

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DERMATITIS ATÓPICA



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Introducción

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea crónica, recurrente, que se presenta en forma de brotes y remisiones y con una gran heterogeneidad clínica.¹ Como puede parecerse a otras enfermedades, el diagnóstico correcto constituye todo un desafío para los profesionales médicos ya que no se cuenta con marcadores de laboratorio objetivos. El diagnóstico se realiza en función de los signos y de los síntomas clínicos.^{1,2} Para ello se emplean los criterios de Hanifin y Rajka, que proporcionan generalidades sobre los diagnósticos diferenciales que ayudan a distinguir a la dermatitis atópica de otras afecciones,¹⁻³ y también otros criterios de diagnóstico, como los de la *Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis* del Reino Unido⁴ y los de la *American Academy of Dermatology* de Estados Unidos. (Cuadro 1)⁵

La dermatitis atópica presenta múltiples fenotipos, que varía en función de los grupos etarios y de las poblaciones étnicas^{2,6,7} y se considera una enfermedad grave.⁸

La importancia de definir endotipos en los pacientes con dermatitis atópica radica en que la identificación de los distintos subtipos, se puede emplear en el diseño de estudios clínicos y en el desarrollo de tratamientos dirigidos para cada paciente, que probablemente se beneficien más del tratamiento basado en los mecanismos de la enfermedad.

En el futuro, la dermatitis atópica se podrá estratificar por genotipo y por biomarcadores lo que reflejará la polarización inmunitaria para complementar su fenotipo clínico.^{2,9,10}

**Cuadro 1. Características a ser consideradas en el diagnóstico de pacientes con dermatitis atópica****Características esenciales: deben estar presentes y son suficientes para el diagnóstico**

- Prurito.
 - Eccema (agudo, subagudo, crónico).
- Morfología eczematososa típica y patrones de distribución específicos de la edad.
 - Cara, cuello y superficies extensoras en bebés y niños.
 - Lesiones flexurales actuales o previas a cualquier edad.
 - Preservación de las regiones inguinal y axilar.
- Curso crónico o recurrente.
- Edad temprana de inicio.
- Atopia.
- Antecedentes personales o familiares.
- Reactividad a IgE.
- Xerosis.

Características asociadas: sugerentes del diagnóstico de dermatitis atópica, pero menos específicas

Otras enfermedades asociadas a la deficiencia de filagrina: queratosis pilar, hiperlinealidad palmar, pitiriasis alba, ictiosis.

- Acentuación perifolicular, liquenificación, lesiones de prurigo.
- Cambios oculares: conjuntivitis recurrente, catarata subcapsular anterior; alteraciones periorcarias: oscurecimiento, pliegues.
- Otros hallazgos regionales: cambios peribucales, lesiones periauriculares, pitiriasis alba.
- Respuestas vasculares atípicas: palidez facial, dermatografismo blanco, respuesta retardada de blanqueamiento.



Adaptado de: McAleer MA, et al. Atopic dermatitis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editores. Dermatology. 4rd ed. Philadelphia: Editora Elsevier; 2018. p. 2674.



Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos diferenciales dependen de la edad del paciente y puede diferir entre los niños y los adultos. (Cuadro 2, Cuadro 3 y Cuadro 4).^{1,11-19}

Cuadro 2. Dermatitis atópica infantil: patrones de distribución y diagnósticos diferenciales en función de la localización

Eccema del cuero cabelludo:
DS, psoriasis, DCI y DAC

Eccema del cuello:
Miliaria, DS y candidiasis

Eccema de las superficies extensoras de rodillas y codos:
DCI/DAC y psoriasis

- Localizaciones más comunes
- Otras localizaciones comprometidas

DAC: dermatitis alérgica de contacto.
DCI: dermatitis de contacto irritativa.
DS: dermatitis seborreica.

Adaptado de: Deleuran M, et al. Br J Dermatol 2014;170 Suppl 1:2-6. McAleer MA, et al. 4th ed. Philadelphia: Editora Elsevier; 2018. p. 2674. Waldman AR, et al. Pediatr Rev 2018;39:180-93. Silverberg JI, et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2018;6(4):1306-1312. Mortz CG, et al. Clin Exp Allergy 2019;49(6):744-753. Krol A, et al. Dermatol Ther 2006;19(2):73-82. Barrett M, et al. Immunol Allergy Clin North Am 2017;37(1):11-34.

Dupixent se encuentra aprobado para el tratamiento de Dermatitis Atópica en adultos.

Cuadro 3. Dermatitis atópica infanto-juvenil y del adulto: patrones de distribución y diagnósticos diferenciales en función de la localización y de la presentación clínica

Eccema de párpados:
DAC, DCI y dermatomiositis

Queilitis atópica:
DCI, DAC, dermatitis peribucal y deficiencias de vitaminas

Eccema de cabeza y cuello:
DAC, DCI, DS, lupus, erupción polimórfica lumínica, dermatomiositis, dermatitis infecciosa y pustulosis amicrobiana de los pliegues

Eccema de las orejas:
DS, DAC, pustulosis amicrobiana de los pliegues y dermatitis infecciosa

Eccema de las axilas:
psoriasis flexural y DAC/DCI

Eccema de cuello:
DS, miliaria y DAC/DCI

Eccema del pezón:
enfermedad de Paget y DCI/DAC

Eccema de manos:
dishidrosis, DCI/DAC, psoriasis y dermatomiositis

Eccema de los pliegues:
DS, psoriasis flexural y erupción flexural por fármacos (SDRIFE)

Eccema numular:
tiña del cuerpo, impétigo, psoriasis y eritemas figurados

Erupción friccional liquenoide:
LP, MC y verrugas virales

Dermatitis plantar juvenil:
psoriasis, tiña del pie, dishidrosis y DAC/DCI

Lesiones pruriginosas:
prurigo por VIH, prurigo estrófulo, liquen simple crónico y LP

- Localizaciones más comunes
- Otras localizaciones frecuentes
- Variantes específicas
- Variantes atípicas

DAC: dermatitis alérgica de contacto. DCI: dermatitis de contacto irritativa. DS: dermatitis seborreica. LP: liquen plano. MC: molusco contagioso. SDRIFE: exantema intertriginoso y flexural simétrico por fármacos.

