

Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis Atópica en Niños: Una Revisión Integral de las Estrategias Clínicas

Diagnosis And Treatment Of Atopic Dermatitis In Children: A Comprehensive Review Of Clinical Strategies

Andrea Valeria Andrango Catota¹, Gennys María Gutiérrez Ramírez²[0000-0001-8571-6750],
Eurídice Alejandra Cabrera Cabrera³, Nicolas Felipe Larrea Parra⁴, Lourdes Michelle Reyes Alban⁵,
Katherine Jennyfer Salazar Muñoz⁶

¹ Hospital General Marco Vinicio Iza. Lago Agrio, Sucumbíos. Ecuador.

² Universidad del Sinú Seccional Cartagena, Cartagena, Cartagena. Colombia.

³ Clínica Hospital Niño Josué, Machala, El Oro. Ecuador. ⁴ Hospital Solca Núcleo Quito. Quito. Ecuador.

⁵ Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Guayas. Ecuador. ⁶ Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito. Ecuador.

ivaleria29ac@gmail.com, gemainvestigativa@gmail.com, churos-nico@hotmail.com,
loumireia@hotmail.com, kathy_salazarm@hotmail.com.

TESLA

Revista Científica
ISSN: 2796-9320

Recibido: 2023-10-03

Revisado: 2023-10-12 al 2023-11-05

Corregido: 2023-11-16

Aceptado: 2023-11-24

Publicado: 2023-12-07



Los contenidos de este artículo están bajo una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) Los autores conservan los derechos morales y patrimoniales de sus obras.

The contents of this article are under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license. The authors retain the moral and patrimonial rights of their works.

Resumen.

Introducción: La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria más frecuente de la piel; que tiene un impacto sustancial en la calidad de vida de los pacientes. Sin pruebas diagnósticas claras, el cuadro clínico y la historia natural de la enfermedad y con la evaluación médica es el Gold Standard para su diagnóstico. Las opciones de tratamiento para los pacientes pediátricos con DA se encuentra muy limitada.

Desarrollo: Se realizó un artículo de revisión de los documentos de las sociedades científicas dedicadas al cuidado de la dermatitis atópica en niños, así como de revisiones sistemáticas y estudios científicos actuales por medio de los buscadores SCOPUS, WOS y Pubmed y Google Scholar tanto en español como en inglés.

Aplicaciones prácticas: En los últimos años, han salido nuevos tratamientos al mercado para su uso en DA en niños. Además, se describen muchos agentes emergentes tópicos y sistémicos. que se están investigando en la actualizada

Conclusiones: La dermatitis atópica es una enfermedad dermatológica común en la infancia a nivel mundial. El uso de criterios diagnósticos permite determinar el grado de afectación y la pauta de tratamiento para esta enfermedad. Para el tratamiento los corticosteroides y tacrolimus son el pilar fundamental.

Palabras Clave: Dermatitis Atópica, Eccema Atópico, Eccema Infantil, Niños

Abstract:

Introduction: Atopic dermatitis (AD) is a most common inflammatory skin disease; which has a substantial impact on the quality of life of patients. Without clear diagnostic tests, the clinical diagnosis and natural history of the disease and with medical evaluation is the Gold Standard for its diagnosis. Treatment options for pediatric patients with AD are very limited. New therapeutic targets have been identified with advances in Ad research

Development: This is an article reviewing the documents of scientific societies dedicated to the care of atopic dermatitis in children, as well as systematic reviews and current scientific studies was carried out through the search engines SCOPUS, WOS and Pubmed and Google Scholar both in Spanish. like in English.

Practical applications: In recent years, new treatments have come onto the market for use in AD in children. Additionally, many emerging topical and systemic agents are described. that are being investigated.

Conclusions: Atopic dermatitis is a common dermatological disease in childhood worldwide. The use of diagnostic criteria allows us to determine the index of severity and the treatment regimen for this disease. For treatment, corticosteroids and tacrolimus are the mainstay. Currently, results are expected from different emerging treatments with promising efficacy and safety profiles.

