

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i5.10048>

Dermatitis atópica en adultos

Atopic dermatitis in adults.

Nancy Rosas Delgadillo,¹ Catalina Rincón Pérez²

Resumen

ANTECEDENTES: La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea crónica inflamatoria que afecta a niños y adultos. Aunque es más común en la infancia, puede persistir o incluso comenzar en la adultez.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia, los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas y las opciones de tratamiento de la dermatitis atópica en adultos.

METODOLOGÍA: Búsqueda exhaustiva en bases de datos médicas (PubMed, Cochrane y EMBASE); se seleccionaron los estudios que investigaron la dermatitis atópica en adultos. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios de cohortes y transversales.

RESULTADOS: La prevalencia de dermatitis atópica en adultos varía del 2 al 10%, según la región geográfica y los criterios diagnósticos utilizados. Los factores de riesgo incluyen: antecedentes familiares de atopia, exposición a alérgenos y factores ambientales como el estrés. Las manifestaciones clínicas en adultos a menudo son más graves y crónicas que las de los niños, con mayor tendencia a la liquenificación y lesiones en áreas específicas, como las manos y el cuello. Los corticosteroides tópicos, los inhibidores de calcineurina y los tratamientos biológicos emergentes, como dupilumab, han demostrado ser efectivos en el manejo de la dermatitis atópica en adultos.

CONCLUSIONES: La dermatitis atópica en adultos es una enfermedad prevalente y debilitante que requiere un enfoque de tratamiento individualizado. La heterogeneidad de la enfermedad en esta población destaca la necesidad de más investigaciones, especialmente en la identificación de factores de riesgo específicos y en el desarrollo de nuevas terapias.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis atópica; niños; adultos; dupilumab.

Abstract

BACKGROUND: Atopic dermatitis is a chronic inflammatory skin disease that affects both children and adults. Although it is more common in childhood, it can persist or even begin in adulthood.

OBJECTIVE: To evaluate the prevalence, risk factors, clinical manifestations, and treatment options for atopic dermatitis in adults.

METHODOLOGY: A thorough search was conducted in medical databases (PubMed, Cochrane and EMBASE), selecting studies that investigated atopic dermatitis in adults. Clinical trials, cohort studies, and cross-sectional studies were included.

RESULTS: Prevalence of atopic dermatitis in adults ranges between 2% and 10%, depending on the geographic region and diagnostic criteria used. Risk factors include a family history of atopy, exposure to allergens, and environmental factors such as stress. Clinical manifestations in adults are often more severe and chronic compared to children, with a higher tendency for lichenification and lesions in specific areas like hands and neck. Topical corticosteroids, calcineurin inhibitors, and emerging biological treatments like dupilumab have been shown to be effective in managing atopic dermatitis in adults.

CONCLUSIONS: Atopic dermatitis in adults is a prevalent and debilitating disease that requires an individualized treatment approach. The heterogeneity of the disease in this population highlights the need for further research, especially in identifying specific risk factors and developing new therapies.

KEYWORDS: Atopic dermatitis; Children; Adults; Dupilumab.

¹ Residente de tercer año de Dermatología.

² Jefa de la Clínica de Dermatitis Atópica. Departamento de Dermatología de la Unidad de Especialidades Médicas, Universidad del Ejército y Fuerza Aérea.

Recibido: marzo 2023

Aceptado: julio 2023

Correspondencia

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

Este artículo debe citarse como: Rosas-Delgadillo N, Rincón-Pérez C. Dermatitis atópica en adultos. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (5): 635-644.