Adaptado de: Deleuran M, et al. Br J Dermatol 2014 Jul;170 (Suppl 1):2-6. McAleer MA, et al. Philadelphia: Editora Elsevier; 2018. p. 2674. Mortz CG, et al. Clin Exp Allergy 2019 ;49(6):744-53. Barrett M, et al. Immunol Allergy Clin North Am 2017;37(1):11-34. Salvador JFS, et al. J Investig Allergol Clin Immunol 2017;27(2):78-88. Siegfried E, et al. J Clin Med 2015;4(5):884-917. Silverberg NB. Clin Dermatol 2017;35(4):354-9.

Cuadro 4. Dermatitis atópica eritrodérmica y diagnósticos diferenciales


Forma eritrodérmica:
psoriasis, farmacodermia, linfomas, leucemias, DS, DCI/DAC, pitiriasis rubra pilaris, VIH, lupus, dermatomiositis, penfigoide ampoloso, pénfigo foliáceo, enfermedad del injerto contra el huésped e ictiosis.

DS: dermatitis seborreica.
DCI: dermatitis de contacto irritativa.
DAC: dermatitis alérgica de contacto.

Adaptado de: Mistry N, et al. Adv Skin Wound Care 2015;28(5):228-36;quiz 237-8.

Los diagnósticos diferenciales se puede dividir en: enfermedades cutáneas inflamatorias, enfermedades infecciosas, enfermedades oncológicas, trastornos congénitos, inmunodeficiencias, trastornos metabólicos y ciertas reacciones a fármacos. (**Cuadro 5**)^{1,7,11-31}

Cuadro 5. Diagnósticos diferenciales de dermatitis atópica en función de la etiología

Enfermedades inflamatorias/autoinmunitarias		Infecciones/infestaciones	
<p>Dermatitis seborreica. Dermatitis alérgica de contacto. Pitiriasis alba. Lupus. Pustulosis amicrobiana de los pliegues. Dermatitis herpetiforme. Erupción polimórfica lumínica. Enfermedad del injerto contra el huésped. Liquen simple crónico. Dermatitis numular. Rosácea.</p>	<p>Psoriasis. Dermatitis de contacto irritativa. Liquen plano. Dermatomiositis. Acrodermatitis de Gianotti-Crosti. Pitiriasis liquenoide crónica. Prurigo actínico. Prurigo nodular. Dermatitis artefacta. Dermatitis peribucal.</p>	<p>Impétigo. Sífilis secundaria. Dermatitis por el virus del molusco contagioso. Exantema viral. Eccema herpético. Eccema <i>coxsackium</i>. Tiña. Candidiasis.</p>	
Enfermedades genéticas		Malignidades	
<p>Síndrome de Netherton. Displasia ectodérmica anidrótica/hipohidrótica. Deficiencia de histidina. Deficiencia de prolidasa. Pentasomía X. Queratosis pilar. Fibrosis quística/mucoviscidosis. Mucopolisacaridosis (síndrome de Hurler). Síndrome de Loews-Dietz. Deficiencia de STAT5B.</p>	<p>Síndrome SAM (síndrome de desgaste metabólico; alergias múltiples; dermatitis grave). Síndrome de Ommen. Deficiencia de DOCK 8. Deficiencia de PGM3. Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia. Síndromes de hiper-IgE (AD y AR). Síndrome de Di George. Síndrome de Wiskott-Aldrich. Síndrome de desregulación inmunitaria, poliendocrinopatía y enteropatía ligada al X (IPEX). Agammaglobulinemia.</p>	<p>Linfoma de células T. Histiocitosis X.</p>	
		Enfermedades metabólicas	
		<p>Deficiencia de zinc (acrodermatitis enteropática). Enfermedad celíaca. Deficiencias nutricionales (dietas restrictivas, cirugía bariátrica, alcoholismo, síndromes genéticos). Fenilcetonuria.</p>	
<p>AD: autosómica dominante. AR: autosómica recesiva.</p>		Otros	
		<p>Farmacodermia (SDRIFE [psoriasis flexural y erupción flexural por fármacos]), síndrome hipereosinofílico, síndrome nefrótico.</p>	

Adaptado de: Deleuran M, et al. Br J Dermatol 2014;170 (Suppl 1):2-6. Thestrup-Petersen K. Clin Exp Dermatol 2000;25(7):535-43. Waldman AR, et al. Pediatr Rev 2018;39:180-93. Silverberg JI, et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2018;6(4):1306-12. Mortz CG, et al. Clin Exp Allergy 2019;49(6):744-53. Krol A, et al. Dermatol Ther 2006;19(2):73-82. Barrett M, et al. Immunol Allergy Clin North Am 2017;37(1):11-34. Salvador JFS, et al. J Investig Allergol Clin Immunol 2017;27(2):78-88. Siegfried E, et al. J Clin Med 20154(5):884-917.17 Silverberg NB. Clin Dermatol 2017;35(4):354-59.18 Mistry N, et al. Adv Skin Wound Care 2015;28(5):228-36; quiz 237-8. Traves KP, et al. Am Fam Physician 2018;98(5):283-91. Vakharia PP, et al. Am J Clin Dermatol 2019;20(6):771-9. Schissler C, et al. Ann Dermatol Venereol 2017;144(3):169-75. Wei J, et al. J Am Acad Dermatol 2013;69(1):34-9. Oliveira LML, et al. An Bras Dermatol 2017;92(4):573-4. Sehgal VN, et al. Indian J Dermatol 2016;61(3):241-50. Lawrence MG, et al. J Allergy Clin Immunol 2013;132(6):1444-6. Izadi N, et al. Ann Allergy Asthma Immunol 2018;120:23-33. Gaudinski MR, et al. Immunol Allergy Clin North Am 2017;37(1):1-10. Maarouf M, et al. Pediatr Dermatol 2018;35(6):748-53. Aguilera CA, et al. Actas Dermosifiliogr 2016;107(2):116-24. Nespoulous L, et al. Contact Dermatitis 2018;79(6):378-80.