Keywords: Atopic Dermatitis, Atopic Eczema, Infantile Eczema, Children

Cómo citar

Andrango Catota AV, Gutiérrez Ramírez GM, Cabrera Cabrera EA, Larrea Parra NF, Reyes Alban LM, Salazar Muñoz KJ. Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis Atópica en Niños: Una Revisión Integral de las Estrategias Clínicas. Tesla rev. cient. [Internet]. 2023;3(2):e279. <https://doi.org/10.55204/trc.v3i2.e279>

Andrango Catota, A. V., Gutiérrez Ramírez, G. M., Cabrera Cabrera, E. A., Larrea Parra, N. F., Reyes Alban, L. M., & Salazar Muñoz, K. J. (2023). Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis Atópica en Niños: Una Revisión Integral de las Estrategias Clínicas. Tesla Revista Científica, 3(2), e279. <https://doi.org/10.55204/trc.v3i2.e279>

1. INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria más frecuente de la piel; causa síntomas caracterizados por eczema con prurito y sequedad de la piel además tiene un impacto sustancial en la calidad de vida de los pacientes, y podría contribuir al aumento de riesgos de sufrir una amplia gama de problemas de salud y psicosociales ^{1,2}. Las causas de la DA son complejas y multifactoriales con un alto componente genético y múltiples mecanismos subyacentes. Aunque el componente genético es claramente importante en la dermatitis atópica, la creciente prevalencia mundial de la DA destaca el papel de los factores ambientales ^{2,3}. Los pacientes con dermatitis atópica tienen un mayor riesgo de presentar asma, rinitis alérgica, alergias alimentarias por la predisposición a la sobreproducción de anticuerpos inmunoglobulina (Ig)E ⁴.

La dermatitis atópica es difícil de limitar debido a su gran heterogeneidad en términos de características clínicas, gravedad y evolución. Sin pruebas diagnósticas claras, el cuadro clínico y la historia natural de la enfermedad y con la evaluación médica es el Gold Standard para su diagnóstico ^{1,2}. A nivel mundial, la prevalencia de la dermatitis atópica está aumentando en países en vías de desarrollo, aunque las estimaciones de los países desarrollados se han estabilizado², En diferentes estudios multicéntricos se ha encontrado una variabilidad en la prevalencia de la enfermedad que depende de los criterios diagnósticos y de los datos obtenidos de los centros de investigación a nivel mundial. Aunque la dermatitis atópica en los niños puede ocurrir a cualquier edad, la edad de inicio de la enfermedad generalmente comienza en la primera infancia, entre los 3 y 6 meses de edad ^{1,5}.

Las opciones de tratamiento para los pacientes pediátricos con DA se encuentra muy limitada, Existen algunos tratamientos aprobados por FDA como Fluocinolona, Fluticasona, Desonida y Butirato de hidrocortisona son algunos de los corticosteroides tópicos aprobados para pacientes mayores de 3 meses. A medida que nuestra comprensión de los mecanismos involucrados en fisiopatología y con los últimos avances en la investigación DA; se han identificado nuevos objetivos terapéuticos como tratamientos biológicos que tienen el potencial de cambiar el paradigma del manejo de pacientes con DA ^{6,7}.

2. DESARROLLO

2.1. Diseño:

Se realizó un artículo de revisión de los documentos de las sociedades científicas dedicadas al cuidado de la dermatitis atópica en niños, así como de revisiones sistemáticas y estudios científicos actuales.

2.2. Estrategia de Búsqueda.

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda de los términos descriptores “MESH” O “DECS” para ampliar la búsqueda avanzada con los términos “Dermatitis Atópica”, “Niño” de las revisiones sistemáticas, metaanálisis, artículos originales y guías de práctica clínica publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales en SCOPUS, WOS y Pubmed y Google Scholar tanto en español como en inglés en el contexto internacional sobre la epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos, tratamiento, seguimiento y futuras líneas de investigación. Esta búsqueda se limitó a las publicaciones de

los últimos 5 años. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión.