ANTECEDENTES

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por alteraciones de la barrera cutánea, así como una disregulación en el sistema inmunitario, cuya característica clínica principal es su manifestación en brotes y el prurito intenso.¹

En un inicio su estudio se limitaba a la piel; sin embargo, en los últimos años el conocimiento de las comorbilidades alérgicas y no alérgicas, así como el avance en la inmunopatogenia, la han catalogado como un padecimiento sistémico. Otro de los aspectos es que la dermatitis atópica se consideró una enfermedad meramente pediátrica poco frecuente en los adultos; en épocas recientes se ha ido identificando mayor proporción de adultos y adultos mayores que la padecen, ya sea por un cuadro de recaída o por una dermatitis atópica de inicio en la edad adulta.²

Las características clínicas del paciente con dermatitis atópica del adulto representan un reto para el diagnóstico, por lo que se considera relevante conocer las diferentes lesiones elementales, topografía, así como la gama de diagnósticos diferenciales que se amplían de manera considerable en este grupo etario.

METODOLOGÍA

Búsqueda exhaustiva en bases de datos médicas como PubMed, Cochrane y EMBASE; se seleccionaron estudios que investigaron la dermatitis atópica en adultos. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios de cohortes y transversales. Se aplicaron criterios estrictos de inclusión y exclusión para garantizar la calidad de los estudios seleccionados. La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante herramientas estándar, como la escala de Newcastle-Ottawa.

RESULTADOS

Epidemiología

Los estudios recientes muestran que la dermatitis atópica en adultos es mucho más frecuente de lo que se consideraba previamente; la Organización Mundial de Alergias refiere que la dermatitis atópica en adultos varía entre el 2 y el 10%.³ Barbarot y colaboradores hicieron un estudio internacional que demostró que la prevalencia fue del 4.9% en Estados Unidos.¹ En otro estudio, efectuado en 2017 en población estadounidense, fue del 7.3%,⁴ en contraste con países europeos como Francia, Alemania, Italia y España, donde su prevalencia fue del 4.2 al 17.6% y en Reino Unido fue del 2.5%.

Un metanálisis reveló que aproximadamente 1 de cada 4 adultos con dermatitis atópica inició su padecimiento en edad adulta;³ algunos metanálisis mencionan, incluso, una prevalencia de hasta el 26.1% de dermatitis atópica que inicia en edad adulta.⁵

La prevalencia mundial de la dermatitis atópica en edad adulta es del 3%, según lo reportado por Nutten en 2015.⁶ En México, Becerril-Ángeles y su grupo llevaron a cabo un estudio que incluyó 333 adultos mexicanos; encontraron una prevalencia de dermatitis atópica del 0.6%.⁷ En 2023 se llevó a cabo un estudio internacional de la epidemiología de dermatitis atópica en la edad adulta y encontró que ésta fue del 6% en adultos mexicanos.⁸

Con respecto a la gravedad del cuadro, en la serie de datos publicada por Rincón-Pérez y su grupo, el 20.2% de los pacientes eran adultos, de los que un 65.7% tenían dermatitis atópica moderada a grave,⁹ en contraste con el estudio de Herrera-Sánchez y colaboradores de 2019, en el que el 6% de los mayores de 18 años tenían dermatitis atópica moderada y un 5% dermatitis atópica grave.¹⁰

La edad de manifestación y predilección de sexo aún no se han establecido debido a los pocos estudios que se han efectuado de esta forma de manifestación; según Hua y Silverberg, en pacientes adultos predomina en el sexo femenino.¹¹

Etiopatogenia

La etiopatogenia de la dermatitis atópica es multifactorial, con aspectos genéticos, ambientes y factores como la disfunción de barrera cutánea, disbiosis microbiana y desregulación inmunitaria; todos estos factores intervienen en el microambiente proinflamatorio y el carácter sistémico de la dermatitis atópica.¹²

La interrupción de la barrera cutánea está primordialmente mediada por las mutaciones de la filagrina, lo que genera aumento de la pérdida transepidérmica de agua y penetración transcutánea de microbios y alérgenos.^{5,13} Un estudio de 241 pacientes demostró las diferencias principales encontradas en población pediátrica en comparación con adultos, estos últimos carecían de las 4 principales alteraciones genéticas de pérdida de función de filagrina encontradas en los niños.³

