


Dermatitis atópica en niños y adolescentes asistidos en un hospital general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Carolina Antonietti^a , María V. Angles^b , Ana Giachetti^c , María S. Díaz^c , Dina Gloser^d ,
Estefanía Juszkiewicz^a , Mercedes Parrales Villacreses^a , Luis Mazzuocolo^{b,e} , Claudio Parisi^{a,d} 

RESUMEN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel de alta prevalencia en pediatría, de acuerdo a estudios internacionales. Existe escasa información sobre las características epidemiológicas en la población pediátrica Argentina.

El objetivo fue describir la prevalencia y características clínicas de la DA en una población de niños argentinos atendidos en el servicio de pediatría de un hospital general.

Estudio observacional, de corte transversal. Se incluyeron 500 pacientes al azar, media de edad de 10 años (DE 5), el 50 % (250) de sexo femenino, de los cuales 24 presentaron DA. La prevalencia global fue del 5 % (IC95 % 3-7) y 3/24 fueron formas graves. La comorbilidad atópica más frecuente fue asma.

La DA es una enfermedad con una prevalencia en nuestra población similar a la de otros países. Nuestro estudio aporta nuevos datos acerca de las características epidemiológicas de la dermatitis atópica en nuestra región.

Palabras clave: *eccema; epidemiología; dermatitis atópica; comorbilidad; niño.*

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022-02639>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022-02639.eng>

Cómo citar: Antonietti C, Angles MV, Giachetti A, Díaz MS, et al. Dermatitis atópica en niños y adolescentes asistidos en un hospital general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* 2023;121(3):e202202639.

^a Sección de Alergia Pediátrica; ^b Servicio de Dermatología Infantojuvenil; ^c Servicio de Dermatología Infantil; ^d Sección de Alergia; ^e Servicio de Dermatología; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Carolina Antonietti: carolina.a.antonietti@gmail.com

Financiamiento: se recibió apoyo financiero de Sanofi Genzyme para la realización del estudio.

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 9-3-2022

Aceptado: 5-7-2022



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel,¹ con una alta frecuencia reportada en niños. Es considerada un problema de salud pública mundial debido a su creciente prevalencia, el impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, y los altos costos financieros para las familias y los sistemas de salud.^{2,3}

En los estudios ISAAC (*The International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) del 2009 y del 2012, Sudamérica emergió como una región de alta prevalencia, con un porcentaje de DA mayor al 15 % en niños de entre 6 y 7 años de edad. Existen escasos datos sobre la prevalencia de la DA en nuestro país,⁴ por lo que nos propusimos describir la prevalencia de esta enfermedad en una población de niños de un hospital general.

OBJETIVOS

Describir la prevalencia global de dermatitis atópica y las características clínicas de la población en estudio.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, entre el 1 de enero del 2019 y el 1 de enero del 2020, de pacientes pediátricos, afiliados al programa de cuidados médicos del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina (PMHI). La población pediátrica de este sistema de cobertura médica es de aproximadamente 20 000 afiliados que pertenecen a una clase social de ingresos medios y son, en su mayoría, habitantes de las zonas urbanas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. Toda la atención médica de los afiliados está registrada en forma centralizada en un repositorio de datos informatizado, que incluye una historia clínica electrónica (HCE).

Se incluyeron pacientes menores de 19 años de edad, afiliados activos al PMHI, entre el 01/01/19 y el 01/01/20 que se mantuvieron bajo seguimiento durante al menos 6 meses. Se consideró caso de DA a todo paciente que presentase diagnóstico de dicha patología según criterios de Hanifin y Rajka Hanifin.⁵ Se definió como DA grave la presencia de al menos uno de los siguientes: más de una consulta al mes con dermatología pediátrica y/o infantojuvenil y/o alergia por cuadro de DA; y/o utilización de los siguientes tratamientos: ciclosporina, metotrexate, psoraleno, fototerapia o meprednisona vía oral, en contexto y como

tratamiento del cuadro de DA, y/o internación para el tratamiento de la dermatitis atópica.

