

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i1.9472>

Marcha atópica y comorbilidades en pacientes con dermatitis en Colombia

Atopic march and comorbidities in patients with dermatitis in Colombia.

Hugo Laignelet,¹ Juan Reyes,² Franklin Ruiz,² Natalia Castaño²

Resumen

OBJETIVOS: Analizar la marcha atópica de la dermatitis atópica en niños y en adultos e identificar los factores de riesgo asociados y las comorbilidades atópicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes con diagnóstico confirmado de dermatitis atópica de un centro dermatológico de Colombia de 2011 a 2022. Los pacientes fueron seguidos desde la primera visita hasta la última visita de seguimiento en el centro. Se analizaron datos sobre características de los pacientes, tratamiento, comorbilidades y recaídas.

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 208 pacientes con edad media de 25 años, el 64% eran mujeres, con tiempo medio desde el diagnóstico de 17 años; 119 (57.2%) pacientes se clasificaron como dermatitis atópica leve, 40 (19.2%) como moderada y 49 (23.5%) como grave. Las principales comorbilidades atópicas fueron la rinitis alérgica (55.3%) y el asma (22.1%). Ciento veinte pacientes tenían lesiones en la zona facial (57.7%), seguida de los pliegues en las extremidades (111 casos). La mayoría de los pacientes (93.7%) recibía corticosteroides tópicos y el 63% había recibido inhibidores tópicos de la calcineurina. Un 75.9% de los pacientes recayeron durante el periodo de estudio, el tiempo medio hasta la primera recaída después de la fecha índice para los pacientes fue de 1.57 años (IC95%: 1.30-2.25).

CONCLUSIONES: Los resultados mostraron la heterogeneidad de la dermatitis atópica y la alta variabilidad de las trayectorias de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis atópica; Colombia; recaídas; comorbilidad.

Abstract

OBJECTIVES: To analyze the atopic march of atopic dermatitis in both children and adults and to identify the risk factors associated with persistent clinical symptoms and atopic comorbidities.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective observational study of patients with a confirmed diagnosis of atopic dermatitis from a dermatology reference center in Bogota, Colombia was done from 2011 to 2022. Patients were followed from the first care in the dermatological center (index date) up to the last care received at the center. Data on patient characteristics, treatment, comorbidities, and relapses were analyzed.

RESULTS: A total of 208 patients were included with a mean age of 25 years, 64% were female, with a mean time of 17 years since diagnosis, 119 (57.2%) patients were classified as mild atopic dermatitis, 40 (19.2%) as moderate and 49 (23.5%) as severe. Main atopic comorbidities were allergic rhinitis (55.3%) and asthma (22.1%). One hundred twenty patients presented lesions in the facial area (57.7%), followed by folds in the upper extremities (111 cases). Most patients (93.7%) received topical corticosteroids and 63% had received topical calcineurin inhibitors. A total of 75.9% of the patients relapsed during the study period, the mean time to first relapse after index date for patients was 1.57 years (95% CI 1.30-2.25).

¹ IPS Gastroped y DERMATOSOLUCIONES SAS, Bogotá, Colombia.

² Pfizer SAS, Bogotá, Colombia.

Recibido: junio 2023

Aceptado: agosto 2023

Correspondencia

Juan Manuel Reyes
JuanManuel.Reyes@pfizer.com

Este artículo debe citarse como:

Laignelet H, Reyes J, Ruiz F, Castaño N. Marcha atópica y comorbilidades en pacientes con dermatitis en Colombia. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (1): 21-30.

CONCLUSIONS: Results showed the heterogeneous nature of the disease and high variability of treatment trajectories of patients with atopic dermatitis within clinical practice.

KEYWORDS: Atopic dermatitis; Colombia; Relapses; Comorbidity.