Casos clínicos: en la práctica, puede haber casos en los que otras enfermedades parezcan dermatitis atópica y viceversa. (**Cuadros 6 al 13**)

Cuadro 6. Dermatitis de contacto

Caso 1: paciente con diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto de cara y cuello durante años (A), que evolucionó con fracturas vertebrales por el uso indiscriminado de corticoterapia oral y que tuvo una excelente respuesta a dupilumab (B).



Dermatitis de contacto: Muy similar a la dermatitis atópica por sus lesiones elementales así como por su histopatología.⁶ Resulta difícil diferenciarlas cuando ocurre en zonas localizadas como la cara y el cuello, los párpados, las axilas, los pezones, las manos y los pies.^{1,15,32}

Psoriasis: Aunque afecta preferentemente la cara, codos, rodillas y extremidades, puede parecerse a la dermatitis atópica por su prurito, así como en su variante flexural, eritrodérmica o palmo-plantar.^{13,15,19,33} La histopatología no siempre es concluyente ya que muchas veces se superpone con otros cuadros.¹⁸

Cuadro 7. Psoriasis

Caso 2: paciente bajo tratamiento con cinco tipos diferentes de inmunobiológicos para la psoriasis y la artritis psoriásica que presenta lesiones extremadamente pruriginosas, liquenificadas y algunas exudativas en sus piernas a pesar del uso de un inhibidor de la IL-17; tenía dermatitis atópica como diagnóstico diferencial (IgE >2.000 U/ml). Hijo con dermatitis atópica grave. La biopsia fue compatible con liquen simple crónico.



Cuadro 8. Dermatomiositis

Caso 3: paciente de 5 años que recibió tratamiento para la dermatitis atópica durante 1 año; cuando evolucionó con pérdida de fuerza muscular y dolores articulares, se le diagnosticó dermatomiositis (CPK=1.500 U/l).



Dermatomiositis: puede afectar tanto a adultos como a niños de 5 a 15 años de edad.^{13,15} La erupción cutánea puede simular dermatitis atópica, pero se localiza en la cara y en las superficies articulares extensoras y presenta un color violáceo característico.^{13,34} Los signos clínicos y de laboratorio, así como los cambios histológicos pueden ayudar a diferenciar ambas enfermedades.^{13,25}

Inmunodeficiencias: presentan síntomas similares a los de la dermatitis atópica y a menudo son refractarias al tratamiento.^{25,27} Los dermatólogos deben estar atentos, ya que se trata de enfermedades graves con una elevada mortalidad si no se reconocen rápidamente.^{26,27} Siempre se debe sospechar en el caso de pacientes con niveles elevados de IgE (que pueden confundirse con la propia dermatitis atópica) e infecciones recurrentes, especialmente de la piel y los pulmones, además de bajo peso y altura.^{26-28,30}

Cuadro 9. Inmunodeficiencias

Caso 4: niño de 2 meses con cuadro compatible con dermatitis seborreica y dermatitis atópica, pero con un importante déficit de peso y altura y dos hospitalizaciones por infección cutánea; se le diagnosticó síndrome de inmunodeficiencia combinada grave y se le realizó trasplante de médula ósea.



Dermatitis del molusco contagioso: la infección por molusco contagioso puede estar acompañada por otras alteraciones clínicas como eccema alrededor de las pápulas del molusco e infección bacteriana.³⁵

Cuadro 10. Dermatitis del molusco contagioso

Caso 5: paciente con dermatitis atópica bajo tratamiento con emolientes y corticoterapia tópica, no presentó mejoría del eccema; después del curetaje de los moluscos, se logró controlar el eccema.



Pustulosis amicrobiana de los pliegues: presenta placas eritematosas, exudativas y con frecuencia erosivas, con limitada cantidad de pústulas generalmente no foliculares en los bordes de las placas. Afecta a los pliegues

de la piel: pliegues mayores (axilares, inguinales) y menores (retroauricular, interdigital, región anogenital, cuero cabelludo, auditivo externo).²² Debido a su baja incidencia, solo se cuenta con la evidencia publicada en reportes de casos. Se asocia a enfermedades autoinmunitarias, y la histopatología puede simular eccema, pero con mayor presencia de neutrófilos en el infiltrado inflamatorio.²²

Cuadro 11. Pustulosis amicrobiana de los pliegues y dermatitis infecciosa por HTLV-1

Caso 6: paciente de 25 años, comenzó con eccema en el cuero cabelludo y prurito, así como también exudación en el pabellón auricular, fosas nasales y ojos, además de placas eritematosas, algunas exudativas y maceradas en los pliegues; recibió tratamiento para la psoriasis y la dermatitis atópica durante años con serología negativa para HTLV-1, pero PCR positiva; evolucionó a enfermedad de Crohn y presentó criterios diagnósticos positivos tanto para dermatitis infecciosa (HTLV-1) como para pustulosis amicrobiana de los pliegues.