La disbiosis microbiana hace referencia al equilibrio de microorganismos que componen el microbioma cutáneo. La dermatitis atópica está estrechamente asociada con cambios en este microbioma, caracterizado principalmente por aumento en la colonización de microorganismos como *Staphylococcus aureus*. En términos inmunológicos, se ha encontrado una desregulación inmunitaria en donde hay un papel preponderante de linfocitos Th2, Th22, Th17.¹²

Como parte del concepto primordial de que la dermatitis atópica ha pasado de ser una enfermedad cutánea a tomar el papel de una enfermedad sistémica, es importante recalcar las vertientes adicionales que esto trae consigo. En 2019 Pavel y colaboradores reportaron que en

los pacientes con dermatitis atópica moderada-grave existe similitud entre el perfil de proteínas proinflamatorias y las proteínas de alto riesgo de enfermedad aterosclerótica.¹⁴ La activación inflamatoria en dermatitis atópica está regulada primordialmente por los linfocitos CD4+ Th2 y éstos, a su vez, median la síntesis de citocinas proinflamatorias, entre las que destacan: IL-4, IL-5, IL-13, IL-18, VEGFA y ACE 2, otros biomarcadores, como las E-selectinas, algunas metaloproteinasas como la 1, 3 y 9, así como el factor activador de plaquetas (PGF) e, incluso, algunas mieloperoxidasas.¹⁴

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

En la dermatitis atópica del adulto en primera instancia debe identificarse la diferencia entre la dermatitis atópica persistente (de inicio en la infancia) y la dermatitis atópica que inicia en el adulto (inicio tardío).¹⁵ En ocasiones esta distinción no resulta sencilla debido a que una gran cantidad de pacientes no recibió durante la infancia una valoración médica para establecer el diagnóstico de dermatitis atópica. La información epidemiológica de la población adulta es limitada, por lo que en esta revisión nos centraremos en las manifestaciones clínicas de esta población de pacientes.

No existen criterios diagnósticos validados de dermatitis atópica en el adulto.³ Los criterios comúnmente utilizados para el diagnóstico de esta enfermedad son los de Hanifin y Rajka (H-R) creados en 1980⁵ y los del grupo de trabajo del Reino Unido (*United Kingdom Working Party*) en 1994;¹⁶ sin embargo, en los últimos años se han desarrollado criterios para el diagnóstico de dermatitis atópica en el adulto; los desarrollados por Xu Yao y su grupo en 2020 son los más específicos para población adolescente y adulta.¹⁷ **Cuadro 1**

De los criterios anteriores destaca que el prurito y la topografía son los más recurrentes, única-

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de dermatitis atópica a través de los años

	Hanifin y Rafka (1980)	Reino Unido (1994)*	Academia Americana de Dermatología (2003)	Asociación Coreana de Dermatitis Atópica (KADA) [2005]	Asociación Japonesa de Dermatología (2016)	Criterios chinos propuestos por Zhang y su grupo (2020)
Esenciales	1. Prurito 2. Morfología típica y distribución (linealidad en adultos) 3. Evolución crónica 4. Antecedente personal o familiar de atopia	1. Prurito 2. Xerosis 3. Dermatitis flexural visible 4. Antecedente personal de atopia 5. Antecedente de crisis en piel	1. Prurito 2. Eccema (de cualquier evolución) en distribución típica y con cronicidad o recurrencia	1. Prurito 2. Distribución para mayores de 2 años: cara, cuello y superficies flexoras 3. Antecedente familiar o personal de atopia	1. Prurito 2. Distribución y morfología típica (cara, cuello, tórax anterior y espalda) 3. Cronicidad o episodios de recaídas (mayores de 6 meses)	1. Eccema simétrico por más de 6 meses 2. Antecedente personal o familiar de enfermedades atópicas 3. IgE sérica total elevada o positividad para alérgenos específicos o eosinofilia
No esenciales	Dermatitis de manos y pies, eccema de pezón y dermatografía. Otros como pliegue de Dennie-Morgan, hiperpigmentación orbitaria, ptiriasis alba y prurito al sudar		1. Atopia (personal, familiar o hiperreactividad a IgE) 2. Xerosis. Asociados: queratosis pilar, ptiriasis alba, hiperlinealidad palmar, ictiosis	Xerosis, pitiriasis alba, eccema o hiperpigmentación peribucal, queilitis, dermatitis de pie y manos, acentuación perifolicular, eccema de pezón, prurito al sudar, dermatografía	Antecedente familiar o personal de atopia, pápulas foliculares e IgE elevada	
Diagnóstico	Cumplir tres de los cuatro criterios mayores y tres de los 23 menores	Requiere prurito más tres de los cinco criterios	Si se cumplen los dos primeros esenciales se establece el diagnóstico, los no esenciales apoyan	Requiere dos mayores y cuatro menores	El criterio definitivo requiere la coexistencia de las tres características	Cumplir el primer criterio más otro de los dos