ANTECEDENTES

La prevalencia de la dermatitis atópica en pediatría se ha incrementado del 2 al 5% en 1960¹ a más del 20% actualmente,^{2,3} mientras que en adultos afecta del 2 al 7% en todo el mundo.⁴ En Colombia se reporta una prevalencia en la infancia del 8 al 13% y en adultos del 11.5%.⁵ La dermatitis atópica típicamente se cataloga en tres fases: la fase de la lactancia de 0 a 2 años, la fase de la niñez entre 2 y 12 años y la del adolescente o adulto.

Aproximadamente el 50% de todos los casos de dermatitis atópica manifiestan síntomas en el primer año de vida y cerca del 95% inicia antes de los 5 años.^{6,7} En el decenio de 1990, con base en datos de pequeños estudios y sin tener en cuenta los diferentes factores clínicos, se consideraba que la dermatitis atópica en la infancia desaparecía hacia los 2 a 3 años de vida; posteriormente, a inicios de este siglo, se estimaba que cerca del 75% de los casos de dermatitis atópica de inicio en la lactancia o la niñez se curaba antes de la adolescencia, y un 25% continuaba teniendo síntomas en la adultez o experimentaba recaída de los síntomas después de algunos años asintomáticos.⁸ La evidencia reciente sugiere que la dermatitis atópica puede persistir más comúnmente de lo que se reconoció antes, retando el dogma de que la mayoría de los casos de dermatitis

atópica de inicio en la infancia se curaba en la adultez. El estudio de Margolis y colaboradores, que incluyó 7157 niños, encontró que más del 80% de los niños tenían enfermedad persistente a todas las edades y que solamente el 50% de los pacientes a los 20 años lograban un periodo libre de síntomas de 6 meses.⁹ Garmhausen y colaboradores encontraron que los signos de atopia y de manera concomitante las enfermedades atópicas estaban significativamente más presentes en los pacientes con inicio temprano y evolución crónica más persistente que en pacientes con inicio después de los 20 años.¹⁰ La dermatitis atópica de inicio en el adulto se reconoció recientemente como un subgrupo de la dermatitis atópica; una de sus manifestaciones frecuentes es el eccema de manos,¹¹ lo cual es de vital relevancia considerando que puede afectar la vida laboral con presentismo, ausentismo o retiro. Hay pocos estudios publicados de dermatitis atópica en adultos que investiguen las características clínicas y evolución de acuerdo con la edad de inicio.

Se estima que cerca del 50 al 75% de los niños con inicio temprano tienen sensibilización a uno o más alérgenos ya sea alimentarios o ambientales, mientras que en los de inicio tardío es menos frecuente el hallazgo de sensibilización; un niño con dermatitis atópica moderada a grave tiene un 50 y 75% de riesgo de padecer asma y rinitis alérgica, respectivamente,¹² considerándose

posiblemente a la dermatitis atópica el primer paso de la marcha atópica.

Aunque se han identificado algunos factores que se relacionan con una evolución natural más persistente como la gravedad de la enfermedad, edad de inicio tardío y sexo femenino, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad aún es escaso. La dermatitis atópica es causada por una susceptibilidad genética, factores ambientales o la combinación de éstos¹³ y la historia natural puede depender en su patogénesis sobre diferencias étnicas y geográficas. El análisis de estas variaciones requiere estudios de cohortes a largo plazo en cada región y en cada grupo de individuos susceptibles. Sin embargo, no hay reportes en nuestro país del curso natural de la dermatitis atópica en niños o adultos; entender la marcha atópica de la dermatitis atópica sería de gran ayuda para predecir el pronóstico y establecer la estrategia de manejo apropiada para cada paciente. Aunado a esto también es muy interesante conocer las comorbilidades de nuestros pacientes atópicos, dato que será muy importante para entender la carga de la enfermedad desde el punto de vista local.