Dermatitis infecciosa por HTLV-1: muy similar a la pustulosis amicrobiana de los pliegues.³⁶ Puede simular dermatitis atópica ya que cursa con lesiones eczematosas periorificiales, en el cuero cabelludo y en los pliegues.³⁶

Cuadro 12. Tiña corporal e impétigo

Caso 7: niño de 7 meses con lesiones numulares exudativas en algunas áreas del cuerpo que no responden al tratamiento de la dermatitis atópica previamente diagnosticada; micología directa negativa; el niño tuvo respuesta favorable luego de la administración de antibióticos orales.



Tiña corporal e impétigo: la tiña corporal puede simular dermatitis atópica, especialmente por eccema numular.^{13,15,20}

Además, las lesiones de la dermatitis atópica pueden simular impétigo al sufrir una colonización bacteriana o incluso al evolucionar con impetiginización.^{1,6,13,15}

Cuadro 13. Dermatitis peribucal

Caso 8: paciente con diagnóstico previo de dermatitis peribucal, tratado con antibióticos orales y estudiado por deficiencia de vitaminas; tuvo respuesta favorable al uso de corticoides tópicos y humectantes, así como al tratamiento proactivo; meses después, presentó un cuadro característico de dermatitis atópica en las flexuras.



Dermatitis peribucal: la afectación de la región peribucal da lugar a varios diagnósticos diferenciales, como la dermatitis peribucal inducida por corticoides, la dermatitis peribucal granuloma-

tosa de la infancia, la rosácea, la dermatitis de contacto irritativa y la dermatitis atópica.³⁷⁻³⁹

En el caso de la dermatitis atópica, la queilitis atópica puede tener un factor agravante, como cuando el paciente trata de hidratar el labio seco pasando saliva alrededor de la boca,⁶ lo que provoca una dermatitis de contacto irritativa secundaria.⁴⁰

CONCLUSIÓN

- » Estos casos, especialmente los recalcitrantes al tratamiento convencional, revelan la importancia del diagnóstico diferencial de la dermatitis atópica y de pensar en ella cuando no se obtiene respuesta así como investigar otras patologías que pueden simularla.

Referencias:

1. Deleuran M, Vestergaard C. Clinical heterogeneity and differential diagnosis of atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2014;170(1):2-6.
2. Bieber T. How to define atopic dermatitis? *Dermatol Clin* 2017;35(3):275-81.
3. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl* (Stockh). 1980;92:44-7.
4. Williams HC, Burney PG, Hay RJ, et al. The U.K. working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1994;131(3):383-96.
5. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2014;70(2):338-51.
6. McAleer MA, O' Regan GM, Irvine AD. Atopic dermatitis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editores. *Dermatology*. 4rd ed. Philadelphia: Editora Elsevier; 2018. p. 2674.
7. Thestrup-Petersen K. Clinical aspects of atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25(7):535-43.
8. Schmitt J, Spuls PI, Thomas KS, et al. The harmonizing outcome measures for eczema (HOME) statement to assess clinical signs of atopic eczema in trials. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(4):800-7.
9. Garmhausen D, Hagemann T, Bieber T, et al. Characterization of different courses of atopic dermatitis in adolescent and adult patients. *Allergy* 2013;68(4):498-506.
10. Leung DY, Guttman-Yassky E. Deciphering the complexities of atopic dermatitis: shifting paradigms in treatment approaches. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(4):769-79.
11. Waldman AR, Ahluwalia J, Udkoff J, et al. Atopic dermatitis. *Pediatr Rev* 2018;39(4):180-93.
12. Silverberg JI, Vakharia PP, Chopra R, et al. Phenotypical differences of childhood- and adult-onset atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6(4):1306-12.
13. Mortz CG, Brockow K, Bindslev-Jensen C, et al. It looks like childhood eczema but is it? *Clin Exp Allergy* 2019;49(6):744-53.
14. Krol A, Krafchik B. The differential diagnosis of atopic dermatitis in childhood. *Dermatol Ther* 2006;19(2):73-82.
15. Barrett M, Luu M. Differential diagnosis of atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2017;37(1):11-34.
16. Salvador JFS, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic dermatitis in adults: a diagnostic challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2017;27(2):78-88.
17. Siegfried E, Hebert AA. Diagnosis of atopic dermatitis: mimics, overlaps, and complications. *J Clin Med* 2015;4(5):884-917.
18. Silverberg NB. Typical and atypical clinical appearance of atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2017;35(4):354-9.
19. Mistry N, Gupta A, Alavi A, et al. A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin). *Adv Skin Wound Care* 2015;28(5):228-36; quiz 237-8.
20. Traves KP, Savage K, Studdiford JS. Annular lesions: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2018;98(5):283-291.
21. Vakharia PP, Silverberg JI. Adult-onset atopic dermatitis: characteristics and management. *Am J Clin Dermatol* 2019;20(6):771-9.