Los registros médicos de los pacientes seleccionados al azar fueron revisados por especialistas en alergia y dermatología. Para describir las características y la prevalencia de la DA durante el periodo de estudio, para una frecuencia esperada del 6 %, ⁶ con una hemiamplitud del 0-4 % y con una confianza de 95 %, se requirió la evaluación de 500 historias clínicas. La estimación del tamaño muestral se realizó utilizando el *software* Power and Precision. Se realizó un muestreo aleatorio de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y se calculó la prevalencia durante el periodo descrito utilizando como denominador el número total de historias clínicas evaluadas. La prevalencia se presenta como proporción y sus intervalos de confianza, respectivamente.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de nuestra institución y llevado a cabo en total acuerdo con la Declaración de Helsinki y las normas de Buenas Prácticas Clínicas Locales (ley 3301 CABA, resolución 1490).

RESULTADOS

Se incluyeron 500 pacientes al azar, de los cuales el 50 % (250) pertenecieron al sexo femenino con una media de edad de 10 años (DE 5).

Del total de los 500 pacientes evaluados, 24 presentaron diagnóstico de DA. La prevalencia global fue del 5 % (IC95 % 3-7). Respecto al total de la población con DA, el 13 % (3) presentó enfermedad moderada-grave. En la *Tabla 1* se describen las características clínicas de los pacientes con DA.

Pudimos observar que ningún paciente con DA moderada-grave recibió tratamiento sistémico (ciclosporina, metotrexate, psoraleno, meprednisona) vía oral y/o fototerapia durante al menos 2 meses, y que todos presentaron la enfermedad controlada por al menos 8 semanas sin exacerbaciones. Ninguno de los pacientes con DA presentó ictiosis vulgar, ni *alopecia areata*, ni hipertensión arterial. En la *Tabla 2*, se describen las comorbilidades asociadas de los pacientes con DA estudiados.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio fue que la prevalencia global de DA en niños de nuestra población fue del 5 % (IC95% 3-7). Según Silverberg *et al.*,⁷ la prevalencia global

TABLA 1. Características clínicas de los pacientes con dermatitis atópica (N: 24)

Características		N	%	
Relacionadas al paciente	Sexo femenino	8	33	
	Edad (años)*	9	6	
Del nacimiento	EG	≥38 semanas	16	67
		<38 semanas	2	8
		No registrado	6	25
	Parto	Vaginal	7	29
		Cesárea	10	42
		No registrado	7	29
	Estación	Verano	5	21
		Otoño	10	42
		Invierno	5	21
Primavera		4	17	
Internación en Neonatología	Sí	13	54	
	No registrado	11	46	
Antibioticoterapia durante el primer mes de vida	No	14	58	
	No registrado	10	42	
Lactancia materna en los primeros 3 meses	Sí	7	29	
	No	10	42	
	No registrado	7	29	
Utilizó emolientes durante los primeros 3 meses de vida	Sí	2	8	
	No	12	50	
	No registrado	10	42	
Utilizó <i>syndets</i> durante los primeros 6 meses de vida	Sí	2	8	
	No	11	46	
	No registrado	11	46	

*Media (Desviación estándar)

obtenida a través de encuestas en Argentina en población adolescente fue del 9,7 %. A diferencia de dicho estudio, basado en el uso de encuestas completadas por padres y adolescentes, nuestro trabajo se basó en la revisión de historias clínicas por expertos basándose en el cumplimiento de los criterios de Hanifin y Rajka para arribar al diagnóstico. Esta podría ser la causa de dicha discrepancia. Szot Mesa *et al.*,⁸ encontraron una prevalencia del 3 % (IC95% 0,3-5,5) en niños chilenos menores de 5 años, basándose en los criterios de Hanifin Rajka, lo que podría explicar dicha prevalencia al basarse en el cumplimiento de criterios específicos para arribar al diagnóstico de esta patología.