* Estos criterios son un refinamiento de los establecidos por Hanifin y Rafka de 1980; se han utilizado para estudios epidemiológicos.

mente los criterios de la Asociación Japonesa de Dermatitis Atópica y los propuestos por Yao y su grupo hacen referencia a una distribución distinta y no utilizan el prurito como criterio mayor.¹⁷ La distribución “típica” de las lesiones es otro aspecto que tienen en común la mayor parte de los criterios; únicamente los de la Asociación

Japonesa de Dermatitis Atópica y los de Yao y su grupo hacen referencia a una distribución distinta a la mostrada por los niños y consideran a la mitad superior del cuerpo la porción más afectada en adultos.^{17,18} Cinco de los seis grupos de trabajo citados refieren las lesiones eccematosas como parte de los criterios esenciales para

el diagnóstico de dermatitis atópica.^{16,17,19,20} El antecedente de atopia, ya sea personal o familiar, únicamente es excluido por los japoneses y la Asociación Americana de Dermatología. Sólo Hanifin y Rafka describen la característica de la hiperlinealidad en los adultos.¹⁶

Pero ¿cuáles son las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica del adulto? Lee y su grupo hicieron un metanálisis que encontró una proporción alta de afectación en los pies, la cara, la piel cabelluda y las manos; asimismo, destacó la baja proporción de eccema en zonas de flexión.²¹ **Figura 1**

Wang y colaboradores encontraron en 407 adultos afectación en los pies que correspondió a un 8.8% de la población estudiada.²²

En 2018 Zelma y colaboradores estudiaron a 602 adultos estadounidenses con dermatitis atópica y encontraron que los principales sitios de lesión fueron: las fosas poplíteas, las piernas, la región dorsal de los pies y la fosa antecubital,⁴ en contraparte con lo mencionado por Lee y su grupo en 2019, quienes mencionaron poca afectación en zonas flexurales.²¹



Figura 1. Paciente femenina con afectación palmar. Se observan placas de eccema subagudo y notorias fisuras.

Vakharia y Silverberg, en su revisión de 2019 sobre las características y tratamiento de la dermatitis atópica en adultos, mencionaron mayor proporción de pacientes con eritrodermia (**Figura 2**), signo de Hertoghe, eccema en las manos y lesiones liquenoides, así como daño ungueal, eccema de pezón y lesiones numulares.⁵ Otros datos relevantes fueron la alta presencia de afectación en la cara y el cuello; también se encontró menos asociación con xerosis y afectación conjuntival.⁵

La morfología encontrada en las lesiones de dermatitis atópica en adultos muestra mayor polimorfismo. En 2018 Sacotte y su grupo encontraron mayor predilección por las lesiones numulares y de tipo prurigo.²³ En 2019 Silverberg reforzó este dato y mencionó también lesiones psoriasiformes, liquenoides, papulares y de tipo eccema folicular alto.³

