

TRABAJOS ORIGINALES

Dermatitis atópica en adultos: análisis observacional de 200 pacientes

Atopic dermatitis in adults: observational analysis of 200 patients

Marina Mónaco^{1,3}, Paula Carolina Luna^{1,3}, Cindy Frare¹, María Emilia Debernardi¹, Luciana Laura Tirelli^{1,3}, Anabel Panizzardi^{1,3} y Margarita Larralde^{2,3}

RESUMEN

Antecedentes: la dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por xerosis, prurito y eccema. El diagnóstico es clínico y el tratamiento depende de su gravedad; los casos leves suelen controlarse con medicación tópica, mientras que los moderados/severos requieren tratamiento sistémico. Afecta con mayor frecuencia a la edad pediátrica, por lo que son limitados los estudios en adultos.

Objetivos: describir las características epidemiológicas y clínicas, y los tratamientos en pacientes adultos ambulatorios con DA.

Diseño: se realizó un trabajo retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico.

Materiales y métodos: se recolectaron las variables demográficas, clínicas y tratamientos de las historias clínicas de pacientes adultos mayores de 18 años con DA entre 2019 y 2023. Se compararon los antecedentes y los factores asociados entre los tipos de severidad: leve, moderado y severo.

Resultados: de los 200 pacientes, el 62,5% fue de sexo femenino. El 36% presentó asma y el 25,5% rinitis. Los pacientes severos tuvieron mayor frecuencia de asma y rinitis. El metotrexato se utilizó más frecuentemente en la enfermedad moderada y severa, y el 24,7% de los pacientes con enfermedad severa requirió dupilumab.

Conclusiones: en nuestro país son limitadas las investigaciones sobre los pacientes adultos con DA. La gravedad de la enfermedad se asocia con mayor frecuencia a comorbilidades. En las formas leves predominaron los tratamientos tópicos; la fototerapia se usó como un escalón intermedio entre las formas moderadas y graves, y las drogas innovadoras en las formas graves. Es necesario realizar más estudios de calidad que evalúen las diferencias en las comorbilidades y la evolución clínica según el espectro de gravedad.

Palabras clave: dermatitis atópica, eccema, atopía.

Dermatol. Argent. 2024; 30(3): 119-124

ABSTRACT

Background: atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory dermatosis characterized by xerosis, pruritus and eczema. The diagnosis is clinical, and treatment depends on the severity; mild AD is usually controlled with topical medication while moderate/severe AD usually require systemic treatment. It affects most frequently childhood, so studies in adults are limited.

Objectives: describe the epidemiological, clinical characteristics and treatments in adult outpatients with AD.

Design: a retrospective, observational, descriptive and analytical work was carried out.

Materials and methods: demographic, clinical variables, and different treatments were collected from the medical records of patients with AD between 2019 and 2023. The history and associated factors were compared between the types of severity: mild, moderate, and severe.

Results: of the 200 patients, 62.5% were female. 36% had asthma, and 25.5% had rhinitis. Severely ill patients had a higher frequency of asthma and rhinitis. Methotrexate was used more frequently in moderate and severe disease and 24.7% of patients with severe disease required dupilumab.

Conclusions: in our country, research on adult patients with AD is limited. The severity of the disease is more frequently associated with comorbidities. In mild forms of AD, topical treatments were more used, phototherapy was frequent as an intermediate step between moderate and severe forms, and innovative drugs were predominant in severe forms. It is necessary to continue carrying out higher quality studies that evaluate differences in comorbidities and clinical evolution according to the spectrum of severity.

Key words: atopic dermatitis, eczema, atopy.

Dermatol. Argent. 2024; 30(3): 119-124

¹ Médica de Planta, Servicio de Dermatología, Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

² Jefa del Servicio Dermatología, Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

³ Consultorio Médico Privado de Dermatología (Dra. Prof. Margarita Larralde y Dra. Paula C. Luna), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Marina Mónaco
E-mail: marinamonacocivardi@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 2/10/2023

Fecha de trabajo aceptado: 30/4/2024

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea inflamatoria, pruriginosa, con evolución crónica que se presenta mayormente en la edad pediátrica, pero también afecta del 1% al 14% de los adultos, según país y series publicadas^{1,2}. En la fisiopatogenia intervienen múltiples mecanismos, incluida la disfunción de la barrera cutánea, los factores genéticos, la desregulación inmune a predominio de un perfil Th2, el microbioma cutáneo alterado y los desencadenantes ambientales¹⁻⁴.

