

Módulo 17

Dermatitis atópica en situaciones especiales (GUIDAMEX pp S66-S70).

1. Colaboradores

- Dr. en C. Jorge Agustín Luna Pech

Alergólogo e inmunólogo pediatra.

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco.

- Dra. María del Mar Sáez de Ocariz Gutiérrez

Dermatóloga y Dermatóloga Pediatra

Servicio de Dermatología, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México

- Dra. Ileana Madrigal Beas

Alergóloga e Inmunóloga y Pediatra.

UMAЕ- Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara Jalisco.

Módulo XVII: Dermatitis atópica en pacientes con algunas situaciones especiales

1. DA en el paciente adolescente

La adolescencia es una etapa caracterizada por múltiples cambios transicionales y diferentes necesidades sociales respecto al resto de la población pediátrica, y es una etapa crítica en el desarrollo de la identidad propia y la autoestima.

Enfermedades como la DA (sobre todo variantes clínicas moderadas o graves) o el acné pueden inducir una repercusión adicional importante en el complejo funcionamiento psicosocial del adolescente, que debe hacer frente a sus síntomas físicos, pero también a posibles efectos emocionales, cambios en el estilo de vida y limitaciones sociales impuestos por la enfermedad.

Como resultado de esta afectación psicosocial, estos pacientes suelen tener menor adherencia a los tratamientos médicos, mostrar dificultades interpersonales, tener sentimientos como vergüenza o ansiedad, expresar aislamiento social o alteración de su autoconciencia.

Los adolescentes corresponden a un subgrupo etario de “área gris”, transicional entre la niñez y los adultos y tradicionalmente poco estudiado. No se han estandarizado cuestionarios de calidad de vida específicos para adolescentes con DA. Sin embargo, los adolescentes según la OMS y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de México (disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/725568/LGDNNA_nva_reforma_230322.pdf) integran un subgrupo de la edad pediátrica, por lo que corresponde evaluar calidad de vida relacionada a DA con instrumentos pediátricos, aunque algunos estudios han evaluado esta variable con herramientas para adultos.

Además, los estudios que describen estos efectos emocionales de la DA en adolescentes son escasos. No se han estandarizado cuestionarios de calidad de vida específicos para adolescentes con DA, pero en el protocolo de validación del Skindex-teen, (un instrumento para calidad de vida para adolescentes de 12 a 18 años con enfermedades de la piel), se observó que los pacientes con DA (18.6%, n=33) presentaron proporcionalmente mayor afectación en calidad de vida, tanto en promedio de puntaje total como en los subdominios de alteración física y función psicosocial, respecto a jóvenes con otras enfermedades de la piel.

La DA en el adolescente representa un reto en todos los niveles (personal, familiar y médico). Además del tratamiento de DA, es importante tratar de establecer una red de apoyo emocional para estos pacientes y sus familias, y estrategias como grupos de apoyo multidisciplinarios (incluso por medio de grupos de pacientes y sus médicos alojados en plataformas virtuales como whatsapp, tik tok, o instagram) o sesiones educativas enfocados en mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir la repercusión emocional y la carga de la enfermedad han demostrado tener beneficios alentadores, aunque discretos.