2.3. Criterios de Inclusión

En la búsqueda de literatura gris se incluyó todo tipo de documentos aportados por las diferentes sociedades y asociaciones profesionales que hacían recomendaciones sobre diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica. Respecto a las revisiones sistemáticas y los estudios científicos se aplicó como criterio de inclusión que los estudios realizados en niños incorporaran conclusiones sobre recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento. El principal criterio de exclusión fue que los artículos incluyeron información sobre la dermatitis atópica en adultos.

2.4. Extracción de Datos.

Tras la búsqueda inicial se localizaron 589 estudios en SCOPUS, se emparejo la búsqueda en WOS y Pubmed, se excluyeron 509 que incluyeron datos de adultos y artículos de revisión. Para proceder a la selección se revisaron los abstracts y en caso necesario los artículos completos con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con nuestro objetivo. Finalmente se seleccionaron 22 artículos entre revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios epidemiológicos, guías de práctica clínica y artículos originales, en los cuales aparecían recomendaciones de diversas sociedades profesionales.

2.5. Análisis de los Datos.

La información analizada se estructuró en 4 subapartados: uno dedicado a la epidemiología, otro dedicado a la fisiopatología y los últimos dedicados al diagnóstico y tratamiento respectivamente. Del conjunto de estudios analizados se extrajo la información más relevante para el manejo clínico. En los documentos sobre aplicaciones prácticas y futuras líneas de investigación se tomaron en cuentas los últimos ensayos clínicos y nuevos tratamiento encontrados.

3. RESULTADOS

3.1. Epidemiología

La prevalencia de la dermatitis atópica (DA) en niños se ha estimado en un 20% de casos, en diferentes estudios multicéntricos realizados por el Estudio Internacional sobre Asma y Alergias en la infancia, ISAAC en sus siglas en inglés, se ha encontrado una variabilidad multicéntrica en la prevalencia estimada entre 0.3 – 20% de casos está variabilidad depende los datos obtenidos en los estudios o por los diferentes criterios diagnósticos¹. En el estudio EPI CARE (Epidemiology of Children with Atopic Dermatitis Reporting on their Experience), estudio transversal multicentrico realizado a nivel mundial en 19 países en los 5 continentes, tomo datos de 65,661 niños entre 6 meses a 18 años, encontró que la prevalencia total de DA fue del 12,1% entre los niños de 6 meses a 6 años, 13,0% para los de 6 años a 12 años, y el 14,8% en los de 12 años a menos de 18 años³. A nivel de las regiones del mundo, la prevalencia pediátrica de DA fue del 9,8 % en EE. UU y el 15,1 % en Canadá, respectivamente, en América Latina se estimó entre el 9,7% en Argentina y el 20,1% en Brasil. En los países de Europa, Alemania tenía la prevalencia más baja (8,4%), y los países del sur de Europa de España e Italia tuvieron la prevalencia más

alta, 18,6% y 17,6%, respectivamente³. En los niños, el 80% de los casos DA ocurren en el primer año de vida y experimenta algún tipo de remisión en la adolescencia en el 60% de los casos^{1,5}.

El componente genético y ambiental es esencial en la dermatitis atópica; existe variaciones en la prevalencia de dermatitis atópica en la relación al origen étnico, estudios realizados en EE. UU reportan niveles más altos de DA en individuos afroamericanos (17%) comparados con etnias caucásicas (11%), hallazgos similares se encontraron en estudios en el Caribe y Reino Unido^{2,8,9}. De las teorías más discutidas son “hipótesis de la higiene” o “el gradiente urbano-rural”, que respalda una posible explicación, entre la relación inversa entre el nivel socioeconómico y el número de hermanos en una familiar o la disminución de casos en zonas rurales por la baja prevalencia de dermatitis atópica en zonas con alta humedad y temperatura y exposición a luz ultravioleta^{8,9}.