Los signos cardinales son el eccema, el prurito y la xerosis que, según la edad, la etnia y las actividades del paciente, pueden presentar distintas variantes y localizaciones. A su vez, es frecuente el antecedente personal o familiar de otras comorbilidades atópicas como el asma, la rinitis alérgica y la conjuntivitis alérgica. Dentro de las comorbilidades no atópicas, se encuentran las alteraciones del sueño por el prurito, trastornos psicológicos/psiquiátricos como el déficit de atención, la ansiedad y la depresión que deterioran la calidad de vida^{5,6}. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se pueden utilizar diferentes métodos para clasificar la gravedad de la enfermedad. Una herramienta útil en la práctica cotidiana para evaluar globalmente la gravedad es el *Investigator Global Assessment* (IGA)⁷. La elección del tratamiento depende de esta última.

Los pacientes con DA leve suelen controlar la enfermedad con medicación tópica, mientras que aquellos con DA moderada/severa suelen requerir tratamiento sistémico. Dentro de estos últimos se encuentran los inmunomoduladores/inmunosupresores clásicos (como el metotrexato o la ciclosporina), el anticuerpo monoclonal anti-interleucina 4/13 (dupilumab) y las pequeñas moléculas dirigidas a inhibir las vías de señalización JAK/STAT (baricitinib, abrocitinib y upadacitinib)⁸⁻¹⁰.

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas y clínicas, y los tratamientos utilizados en pacientes adultos con diagnóstico de DA en un consultorio de dermatología especializado en dermatosis inflamatorias. Analizar las diferencias en las frecuencias de los distintos niveles de severidad de pacientes adultos con DA y los distintos tratamientos utilizados para cada uno.

MATERIALES Y MÉTODOS

De forma retrospectiva se analizaron los datos de las historias clínicas de pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de DA atendidos entre el 1° de enero de 2019 y el 1° de agosto de 2023 en los consultorios externos especializados en dermatosis inflamatorias del Hospital Alemán y en el Consultorio

Médico Privado de Dermatología de las Dra. M. Larralde y P. Luna.

Se reconstruyó el seguimiento de los pacientes desde su primera visita hasta la última registrada en la historia clínica. Se recolectaron las variables demográficas (sexo, edad, etnia), clínicas (edad de inicio de la DA, índice de masa corporal), los antecedentes médicos atópicos (asma, rinitis, conjuntivitis alérgica, alergias alimentarias) y no atópicos (depresión y ansiedad). La severidad de la enfermedad se definió según el *Score Investigator Global Assessment* (IGA), el *Score Eczema Area Severity Index* (EASI), el *SCORing Atopic Dermatitis* (ScorAD) y el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) en leve, moderada o severa. Se recolectaron los distintos tratamientos utilizados previamente y los tratamientos empleados para controlar la enfermedad en la última visita/actualidad.

Se describió la muestra con medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas continuas, y porcentaje para las categóricas. Se comparó la frecuencia de los diferentes tratamientos entre las distintas categorías de severidad. Para comparar las proporciones se utilizó el test de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Para la comparación de variables numéricas continuas entre más de dos categorías se empleó el test ANOVA. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p menor a 0,05. Para el análisis estadístico se usó RStudio 2023.06.1

Los investigadores realizaron todos los esfuerzos necesarios para garantizar el anonimato de los pacientes. Los datos se recolectaron de forma codificada en un *Excel* bajo clave personal. Este trabajo adhiere a las normas internacionales vigentes, Helsinki en su última versión Fortaleza 2012, y la ley de *Habeas Data* o protección de datos personales Ley Nacional 25326.

RESULTADOS

Se analizó un total de 200 pacientes, con predominio del sexo femenino con un 62,5% (n=125) y un 37,5% (n=75) de sexo masculino. El intervalo de edad más frecuente al momento del diagnóstico fue de entre los 2 y 12 años con 43,5% (n=87), seguido de los menores de 2 años con un 31,5% (n=63) (Tabla 1).