2. DA en el adulto mayor

Es importante considerar la clasificación de la DA por edad que han propuesto autores como Thomas Bieber y colaboradores, que incluye a los mayores de 60 años como un subgrupo etario independiente, lo cual es pertinente por varias razones. En primer lugar, este grupo de pacientes integra un fenotipo usualmente subestimado y para ellos no suele haber criterios claros diagnósticos específicos en la literatura. En ellos la DA suele ser subdiagnosticada, suelen haber más comorbilidades o estar bajo tratamiento farmacológico crónicamente, lo que puede estimular o exacerbar el prurito. [Bieber T, D'Erme AM, Akdis CA, Traidl-Hoffmann C, Lauener R, Schappi G, et al. *Clinical phenotypes and endophenotypes of atopic dermatitis: Where are we, and where should we go?*. *J Allergy Clin Immunol* 2017;139:S58-64]. Además, el efecto de los cambios propios de la edad avanzada puede contribuir a afectar la eficacia de la barrera cutánea y la respuesta inmune innata y adaptativa y la piel tiende a reseca más, y suelen presentar lesiones eczematosas amplias con eritrodermia y un prurito muy intenso, usualmente respetando áreas de flexión, con poca respuesta al tratamiento. En este grupo de edad algunos diagnósticos diferenciales pueden simular DA con mayor frecuencia, como la dermatitis alérgica por contacto y el linfoma cutáneo de células T (micosis fungoide y síndrome de Sézary). [Williamson S, Merritt J, De Benedetto A. *Atopic dermatitis in the elderly: a review of clinical and pathophysiological hallmarks*. *Br J Dermatol* 2020; 182:47.][Chello C, Carnicelli G, Sernicola A, et al. *Atopic dermatitis in the elderly Caucasian population: diagnostic clinical criteria and review of the literature*. *Int J Dermatol* 2020; 59:716.] Algunas consideraciones importantes para el manejo del paciente adulto mayor con DA se resumen en el cuadro:

Opción	Consideraciones en adultos mayores	Posibles dificultades en adultos mayores
Evitar factores exacerbantes	Factores ambientales (alérgenos, irritantes, microorganismos)	Difícil por la disminución en motricidad, función cognitiva y habilidad de autocuidado
Emolientes y dermolimpiador tipo syndet	Tratamiento tópico básico para la xerosis	El tratamiento a largo plazo puede ser difícil de costear
Corticoesteroides tópicos	En combinación con humectante c/12-24 hrs, ↓ frecuencia de uso al mejorar.	Mal apego (↓ habilidades de autocuidado); pueden causar purpura esteroidea o atrofia
Inhibidores tópicos de calcineurina	Tacrolimus: Útil para lesiones en piel muy sensible (cara, cuello, antebrazo, manos)	Mala adherencia por efectos irritativos tópicos
Corticoesteroides orales	Dosis bajas (5–15 mg/día o 0.1–0.2 mg/kg/día de prednisolona o equivalente) pueden usarse en casos moderados o graves	Monitorizar efectos adversos (hipertensión, úlcera péptica, catarata, infecciones, diabetes, osteoporosis, función adrenal, purpura esteroidea)
Ciclosporina oral	Casos graves: 3 mg/kg/día. En adultos mayores con DA no administrar >12 semanas	Mayor riesgo de malignidad (linfoma, cáncer cutáneo no melanoma), toxicidad a largo plazo (cardiovascular / renal)
Fototerapia: Ultravioleta B de banda estrecha	A dosis 0.35–0.70 J/cm ² por irradiación puede ayudar como tratamiento adjunto	Puede dificultarse hacer visitas frecuentes al hospital para las sesiones de fototerapia
Biológicos	Dupilumab (300 mg SC c/15 días luego de dosis inicial de 600 mg) mejora rápido lesiones y prurito, con buen perfil de seguridad. Otros biológicos: No datos específicos en adultos mayores	Dolor al aplicar, alto costo, visitas regulares a la unidad de salud. Autoaplicación en casa puede dificultarse en adultos mayores
Otros tratamientos y agentes nuevos	Como terapia adyuvante, se han usado algunos agentes fuera de norma, como omalizumab (anti-IgE)	Eficacia y seguridad de agentes nuevos (anti H4R, inhibidores de JAK, o anticuerpos antireceptor de IL-31) son inciertos en adultos mayores

Adaptado de: Tanei R. *Drugs & Aging* 2020;37:149–160.

3. DA durante el embarazo y la lactancia

La evaluación diagnóstica y el tratamiento de la DA durante el embarazo y lactancia representa un reto. De forma similar a otras enfermedades alérgicas, la DA puede iniciar, empeorar, permanecer igual o mejorar con el embarazo, siendo la mayoría de los cambios importantes a nivel cutáneo el resultado de cambios hormonales derivados de la gestación, que favorecen un cambio de patrón de respuesta inmune tipo Th2.[Vaughan Jones SA, Hern S, Nelson-Piercy C, Seed PT, Black MM. A prospective study of 200 women with dermatoses of pregnancy correlating clinical findings with hormonal and immunopathological profiles. *Br J Dermatol.* 1999;141:71–81.] Se ha reportado que la mayoría de las mujeres con DA preexistente cuyos síntomas empeoran durante el embarazo suelen exacerbar a partir de la semana 20 [Ravelli FN, Goldust M, Kroumpouzou G. Assessment of prurigo of pregnancy in patients without atopic background. *Int J Womens Dermatol.* 2020;6:384–389. doi: 10.1016/j.ijwd.2020.06.011.].