- 22.** Schissler C, Velter C, Lipsker D. Amicrobial pustulosis of the folds: where have we gone 25 years after its original description? *Ann Dermatol Venereol* 2017;144(3):169-75. **23.** Wei J, Zhang Y, Xu H, et al. Atopic dermatitis-like presentation of graft-versus-host disease: a novel form of chronic cutaneous graft-versus-host disease. *J Am Acad Dermatol* 2013;69(1):34-9. **24.** Oliveira LML, Souza MV, Guedes ACM, et al. Case for diagnosis. Infective dermatitis associated with HTLV-1: differential diagnosis of atopic dermatitis. *An Bras Dermatol* 2017;92(4):573-4. **25.** Sehgal VN, Khurana A, Mendiratta V, et al. Atopic dermatitis: clinical connotations, especially a focus on concomitant atopic undertones in immunocompromised/susceptible genetic and metabolic disorders. *Indian J Dermatol* 2016;61(3):241-50. **26.** Lawrence MG, Barber JS, Sokolic RA, et al. Elevated IgE and atopy in patients treated for early-onset ADA-SCID. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132(6):1444-6. **27.** Izadi N, Leung DYM. Clinical approach to the patient with refractory atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018;120(1):23-33. **28.** Gaudinski MR, Milner JD. Atopic dermatitis and allergic urticaria: cutaneous manifestations of immunodeficiency. *Immunol Allergy Clin North Am* 2017;37(1):1-10. **29.** Maarouf M, Saberian C, Lio PA, et al. Head-and-neck dermatitis: diagnostic difficulties and management pearls. *Pediatr Dermatol* 2018;35(6):748-53. **30.** Aguilera CA, Planelles CA, Sánchez JT. Trastornos genéticos con eccema moderado-grave refractario y elevación de inmunoglobulina E: diagnóstico diferencial. *Actas Dermosifiliogr* 2016;107(2):116-24. **31.** Nespoulous L, Matei I, Charissoux A, et al. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE) associated with pristinamycin, secnidazole, and nefopam, with a review of the literature. *Contact Dermatitis* 2018;79(6):378-80. **32.** Aquino M, Fonacier L. The role of contact dermatitis in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014;2(4):382-7. **33.** Park JY, Cho EB, Park EJ, et al. The histopathological differentiation between palmar psoriasis and hand eczema: a retrospective review of 96 cases. *J Am Acad Dermatol* 2017;77(1):130-5. **34.** Kim HJ, Zeidi M, Bonciani D, et al. Itch in dermatomyositis: the role of increased skin interleukin-31. *Br J Dermatol* 2018;179(3):669-78. **35.** Seize MB, Ianhez M, Cestari SCP. A study of the correlation between molluscum contagiosum and atopic dermatitis in children. *An Bras Dermatol* 2011;86(4):663-8. **36.** Lee R, Schwartz RA. Human T-lymphotrophic virus type 1-associated infective dermatitis: a comprehensive review. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64(1):152-160. **37.** Nedorost ST. Medical Pearl: the evaluation of perioral dermatitis: use of an extended patch test series. *J Am Acad Dermatol* 2007;56(5 Suppl):S100-2. **38.** Moncourier M, Pralong P, Pinel N, et al. Granulomatous periocular eruption. *Ann Dermatol Venereol* 2017;144(6-7):430-3. **39.** Pugliarello S, Cozzi A, Gisondi P, et al. Phenotypes of atopic dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9(1):12-20. **40.** Watt CJ, Hong HC. Dermacase. Lip licker's dermatitis. *Can Fam Physician* 2002;48:1051-59.



SANOFI GENZYME

INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESCRIBIR O DISPENSAR MEDICAMENTOS. Mayor información disponible a petición.

Genzyme de Argentina S.A. - Av. Fondo de la Legua 161 - C.P. BJEB1609
Boulogne, Prov. de Buenos Aires, Argentina -Tel: (011) 4708-6900 - www.sanofi.com.ar

Para visualizar el prospecto aprobado escanee el siguiente código:

Para más información sobre el producto dirigirse a la página web de ANMAT
<http://anmatvademecum.servicios.pami.org.ar>



MAT-AR-2001288 V1 - 11/2020

Los datos y resultados presentados en esta crónica fueron obtenidos en una conferencia médica y la información resumida puede ser preliminar y estar sujeta a cambios; se muestra sólo como aporte para la actualización sobre temas de interés para los médicos.

La información tiene fines exclusivamente educativos. Las opiniones expresadas en esta crónica pertenecen a los autores y no necesariamente reflejan las opiniones y recomendaciones del Laboratorio.

Resumen elaborado por el Staff Médico de Europa Press.

Cuadro 1. Características a ser consideradas en el diagnóstico de pacientes con dermatitis atópica

Características esenciales: deben estar presentes y son suficientes para el diagnóstico

- Prurito.
 - Eccema (agudo, subagudo, crónico).
- Morfología ecematososa típica y patrones de distribución específicos de la edad.
 - Cara, cuello y superficies extensoras en bebés y niños.
 - Lesiones flexurales actuales o previas a cualquier edad.
 - Preservación de las regiones inguinal y axilar.
- Curso crónico o recurrente.
- Edad temprana de inicio.
- Atopia.
- Antecedentes personales o familiares.
- Reactividad a IgE.
- Xerosis.