La comorbilidad atópica más frecuente que observamos fue el asma en un tercio de los pacientes (29 %), coincidente con el grupo etario estudiado y a diferencia de pacientes adultos con DA, en los que la rinitis fue la comorbilidad más frecuente según Angles *et al.*^{8,9} Este resultado podría estar asociado al fenómeno de marcha atópica.^{10,11}

Al igual que lo observado por Calov M *et al.*,¹¹⁻¹³ en el hemisferio norte y a lo referido por Yokomich H *et al.*, en Japón,¹¹⁻¹⁴ los pacientes nacidos en otoño presentaron mayor prevalencia de DA. Se ha postulado que la exposición a los aeroalérgenos y a los virus estacionales durante esta época del año favorece el desarrollo de piel seca y picazón. Por otro lado, la exposición a los rayos ultravioleta durante la primavera y el verano podría mejorar la funcionalidad de la barrera cutánea,¹⁵ y así reducir el riesgo de desarrollar DA.¹⁵

Si bien el 71 % de nuestros pacientes convivían con mascotas en el hogar, según lo reportado por Zirngibl *et al.*, existió una relación negativa entre poseer mascotas durante el primer año de vida, en particular perros, y el desarrollo de DA en el primer y segundo año de vida. Sin embargo, Pohlabein *et al.*, concluyeron que, en las familias con antecedentes de alergia, la exposición temprana a perros redujo la prevalencia de asma y eccema en los primeros años de vida.

Con respecto a la gravedad de la enfermedad, nuestro estudio arroja un bajo porcentaje de pacientes con dermatitis moderada y grave. Los datos publicados sobre la gravedad de la dermatitis en niños, en Estados Unidos y en Reino Unido, muestran porcentajes de dermatitis moderada y grave del 26 % y el 7 %, y del 12 % y el 6 % respectivamente. Estas diferencias probablemente estén relacionadas

con las diferencias demográficas entre otras y la modalidad de la adquisición de los datos.

Un dato interesante que surge de nuestra investigación es que ningún niño con dermatitis atópica grave había recibido tratamiento sistémico o fototerapia. Creemos que esto podría deberse a la subestimación del cuadro clínico por parte del médico y la familia, la falta de controles periódicos y/o el temor a los efectos adversos

TABLA 2. Comorbilidades de los pacientes con dermatitis atópica

		N	%
Antecedentes de asma y/o, rinitis, y/o rinoconjuntivitis y/o ictiosis vulgar, y/o alopecia areata, y/o patología psiquiátrica y/o síndrome de Down y/o dermatitis de contacto y/o eccema de manos y/o alergia alimentaria	Sí	9	37
	No	15	63
Antecedentes de asma y/o antecedentes de broncoespasmo	Sí	7	29
	No	17	71
Antecedentes de rinitis y/o rinoconjuntivitis	Sí	3	12
	No	21	88
Diagnóstico de síndrome de Down	Sí	1	4
	No	23	96
Antecedentes de dermatitis de contacto y/o eccema de manos	Sí	2	8
	No	22	88
Antecedentes de alergia alimentaria	Sí	1	4
	No	23	96
Antecedentes de índice de masa corporal mayor a 25	Sí	2	8
	No	22	92
Antecedentes de molusco y/o impétigo y/o verrugas	Sí	4	17
	No	20	83
Antecedentes de colesterol HDL y/o LDL y/o colesterol total elevados	Sí	1	4
	No	22	92
	No registrado	1	4
Paciente en seguimiento por psicólogo/a o psiquiatra en contexto de cuadro de DA	Sí	1	4
	No	23	96
Mascotas en el hogar	Sí	17	71
	No	3	13
	No registrado	4	17
Antecedentes de convivientes que consumen tabaco	Sí	2	8
	No	5	25
	No registrado	16	67
Vivienda en área urbana	Sí	11	46
	No registrado	13	54
Antecedentes familiares de DA y/o rinitis y/o rinoconjuntivitis y/o alergia alimentaria y/o asma y/o alergia al látex	Sí	5	21
	No	3	13
	No registrado	20	83
IgE total elevada en algún laboratorio	Sí	1	4
	No	3	13
	No registrado	20	83
Edad de inicio de los síntomas de DA	<2 años	10	42
	2-12 años	9	38
	>12 años	5	20

N: número.