Aunque la mayoría de las mujeres embarazadas con DA saben de su enfermedad antes de la gestación, el diagnóstico puede ser difícil cuando se presentan manifestaciones de la piel por primera vez (DA no preexistente), y la DA debe diferenciarse de otros cambios cutáneos pruriginosos relacionados con la gestación: [Boiko S, Zeiger R. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis, urticaria, and angioedema during pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am* 2000; 20:839][Ambros-Rudolph C, Müllegger R, Vaughan-Jones S, Kerl H, Black M. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:395–404.]

- El *prurito idiopático* (prurito gravídico) inicia habitualmente durante el primer trimestre y suele manifestarse únicamente con excoりaciones por rascado. Se sospecha que está relacionado con trastornos hepáticos funcionales inducidos por los estrógenos.

- La *colestasis del embarazo*, usualmente observada a partir del segundo trimestre, puede ocasionar prurito intenso en las palmas de las manos y plantas de los pies, usualmente sin lesiones primarias de la piel, e ictericia gradual, como consecuencia de la elevación de los ácidos biliares en la sangre. Es importante mencionar que este trastorno se asocia con una mayor incidencia de preeclampsia, diabetes gestacional, muerte fetal, sufrimiento fetal intraparto y trabajo de parto prematuro, por lo que es importante descartar este diagnóstico evaluando la función hepática en pacientes embarazadas con estos síntomas.[Wikström Shemer E, Marschall HU, Ludvigsson JF, Stephansson O. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated adverse pregnancy and fetal outcomes: a 12-year population-based cohort study. *An Int J Obstet Gynaecol* 2013;120:717–723.]

- El prurigo del embarazo ocurre en el segundo o tercer trimestre y es una erupción papular pequeña, eritematosa, con excoりaciones por rascado, localizada principalmente en la parte anterior del abdomen y las superficies extensoras de las extremidades. Su mecanismo fisiopatogénico no ha sido determinado.

- La foliculitis pruriginosa del embarazo generalmente ocurre durante el tercer trimestre y se presenta con pápulas y pústulas foliculares en el tronco, que se extienden a los brazos y las piernas. Por lo general, se resuelve antes del parto.

Es importante mencionar que estos trastornos pruriginosos pueden coexistir, y a veces provocar generalización de las lesiones. Las lesiones secundarias incluyen excoriaciones por rascado y/o superinfección viral o bacteriana (como eccema herpeticum).

Respecto al tratamiento, siempre se debe buscar seguridad tanto para la madre como para el producto, y las precauciones durante la gestación usualmente deben extenderse durante el periodo de lactancia. En condiciones ideales, los síntomas deben controlarse previo a la concepción para que los medicamentos puedan limitarse a la dosis efectiva más baja de forma preventiva, así como evitar factores desencadenantes. Los emolientes constituyen la base de la terapia, junto con los medicamentos tópicos, aunque no todos se consideran apropiadas para su uso durante el embarazo y lactancia (cuadro 6.2). El uso juicioso de corticosteroides tópicos de potencia baja (particularmente hidrocortisona 0.5-2.5%) o moderada y los inhibidores de calcineurina tópicos, se consideran como opciones de tratamiento seguras, cuando sea necesario. [Balakirski G, Novak N. Atopic dermatitis and pregnancy. *J Allergy Clin Immunol* 2022;149(4):1185-1194.] En contraste, el uso de corticosteroides tópicos potentes o superpotentes no se recomienda (salvo casos excepcionales), ya que su uso, sobre todo al final del embarazo, se ha asociado con bajo peso al nacer. [Chi CC, Lee CW, Wojnarowska F, Kirtschig G. Safety of topical corticosteroids in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD007346.], y respecto al uso de terapia ultravioleta, se debe evitar desde 3 meses previo a la gestación el uso de fotoquimioterapia (psoralenos más ultravioleta A, PUVA), aunque la terapia ultravioleta B de banda estrecha (UVB) y el UVA 1 se han utilizado de forma segura como tratamiento de segunda línea en casos moderados o graves, sobre todo al principio del embarazo, aunque se asocia con melasma. [Balakirski G, Novak N. Atopic dermatitis and pregnancy. *J Allergy Clin Immunol* 2022;149(4):1185-1194].

