va a ser el resultado de la combinación de diferentes y numerosos factores hereditarios y exógenos. En todas estas manifestaciones, es fundamental la filagrina (FLG), que es una proteína estructural del estrato córneo fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la barrera cutánea. (Ricardo Alonso, Rodríguez Sánchez, Hernández Fernández, & Alonso González, 2018)

En la fisiopatología de la DA existe un desequilibrio entre el perfil de citoquinas Th2 (IL-4, IL-5), que favorece la producción de IgE y el aumento de la expresión de células presentadoras de antígeno para su interacción con linfocitos T circulantes, que una vez activados inducen la producción de más IL-4 e IL-5 y amplía la respuesta inflamatoria. Otros hallazgos inmunológicos en DA son disminución en la respuesta Th1 y sus citoquinas, células natural killer y linfocitos TCD8 disfuncionales; estas alteraciones en conjunto, además, favorecen las infecciones virales y bacterianas en la piel. La depresión de la inmunidad celular aumenta las células T cooperadoras y disminuye las células T supresoras. Las células Th1 median reacciones de hipersensibilidad tardía, reclutan monocitos y macrófagos e inducen la producción de linfocitos T citolíticos; las células Th2 producen grandes cantidades de citoquinas y son inductores de IgE y de los eosinófilos. (Leyva Montero, Rodríguez

Moldón, Rodríguez Duque, Mejía Alcivar, & Luyo Joza, 2020)

Las células de Langerhans se incrementan en la piel lesionada de estos pacientes, determinando una reacción inflamatoria, además de los monocitos, eosinófilos, macrófagos y mastocitos. También hay un aumento de la histamina por los basófilos, activación crónica de macrófagos con incremento del GM-CSF, aumento de prostaglandina E2, del IFN-gamma, marcada disminución de la capacidad de fagocitosis y quimiotáctica para los neutrófilos y monocitos, entre otros. (Leyva Montero, Rodríguez Moldón, Rodríguez Duque, Mejía Alcivar, & Luyo Joza, 2020)

**Criterios diagnósticos**

Los más utilizados para la dermatitis atópica, según Aguirre et al. (2018) fueron desarrollados por Hanifin y Rajka en 1980 para luego ser revisados por la Academia Americana de Dermatología más tarde.

**Tabla 2.** Academia Americana de Dermatología criterios diagnósticos recomendados para la dermatitis atópica

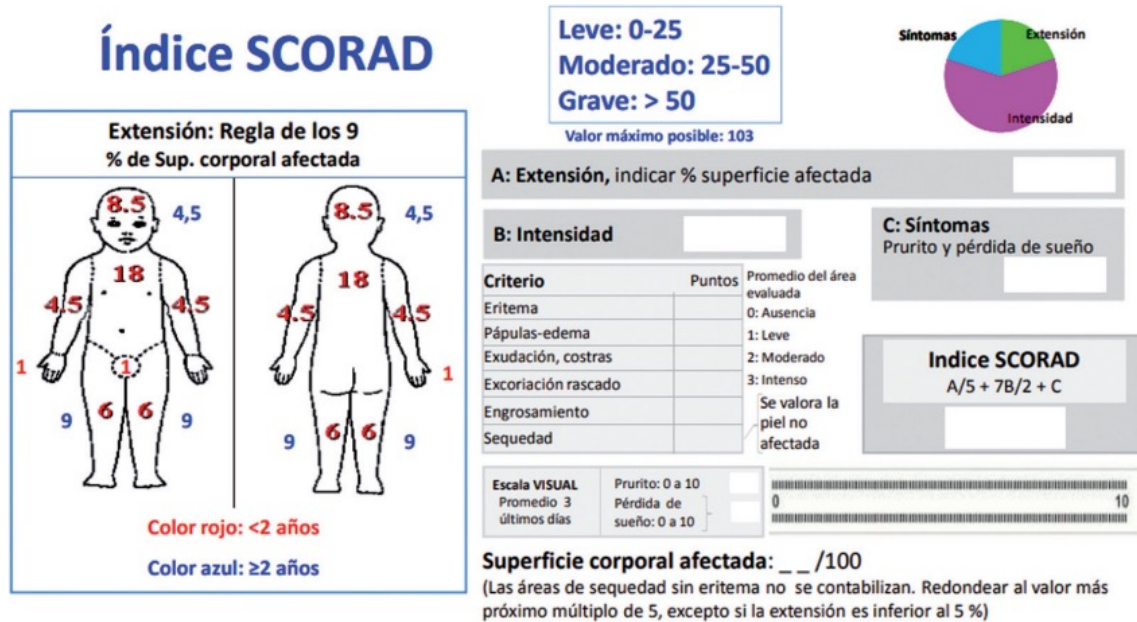
Características esenciales (deben estar presentes)	Características importantes (observados en la mayoría de los casos, dan soporte al diagnóstico)	Características asociadas (estas asociaciones clínicas ayudan a sugerir el diagnóstico, pero son demasiado inespecíficos para estudios de investigación y epidemiológicos)	Condiciones de exclusión
Prurito	Edad temprana de aparición	Respuesta vascular atípica (palidez facial, dermografismo)	Escabiosis
Eccema (agudo, subagudo o crónico)	Atopia	Queratosis pilar, pitiriasis alba, ictiosis	Dermatitis seborreica
1. Morfología típica y patrones de edad específicos	1. Historia personal/familiar	Cambios oculares o periorbitales	Dermatitis por contacto
2. Historia de cronicidad o recurrencia	2. Reactividad IgE	Otros hallazgos regionales (cambios periorales o periacuriculares)	Ictiosis
	Xerosis	Acentuación perifolicular, liquenificación, prurigo por insectos	Linfoma cutáneo de células T
			Psoriasis
			Dermatosis por fotosensibilidad
			Inmunodeficiencias
			Otras causas de eritrodermia