El objetivo de este proyecto es analizar la marcha atópica de la dermatitis atópica tanto en niños como en adultos, así como identificar los factores de riesgo asociados con síntomas clínicos persistentes y las comorbilidades atópicas y no atópicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte descriptivo, retrospectivo, en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de dermatitis atópica de un centro de referencia de dermatología en Bogotá, Colombia, de 2011 a 2022. Todas las decisiones de tratamiento, seguimiento de la enfermedad, diagnóstico y otros procedimientos médicos fueron a discreción del médico tratante

y formaron parte de la práctica clínica habitual de la institución. La fecha índice correspondió a la primera atención en el centro dermatológico y su seguimiento fue hasta la última atención recibida dentro del centro de atención.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica establecido por un dermatólogo y con tiempo mínimo de seguimiento de seis meses. El estudio fue aprobado por el comité de ética Cayre, realizado de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las leyes y normativas aplicables en Colombia.

Las variables medidas durante este periodo de seguimiento fueron demográficas y clínicas basales, como la edad, sexo, raza, educación, periodo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, antecedentes familiares y comorbilidades. Por una parte, para describir la dermatitis atópica se extrajeron datos de la gravedad, localización y número de lesiones cutáneas, así como tipos y tiempo de tratamiento recibidos para el manejo de la dermatitis. Por otra parte, se midió la frecuencia de recaídas y el tiempo a la primera recaída desde el diagnóstico de dermatitis atópica. La recaída se definió como episodio de requerimiento de intensificación de tratamiento.

Análisis estadístico

En el análisis de datos se utilizó el programa estadístico R versión 4.0.5. Se determinaron medias y desviaciones estándar (DE) para las variables continuas y proporciones para las variables discretas. Igualmente, se realizaron curvas de supervivencia acumulada para determinar el tiempo hasta la primera recaída mediante el método de Kaplan-Meier. Se definió como nivel de significación un valor de p menor de 0.05. Los datos faltantes no se imputaron y los análisis se basaron únicamente en los datos observados.

RESULTADOS

Características de la población

Se incluyeron 208 pacientes con edad promedio de 25 ± 17.1 años al momento del diagnóstico, con límites de 0-83 años. El 64.4% eran mujeres. En cuanto al tiempo de evolución de la dermatitis atópica, el inicio de los síntomas varió entre 15 días y 85 años, con media de 17 ± 17.2 años. El 33% de los pacientes eran niños y el 67% adultos. Se encontró que, en las formas leves, el tiempo de diagnóstico fue menor en comparación con las moderadas y graves. De 155 pacientes adultos, 87 se registraron como empleados. El 53.3% de los pacientes tenían antecedentes familiares de dermatitis atópica y en 22 (10%) pacientes adultos se encontraron antecedentes de dermatitis atópica en la infancia. Entre los pacientes identificados, 119 (57.2%) se clasificaron como leves, 40 (19.2%) como moderados y 49 (23.5%) como graves. Los datos sociodemográficos de los pacientes se muestran en el **Cuadro 1**.

Lesiones cutáneas

La mayor parte de los pacientes tenían lesiones en la zona facial (120 casos), seguida de los pliegues en las extremidades superiores (111 casos). Los pacientes se caracterizaron por tener entre una y dos áreas afectadas. En 35 pacientes se reportaron lesiones diseminadas, más de 3 áreas corporales afectadas, lo que fue más frecuente en pacientes con dermatitis grave. Las lesiones variaron según la edad (**Anexo 1**). Los datos de las lesiones de los pacientes se muestran en el **Cuadro 2**.

Comorbilidades

Respecto a la frecuencia de la enfermedad alérgica, 170 (81.7%) pacientes reportaron al menos una comorbilidad: el 67.6% reportó rinitis alérgica, el 27.1% asma y un 15.3% ambos

diagnósticos en el momento de la recolección de datos, predominando entre las otras categorías analizadas. En relación con la dermatitis de contacto alérgica, presente en un 18% de los pacientes, los alérgenos más relevantes fueron sulfato de níquel (52.6%), mezcla de fragancias (13.1%) y bálsamo de Perú (10.5%). **Cuadro 3 y Anexo 2**