3.2. Fisiopatología

La dermatitis atópica es una interacción entre diferentes factores ambientales, alteración de la barrera cutánea, y desregulación entre la microbiota de la piel y sistema inmune en individuos susceptibles por condiciones genéticas^{4,10}. Los estudios del genoma han identificado genes relacionados con la regulación autoinmune, incluidos con la regulación de las defensas innatas del huésped y la función de las células T; estos estudios también han relacionado la DA con otras enfermedades autoinmunes o inflamatorias^{6,11}. La etiología de la DA parece estar estimulada por la interacción entre dos vías biológicas: función epitelial y las respuestas inmunes tanto innatas como adaptativas. El microbiota de la piel juega un papel clave en la respuesta inmune innata de la piel a través del mantenimiento de homeostasis inmunológica y reducción de la colonización de la piel por bacterias patógenas^{6,12,13}. Estos mecanismos impulsores pueden promover e interactuar con otros; la debilidad de la barrera cutánea atribuible a una deficiencia de filagrina promueve la inflamación e infiltración de células T; la colonización o infección por estafilococos aureus daña la barrera cutánea e induce respuesta inflamatoria mediada células Th2 locales afectando aún más la función de la barrera cutánea, provocando picazón y facilitar colonización a favor de *S. aureus*^{14,15}.

3.3. Diagnóstico

El diagnóstico de la dermatitis se realiza presentación clínica y los antecedentes, con exclusión de múltiples afecciones eritematosas y eccematosas, no existe ningún biomarcador confiable^{4,6}. Las lesiones cutáneas suelen aparecer por primera vez entre los 2 y 6 meses de edad. Las pápulas y papulovesículas pueden formar placas grandes que supuran y forman costras. Por lo general afectan la cara, las manos y los extensores, pero también pueden afectar el cuero cabelludo, el cuello y el tronco^{6,7}. Existen varios criterios diagnósticos desarrollados desde 1980 por Hanifin and Rajka hasta la actualidad por la Academia Americana de Dermatología o por la Asociación Japonesa de Dermatología^{4,6,16}. Los criterios diagnósticos se basan en tres elementos básicos: a) prurito, b) morfología y distribución típicas del eczema; y c) curso crónico o con recaídas^{4,16} (tabla 1).

En diferentes etapas de la niñez existen diferentes patrones en la dermatitis atópica. En los niños

menores de 2 años, Las erupciones suelen aparecer inicialmente en la mejilla, la frente o cabeza que aparece como sequedad de la piel seguida de pápulas con un ligero durante las primeras etapas infancia^{4,17}. Poco después de la presencia de los síntomas faciales aparece el eritema exudativo que se desarrolla usualmente en zonas intertriginosas como el cuello, axila, fosa cubital y fosa poplítea, además, también se desarrollan eritema y pápulas en el tronco y las extremidades. En particular, la DA suele respetar la zona del pañal; sin embargo, la dermatitis del pañal es muy común en niños con DA^{10,18}.

En los niños entre 2 a 12 años, el patrón de la enfermedad cambia de distribución, las erupciones en la cara. disminuyen, en cambio, la erupción que se observa típicamente en el cuello, axila, fosa cubital, fosa poplítea, región inguinal, muñeca y tobillo^{4,18}. En casos severos, las erupciones se extienden a la cara y las extremidades, mientras que rascarse repetitivamente provoca erosiones repetidas y costras de sangre. Se pueden desarrollar pápulas y prurigo en las extremidades. Se pueden observar pápulas foliculares en forma de protuberancias en el tronco y extremidades^{4,18}.