Si no hay respuesta con corticosteroides tópicos de potencia baja o media, podría considerarse un ciclo corto de prednisona oral por sobre el uso de agentes tópicos más potentes, aunque en general se deben evitar los glucocorticoides orales durante el primer trimestre del embarazo. Finalmente, se pueden usar algunos antihistamínicos por vía oral para controlar el prurito. Los agentes preferidos son cetirizina y loratadina (riesgo B).

Respecto al manejo sistémico de la DA grave, no se debe olvidar que el metotrexato y el mofetil micofenolato deben suspenderse al menos tres meses antes de la concepción y está contraindicado en embarazo y lactancia. El uso de ciclosporina A o azatioprina es posible para el tratamiento sistémico durante el embarazo (aunque deben usarse con precaución y monitorizando bienestar fetal), mientras que los datos de seguridad de nuevos fármacos, como los biológicos aprobados para la DA, se limitan a pequeñas series de casos, por lo que no es posible recomendar su uso hasta no contar con mayor cuerpo de evidencia. [Balakirski G, Novak N. Atopic dermatitis and pregnancy. *J Allergy Clin Immunol* 2022;149(4):1185-1194][Stefaniak AA, Pereira MP, Zeidler C, Ständer S. Pruritus in Pregnancy. *Am J Clin Dermatol* 2022;23(2):231-246]. Los inhibidores JAK como baricitinib o upadacitinib están contraindicados en embarazo y lactancia y deben suspenderse 3 meses antes de la gestación.

Específicamente para apoyo en situaciones especiales de lactancia, iniciativas como la “liga de la leche” (<https://laligadelaleche.org.mx>) pueden complementar la información proveniente de la regulación sanitaria respecto a la bioseguridad de los medicamentos para uso en este periodo y procurar y promover la lactancia cuando sea posible.

Cuadro 1: Resumen de uso de medicamentos en DA durante el embarazo y previo a la concepción

Sustancia	Tiempo de suspensión antes del embarazo	Antes de la concepción y durante el embarazo
TERAPIA TÓPICA		
Emolientes	Sin restricción	
Corticoesteroides tópicos de baja o mediana potencia *	Sin restricción	
Corticoesteroides tópicos de alta o ultra alta potencia	Sin restricción	
Inhibidores de calcineurina tópicos	Sin restricción	
Crisaborol	Sin información	
FOTOTERAPIA		
UVB de banda estrecha o ancha	Sin restricción	
UVA1	Sin restricción	
PUVA	3 meses	
TERAPIA SISTÉMICA		
Corticoesteroides sistémicos	Sin restricción	
Ciclosporina A	Sin restricción	
Metotrexate	3 meses	
Azatioprina	Sin restricción	
Mofetil micofenolato	3 meses	
Dupilumab	Sin restricción	
Tralokinumab	Sin restricción	
Baricitinib	1 semana	
Upadacitinib	4 semana	

	+++ La mayor evidencia / Primera línea
	++ Terapia posible en caso necesario o para uso en áreas especiales / Segunda línea
	+ Disponibles primeros reportes, pero no recomendable actualmente por evidencia limitada
	± No datos de efectos teratogénicos o dañinos, pero terapia no recomendada por evidencia limitada
	- Contraindicado / teratogénico / efecto dañino conocido

* El propionato de fluticasona no se recomienda en embarazo por su falta de metabolismo a nivel placentario.

Adaptado de Balakirski G, Novak N. Atopic dermatitis and pregnancy. *J Allergy Clin Immunol* 2022;149(4):1185-1194.