Al comparar, la cabeza, el cuello y las manos están predominantemente afectadas en adultos,



Figura 2. Adulta mayor con placas de eccema subagudo y crónico en casi toda la superficie del tronco y las extremidades superiores.

así como las zonas extensoras; en la afectación de zonas extensoras aún se encuentran datos heterogéneos (**Figura 3**). La afectación de pies también es una característica primordial en los adultos. Entre las comorbilidades alérgicas identificadas, se encontró mayor rinoconjuntivitis en población adulta.¹⁵

En cuanto a la gravedad de la enfermedad, Barbarot y su grupo llevaron a cabo un estudio multinacional (encuestas electrónicas) en 2018 de la epidemiología de la dermatitis atópica en adultos y encontraron que la manifestación leve a moderada fue la más común en su población de estudio; en contraste, otros autores refieren que el grado de afectación moderada es la más frecuente en los adultos.¹



Figura 3. Paciente con diagnóstico de dermatitis atópica de inicio en la edad adulta; se observa eritema, pápulas y datos de excoriación en los pliegues antecubitales.

Los índices utilizados por el médico para medir la extensión y la gravedad de la dermatitis atópica son el EASI (*Eczema Area and Severity Index*) y el SCORAD (*Severity Scoring of Atopic Dermatitis*).²⁰ También existen escalas para medir los síntomas y afectación percibida por el paciente: PRO (*patient reported outcomes*), PO-SCORAD (*Patient Oriented Severity Scoring of Atopic Dermatitis*),²⁴ POEM (*Patient Oriented Eczema Measure*),¹ ADCT (instrumento para el control de la dermatitis atópica)²⁵ y el DLQI (*Dermatology Life Quality Index*).²⁴ Estos índices se utilizan en población pediátrica; hasta el momento no se cuenta con escalas de medición específicas para población adulta. Resulta de primordial importancia correlacionar la evaluación realizada por el médico y la percibida por el paciente porque, a pesar de que el puntaje de EASI pudiera denotar una enfermedad leve, si los síntomas del paciente afectan en gran medida su calidad de vida, el enfoque terapéutico será diferente.

La dermatitis atópica en el adulto, además de los síntomas y características clínicas descritos, puede acompañarse de trastornos del sueño como parasomnias y disomnias, alteraciones en la salud mental, como ansiedad o depresión, lo que reduce la calidad de vida y la productividad laboral.^{1,3,26}

Los diagnósticos diferenciales de la dermatitis atópica en el adulto son amplios: dermatitis de contacto alérgica, linfoma cutáneo de células T y psoriasis, entre otros.³ **Cuadro 2**

Tratamiento

En 2020 la Academia Europea de Dermatología y Venereología hizo una propuesta terapéutica para población adulta según el grado de afectación basada en el SCORAD.²⁷ El **Cuadro 3** muestra un resumen del tratamiento.

El tratamiento integral de un paciente adulto con dermatitis atópica incluye el manejo de las

Cuadro 2. Diagnósticos diferenciales de dermatitis atópica en adultos

- Dermatitis de contacto
- Linfoma cutáneo de células T
- Psoriasis
- Lupus eritematoso cutáneo
- Erupción ecematosa por fármacos
- Dermatosis acantolítica transitoria
- Dermatitis seborreica
- Infecciones de piel (impétigo)
- Dermatitis moluscoide
- Histiocitosis de células de Langerhans
- Escabiasis
- Deficiencia de cinc
- Inmunodeficiencia (síndrome Wiskott-Aldrich, síndrome de hiper-IgE)

Tomado de la referencia 5.

comorbilidades alérgicas y no alérgicas. Como se mencionó en el Consenso Mexicano de Dermatitis Atópica, la prevalencia de comorbilidades alérgicas es, incluso, del 54%.²⁴ Las comorbilidades no alérgicas se han descrito en la bibliografía. Paller y su grupo dividen estas comorbilidades no alérgicas en neuropsiquiátricas, cardiometabólicas, asociadas con malignidad y autoinmunitarias descritas en población pediátrica. Entre estas últimas destacan la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad celiaca y la alopecia areata,²⁸ por lo que será relevante la búsqueda intencionada de las mismas en estos pacientes.