Tabla 1. Criterios diagnósticos dermatitis atópica

Criterios diagnósticos – Dermatitis Atópica en niños
1) Prurito
2) Distribución y morfología típica <ul style="list-style-type: none"> a. Criterios diagnósticos de dermatitis eccematosa <ul style="list-style-type: none"> i. Lesiones agudas: eritema, exudación, pápulas, vesiculopápulas, escamas y costras ii. Lesiones crónicas: eritema infiltrado, liquenificación, prurigo, escamas y costras b. Distribución <ul style="list-style-type: none"> i. Simétrica: Sitios de predilección: frente, zona periorbitaria, zona perioral, labios, zona periauricular, cuello, zonas articulares de las extremidades, tronco ii. Características relacionadas con la edad: 1.- Fase infantil: comienza en el cuero cabelludo y la cara, a menudo se extiende al tronco y extremidades. 2.- Fase infantil: cuello, superficies de flexión de brazos y piernas. 3.- Fase adolescente y adulta: tendencia a ser grave en la mitad superior de cuerpo (cara, cuello, parte anterior del pecho y espalda)
3) Curso crónico o con recaídas <ul style="list-style-type: none"> • Más de 2 meses en la infancia. • Más de 6 meses en la niñez, adolescencia y edad adulta
El diagnóstico definitivo de dermatitis atópica requiere la presencia de las tres características sin ninguna consideración de gravedad. Otros casos deben evaluarse según la edad y el cuadro clínico.

Fuente: Revisión de literatura: Resumen de los criterios diagnósticos de la Asociación Japonesa de Dermatología⁴

La evaluación de la gravedad de la enfermedad es esencial para una selección adecuada del tratamiento. Si bien se evalúa la gravedad general (cronicidad de la enfermedad, afectación en calidad de vida, intensidad del prurito), la evaluación de la gravedad de las lesiones locales (erupción individual) también es importante para seleccionar el fármaco tópico que se aplicará localmente, para esto se ha desarrollado diferentes herramientas, la más utilizada en la aplicación clínica y en investigación es “índice de la gravedad de dermatitis” (tabla 2)^{4,17}.

Tabla 2: Índice de severidad de dermatitis

Índice de Severidad
Leve: Solo se observa erupción leve independientemente del área
Moderado: Se observa erupción con inflamación severa en menos del 10% de la superficie corporal.
Grave: Se observa erupción con inflamación severa entre el 10% al 30% de la superficial corporal
Muy graves: Se observa erupción con inflamación severa en más del 30% de la superficial corporal

Fuente: Revisión de literatura: índice de severidad de dermatitis de la Asociación Japonesa de Dermatología⁴

Las diferentes guías de práctica clínica indican que el diagnóstico diferencial de la DA incluye como el impétigo, sarna, escabiosis, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, ictiosis, linfoma cutáneo de células T, psoriasis, dermatitis fotosensible, enfermedades de inmunodeficiencia y eritrodermia.^{6,7}

3.4. Tratamiento

Actualmente no existe ningún tratamiento que pueda curar completamente esta enfermedad, pero el manejo de la dermatitis atópica tiene como objetivo principal mejorar los síntomas y establecer un control de la enfermedad a largo plazo. El manejo de los pacientes debe estar centrado evitar factores desencadenantes individuales, restauración de las barreras cutánea con crema hidratante y un enfoque dirigido a reducir la inflamación según se evidencia la gravedad de la enfermedad^{2,19}

Muchos factores desencadenantes pueden provocar un empeoramiento de la dermatitis atópica. Estos factores no específicos incluyen: irritantes (tejidos de lana, detergentes alcalinos), factores climáticos, infecciones, estrés psicológico, y exposición a alimentos, inhalantes o alérgenos de contacto en paciente sensibilizado¹³. Los residuos de champú, acondicionador y jabón o el uso excesivo de estos agentes pueden inducir dermatitis, por lo tanto, proporcionar instrucciones sobre los métodos de limpieza adecuados es importante^{4,20}. La irritación por rascarse es extremadamente importante como factor de exacerbación de la DA. Además del tratamiento de la dermatitis para reducir picazón, cortarse las uñas cortas y usar guantes, mangas largas y pantalones mientras duerme, si es necesario, para que rascarse no cause daños en la piel, puede ser útil en algunos casos⁴.