Ruta terapéutica

A lo largo de la observación se prescribieron una media de 7.9 (5.3) tratamientos/paciente. La mayoría de los pacientes (93.7%) estaban o habían aplicado en el pasado corticosteroides tópicos y el 63% inhibidores tópicos de calcineurina, como tratamiento único en dermatitis atópicas leves o coadyuvante en moderadas a graves. El 23% de los pacientes requirieron tratamientos con corticosteroides orales en algún momento de su evolución; el 13.9% de los pacientes recibieron tratamientos sistémicos convencionales, especialmente los de dermatitis atópica grave y el 6.7% se formularon con dupilumab, en su mayoría se clasificaron como graves. El 20% de los pacientes asistieron a fototerapia, especialmente aquéllos con dermatitis atópica moderada o grave. Los tratamientos prescritos a los pacientes durante el periodo de estudio se muestran en el **Cuadro 4**.

Recaídas

El 75.9% de los pacientes tuvieron una recaída durante el tiempo del estudio, en los pacientes con dermatitis atópica leve se observó con frecuencia una recaída; sin embargo, en las moderadas y graves este número aumentó, ocurriendo más de 3 recaídas en el 5% de los casos moderados y en el 9% en los graves. La **Figura 1** muestra el análisis del tiempo hasta la primera recaída, mostrando que la media de tiempo hasta la recaída fue 1.57 (IC95% 1.30-2.25) años. **Cuadro 5**

Cuadro 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes según la gravedad

Variable	Leve N = 119 (%)	Moderada N = 40 (%)	Grave N = 49 (%)	Total
Edad en años \pm SD	21.8 \pm 16.7	29.1 \pm 19.5	29.3 \pm 14.5	25 \pm 17.1
Límites de edad (años)				
0-5	24 (20.2)	3 (7.5)	2 (4.0)	29 (13.9)
5-18	27 (22.7)	7 (17.5)	6 (12.2)	40 (19.23)
Mayor de 18	68 (57.1)	30 (75)	41 (83.7)	139 (66.8)
Mujer	88 (73.9)	24 (60)	22 (44.9)	134 (64.4)
Raza				
Afrocolombiano	1 (0.8)	2 (5.0)	5 (10.2)	8 (3.9)
Blanco	22 (18.5)	7 (17.5)	7 (14.3)	36 (17.3)
Mestizo	71 (59.7)	28 (70)	21 (42.9)	120 (57.7)
Otro*	25 (21)	3 (7.5)	16 (32.7)	44 (21.2)
Educación				
Ninguna	34 (28.6)	3 (7.5)	2 (4.1)	39 (18.8)
Preescolar	1 (0.8)	0	0	1 (0.5)
Primaria	14 (11.8)	6 (15)	6 (12.2)	26 (12.5)
Bachillerato	28 (23.5)	9 (22.5)	12 (24.5)	49 (23.6)
Técnico	5 (4.2)	2 (5.0)	4 (8.2)	11 (5.3)
Universitaria	33 (27.7)	15 (37.5)	19 (38.8)	67 (32.2)
Posgrado	4 (3.4)	5 (12.5)	6 (12.2)	15 (7.2)
Antecedentes familiares	57 (47.9)	27 (67.5)	27 (55.1)	111 (53.4)
Empleado	42 (35.3)	19 (47.5)	30 (61.2)	91 (43.8)
Meses entre los síntomas y el diagnóstico	81	93	131	95

* Corresponde a pacientes con piel tipo IV o V.

