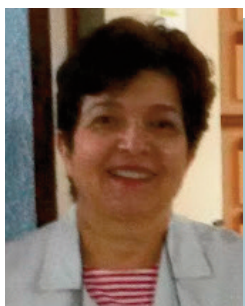


Dermatitis atópica del adulto: enfermedad de alto impacto

AMALIA PANZARELLI - EDITOR INVITADO



La dermatitis atópica (DA), es una enfermedad inflamatoria crónica que suele iniciarse en la infancia temprana y evoluciona de manera recurrente, desapareciendo por lo general antes de la adolescencia, pero puede presentarse como una continuación de la enfermedad desde la infancia o bien iniciarse durante la edad adulta, en cuyo caso suele plantear dudas diagnósticas.

La DA de inicio en la edad adulta fue reconocida y descrita en el año 2000 por Bannister y Freeman^{1,2}. La prevalencia en la población general de la DA del adulto varía entre el 0,3 y el 14% siendo el porcentaje más ampliamente aceptado entre el 1 y el 3%¹. En países industrializados su prevalencia es más elevada, diferentes estudios epidemiológicos reportan la misma en hasta un 7% con mayor preponderancia en el sexo femenino, esto quiere decir que por lo menos uno de cada cuatro adultos con DA informa que inició de adulto su padecimiento^{3,4}.

Se asocia con una gran carga social familiar y para el paciente, usualmente cursa con múltiples comorbilidades atópicas y de salud mental. Una amplia y compleja constelación de síntomas en las que se incluye el prurito severo, persistente y resistente a terapia convencional, la xerosis, dolor, y trastornos del sueño conducen a un gran deterioro en la calidad de vida⁴. Trabajos al respecto, han reportado que aproximadamente un tercio de los pacientes adultos con DA pensaban que su enfermedad afectaba su desempeño ocupacional; 14% pensó que la DA influía negativamente en su trayectoria profesional, con más posibilidades de licencias por enfermedad, jubilaciones tempranas y hasta cambios de ocupación⁵.

Las comorbilidades más conocidas son las relacionadas con enfermedad atópica, a saber: asma, rinitis alérgica, alergia a alimentos, rinoconjuntivitis y esofagitis eosinofílica recientemente reconocida e incluida en el espectro; además de depresión, ansiedad e ideas suicidas⁴.

La presentación clínica en adultos se caracteriza por una marcada heterogeneidad, que no siempre coincide con las manifestaciones observadas en niños. El curso de DA es generalmente intermitente, con fases de latencia y exacerbación. Se distinguen 3 patrones clínicos principales: la forma crónica y persistente, la forma recidivante y la de inicio en adultos^{5,6}.

La forma crónica y persistente de DA en adultos incluye a pacientes que han tenido DA desde la infancia. Alrededor del 20-30% de esos casos infantiles persisten hasta la edad adulta y estos constituyen el grupo de pacientes mejor identificado⁶.

Dermatólogo. Ejercicio Privado.
boreal.star@gmail.com

La forma recidivante son los pacientes con DA infantil, cuya enfermedad aparentemente se resuelve antes o durante la adolescencia y luego se repite en la edad adulta. Este grupo de pacientes desarrolla con frecuencia un eccema crónico de las manos cuando realizan trabajos y muchos son diagnosticados como dermatitis de contacto de manos debido a irritantes más que atopia⁶

La DA de inicio en el adulto es la más difícil de detectar y el diagnóstico a menudo se produce solo después de descartar otras enfermedades, especialmente la dermatitis de contacto alérgica, linfoma cutáneo, lupus, erupción por medicamentos, psoriasis, dermatosis acantolítica transitoria, dermatitis seborreica, dermatomiositis, escabiosis, dermatitis herpetiforme, histiocitosis e inmunodeficiencias (síndrome de Wiskott–Aldrich, síndrome de hiper-IgE)^{3,6}. Esta forma incluye presentaciones clínicas que son más raras en los niños, como el eccema numular, prurigo y dermatitis de cabeza y cuello^{4,6}.