Los antiinflamatorios tópicos se utilizan para proporcionar una atenuación de la reacción inflamatoria en la DA. La eficacia y seguridad de los corticosteroides tópicos (CET) y los ungüentos de tacrolimus (inhibidor tópica calcineurina) han sido examinados en numerosos estudios clínicos^{4,20}. La eficacia y la seguridad de los CET se han examinado en muchos ensayos clínicos, se utilizan a menudo como agente tópico antiinflamatorio de primera línea en los niños^{5,20}. Los CET se utilizan como fármaco básico en el tratamiento de la DA y su intensidad debe ser comprendido completamente para poder seleccionar el más CET apropiado, basado en la gravedad de las lesiones individuales y utilizar diferentes formas de dosificación de esteroides tópicos según el características y sitio de las lesiones para maximizar sus efectos antiinflamatorios^{4,20}.

Tacrolimus inhibe la actividad de la calcineurina intracelular, reduce la inflamación a través de un mecanismo de acción que difiere del de los corticoides^{4,13}. Se puede esperar que el tacrolimus muestren un alto nivel de efectividad para la erupción relacionada con la DA, que fue difícil de tratar con corticosteroides tópicos previos. La eficacia de este medicamento depende de su absorción, del sitio de aplicación y barrera epitelial. Se puede utilizar como medicamento de elección para ser usado en las lesiones localizadas en cara y cuello. Sin embargo, existen restricciones para su aplicación que difieren de las de los corticosteroides tópicos: la pomada de tacrolimus no se puede aplicar en superficies ulcerosas y erosivas, y su eficacia farmacológica es limitada⁴.

El uso de antihistamínico para controlar el prurito es un pilar del tratamiento importante en la DA. Se ha examinado la eficacia de los antihistamínicos en combinación con medicamentos tópicos antiinflamatorios (CET, tacrolimus) y medicamentos humectantes, presentan efectos beneficiosos para reducir la picazón. Se recomienda el uso de antihistamínicos como terapia coadyuvante a los antiinflamatorios tópicos.

Las funciones de barrera cutánea y los factores hidratantes están alterados en la dermatitis atópica. El uso de productos humectantes mejora la humedad en el estrato córneo y conduce a la prevención de invasión de alérgenos, previniendo recaídas de la dermatitis atópica, así como la disminución o supresión del prurito, recuperando y manteniendo las funciones de barrera de la piel. Además, el cuidado de la piel con humectantes después del nacimiento y a partir de entonces, disminuye el riesgo de aparición de DA^{4,13}.

4. APLICACIONES PRÁCTICAS O FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En los últimos años, han salido nuevos tratamientos al mercado como la crema de crisaborol tópico (PDE4) y el dupilumab inyectable por vía subcutánea para su uso en DA leve a moderada y moderada a grave en niños. Además, se describen muchos agentes emergentes tópicos, anticuerpos monoclonales administrados sistémicamente e inhibidores de pequeñas moléculas administradas sistémicamente que se están investigando en la actualidad²¹.

El ungüento de Crisaborole al 2% fue aprobado por la FDA en 2016 para el tratamiento de la DA en infantes de 2 años y mayores, su indicación se amplió en el 2020 para lactantes de 3 meses de edad y mayores. El Crisaborole es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 (PDE4), permite aumentar la reducción de niveles de monofosfato de adenosina cíclico de la DA y por lo tanto reducir la expresión de citoquinas proinflamatorias^{7,21}.