Cuadro 3. Tratamiento de la dermatitis atópica en adultos

Tratamiento básico	Programas educacionales, emolientes, gel de ducha, evitar alérgenos
Leve (SCORAD < 25)	Tratamiento reactivo con corticosteroides clase II o inhibidores de calcineurina Antisépticos tópicos y en apósitos (plata) Crisaborol tópico
Moderado (SCORAD 25-50)	Tratamiento proactivo con inhibidores de calcineurina o esteroides de clase II y III. Terapia húmeda, terapia UV, orientación psicósomática, terapia climática
Grave (SCORAD > 50)	Hospitalización, ciclo corto de ciclosporina A, dupilumab, ciclo corto de corticosteroides, curso largo de inmunosupresores (metotrexato, azatioprina, mofetil micofenolato), PUVA, alitretinoína

Tomado de la referencia 27.

CONCLUSIONES

La dermatitis atópica es una afección ampliamente estudiada en la edad pediátrica, las características clínicas de la dermatitis atópica en adulto difieren de lo descrito y reportado en los niños; la topografía difiere de los sitios típicamente afectados con predominio en el hemicuerpo superior. Es probable que la dermatitis atópica esté infradiagnosticada en la población adulta debido a la poca sospecha que existe de ésta; resulta importante que el médico esté familiarizado con los cambios clínicos y topográficos de esta población para evitar el diagnóstico y tratamientos erróneos. Las comorbilidades alérgicas y no alérgicas asociadas con la dermatitis atópica son más prevalentes en la población adulta y el tratamiento requiere el manejo de éstas de forma multidisciplinaria.

Agradecimientos

Mi entera gratitud a la Fundación Mexicana de Dermatología por su apoyo financiero para la presentación de los resultados preliminares de la investigación sobre incidencia y manifestaciones clínicas de dermatitis atópica en adultos mexicanos en el 12° Simposio Internacional Georg Rajka de Dermatitis Atópica 2022, gracias a la Fundación por apoyar la difusión internacional de la investigación mexicana.