**Fuente:** Aguirre, Mendoza, & López (2018)



Por otra parte, la gravedad de la DA puede ser evaluada mediante múltiples escalas, mayormente se usa la escala SCORAD, a pesar de que desde 2014, se recomienda aplicar la escala EASI por su capacidad objetiva de evaluación, lo que permite homogeneizar criterios especialmente en ensayos clínicos (Aguirre, Mendoza, & López, 2018).

Por otra parte, la gravedad de la DA puede ser evaluada mediante múltiples escalas, mayormente se usa la escala SCORAD, a pesar de que desde 2014, se recomienda aplicar la escala EASI por su capacidad objetiva de evaluación, lo que permite homogeneizar criterios especialmente en ensayos clínicos (Aguirre, Mendoza, & López, 2018).



**Ilustración 2:** Índice SCORAD

**Fuente:** Escarrer Jaume & Guerra Pérez (2019)

En el SCORAD se valoran tres parámetros:

- A: la extensión del área afectada por la dermatitis, que se expresa como porcentaje de superficie corporal afectada por la inflamación. Se emplea la regla de los 9 como instrumento de medida (la sequedad sin otra lesión no contabiliza). Puede suponer hasta el 20% del total.
- B: la intensidad de las diversas lesiones. Se valoran seis tipos: eritema, edema/pápula, exudado/costra, excoriación, liquenificación y sequedad, puntuándose cada una de 0 a 3. Supone hasta el 60% del total.

- C: los síntomas subjetivos en los tres últimos días: prurito y pérdida de sueño, dando a cada uno entre 0 y 10 puntos mediante una escala analógica virtual. Representa un 20% del total.

$$\text{Índice SCORAD} = A / 5 + 7 \times B / 2 + C.$$

Se establecen tres grados:

- Leve: puntuación de 0 a 25.
- Moderado: puntuación de 25 a 50.
- Grave: puntuación mayor de 50. (Escarrer Jaume & Guerra Pérez, 2019)



**Tabla 3.** Algunos apoyos diagnósticos y escalas de gravedad utilizados por los especialistas

Pregunta	Alergólogos (57 %)	Dermatólogos (38 %)	Pediatras (5 %)
	%	%	%
Población atendida < 18 años	40	34	92
Población atendida > 18 años	59	65	8
<b>Criterios diagnósticos</b>			
Clínicos	74	31	28
Hanifin-Rajka	26	59	57
Williams	0	3	15
Otros	0	7	0
<b>Apoyo diagnóstico</b>			
Laboratorios, biometría hemática, IgE total o específica, química sanguínea	24	48	85
Pruebas cutáneas a aeroalérgenos *	24	20	0
Biopsia	3	5	15
Otros	0	2	0
Ninguno	3	0	0
<b>Escala de gravedad utilizada</b>			
EASI	5	48	42
POEM	0	45	14.2
SCORAD	71	5	14.2
Superficie corporal	9	2	14.2
No utiliza	15	0	14.2

EASI = Eczema Area and Severity Index, POEM = Patient-Oriented Eczema Measure, SCORAD = Scoring Atopic Dermatitis.