Dupilumab, el primer medicamento biológico aprobado por la FDA para la DA, se une a IL-4Ra, inhibiendo la señalización de IL-4 y la IL-13. En mayo de 2020, la FDA aprobó dupilumab en niños de 6 a 11 años con dosificación basada en el peso. Se ha descrito la farmacocinética, la seguridad y la eficacia de dupilumab en lactantes y niños de 6 meses a menos de 6 años con DA basado en un ensayo abierto con dosificación basada en el peso^{7,21}.

En actualidad se esperan resultados de ensayos clínico en fase 1 y 2 de diferentes fármacos emergentes de uso tópico y sistémicos con resultados prometedores con respecto a los perfiles de eficacia y seguridad como inhibidores Janus Quinasa (tofacitinib, baricitinib, upadacitinib), inhibidor de IL-31 (Nemolizumab), inhibidor de IL-13 (Lebrikizumab) y anticuerpos monoclonales para Citoquinas y Receptores: OX40, TSLP, IL-33, IL-36, IL-5 y la vía Th17/IL-22 (tezepelumab, risankizumab, bermekimab)^{21,22}.

5. CONCLUSIONES

La dermatitis atópica es una enfermedad dermatológica común en la infancia que afecta la calidad de vida de los pacientes. La epidemiología muestra que la prevalencia es variable entre 0.3 – 20% a nivel

mundial, esta variabilidad depende de diferentes aspectos sociales, ambientales y genéticos. El diagnóstico de esta enfermedad es clínico, no se tiene biomarcadores específicos para esta enfermedad. El uso de criterios diagnósticos permite determinar el grado de afectación y la pauta de tratamiento para esta enfermedad. Para el tratamiento de esta enfermedad existen 3 pilares fundamentales: 1.- restablecer la barrera cutánea con humectantes, 2.- tratamiento farmacológico con CET, tacrolimus y antihistamínico, 3.- Evitar desencadenantes. En la actualidad se espera resultados de diferentes tratamientos emergentes con perfiles eficacia y seguridad prometedores

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los Autores declaran que no existe conflicto de intereses

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

En concordancia con la taxonomía establecida internacionalmente para la asignación de créditos a autores de artículos científicos (<https://credit.niso.org/>). Los autores declaran sus contribuciones en la siguiente matriz:

<i>Participar activamente en:</i>	<i>Andrea Valeria</i>	<i>Andrango María</i>	<i>Gennys Gutiérrez</i>	<i>Eurídice Alejandra Cabrera</i>	<i>Nicolas Felipe</i>	<i>Larrea</i>	<i>Lourdes Michelle reves alban</i>	<i>Katherine Jennyfer Salazar</i>
<i>Conceptualización</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Análisis formal</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Adquisición de fondos</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Investigación</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Metodología</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Administración del proyecto</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Recursos</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Redacción –borrador original</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Redacción –revisión y edición</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>La discusión de los resultados</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>Revisión y aprobación de la versión final del trabajo.</i>	X	X	X	X	X	X	X	X

REFERENCIAS

1. Bylund S, Von Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson Å. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(12):5765. doi:10.2340/00015555-3510
2. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet Lond Engl.* 2020;396(10247):345-360. doi:10.1016/S0140-6736(20)31286-1
3. Silverberg JI, Barbarot S, Gadkari A, et al. Atopic dermatitis in the pediatric population: A cross-sectional, international epidemiologic study. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol.* 2021;126(4):417-428.e2. doi:10.1016/j.anai.2020.12.020
4. Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2020. *Allergol Int Off J Jpn Soc Allergol.* 2020;69(3):356-369. doi:10.1016/j.alit.2020.02.006
5. Siegels D, Heratizadeh A, Abraham S, et al. Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *Allergy.* 2021;76(4):1053-1076. doi:10.1111/all.14631
6. Fishbein AB, Silverberg JI, Wilson EJ, Ong PY. Update on Atopic Dermatitis: Diagnosis, Severity Assessment, and Treatment Selection. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(1):91-101. doi:10.1016/j.jaip.2019.06.044
7. Eichenfield LF, Stripling S, Fung S, Cha A, O'Brien A, Schachner LA. Recent Developments and Advances in Atopic Dermatitis: A Focus on Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment in the Pediatric Setting. *Paediatr Drugs.* 2022;24(4):293-305. doi:10.1007/s40272-022-00499-x
8. Wan J, Oganisian A, Spieker AJ, et al. Racial/Ethnic Variation in Use of Ambulatory and Emergency Care for Atopic Dermatitis among US Children. *J Invest Dermatol.* 2019;139(9):1906-1913.e1. doi:10.1016/j.jid.2019.02.024
9. Kim Y, Blomberg M, Rifas-Shiman SL, et al. Racial/ethnic differences in incidence and persistence of childhood atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2019;139(4):827-834. doi:10.1016/j.jid.2018.10.029