Las comorbilidades atópicas más frecuentemente observadas fueron el asma 36% (n=72), seguida de la rinitis 25,5% (n=51). Dentro de las comorbilidades no atópicas, la ansiedad fue la más frecuente con un 4% (n=8) y con menor frecuencia la depresión con un 2% (n=4) (Tabla 2).

Por la naturaleza retrospectiva del estudio, los *scores* de severidad ScorAD, EASI y DLQI no se registraron en la totalidad de los pacientes. El EASI se utili-

zó en 70 pacientes (35%), el ScorAD en 50 (25%) y el DLQI en 18 (9%). Todos fueron evaluados con el Score IGA. La media del puntaje del Score IGA fue de 3 (SD 3,04). La mayoría de los pacientes presentó un grado de DA severa (46,5%; n=93), seguido por los casos moderados (36%; n=72) y por último los casos leves (17,5%; n=35) (Tabla 3).

Los tratamientos previos más utilizados fueron los corticoides tópicos (95,5%; n= 191) y los corticoides sistémicos (47%; n=94). El 30,5% (n=61) de los pacientes utilizó alguna vez metotrexato, y la pequeña molécula más utilizada para el tratamiento de la enfermedad fue el baricitinib en un 9% (n=18) (Tabla 4).

En la comparación entre las categorías de severidad leve, moderada y severa se observó que, del total de los 93 pacientes severos, 45 (48,4%) presentaron asma, de los 72 con DA moderada, 19 (26,4%), y de los 35 casos leves, solo 8 pacientes (22,9%), con una p=0,00966 estadísticamente significativa. La rinitis fue la segunda comorbilidad atópica más frecuente, y se observó según la severidad en 34 de los casos severos (36,6%), en 11 de los moderados (15,3%) y en 6 de los leves (17,1%).

En la comparación entre los tratamientos actuales utilizados para controlar la enfermedad en la última visita y la gravedad de la enfermedad se observaron diferencias estadísticamente significativas. Un 29,0% (n=27) de los pacientes con enfermedad grave y un 30,6% (n=22) con enfermedad moderada requirieron metotrexato. El uso de dupilumab fue significativamente mayor en pacientes con DA severa (24,7%; n=23) respecto de las formas moderadas (5,6%; n=4). De los pacientes con DA leve, más de la mitad refirió haber usado corticoides sistémicos (Tabla 5).

En los pacientes con DA moderada se observó mayor frecuencia de uso de fototerapia, y en los casos leves, mayor frecuencia de corticoides tópicos y sistémicos. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 5).

Un 11,5% (n=23) de los pacientes tuvo pérdida del seguimiento. No hubo diferencias entre los distintos niveles de gravedad en las pérdidas de seguimiento.

	Total (n=200)
Edad	
Media (DS)	32,0 (12,8)
Mediana [Min, Max]	29,0 [17,0, 83,0]
Edad de inicio de síntomas	
Entre 12 a 18 años	19 (9,5%)
Entre 2 y 12 años	87 (43,5%)
Más de 18 años	28 (14,0%)
Menos de 2 años	63 (31,5%)
Datos faltantes	3 (1,5%)
Sexo	
Femenino	125 (62,5%)
Masculino	75 (37,5%)
Etnia	
Asiática	6 (3,0%)
Caucásica	166 (83,0%)
Latina	28 (14,0%)
IMC	
Media (DS)	26,0 (5,85)
Mediana [Min, Max]	24,0 [19,0, 47,0]
Datos faltantes	165 (82,5%)
Lugar de consulta	
Consultorio	128 (64,0%)
Consultorio/Hospital	17 (8,5%)
Hospital	55 (27,5%)
<i>IMC: índice de masa corporal. DS: desvío estándar.</i>	

TABLA 1: Descripción de la muestra.