**Fuente:** (Herrera, Hernández, & Vivas, 2019)

La dermatitis atópica se produce en el primer año de vida en el 60% de los casos, y a la edad de cinco años, en casi el 85% de los casos. Ningún examen de laboratorio por sí solo refuerza o excluye el diagnóstico de dermatitis atópica. Aunque la inmunoglobulina E se encuentra elevada hasta en un 80% de pacientes afectados, este hallazgo es altamente inespecífico, ya que este desorden de la piel, puede coexistir con enfermedades alérgicas que por sí solas elevan la IgE. Las pruebas cutáneas, aunque puedan ser positivas en el 65% de los casos, son poco confiables dado que estos pacientes presentan una hiperreactividad cutánea intrínseca, con disminución al umbral del prurito y a estímulos externos, tanto físicos como químicos. (Aguirre, Mendoza, & López, 2018)

La dermatitis atópica sigue un curso crónico recurrente durante meses o años. La mayoría de los pacientes se encuentran libres de enfermedad en la edad adulta, pero en aproximadamente el 30% la enfermedad persiste. Los pacientes con dermatitis atópica están predispuestos al desarrollo de infecciones bacterianas y víricas de la piel. Debido a que el *Staphylococcus aureus* coloniza casi el 100% de los pacientes, la impetiginización de lesiones de la dermatitis atópica es frecuente y se asocia con exacerbación de la enfermedad. Sin embargo, la infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina adquirido en la comunidad no es común entre los niños con dermatitis atópica. (Aguirre, Mendoza, & López, 2018)



El diagnóstico diferencial deberá realizarse con escabiosis, tiña de la piel, dermatitis seborreica, eczema numular, psoriasis, deficiencias nutricionales, dermatitis por contacto que en ocasiones suelen sobregregarse a la enfermedad primaria, y más remotamente con mastocitosis y linfomas cutáneos, principalmente síndrome de Sézary. (Aguirre, Mendoza, & López, 2018)

### **Tratamiento Farmacológico**

Varios estudios sugieren que el uso de emolientes suaves desde el nacimiento podría proteger contra el inicio de la inflamación de la piel en los recién nacidos con riesgo de atopia. Varios estudios apoyan que los emolientes corrigen la disfunción subclínica de la barrera cutánea y la inflamación temprana, disminuyendo la gravedad o desarrollo de la DA. (Escarrer Jaume & Guerra Pérez, 2019)

Los corticoides tópicos son el tratamiento de primera línea. Su elección dependerá de la localización de las lesiones, tipo de eccema y grado de afectación. Se aplicará en poca cantidad, solo en zona con lesión, no exceder los 7-10 días en general para evitar efectos secundarios. Usar antibióticos tópicos si hay infección no muy extensa (mupirocina, ácido fusídico), por corto espacio de tiempo (7 días).

El tratamiento de segunda línea, aprobados para el tratamiento de la DA moderada a severa en adultos y niños mayores de dos años son los inhibidores tópicos de la calcineurina, como el tacrolimús, el tacrolimus y el pimecrolimús. Son fármacos de la familia de los macrólidos con propiedades inmunomoduladoras y antiinflamatorias. Inhiben la síntesis de citoquinas proinflamatorias. Sus ventajas están en que no provocan atrofia cutánea (no producen alteración de la síntesis de colágeno), ni púrpura. Se pueden aplicar con mayor seguridad en zonas como párpados, cara y pliegues. No presentan taquifilaxia y tienen una absorción sistémica mínima. La pauta de tratamiento sería la aplicación dos veces al día durante