4. DA en el paciente con algunas enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico/obesidad, trastornos psiquiátricos y/o cáncer)

Enfermedad cardiovascular: La evidencia de la asociación entre DA y enfermedad cardiovascular (ECV) es limitada y controversial. Estudios previos que evaluaron la asociación entre la DA y la enfermedad cardiovascular (CV) proporcionaron evidencia contradictoria. Un metaanálisis de 2017 que utilizó datos ajustados de 13 estudios no encontró una asociación entre DA e infarto agudo de miocardio (OR combinado 1.03, IC 95% 0.88-1.21), accidente cerebrovascular (OR 1.12, IC 95% 0.95-1.32) o hipertensión (OR 1.10, IC 95% 0.97-1.24), pero encontró un aumento de casi el 50 % en el riesgo de angina de pecho (OR 1,48, IC 95% 1.23-1.79) [Thyssen JP, Halling-Overgaard AS, Andersen YMF, et al. The association with cardiovascular disease and type 2 diabetes in adults with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2018; 178:1272.]

Por otra parte, un estudio poblacional en el Reino Unido comparó los datos de casi 400,000 pacientes adultos con DA y 1,5 millones de controles emparejados por edad y sexo. [Silverwood RJ, Forbes HJ, Abuabara K, et al. Severe and predominantly active atopic eczema in adulthood and long term risk of cardiovascular disease: population based cohort study. *BMJ* 2018; 361:k1786.], encontrando que los pacientes con DA grave tenían un mayor riesgo de enfermedad CV, incluido infarto de miocardio (HR 1.37, IC 95% 1.12-1.68), angina inestable (HR 1.41, IC 95% 1.02-1.95), insuficiencia cardíaca (HR 1.67, IC 95% 1.36-2.05), fibrilación auricular (HR 1.35, IC 95% 1.14-1.59) y muerte CV (HR 1.30, IC 95% 1.10-1.53), sugiriendo que en adultos que presentan DA grave, la detección de enfermedades CV y los factores de riesgo conocidos de enfermedades CV pueden ser apropiados.

Síndrome metabólico/obesidad: La asociación entre la dermatitis atópica y la obesidad en niños y adultos es controvertida [Silverberg JI, Becker L, Kwasny M, et al. Central obesity and high blood pressure in pediatric patients with atopic dermatitis. *JAMA Dermatol* 2015; 151:144.] [Silverberg JI, Kleiman E, Lev-Tov H, et al. Association between obesity and atopic dermatitis in childhood: a case-control study. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127:1180.] [Silverberg JI, Silverberg NB, Lee-Wong M. Association between atopic dermatitis and obesity in adulthood. *Br J Dermatol* 2012; 166:498.] [Kusunoki T, Morimoto T, Nishikomori R, et al. Obesity and the prevalence of allergic diseases in schoolchildren. *Pediatr Allergy Immunol* 2008; 19:527.] [Luo X, Xiang J, Dong X, et al. Association between obesity and atopic disorders in Chinese adults: an individually matched case-control study. *BMC Public Health* 2013; 13:12.] En un estudio multicéntrico de casos y controles, los niños con DA moderada/grave tenían más probabilidades que los controles de tener un índice de masa corporal (IMC) en el percentil 97 o superior y una circunferencia de la cintura en el percentil 85 o superior (OR 2,64, IC del 95%: 1,15 a 6,06 y OR 3,92, 95 % IC 1,50-10,26, respectivamente). Además, la dermatitis atópica se asoció con un percentil más alto de presión arterial sistólica y diastólica después de controlar por edad, sexo y antecedentes familiares de

hipertensión. [Silverberg JI, Becker L, Kwasny M, et al. Central obesity and high blood pressure in pediatric patients with atopic dermatitis. *JAMA Dermatol* 2015; 151:144]

Una revisión sistemática y un metanálisis de 30 estudios observacionales encontraron que el sobrepeso y la obesidad se asociaron con una mayor prevalencia de DA en Asia y América del Norte (OR=1.23, IC 95%: 1.11 a 1.41 y OR=1.47, IC 95%: 1.21 -1.79, respectivamente). [Zhang A, Silverberg JI. Association of atopic dermatitis with being overweight and obese: a systematic review and metaanalysis. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72:606.] Sin embargo, los mecanismos que subyacen a esta asociación son en gran parte desconocidos.