Cuadro 2. Lesiones de los pacientes según la gravedad

	Leve Núm. = 119	Moderada Núm. = 40	Grave Núm. = 49	Total
Ubicación				
Facial	66	28	21	120
Diseminada	2	6	26	35
Manos	31	8	6	46
Periné	10	4	1	17
Pies	2	0	2	5
Pezón	4	2	1	7
Pliegues extremidades	63	24	19	111
Seborreico	4	6	12	22
Número de localizaciones				
1	49 (41.1)	7 (17.5)	14 (28.6)	70 (33.7)
2	53 (44.5)	22 (55)	22 (44.9)	97 (46.6)
3	10 (8.4)	8 (20)	10 (20.4)	28 (13.5)
4	0	2 (5)	2 (4.8)	4 (1.9)
Datos faltantes	7 (5.8)	1 (2.5)	1 (2.0)	9 (4.3)
Prurigo	3	0	3	6

Cuadro 3. Comorbilidades atópicas de los pacientes según la gravedad

	Leve Num. = 119	Moderada Núm. = 40	Grave Núm. = 49	Total
Rinitis alérgica	57	23	32	115
Asma	23	5	15	46
Dermatitis de contacto alérgica	19	10	9	38
Alergia alimentaria	8	3	9	21
Alergia medicamentosa	3	1	2	6
Urticaria	1	1	2	4
Alopecia areata	2	1	0	3
Obesidad	1	0	2	3
Depresión	0	0	2	2
Hidradenitis supurativa	2	0	0	2
Morfea	1	0	1	2
Acné	1	0	0	1
Alergia a animales	1	0	0	1
Alergia a picadura de insectos	1	0	0	1
Artritis reumatoide	0	0	1	1
Dermatomiositis	0	0	1	1
Esofagitis eosinofílica	1	0	0	1
Hipotiroidismo	0	0	1	1
Micosis fungoide	0	1	0	1
Prurigo estrófulo	1	0	0	1
Psoriasis	0	0	1	1
Tiroiditis	1	0	0	1
Vitiligo	1	0	0	1

* Tres pacientes con rinitis alérgica, tres pacientes con asma y un paciente con alergia alimentaria no informaron de la gravedad de la dermatitis atópica.

Cuadro 4. Tratamientos prescritos durante el periodo de estudio de acuerdo con la gravedad

	Leve Núm. = 119	Moderada Núm. = 40	Grave Núm. = 49	Total
Corticosteroides orales, núm. (%)	4 (3.4)	14 (35)	30 (61.2)	48 (23.1)
Duración del tratamiento (semanas)	2 (1.7)	2.4 (1.3)	7 (13.3)	5.2 (10.6)
Corticosteroides tópicos, núm. (%)	111 (93.3)	37 (92.5)	47 (95.9)	195 (93.7)
Duración del tratamiento (semanas)	4.2 (5.5)	5.8 (4.5)	16.4 (29.6)	7.4 (15.8)
Inhibidores tópicos de la calcineurina, núm. (%)	71 (59.7)	32 (80.0)	28 (57.1)	131 (63)
Duración del tratamiento (semanas)	9.8 (12.1)	16.2 (13.2)	20.8 (44.7)	13.6 (24.5)
Tratamiento con fototerapia, núm. (%)	1 (0.8)	16 (40)	26 (53.1)	43 (20.7)
Duración del tratamiento (semanas)	0.2 (2.2)	9.6 (19.9)	10.3 (14.5)	4.4 (12.2)
Fármacos sistémicos convencionales*, núm. (%)	0	4 (10)	25 (51)	29 (13.9)
Duración del tratamiento (semanas)	0	1.7 (5.8)	21.9 (33)	5.5 (18.5)
Dupilumab, núm. (%)	0	1 (2.5)	13 (26.5)	14 (6.7)
Duración del tratamiento (semanas)	0	0	11 (24.7)	2.6 (12.8)

* Inmunomoduladores.

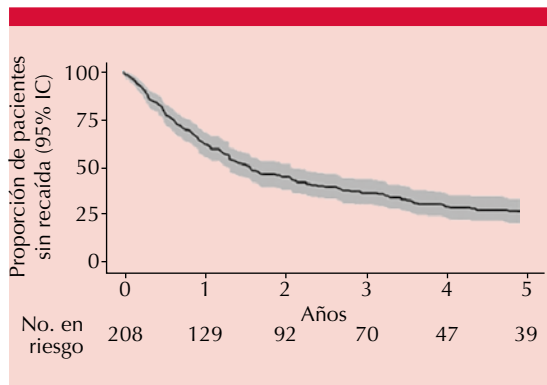


Figura 1. Kaplan-Meier del tiempo hasta la primera recaída.