3 semanas y después una vez al día hasta la desaparición de los síntomas. Death en 2016 asegura que el clobetasol no debe utilizarse en la infancia Pimecrolimus 1% crema puede utilizarse en las fases prodrómicas e iniciales para evitar la progresión del brote en DA leve-moderada. Tacrolimus ungüento (0,03%, 0,1%, 0,3%) puede utilizarse en casos de intensidad moderada, severa o grave, rebeldes al tratamiento convencional o en los que los corticoides tópicos estén contraindicados (No tienen indicación terapéutica en niños menores de dos años) (López, Núñez, & Chaverri, 2020; Ricardo Alonso, Rodríguez, Hernández, & Alonso, 2019; Méndez, y otros, 2019)

Otros tratamientos que se pueden añadir son los medicamentos antiinflamatorios tópicos, que incluyen corticosteroides e inhibidores de la calcineurina. La enfermedad más grave y recalcitrante puede ameritar añadir fototerapia y/o medicamentos sistémicos de eficacia variable y con limitaciones de seguridad. El desarrollo de agentes que bloquean pasos clave de la inflamación tipo 2 ha representado un gran avance, y una esperanza para pacientes, tanto adultos como niños de 6 a 11 años y adolescentes, quienes padeciendo DA moderada a grave han visto la posibilidad de controlarla.

Dupilumab, un anticuerpo monoclonal, inhibidor dual de las vías de señalización de IL-4 e IL-13, mediadores clave y centrales de la inflamación de tipo 2, introduce el concepto de inmunomodulación de la enfermedad que posee la posibilidad de control de la enfermedad a largo plazo. Un tratamiento eficaz y seguro para los pacientes con DA moderada y grave, también en niños de 6 años de edad y más, cuya enfermedad no puede controlarse de manera adecuada con terapias tópicas recetadas o cuando dichas terapias no son aconsejables. Además, puede utilizarse con o sin corticosteroides tópicos. Entre sus efectos adversos se destacan las reacciones a la inyección local del fármaco y la conjuntivitis. A pesar de que ha supuesto

una revolución terapéutica, el alto costo del fármaco y la falta de estudios en niños más pequeños limitan su uso. (Sarmiento, 2022; López, Núñez, & Chaverri, 2020)

Tralokinumab y lebrikizumab: son anticuerpos monoclonales dirigidos frente a la IL-13 que han demostrado una mejoría significativa en el SCORAD, el Dermatology Life Quality Index y el prurito (López, Núñez, & Chaverri, 2020)

Baricitinib antagoniza a JAK 1 y JAK 2 y está dirigido a pacientes con DA moderada y grave, sin embargo, la elevación asintomática de la creatina cinasa es uno de los efectos adversos reportados. Upadacitinib y abrocitinib son inhibidores selectivos de JAK 1. Se han desarrollado nuevas moléculas de pequeño tamaño que permiten considerar su uso tópico. (López, Núñez, & Chaverri, 2020)

Crisaborol tópico: actúa inhibiendo a la fosfodiesterasa 4 (PDE4) y su uso se ha aprobado sólo en pacientes mayores de 12 años con DA leve y moderada. Su eficacia se ha comparado con los corticosteroides de moderada potencia, pero con menor frecuencia de efectos adversos, no se ha evidenciado atrofia cutánea, telangiectasias e hipopigmentación, sin embargo, se ha documentado sensación de dolor o quemazón en el lugar de su aplicación. Actualmente se encuentran en investigación los inhibidores tópicos de la vía JAK/STAT. Tofacitinib tópico y ruxolitinib parecen mostrar eficacia en la reducción del EASI y del prurito. (López, Núñez, & Chaverri, 2020)

## Conclusiones

La Dermatitis Atópica (DA) Es una enfermedad inflamatoria de la piel caracterizada por prurito, xerosis y lesiones eczematosas que varían en topografía y morfología según la edad del paciente y el estadio de la enfermedad. El diagnóstico de asma se basa principalmente en las características clínicas del paciente y los antecedentes personales y familiares.

El pilar del tratamiento de los pacientes con DA son las intervenciones generales y la restauración de la barrera cutánea con emolien-

tes, que ayudan a reducir la necesidad de corticosteroides tópicos de los pacientes. Es necesario investigar una etiología alérgica en los casos de DA moderada y grave, especialmente en los primeros años de la vida, cuando los alimentos pueden ser factores desencadenantes o coadyuvantes en los brotes.