Trastornos psiquiátricos: Existe una creciente evidencia de que una serie de trastornos y síntomas psiquiátricos, incluido el deterioro del funcionamiento psicosocial, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la discapacidad de aprendizaje, la depresión y los trastornos de ansiedad, son más comunes entre adultos y niños con DA que en la población general. [Yaghmaie P, Koudelka CW, Simpson EL. Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2013; 131:428.][Slattery MJ, Essex MJ, Paletz EM, et al. Depression, anxiety, and dermatologic quality of life in adolescents with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 128:668.][Wan J, Mitra N, Hooper SR, et al. Association of Atopic Dermatitis Severity With Learning Disability in Children. *JAMA Dermatol* 2021.]

En relación con el TDAH una de las hipótesis más aceptadas es que las enfermedades alérgicas inducen inflamación (Th1, Th2 y Th17) que conduce a hipersecreción de IgE. Estos factores inflamatorios pueden afectar la neuroactividad de las cortezas prefrontal y del cíngulo anterior que están fuertemente asociadas con la fisiopatología del TDAH. Este proceso afecta la maduración de ambas cortezas, lo que ocurre en forma temprana en la vida, cuando el cerebro sufre cambios profundos y es importante para el desarrollo de la función cognitiva. [Chuang, YC., Wang, CY., Huang, WL. et al. Two meta-analyses of the association between atopic diseases and core symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Sci Rep* 12, 3377 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07232-1>].

La asociación de la DA con la angustia psicosocial y otros trastornos psiquiátricos puede verse influida por la percepción de la gravedad de la enfermedad y otros factores que afectan negativamente la calidad de vida, como la pérdida de sueño, el prurito incapacitante y la vergüenza social. [Chen MH, Su TP, Chen YS, et al. Is atopy in early childhood a risk factor for ADHD and ASD? a longitudinal study. *J Psychosom Res* 2014; 77:316.] Según un metaanálisis de 14 estudios, los pacientes con dermatitis atópica también tienen más probabilidades de tener ideación suicida (OR 1.97, IC 95%: 1.19-3.25) [135].

Los resultados de estos estudios enfatizan la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el manejo de la DA que incluya educación del paciente y de los padres/cuidadores, y apoyo psiquiátrico, psicológico y conductual cuando sea necesario.

DA en el paciente con cáncer. La asociación entre la DA y el cáncer es controversial. Se ha reportado una asociación significativa entre la gravedad de la DA y el linfoma cutáneo de células T, [Arellano FM, Arana A, Wentworth CE, Fernández-Vidaurre C, Schlienger RG, Conde E, et al.

Lymphoma among patients with atopic dermatitis and/or treated with topical immunosuppressants in the United Kingdom. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:1111.][Margolis D, Bilker W, Hennessy S, Vittorio C, Santanna J, Strom BL. The risk of malignancy associated with psoriasis. *Arch Dermatol* 2001;137:778.] pero este hallazgo está sujeto a un probable sesgo de selección, ya que esta neoplasia puede confundirse con DA grave. Una revisión sistemática reportó un aumento discreto del riesgo de linfoma en pacientes con DA respecto a población general,[Legendre L, Barnette T, Mazereeuw-Hautier J, Meyer N, Murrell D, Paul C. Risk of lymphoma in patients with atopic dermatitis and the role of topical treatment: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2015;72:992.] y otro metaanálisis en pacientes con DA observó una tasa de incidencia más alta de carcinomas de queratinocitos, cáncer renal, del sistema nervioso central y de páncreas,[Wang L, Bierbrier R, Drucker AM, Chan AW. Noncutaneous and Cutaneous Cancer Risk in Patients With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2020; 156:158], pero en ambas publicaciones la alta heterogeneidad metodológica y de criterios diagnósticos entre los estudios incluidos impidió establecer conclusiones firmes sobre estas posibles asociaciones.