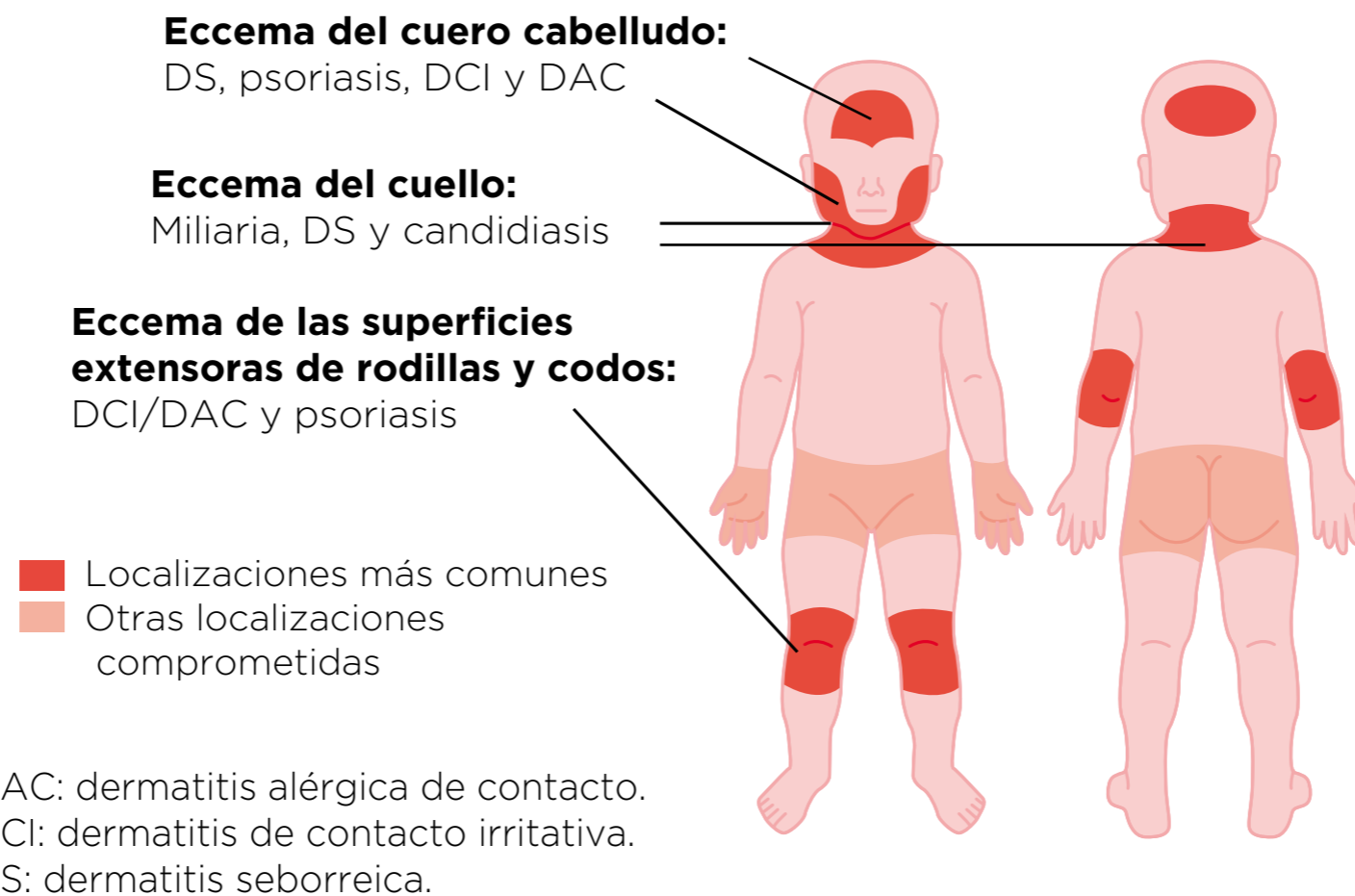
Características asociadas: sugerentes del diagnóstico de dermatitis atópica, pero menos específicas

Otras enfermedades asociadas a la deficiencia de filagrina: queratosis pilar, hiperlinealidad palmar, pitiriasis alba, ictiosis.

- Acentuación perifolicular, liquenificación, lesiones de prurigo.
- Cambios oculares: conjuntivitis recurrente, catarata subcapsular anterior; alteraciones perioculares: oscurecimiento, pliegues.
- Otros hallazgos regionales: cambios peribucales, lesiones periauriculares, pitiriasis alba.
- Respuestas vasculares atípicas: palidez facial, dermatografismo blanco, respuesta retardada de blanqueamiento.

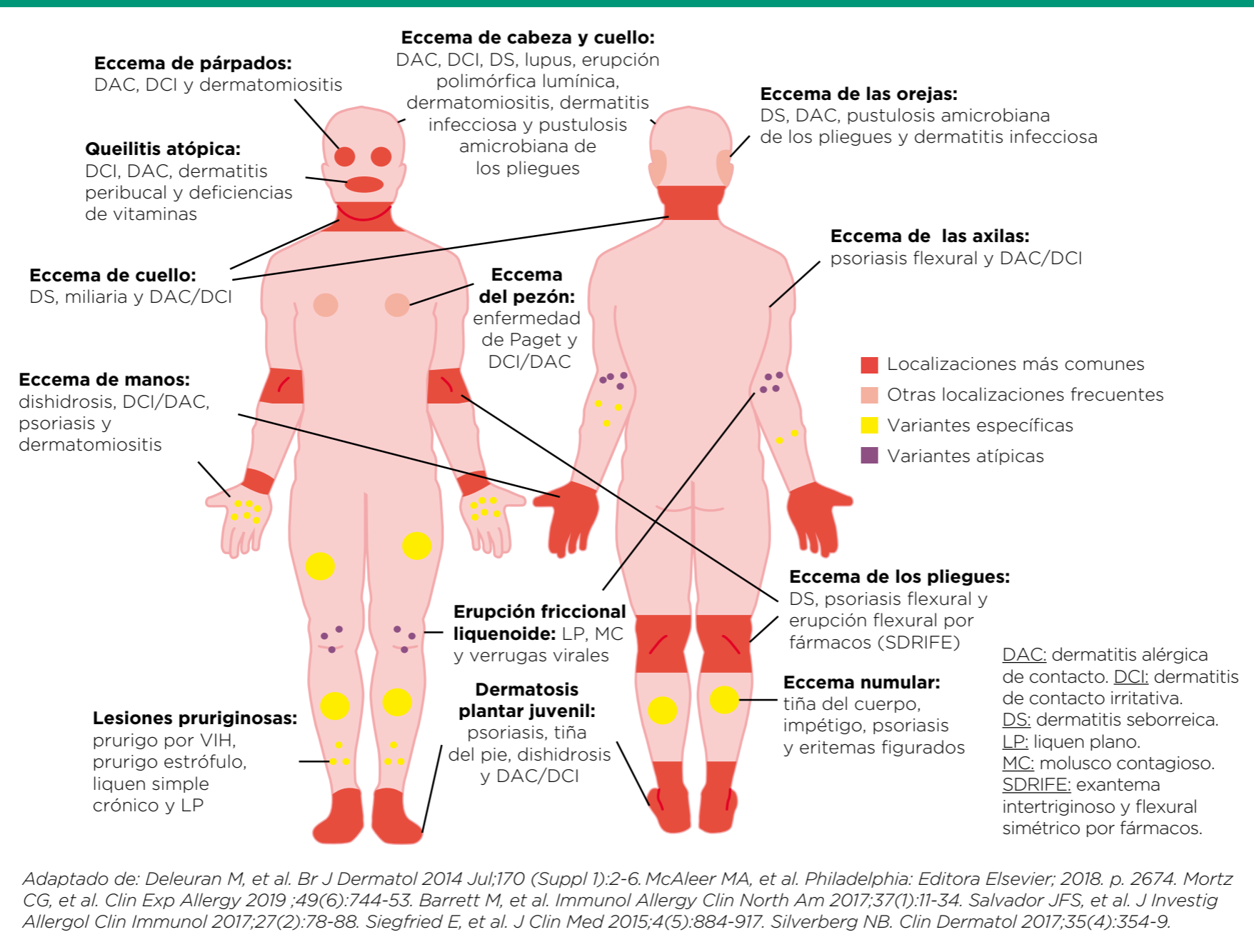
Adaptado de: McAleer MA, et al. Atopic dermatitis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editores. Dermatology. 4rd ed. Philadelphia: Editora Elsevier; 2018. p. 2674.