REFERENCIAS

1. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Eur J Allergy Clin Immunol* 2018; 73 (6): 1284-1293. doi:10.1111/all.13401
2. Silvestre Salvador JF, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic dermatitis in adults: A diagnostic challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2017; 27 (2): 78-88. doi:10.18176/jiaci.0138
3. Silverberg JI. Adult-onset atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019; 7 (1): 28-33. doi:10.1016/j.jaip.2018.09.029
4. Chiesa Fuxench ZC, Block JK, Boguniewicz M, et al. Atopic dermatitis in America Study: A cross-sectional study examining the prevalence and disease burden of atopic dermatitis in the US adult population. *J Invest Dermatol* 2019; 139 (3): 583-590. doi:10.1016/j.jid.2018.08.028
5. Vakharia PP, Silverberg JI. Adult-onset atopic dermatitis: characteristics and management. *Am J Clin Dermatol* 2019; 20 (6): 771-779. doi:10.1007/s40257-019-00453-7
6. Nutten S. Atopic dermatitis: Global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab* 2015; 66: 8-16. doi:10.1159/000370220
7. Ángeles MB, Vázquez Merino CL, Garay UÁ, Alvarado Moctezuma LE, Guízar EV. Prevalencia de enfermedades alérgicas en adultos mayores. *Rev Alerg Mex* 2008; 55 (3): 85-91.
8. Maspero J, De Paula Motta Rubini N, Zhang J, et al. Epidemiology of adult patients with atopic dermatitis in AWARE 1: A second international survey. *World Allergy Organization J* 2023; 16 (3). doi:10.1016/j.waojou.2022.100724
9. Rincón-Peréz C, Torres-Alarcón CG, Cerda S, Maldonado-Hernández JG, Marín-Ambrocio P, Tovar-Franco R. Características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel. *Rev Alerg Mex* 2021; 68 (1): 12-25. doi:10.29262/ram.v68i1.843
10. Herrera-Sánchez DA, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales JJ. Epidemiological study on atopic dermatitis in Mexico. *Rev Alerg Mex* 2019; 66 (2): 192-204. doi:10.29262/ram.v66i2.591
11. Hua T, Silverberg JI. Atopic dermatitis in US adults: Epidemiology, association with marital status, and atopy. *Ann Allergy, Asthma Immunol* 2018; 121 (5): 622-624. doi:10.1016/j.anai.2018.07.019
12. Patrick GJ, Archer NK, Miller LS. Which way do we go? Complex interactions in atopic dermatitis pathogenesis. *J Invest Dermatol* 2021; 141 (2): 274-284. doi:10.1016/j.jid.2020.07.006
13. Weidinger S, Beck LA, Bieber T, Kabashima K, Irvine AD. Atopic dermatitis. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 4 (1). doi:10.1038/s41572-018-0001-z
14. Pavel AB, Zhou L, Diaz A, et al. The proteomic skin profile of moderate-to-severe atopic dermatitis patients shows an inflammatory signature. *J Am Acad Dermatol* 2020; 82 (3): 690-699. doi:10.1016/j.jaad.2019.10.039
15. Ring J. *Pathophysiology of Atopic Dermatitis/Eczema*. 1st ed. Germany: Springer, 2016; 27-6716. doi:10.1007/978-3-319-22243-1_3
16. Thyssen JP, Andersen Y, Halling AS, Williams HC, Egeberg A. Strengths and limitations of the United Kingdom Working Party criteria for atopic dermatitis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34 (8): 1764-1772. doi:10.1111/jdv.16364
17. Yao X, Song ZQ, Li W, et al. Guidelines for diagnosis and treatment of atopic dermatitis in China. 2020. *Int J Dermatol Venereol* 2021; 4 (1): 1-9. doi:10.1097/jd9.000000000000143
18. Katayama I, Kohno Y, Akiyama K, et al. Japanese guideline for atopic dermatitis. *Allergol Int* 2011; 60 (2): 205-220. doi:10.2332/allergolint.11-RAI-0333
19. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis Work Group. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70 (2): 338-351. doi:10.1016/j.jaad.2013.10.010
20. Kim JE, Shin MK, Park GH, et al. 2019 consensus Korean diagnostic guidelines to define severity classification and treatment refractoriness for atopic dermatitis: Objective and subjective assessment of severity. *Ann Dermatol* 2019; 31 (6): 654-661. doi:10.5021/ad.2019.31.6.654
21. Lee HH, Patel KR, Singam V, Rastogi S, Silverberg JI. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and phenotype of adult-onset atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80 (6): 1526-1532.e7. doi:10.1016/j.jaad.2018.05.1241
22. Wang X, Shi XD, Li LF, Zhou P, et al. Prevalence and clinical features of adult atopic dermatitis in tertiary hospitals of China. *Medicine (United States)* 2017; 96 (11): 0-4. doi:10.1097/MD.0000000000006317
23. Sacotte R, Silverberg JI. Epidemiology of adult atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2018; 36 (5): 595-605. doi:10.1016/j.clindermatol.2018.05.007
24. Rincón-Pérez C, Larenas-Linnemann D, Figueroa-Morales M, Luna-Pech J, et al. Consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en adolescentes y adultos. *Rev Alerg Méx* 2018; 88. doi:10.29262/ram.v65i6.526
25. Simpson E, Eckert L, Gadkari A, et al. Validation of the atopic dermatitis control tool (ADCT©) using a longitudinal survey of biologic-treated patients with atopic dermatitis. *BMC Dermatol* 2019; 19 (1): 15. doi: 10.1186/s12895-019-0095-3
26. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, et al. Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults: A population-based cross-sectional study. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018; 121 (3): 340-347. doi:10.1016/j.anai.2018.07.006

27. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34 (12): 2717-2744. doi:10.1111/jdv.16892
28. Paller A, Jaworski JC, Simpson EL, et al. Major comorbidities of atopic dermatitis: Beyond allergic disorders. *Am J Clin Dermatol* 2018; 19 (6): 821-838. doi:10.1007/s40257-018-0383-4

EVALUACIÓN

- Mencione dos características de la dermatitis atópica
 - manifestación en brotes y prurito intenso
 - prurito y alergias asociadas
 - asma, rinitis alérgica y manifestación en brotes
 - inicio en la adultez, prurito episódico, costras melicéricas
- Factores implicados en la etiopatogenia de la dermatitis atópica
 - aspectos genéticos, ambientes y factores como la disfunción de barrera cutánea, disbiosis microbiana y desregulación inmunitaria
 - disminución de filagrina y factores epigenéticos
 - aumento de los linfocitos T CD4+
 - piel seca, estrés, antecedentes de asma y rinitis alérgica
- ¿Qué microorganismo está en disbiosis en los pacientes con dermatitis atópica?
 - Staphylococcus aureus*
 - Staphylococcus epidermidis*
 - Streptococcus pyogenes*
 - Streptococcus viridans*
- Mencione los principales mediadores inflamatorios encontrados en la dermatitis atópica
 - linfocitos CD4+ Th2
 - linfocitos T CD8+
 - linfocitos T CD4+ Th1
 - IL-5, 6, 7 y 9
- ¿Cuáles son los dos criterios más recurrentes mencionados en todo el mundo para el diagnóstico de dermatitis atópica?
 - prurito y topografía por edad
 - queratosis pilar y antecedente familiar de atopia
 - dermatitis flexural visible y eccema (de cualquier evolución) en distribución típica y con cronicidad o recurrencia
 - antecedentes atópicos, pliegue de Dennie-Morgan, prurito
- Principales topografías afectadas en adultos
 - cabeza, cuello, manos y áreas extensoras
 - pliegues antecubitales y poplíteos
 - piel cabelluda y párpados
 - pliegues inguinales, axilares y área periumbilical
- Mencione los índices utilizados para medir la extensión y la gravedad de la dermatitis atópica
 - EASI y SCORAD
 - POEM y DLQI
 - PO-SCORAD y ADCT
 - PASI, SCORAD, c-DLQI
- Son diagnósticos diferenciales de la dermatitis atópica del adulto:
 - dermatitis de contacto, linfoma cutáneo de células T, psoriasis

- b) histiocitosis de células de Langerhans, escabiasis, ptiriasis rubra pilaris
- c) deficiencia de cinc, dermatitis acneiforme, micosis fungoides
- d) vitíligo, alopecia areata, eccema dishidrótico
9. ¿En qué consiste el tratamiento básico sugerido por Wollenberg de la dermatitis atópica del adulto?
- a) programas educacionales, emolientes, gel de ducha, evitar alergenos
- b) terapia reactiva con corticosteroides clase II o inhibidores de calcineurina
- c) terapia húmeda, terapia UV, orientación psicossomática, terapia climática
- d) esteroides orales, terapia biológica e inmunomoduladores
10. ¿Cuáles son las comorbilidades no alérgicas que se asocian con la dermatitis atópica?
- a) neuropsiquiátricas, cardiometabólicas, asociadas con malignidad y autoinmunitarias
- b) diabetes, hipertensión y asma
- c) enfermedad celiaca, rinitis estacional y depresión
- d) enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastorno depresivo mayor y enfermedad cardiovascular