10. Kim J, Kim BE, Leung DYM. Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications. *Allergy Asthma Proc.* 2019;40(2):84-92. doi:10.2500/aap.2019.40.4202
11. Renert-Yuval Y, Thyssen JP, Bissonnette R, et al. Biomarkers in atopic dermatitis—a review on behalf of the International Eczema Council. *J Allergy Clin Immunol.* 2021;147(4):1174-1190.e1. doi:10.1016/j.jaci.2021.01.013
12. Brunner PM, Israel A, Zhang N, et al. Early-onset pediatric atopic dermatitis is characterized by TH2/TH17/TH22-centered inflammation and lipid alterations. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;141(6):2094-2106. doi:10.1016/j.jaci.2018.02.040
13. Li H, Zhang Z, Zhang H, Guo Y, Yao Z. Update on the Pathogenesis and Therapy of Atopic Dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2021;61(3):324-338. doi:10.1007/s12016-021-08880-3
14. Wang V, Boguniewicz J, Boguniewicz M, Ong PY. The infectious complications of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol.* 2021;126(1):3-12. doi:10.1016/j.anai.2020.08.002
15. Blicharz L, Rudnicka L, Samochocki Z. Staphylococcus aureus: an underestimated factor in the pathogenesis of atopic dermatitis? *Postepy Dermatol Alergol.* 2019;36(1):11-17. doi:10.5114/ada.2019.82821
16. Wang Q, Liu L, Gao S, Su S. Guidelines for the Management of Atopic Dermatitis in Children: A Systematic Review. *Int Arch Allergy Immunol.* 2023;184(2):132-141. doi:10.1159/000527007
17. Yang YB, Gohari A, Lam J. Brief Academic Review and Clinical Practice Guidelines for Pediatric Atopic Dermatitis. *Curr Pediatr Rev.* 2021;17(3):229-237. doi:10.2174/1573396316999200820163434
18. Lara-Corrales I, Bergman JN, Landells I, Ramien ML, Lansang P. Approach to the Assessment and Management of Pediatric Patients With Atopic Dermatitis: A Consensus Document. Section I: Overview of Pediatric Atopic Dermatitis. *J Cutan Med Surg.* 2019;23(5_suppl):3S-11S. doi:10.1177/1203475419882049
19. Torres T, Ferreira EO, Gonçalo M, Mendes-Bastos P, Selores M, Filipe P. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Med Port.* 2019;32(9):606-613. doi:10.20344/amp.11963
20. Goh MS, Yun JS, Su JC. Management of atopic dermatitis: a narrative review. *Med J Aust.* 2022;216(11):587-593. doi:10.5694/mja2.51560
21. Puar N, Chovatiya R, Paller AS. New treatments in atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol.* 2021;126(1):21-31. doi:10.1016/j.anai.2020.08.016
22. Atopic dermatitis endotypes and implications for targeted therapeutics. - Abstract - Europe PMC. Accessed November 25, 2023. <https://europepmc.org/article/med/30612663>