Cuadro 2. Dermatitis atópica infantil: patrones de distribución y diagnósticos diferenciales en función de la localización

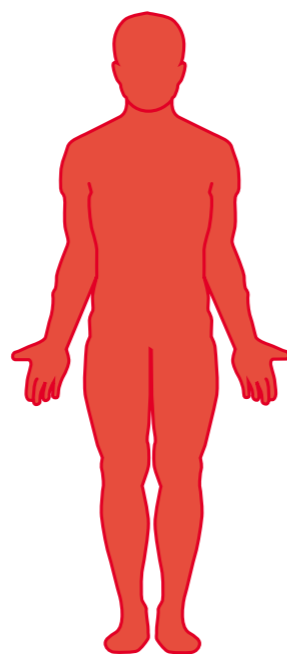


Adaptado de: Deleuran M, et al. *Br J Dermatol* 2014;170 Suppl 1:2-6.¹ McAleer MA, et al. 4rd ed. Philadelphia: Editora Elsevier; 2018. p. 2674. Waldman AR, et al. *Pediatr Rev* 2018;39:180-93. Silverberg JI, et al. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6(4):1306-1312. Mortz CG, et al. *Clin Exp Allergy* 2019;49(6):744-753. Krol A, et al. *Dermatol Ther* 2006;19(2):73-82. Barrett M, et al. *Immunol Allergy Clin North Am* 2017;37(1):11-34.

Cuadro 3. Dermatitis atópica infanto-juvenil y del adulto: patrones de distribución y diagnósticos diferenciales en función de la localización y de la presentación clínica



Cuadro 4. Dermatitis atópica eritrodérmica y diagnósticos diferenciales



Forma eritrodérmica:

psoriasis, farmacodermia, linfomas, leucemias, DS, DCI/DAC, pitiriasis rubra pilaris, VIH, lupus, dermatomiositis, penfigoide ampolloso, pénfigo foliáceo, enfermedad del injerto contra el huésped e ictiosis.

DS: dermatitis seborreica.

DCI: dermatitis de contacto irritativa.

DAC: dermatitis alérgica de contacto.

Adaptado de: Mistry N, et al. Adv Skin Wound Care 2015;28(5):228-36;quiz 237-8.

Cuadro 5. Diagnósticos diferenciales de dermatitis atópica en función de la etiología

Enfermedades inflamatorias/autoinmunitarias		Infecciones/infestaciones
<p>Dermatitis seborreica. Dermatitis alérgica de contacto. Pitiriasis alba. Lupus. Pustulosis amicrobiana de los pliegues. Dermatitis herpetiforme. Erupción polimórfica lumínica. Enfermedad del injerto contra el huésped. Liquen simple crónico. Dermatitis numular. Rosácea.</p>	<p>Psoriasis. Dermatitis de contacto irritativa. Liquen plano. Dermatomiositis. Acrodermatitis de Gianotti-Crosti. Pitiriasis liquenoide crónica. Prurigo actínico. Prurigo nodular. Dermatitis artefacta. Dermatitis peribucal.</p>	<p>Impétigo. Sífilis secundaria. Dermatitis por el virus del molusco contagioso. Exantema viral. Eccema herpético. Eccema coxsackium. Tiña. Candidiasis.</p>
Enfermedades genéticas	Inmunodeficiencias	Malignidades
<p>Síndrome de Netherton. Displasia ectodérmica anidrótica/hipohidrótica. Deficiencia de histidina. Deficiencia de prolidasa. Pentasomía X. Queratosis pilar. Fibrosis quística/mucoviscidosis. Mucopolisacaridosis (síndrome de Hurler). Síndrome de Loey-Dietz. Deficiencia de STAT5B.</p>	<p>Síndrome SAM (síndrome de desgaste metabólico; alergias múltiples; dermatitis grave). Síndrome de Ommen. Deficiencia de DOCK 8. Deficiencia de PGM3. Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia. Síndromes de hiper-IgE (AD y AR). Síndrome de Di George. Síndrome de Wiskott-Aldrich. Síndrome de desregulación inmunitaria, poliendocrinopatía y enteropatía ligada al X (IPEX). Agammaglobulinemia.</p>	<p>Linfoma de células T. Histiocitosis X.</p>
<p>AD: autosómica dominante. AR: autosómica recesiva.</p>		Enfermedades metabólicas
		<p>Deficiencia de zinc (acrodermatitis enteropática). Enfermedad celíaca. Deficiencias nutricionales (dietas restrictivas, cirugía bariátrica, alcoholismo, síndromes genéticos). Fenilcetonuria.</p>
		Otros
		<p>Farmacodermia (SDRIFE [psoriasis flexural y erupción flexural por fármacos]), síndrome hipereosinofílico, síndrome nefrótico.</p>