En cuanto a la actualización de tratamientos se concluye que no existen hallazgos específicos para los tratamientos meramente tópicos en el tratamiento de la dermatitis atópica en los pacientes pediátricos, sin embargo, en las bibliografías consultadas la discusión se direcciona en la ejecución de una terapia definida multifactorial y multidisciplinaria de acuerdo al diagnóstico de cada paciente en donde las manifestaciones cutáneas vienen representar un síntoma secundario de la enfermedad.

## Bibliografía

- Aguirre, I., Mendoza, D., & López, G. C. (2018). Dermatitis atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico. *Alergias, asma e Inmunología Pediátricas*, 27(3), 71-78. Obtenido de <https://www.medicographic.com/pdfs/alergia/al-2018/al183b.pdf>
- Escarrer Jaume, M., & Guerra Pérez, M. T. (2019). Dermatitis atópica. *Protocolo Diagnostico Terapeutico Pediátrico de la Asociación Española de Pediatría*, 161-175. Obtenido de [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11\\_dermatitis\\_atopica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_dermatitis_atopica.pdf)
- Folgar, M. J., Ramos, M., & Pastrana, K. (2019). Prevalencia de la dermatitis atópica en niños y adolescentes de zonas rurales/urbanas de Honduras. *Revista Científica Ciencia Médica*, 22(2), 22-28. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v22n2/v22n2\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v22n2/v22n2_a04.pdf)
- Herrera, D., Hernández, M., & Vivas, I. (2019). Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. *Revista alergia México*, 66(2), 192-204. doi:<https://doi.org/10.29262/ram.v66i2.591>
- Leyva Montero, M. d., Rodríguez Moldón, Y., Rodríguez Duque, R., Mejía Alcivar, S. M., & Luyo Joza, L. L. (2020). Dermatitis atópica: fisiopatología y sus implicaciones clínicas. *Correo Científico Médico*, 24(1), 276-300. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812020000100276](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000100276)

López, S., Núñez, e., & Chaverri, G. (2020). Actualización en dermatitis atópica: líneas de tratamiento. *Revista Médica Sinergia*, 5(11), e596. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms2011c.pdf>

Mayo Foundation for Medical Education and Research . (28 de octubre de 2022). Dermatitis atópica (eccema). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/atopic-dermatitis-eczema/symptoms-causes/syc-20353273>

Méndez, J., Mejía, X., Briones, O., Ochoa, M., Sandoval, J., & Guerra, B. (2019). Tratamiento y cuidados de los infantes menores de 2 años con dermatitis atópica. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(3), 460-480. doi:DOI: 10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.460-480

Ricardo Alonso, O. E., Rodríguez Sánchez, M. B., Hernández Fernández, M., & Alonso González, M. (2018). Aspectos de interés sobre la etiopatogenia de la dermatitis atópica. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1139-1148. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242018000400019&s-cript=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242018000400019&s-cript=sci_arttext&tlng=pt)

Ricardo Alonso, O., Rodríguez, M., Hernández, M., & Alonso, M. (2019). Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 496-506. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rev-medele/me-2019/me192p.pdf>

Sarmiento, L. (24 de 06 de 2022). Dupilumab, el nuevo medicamento para el tratamiento de la Dermatitis Atópica en niños y adolescentes. Obtenido de Panamá 24 horas: <https://www.panama24horas.com.pa/salud/dupilumab-el-nuevo-medica-mento-para-el-tratamiento-de-la-dermatitis-atopica-en-ninos-y-adolescentes/>

Viada Peláez, M., Leschinsky, V., & Gomila, A. (2019). Dermatitis atópica en niños y vitamina D. Un estudio analítico retrospectivo. *Revista Methodo*, 4(2), 41-43. Obtenido de <https://methodo.ucc.edu.ar/files/vol4/num2/PDF/Dermatitis%2003.pdf>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Méndez Espín, J. E., Riofrío Lucero, D. A., Bravo Vega, P. A., & Cevallos Cevallos, J. Y. (2023). Tratamientos tópicos de la Dermatitis Atópicas en pacientes pediátricos: una actualización. *RECIAMUC*, 7(1), 843-854. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.843-854](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.843-854)