	Leve (n=35)	Moderada (n=72)	Severa (n=93)	Total (n=200)	Valor de p
Asma*					
No	27 (77,1%)	52 (72,2%)	48 (51,6%)	127 (63,5%)	0,00966
Sí	8 (22,9%)	19 (26,4%)	45 (48,4%)	72 (36,0%)	
Datos faltantes	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (0,5%)	
Rinitis*					
No	29 (82,9%)	61 (84,7%)	59 (63,4%)	149 (74,5%)	0,0105
Sí	6 (17,1%)	11 (15,3%)	34 (36,6%)	51 (25,5%)	
Conjuntivitis**					
No	32 (91,4%)	65 (90,3%)	78 (83,9%)	175 (87,5%)	0,548
Sí	3 (8,6%)	7 (9,7%)	15 (16,1%)	25 (12,5%)	
Alergia alimentaria**					
No	33 (94,3%)	71 (98,6%)	89 (95,7%)	193 (96,5%)	0,649
Alergia no especificada	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,2%)	2 (1,0%)	
Enfermedad celíaca	2 (5,7%)	1 (1,4%)	2 (2,2%)	5 (2,5%)	
Ansiedad**					
No	34 (97,1%)	69 (95,8%)	89 (95,7%)	192 (96,0%)	0,986
Sí	1 (2,9%)	3 (4,2%)	4 (4,3%)	8 (4,0%)	
Depresión**					
No	35 (100%)	71 (98,6%)	90 (96,8%)	196 (98,0%)	0,667
Sí	0 (0%)	1 (1,4%)	3 (3,2%)	4 (2,0%)	
<i>* Test de chi-cuadrado; **Prueba exacta de Fisher.</i>					

TABLA 2: Comorbilidades asociadas según la gravedad de la dermatitis atópica.

	Total (n=200)
Score IGA	
Media (DS)	3,00 (1,03)
Mediana [Min, Max]	3,00 [0, 4,00]
ScorAD	
Media (DS)	51,1 (23,3)
Mediana [Min, Max]	50,0 [3,00, 93,0]
Datos faltantes	150 (75,0%)
EASI	
Media (DS)	24,1 (15,0)
Mediana [Min, Max]	22,1 [0,400, 64,2]
Datos faltantes	130 (65,0%)
DLQI	
Media (SD)	18,1 (6,97)
Mediana [Min, Max]	20,0 [1,00, 27,0]
Datos faltantes	182 (91,0%)
Severidad	
Leve	35 (17,5%)
Moderada	72 (36,0%)
Severa	93 (46,5%)
<i>DS=desvío estándar; Score IGA= Investigator Global Assessment; ScorAD: SCORing Atopic Dermatitis; EASI: Eczema Area Severity Index; DLQI= Dermatology Life Quality Index.</i>	
TABLA 3: Severidad de la enfermedad.	

	Total (n=200)
Emolientes	
No	192 (96,0%)
Sí	8 (4,0%)
Corticoides tópicos	
No	9 (4,5%)
Sí	191 (95,5%)
ITC	
No	182 (91,0%)
Sí	18 (9,0%)
Corticoides sistémicos	
No	106 (53,0%)
Sí	94 (47,0%)
Fototerapia	
No	158 (79,0%)
Sí	42 (21,0%)
Metrotexato	
No	139 (69,5%)
Sí	61 (30,5%)
Ciclosporina	
No	168 (84,0%)
Sí	32 (16,0%)
Azatioprina	
No	197 (98,5%)
Sí	3 (1,5%)
Dupilumab	
No	198 (99,0%)
Sí	2 (1,0%)
Baricitinib	
No	182 (91,0%)
Sí	18 (9,0%)
Upadacitinib	
No	192 (96,0%)
Sí	8 (4,0%)
<i>ITC: inhibidores tópicos de la calcineurina.</i>	
TABLA 4: Tratamientos previos realizados.	