IgE: inmunoglobulina E.

DA: dermatitis atópica.

de los tratamientos sistémicos por parte de los cuidadores.

La debilidad de esta investigación es que fue realizada en una población perteneciente a un hospital general correspondiente a una clase social media, por lo que quizás sus resultados no sean trasladables a otras poblaciones con otros contextos socioeconómicos.

Creemos que una de las fortalezas más relevantes de nuestro trabajo es que las historias clínicas de los pacientes fueron revisadas por médicos expertos en DA y los datos fueron obtenidos de historias clínicas electrónicas, que son una fuente confiable y segura, a diferencia de los trabajos que utilizaron sistemas de encuestas autoadministradas, donde la subjetividad de la información brindada por el paciente podría constituir una debilidad.

Disponer de datos epidemiológicos sobre la DA en población pediátrica permite visibilizar esta enfermedad y su impacto en la población, así como identificar las asociaciones con otras patologías. ■

REFERENCIAS

1. Raimer SS. Managing Pediatric Atopic Dermatitis. *Clin Pediatr (Phila)*. 2000; 39(1):1-14.
2. Carroll CL, Balkrishnan R, Feldman SR, Fleischer AB Jr, Manuel JC. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatr Dermatol*. 2005; 22(3):192-9.
3. Lapidus CS, Schwarz DF, Honig PJ. Atopic dermatitis in children: who cares? Who pays? *J Am Acad Dermatol*. 1993; 28(5 Pt 1):699-703.
4. Dei-Cas PG, Acuña MK, Dei-Cas I. Dermatitis atópica en niños: estudio comparativo en dos grupos etarios. *Rev Chil Pediatr*. 2011; 82(5):410-8.
5. Abstracts from 11th George Rajka International Symposium on Atopic Dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 2021; 101(Suppl 221):1-70.
6. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J*. 1998; 12(2):315-35.
7. Silverberg JI, Barbarot S, Gadkari A, Simpson EL, et al. Atopic dermatitis in the pediatric population: A cross-sectional, international epidemiologic study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2021; 126(4):417-28.e2.
8. Meza JS, Mauro JH. Prevalencia de dermatitis atópica en lactantes y preescolares de Santiago, Chile, 2007. *Piel*. 2010; 25(9):481-7.
9. Angles MV, Antonietti CA, Torre AC, Franzé EJ, et al. Prevalence of atopic dermatitis in adults. *An Bras Dermatol*. 2021; 97(1):107-9.
10. Bantz SK, Zhu Z, Zheng T. The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma. *J Clin Cell Immunol*. 2014; 5(2):202.
11. Burgess JA, Lowe AJ, Matheson MC, Varigos G, et al. Does eczema lead to asthma? *J Asthma*. 2009; 46(5):429-36.
12. Renz H, Skevaki C. Early life microbial exposures and allergy risks: opportunities for prevention. *Nat Rev Immunol*. 2021; 21(3):177-91.
13. Calov M, Alinaghi F, Hamann CR, Silverberg J, et al. The Association Between Season of Birth and Atopic Dermatitis in the Northern Hemisphere: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020; 8(2):674-80.e5.
14. Yokomichi H, Mochizuki M, Tsuchida A, Kojima R, et al. Association of the incidence of atopic dermatitis until 3 years old with birth month and with sunshine duration and humidity in the first 6 months of life: Japan Environment and Children's Study. *BMJ Open*. 2021; 11(7):e047226.
15. Thyssen JP, Zirwas MJ, Elias PM. Potential role of reduced environmental UV exposure as a driver of the current epidemic of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2015; 136(5):1163-9.