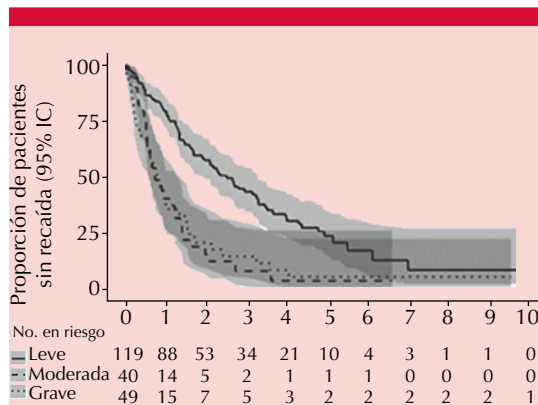


Figura 2. Kaplan-Meier del tiempo hasta la primera recaída por gravedad de la dermatitis.

El tiempo a la primera recaída fue mayor en pacientes con dermatitis leve (3.46 IC95% 1.94-3.29) que en los pacientes con dermatitis moderada (1.47 IC95% 0.55-1.34) a grave (1.68 IC95% 0.57-1.51). Sin embargo, se observa un solapamiento de las curvas entre los pacientes con dermatitis moderada y grave. **Figura 2**

DISCUSIÓN

Los resultados son consistentes con publicaciones anteriores en el país, coincidiendo en que los corticosteroides tópicos destacan como los fármacos más prescritos en la dermatitis atópica,¹⁴ siendo recomendados como tratamientos de primera línea para el manejo de la dermatitis atópica leve o moderada.¹⁵ Igualmente, los

pacientes tuvieron diferentes enfoques de tratamiento producto de las recaídas intermitentes que experimentaron a lo largo del curso de la enfermedad; el 95% de los pacientes en este estudio tuvo al menos una recaída.

Se encontró que existe un tiempo prolongado en el diagnóstico desde el desarrollo de síntomas, la media de tiempo fue de 8 años. Esto puede estar relacionado con varios factores: en la dermatitis atópica leve, los pacientes son tratados durante periodos prolongados por sus médicos de primera línea o simplemente son tratados con dietas o productos tópicos recomendados por familiares o farmacias; en las graves su manejo puede realizarse en medio hospitalario o en instituciones de tercer nivel y, finalmente, la der-

Cuadro 5. Recaídas de acuerdo con la gravedad

	Leve Núm. = 119	Moderada Núm. = 40	Grave Núm. = 49	Total
Recaída, núm. (%)	80 (67.2)	35 (87.5)	43 (87.8)	158 (75.9)
Número de recaídas				
1	54	17	16	87
2	17	7	7	31
3-4	6	10	16	32
5-6	3	1	1	5
7-10	0	0	3	3

matitis atópica del adulto, que en esta población es del 67%, es una afección de relativamente reciente reconocimiento y en los últimos años se ha acuñado este término, incluso el de dermatitis atópica de adultos mayores (más de 60 años); antes estos pacientes eran diagnosticados como eccema endógeno u otros diferenciales sin reconocerlos como dermatitis atópica del adulto.¹⁶ Independientemente de las razones por las cuales el tiempo de diagnóstico es prolongado, este aspecto afecta la cronicidad y puede llegar a generar un peor pronóstico para los pacientes.