Adaptado de: Deleuran M, et al. *Br J Dermatol* 2014;170 (Suppl 1):2-6. Thestrup-Petersen K. *Clin Exp Dermatol* 2000;25(7):535-43. Waldman AR, et al. *Pediatr Rev* 2018;39:180-93. Silverberg JI, et al. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6(4):1306-12. Mortz CG, et al. *Clin Exp Allergy* 2019;49(6):744-53. Krol A, et al. *Dermatol Ther* 2006;19(2):73-82. Barrett M, et al. *Immunol Allergy Clin North Am* 2017;37(1):11-34. Salvador JFS, et al. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2017;27(2):78-88. Siegfried E, et al. *J Clin Med* 20154(5):884-917. Silverberg NB. *Clin Dermatol* 2017;35(4):354-59.18 Mistry N, et al. *Adv Skin Wound Care* 2015;28(5):228-36; quiz 237-8. Traves KP, et al. *Am Fam Physician* 2018;98(5):283-91. Vakharia PP, et al. *Am J Clin Dermatol* 2019;20(6):771-9. Schissler C, et al. *Ann Dermatol Venereol* 2017;144(3):169-75. Wei J, et al. *J Am Acad Dermatol* 2013;69(1):34-9. Oliveira LML, et al. *An Bras Dermatol* 2017;92(4):573-4. Sehgal VN, et al. *Indian J Dermatol* 2016;61(3):241-50. Lawrence MG, et al. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132(6):1444-6. Izadi N, et al. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018;120:23-33. Gaudinski MR, et al. *Immunol Allergy Clin North Am* 2017;37(1):1-10. Maarouf M, et al. *Pediatr Dermatol* 2018;35(6):748-53. Aguilera CA, et al. *Actas Dermosifiliogr* 2016;107(2):116-24. Nespoulous L, et al. *Contact Dermatitis* 2018;79(6):378-80.

Cuadro 6. Dermatitis de contacto

Caso 1: paciente con diagnóstico de dermatitis alérgica de contacto de cara y cuello durante años (A), que evolucionó con fracturas vertebrales por el uso indiscriminado de corticoterapia oral y que tuvo una excelente respuesta a dupilumab (B).



Cuadro 7. Psoriasis

Caso 2: paciente bajo tratamiento con cinco tipos diferentes de inmunobiológicos para la psoriasis y la artritis psoriásica que presenta lesiones extremadamente pruriginosas, liquenificadas y algunas exudativas en sus piernas a pesar del uso de un inhibidor de la IL-17; tenía dermatitis atópica como diagnóstico diferencial (IgE >2.000 U/ml). Hijo con dermatitis atópica grave. La biopsia fue compatible con liquen simple crónico.



Cuadro 8. Dermatomiositis

Caso 3: paciente de 5 años que recibió tratamiento para la dermatitis atópica durante 1 año; cuando evolucionó con pérdida de fuerza muscular y dolores articulares, se le diagnosticó dermatomiositis (CPK=1.500 U/l).



Cuadro 9. Inmunodeficiencias

Caso 4: niño de 2 meses con cuadro compatible con dermatitis seborreica y dermatitis atópica, pero con un importante déficit de peso y altura y dos hospitalizaciones por infección cutánea; se le diagnosticó síndrome de inmunodeficiencia combinada grave y se le realizó trasplante de médula ósea.



Cuadro 10. Dermatitis del molusco contagioso

Caso 5: paciente con dermatitis atópica bajo tratamiento con emolientes y corticoterapia tópica, no presentó mejoría del eccema; después del curetaje de los moluscos, se logró controlar el eccema.



Cuadro 11. Pustulosis amicrobiana de los pliegues y dermatitis infecciosa por HTLV-1

Caso 6: paciente de 25 años, comenzó con eccema en el cuero cabelludo y prurito, así como también exudación en el pabellón auricular, fosas nasales y ojos, además de placas eritematosas, algunas exudativas y maceradas en los pliegues; recibió tratamiento para la psoriasis y la dermatitis atópica durante años con serología negativa para HTLV-1, pero PCR positiva; evolucionó a enfermedad de Crohn y presentó criterios diagnósticos positivos tanto para dermatitis infecciosa (HTLV-1) como para pustulosis amicrobiana de los pliegues.



Cuadro 12. Tiña corporal e impétigo

Caso 7: niño de 7 meses con lesiones numulares exudativas en algunas áreas del cuerpo que no responden al tratamiento de la dermatitis atópica previamente diagnosticada; micología directa negativa; el niño tuvo respuesta favorable luego de la administración de antibióticos orales.



Cuadro 13. Dermatitis peribucal

Caso 8: paciente con diagnóstico previo de dermatitis peribucal, tratado con antibióticos orales y estudiado por deficiencia de vitaminas; tuvo respuesta favorable al uso de corticoides tópicos y humectantes, así como al tratamiento proactivo; meses después, presentó un cuadro característico de dermatitis atópica en las flexuras.