No hay criterios diagnósticos específicos para DA del adulto. Los criterios de diagnóstico de Hanifin y Rajka (HR) fueron desarrollados para la DA en niños en 1980. Posiblemente siga siendo el criterio de referencia para la DA y los más utilizados para la realización de ensayos clínicos en niños y adultos, pero patologías como por ejemplo, dermatitis de contacto alérgica o el linfoma cutáneo de células T pueden cumplir ocasionalmente los criterios clínicos de HR para DA, por tanto, es imperativo que los dermatólogos consideremos una amplia gama de diagnósticos diferenciales en DA del adulto siendo prácticamente un diagnóstico de exclusión^{1,3,4,6}.

En casi la totalidad de los casos es necesario realizar pruebas epicutáneas, y casi siempre una biopsia cutánea, para establecer el diagnóstico definitivo aparte de profundizar en el historial médico personal y familiar⁶.

En relación a las pruebas epicutáneas, si los resultados son negativos, es más probable tener DA. Si los resultados son positivos, debemos determinar si son relevantes y, de ser así, eliminar o evitar la fuente del alérgeno. Si la enfermedad persiste, incluso si es menos severa, a pesar de evitar el alérgeno, deberíamos considerar de una vez el diagnóstico de DA del adulto^{3,6}.

Una biopsia de piel no suele ser necesaria para llegar al diagnóstico de DA, y aunque puede ser útil para corroborar el diagnóstico de eccema, no ayuda a diferenciar entre tipos, ya que todos los eccemas comparten el mismo patrón histológico, a saber, dermatitis espongiótica, con predominio de espongiosis en la fase aguda y de hiperqueratosis en la fase crónica. La presencia de eosinófilos no indica ningún tipo particular de eccema. Sólo resulta de gran ayuda para descartar otras enfermedades mencionadas en el diagnóstico diferencial⁶.

La determinación rutinaria de IgE sérica total es controvertida según los autores que se revisen. Algunos la incluyen de rutina^{1,6} y para otros ni la IgE sérica total, la IgE específica para alérgenos y eosinófilos periféricos no son requeridas para diagnosticar DA del adulto; lo que se ha demostrado es su asociación con tasas más bajas de atopia y enfermedad atópica comparada con la DA de inicio infantil⁴.

Se necesitan estudios futuros para determinar la verdadera prevalencia, incidencia y características fenotípicas de la DA de inicio en la edad adulta y si existen diferencias tanto en el curso de la enfermedad como en la respuesta terapéutica entre DA de inicio en adultos y de inicio en niños.

Diagnosticar DA en los adultos es en ocasiones un desafío. Probablemente, esté infradiagnosticada y con el alto impacto que tiene en la calidad de vida de los pacientes y sus familias es interesante que los dermatólogos sepan reconocer esta enfermedad, familiarizarse con ella y no resistirse a la idea de que pueda presentarse de novo en un adulto; esto permitirá aplicarle el tratamiento adecuado según su intensidad ●

Referencias

1. Romero-Pérez D, Encabo-Durán B, Silvestre-Salvador JF. Dermatitis atópica del adulto: un reto diagnóstico y terapéutico. *Piel* 2017;32(3):155-161.
2. Bannister MJ, Freeman S. Adult-onset atopic dermatitis. *Australas J Dermatol.* 2000 ;41 (4):225-8.
3. Vakharia PP, Silverberg JI. Adult Onset Atopic Dermatitis: Characteristics and Management. *American Journal of Clinical Dermatology* 2019; 20, 771–779.
4. Silverberg JI. Atopic Dermatitis in Adults. *Med Clin North Am.* 2020; 104(1):157-176
5. Zuberbier T, Orlow SJ, Paller AS, et al. Patient perspectives on the management of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2006; 118(1):226-32
6. Ruíz-Villaverde R, Galán-Gutiérrez M, Gómez Avívar P, et al. Dermatitis atópica del adulto: de la fisiopatología a la terapéutica (I). *Piel* 2018;33: 562-570.