Uno de los aspectos que llama la atención en este estudio es la pérdida de la continuidad en el seguimiento, especialmente en pacientes con dermatitis atópica leve, estos pacientes llevan un corto tiempo con el médico tratante y pueden cambiar a otro médico y simplemente seguir tratando su enfermedad con las recomendaciones generales y el manejo de las exacerbaciones leves. Es importante recalcar que la dermatitis atópica tiene el potencial de dejar consecuencias físicas, psicológicas y sociales,¹⁷ por lo que el seguimiento a estos pacientes, especialmente los que cursan con una enfermedad moderada a grave, es esencial.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se relacionan principalmente con el diseño del mismo basado en las historias clínicas, en las cuales hubo bajo reporte de exacerbaciones que requirieron hospitalización o manejo en servicio de urgencias, lo cual impidió analizarlas. Otra limitación del estudio es que no se capturó el momento exacto de la aparición de estas enfermedades, aunque el orden específico en la marcha atópica aún se desconoce y es variable.¹⁸ Por último, la población de estudio no es representativa de toda la población colombiana. Este estudio incluye la población afiliada, además de población que acudió a través de otras vías de acceso para recibir la atención médica mostrando variabilidad en los modelos o programas de atención; sin embargo, pueden existir diferencias

regionales en la atención dermatológica que este estudio no logra capturar. No obstante, el interés del trabajo se centra en analizar el seguimiento, comorbilidades asociadas con otras enfermedades atópicas y manejo de la dermatitis atópica en niños y adultos.

CONCLUSIONES

Este estudio confirma la naturaleza heterogénea de la dermatitis atópica y la variabilidad de su comportamiento y terapéutica dentro de la práctica clínica. En el grupo de pacientes estudiados es notable la asociación con otras enfermedades alérgicas, como la rinitis alérgica, el asma y alergias alimentarias (especialmente en niños); en este estudio el 80% de los pacientes manifestó enfermedades atópicas, relacionándose la mayor frecuencia de comorbilidades con la gravedad de la enfermedad, como se ha descrito en la bibliografía,^{19,20,21} y directamente asociada con el gran efecto que la enfermedad genera en la vida de los pacientes, la familia y cuidadores. Los síntomas no cutáneos, como los trastornos del sueño²² y la afectación en la esfera mental agravan el pronóstico²³ y no son evaluados rutinariamente en la práctica clínica.

REFERENCIAS

1. Dei-Cas PG, Acuña MK, Dei-Cas I. Dermatitis atópica en niños: estudio comparativo en dos grupos etarios. *Rev Chilena Pediatr* 2011; 82 (5): 410-418. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000500006>.
2. Sánchez R. Atención farmacéutica en pacientes con dermatitis atópica. 2020. Available from: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/59791/>.
3. Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2013; 104 (1): 4-16. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.008>.
4. Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R, Carrascosa Carrillo JM. Impacto económico de la dermatitis atópica en adultos: estudio de base poblacional (estudio IDEA). *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2018; 109 (1): 35-46. DOI: 10.1016/j.ad.2017.09.003.
5. Hernandez N, Laignelet H, Sanchez JR, Ruiz F, Castano N. POSA200 Characterization of atopic dermatitis patients