2. Mensajes clave (5-7 puntos más importantes)

- Adolescentes con DA moderada o grave suelen tener repercusiones de autoestima, funcionamiento psicosocial, y poca adherencia a los tratamientos. Es deseable tener una red de apoyo emocional para estos pacientes y sus familias.
- En adultos mayores de 60 años, la barrera cutánea y la respuesta inmune son menos eficaces, y la piel tiende a researse, induciendo o exacerbando DA, la cual suele ser subdiagnosticada. El manejo en estos pacientes debe ser muy cuidadoso.
- Durante el embarazo la DA puede descontrolarse o exacerbarse. Es importante considerar las limitaciones de uso de ciertos agentes terapéuticos para DA en este periodo y la lactancia, tanto por seguridad de la madre como del bebé.
- En adultos que presentan DA grave, la detección de enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo conocidos de éstas pueden ser apropiados.
- Se ha relacionado a la DA con TDAH, depresión, ansiedad, entre otros, que son situaciones que deben ser vigiladas para referir oportunamente al especialista que corresponda.

3. Casos clínicos

CASO CLÍNICO 1

Adolescente de 15 años, conocido desde varios años por su médico, quien lo trata por una DA de inicio en edad preescolar manifestada por áreas de xerosis y eccema de predominio en brazos y piernas, en ocasiones con brotes de eccema activo, pero con buena respuesta a emolientes y antiinflamatorios tópicos. Sin embargo, desde hace algunas semanas el problema tópico ha exacerbado, con áreas de afectación en cuello y áreas de flexión que no ha respondido con el manejo habitual, y ha coincidido con aparición de acné. Además, ha desarrollado conductas de introversión, agresividad, negativa a acudir a actividades sociales familiares y con sus amigos (dice que le da vergüenza salir y que lo vean), deterioro en la higiene, y los papás sospechan que no se aplica los tratamientos tópicos de forma constante.

La exploración física es compatible con un cuadro franco de DA, con clinimetría de intensidad moderada. Caracteres sexuales secundarios Tanner III. Resto normal.

Comentario: El uso de una red de apoyo emocional para estos pacientes y sus familias puede ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir la repercusión emocional y la carga de la enfermedad.

NOTA: Esta respuesta está basada en la recomendación de los pocos datos disponibles en estos pacientes (no hay ensayos clínicos de buena calidad publicados hasta la fecha). El abordaje psicoemocional debe ser cuidadosamente individualizado en cada caso. Fuente: Guidamex pp:S66.

Comentario: No se han estandarizado cuestionarios de calidad de vida específicos para adolescentes con DA. Sin embargo, los adolescentes según la OMS y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de México integran un subgrupo de la edad pediátrica, por lo que corresponde evaluar calidad de vida relacionada a DA con instrumentos pediátricos (a reserva del criterio del médico tratante). Fuente: Guidamex pp:S66

CASO CLÍNICO 2

Paciente femenina de 21 años, con rinitis alérgica y dermatitis atópica diagnosticada desde los 2 años, actualmente con embarazo de 24 semanas, con exacerbación del eccema en las últimas 4 semanas.

A la exploración física con eccema en piel cabelluda, se observa una afectación difusa de la cara y cuello, incluidos párpados, con eritema intenso y descamación en cuello, con huellas de rascado, liquenificación en tórax anterior y posterior, eccema en hueco antecubital y poplíteo, en zona lumbar y glúteos.

CASO CLÍNICO 3

Paciente masculino de 16 años con diagnóstico de dermatitis atópica moderada con respuesta incompleta al tratamiento tópico, pero con disminución en la intensidad del prurito y con mejoría en el sueño; con historia de asma y conjuntivitis alérgica bajo control. Sus padres refieren que los citaron en la escuela pues en los últimos meses ha presentado impulsividad, dificultad para mantener la atención y no entrega tareas a tiempo.

Comentario: Todos los diagnósticos anteriores pueden observarse tanto en niños como en adultos con dermatitis atópica moderada a grave. Sin embargo, en este paciente, los síntomas de impulsividad, dificultad para mantener la atención y el no completar tareas, son altamente sugestivos de TDAH.

Comentario: Los resultados de diversos estudios enfatizan la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el manejo de la DA que incluya educación del paciente y de los padres/cuidadores, y apoyo psiquiátrico, psicológico y conductual cuando sea necesario. Para el manejo del TDAH se debe considerar envío a valoración por neurología pediátrica.