- treated in Colombia. *Value in Health* 2022; 25 (1): S126. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.601>.
6. Ide Zubiría S. E. *Dermatitis atópica*. *Iatreia* 2000; 13 (2): 69-73.
 7. Orozco A, Alain R, Tapia R. Prevalencia de dermatitis atópica en niños de seis a catorce años de edad en Morelia, Michoacán. *Rev Alerg Méx* 2007; 54 (1).
 8. Ricardo Alonso OE, Rodríguez Sánchez MB, Hernández Fernández M, Alonso González M. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. *Rev Méd Electrón* 2019; 41 (2): 496-507.
 9. Margolis J, Abuabara K, Bilker W, Hoffstad O, Margolis D. Persistence of mild to moderate atopic dermatitis. *JAMA Dermatol* 2014; 150 (6): 593-600. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.10271>.
 10. Garmhausen D, Hagemann T, Bieber T, Dimitriou I, Fimmers R, Diepgen T, et al. Characterization of different courses of atopic dermatitis in adolescent and adult patients. *Allergy* 2013; 68 (4): 498-506. <https://doi.org/10.1111/all.12112>.
 11. Salvador JS, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic dermatitis in adults: a diagnostic challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2017; 27 (2): 78-88. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0138>.
 12. Gustafsson D, Sjöberg O, Foucard T. Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis - A prospective follow-up to 7 years age. *Allergy* 2000; 55 (3): 240-245. <https://doi.org/10.1034/j.1398-9995.2000.00391.x>.
 13. Liang Y, Chang C, Lu Q. The genetics and epigenetics of atopic dermatitis—filaggrin and other polymorphisms. *Clin Rev Allergy Immunol* 2016; 51 (3): 315-328. <https://doi.org/10.1007/s12016-015-8508-5>.
 14. Machado-Alba J, Machado-Duque M, Gaviria-Mendoza A. Patterns of pharmacological treatment in adult patients with atopic dermatitis. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2021; 29 (2): 102-113. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1542>.
 15. Asociación Colombiana de Dermatología. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*. 2020. revista.asocolderma.org.co [Internet]. [cited 2022 Oct 12]; Available from: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1508>
 16. Silvestre Salvador JF, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic dermatitis in adults: a diagnostic challenge. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2017; 27 (2): 78-88. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0138>.
 17. Aw M, Penn J, Gauvreau G, Lima H, Sehmi, R. Atopic march: collegium internationale allergologicum update 2020. *Int Arch Allergy Immunol* 2020; 181 (1): 1-10. <https://doi.org/10.1159/000502958>.
 18. Evers AWM, Lu Y, Duller P, Van Der Valk PGM, Kraaimaat FW, Van De Kerkhoft PCM. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2005; 152 (6): 1275-1281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06565.x>.
 19. Campanati A, Bianchelli T, Gesuita R, Foti C, Malara G, Micali G, et al. Comorbidities and treatment patterns in adult patients with atopic dermatitis: results from a nationwide multicenter study. *Arch Dermatol Res* 2022; 314 (6): 593-603. <https://doi.org/10.1007/s00403-021-02266-3>.
 20. Thyssen Id JP, Halling-Overgaard Id A-S, Andersen Id YMF, Gislason G, Skov L, Egeberg Id A, 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 (6): 1272-1279. <https://doi.org/10.1111/bjd.16215>.
 21. Ascott A, Mulick A, Ashley M, Prieto-Merino D, Schmidt M, Abuabara K, et al. Atopic eczema and major cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *J Allergy Clin Immunol* 2019; 143 (5): 1821-1829. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2018.11.030>.
 22. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: results from an international survey. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol* 2018; 73 (6): 1284-93. <https://doi.org/10.1111/all.13401>.
 23. Cardona Salazar M. Encuesta a dermatólogos en Colombia: diagnóstico y tratamientos de preferencia en pacientes con dermatitis atópica. 2022. Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80853>.

ANEXOS

Anexo 1. Lesiones de los pacientes según la edad

	0-5 años (n = 29)	5-18 años (n = 40)	Mayores 18 años (n = 139)
Localización			
Facial	33	30	32
Generalizada	13	6	10
Manos	7	10	14
Perineo	4	1	5
Pies	0	1	2
Pezón	7	3	4
Pliegues de extremidades	33	43	25
Zonas seborreicas	0	3	8

Las cifras representan porcentajes.

Anexo 2. Dermatitis alérgica de contacto

	Leve Núm. = 119	Moderada Núm. = 40	Severa Núm. = 49	Total
Bálsamo del Perú	2	0	2	4
Fragancias	3	1	1	5
Metildibrogltaronitrilo	1	0	0	1
Metilisotiazolinona	1	2	0	3
Níquel	8	6	6	20
Cuaternio	1	1	0	2
Tiomerosal dibromodicianobutano	1	0	0	1
Tiomerosal formaldehído	2	0	0	2