Variables	Leve (n=35)	Moderada (n=72)	Severa (n=93)	Total (n=200)	Valor de p
Emolientes**					
No	23 (65,7%)	62 (86,1%)	92 (98,9%)	177 (88,5%)	<0,001
Sí	12 (34,3%)	10 (13,9%)	1 (1,1%)	23 (11,5%)	
Corticoides tópicos*					
No	13 (37,1%)	47 (65,3%)	73 (78,5%)	133 (66,5%)	<0,001
Sí	22 (62,9%)	25 (34,7%)	20 (21,5%)	67 (33,5%)	
ITC**					
No	25 (71,4%)	63 (87,5%)	91 (97,8%)	179 (89,5%)	<0,001
Sí	10 (28,6%)	9 (12,5%)	2 (2,2%)	21 (10,5%)	
Crisaborol**					
No	32 (91,4%)	72 (100%)	92 (98,9%)	196 (98,0%)	0,0224
Sí	3 (8,6%)	0 (0%)	1 (1,1%)	4 (2,0%)	
Corticoides sistémicos*					
No	16 (45,7%)	56 (77,8%)	80 (86,0%)	152 (76,0%)	<0,001
Sí	19 (54,3%)	16 (22,2%)	13 (14,0%)	48 (24,0%)	
Fototerapia**					
No	35 (100%)	65 (90,3%)	87 (93,5%)	187 (93,5%)	0,3
Sí	0 (0%)	7 (9,7%)	6 (6,5%)	13 (6,5%)	
Metrotexato**					
No	35 (100%)	50 (69,4%)	66 (71,0%)	151 (75,5%)	0,00316
Sí	0 (0%)	22 (30,6%)	27 (29,0%)	49 (24,5%)	
Ciclosporina**					
No	35 (100%)	72 (100%)	88 (94,6%)	195 (97,5%)	0,117
Sí	0 (0%)	0 (0%)	5 (5,4%)	5 (2,5%)	
Dupilumab**					
No	35 (100%)	68 (94,4%)	70 (75,3%)	173 (86,5%)	<0,001
Sí	0 (0%)	4 (5,6%)	23 (24,7%)	27 (13,5%)	
Abrocitinib**					
No	35 (100%)	72 (100%)	92 (98,9%)	199 (99,5%)	0,763
Sí	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (0,5%)	
Baricitinib**					
No	35 (100%)	71 (98,6%)	89 (95,7%)	195 (97,5%)	0,475
Sí	0 (0%)	1 (1,4%)	4 (4,3%)	5 (2,5%)	
Upadacitinib**					
No	35 (100%)	66 (91,7%)	80 (86,0%)	181 (90,5%)	0,114
Sí	0 (0%)	6 (8,3%)	13 (14,0%)	19 (9,5%)	
Pérdidas de seguimiento*					
No	28 (80,0%)	62 (86,1%)	87 (93,5%)	177 (88,5%)	0,157
Sí	7 (20,0%)	10 (13,9%)	6 (6,5%)	23 (11,5%)	

ITC= inhibidores tópicos de calcineurina. *Test de chi-cuadrado; **Prueba exacta de Fisher.

TABLA 5: Tratamiento actual o último tratamiento registrado según la gravedad.

COMENTARIOS

En nuestro país son limitadas las investigaciones sobre las características demográficas y clínicas de pacientes con DA. En esta serie se analizaron 200 pacientes adultos atendidos en el Consultorio de Enfermedades Inflamatorias del Hospital Alemán y privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se observó una mayor frecuencia del sexo femenino, al igual que lo encontrado en otras publicaciones¹¹. Al comparar las categorías de severidad, se detectó que las formas leves presentaron menor frecuencia de comorbilidades, y las moderadas-graves mayor frecuencia de asma, rinitis, ansiedad y depresión. Respecto del tratamiento, los pacientes con formas leves usaron más tratamientos tópicos, y la fototerapia como un escalón intermedio en las formas moderadas, mientras que las graves, mayor frecuencia de

tratamientos sistémicos clásicos, biológicos y pequeñas moléculas para el control de la enfermedad¹².

En un estudio epidemiológico en México de Herrera Sánchez *et al.*, el 89% de los pacientes mayores de 18 años presentaba enfermedad leve, el 6% moderada y el 5% grave, de forma contraria a los resultados obtenidos en este trabajo¹³. La mayoría de los casos de DA de esta cohorte fue severo, esto se debe a que la muestra del estudio se obtuvo en un consultorio especializado en DA atendido por profesionales de referencia a nivel nacional. También presenta las limitaciones características de los estudios retrospectivos. Todos los datos son secundarios, obtenidos de las historias clínicas, por lo cual no se puede garantizar la calidad de las mediciones y no puede evaluarse la presencia de fac-

tores confundidores asociados. Hay datos faltantes de los tratamientos realizados y pérdidas de seguimiento.

Con respecto al análisis de los resultados, podemos concluir que las comorbilidades atópicas se relacionan directamente con la gravedad de la enfermedad, hay mayor frecuencia de asma y rinitis alérgica en las DA severas, con diferencias estadísticamente significativas en comparación con las formas moderadas y leves^{14,15}.

También el tipo de tratamiento utilizado para controlar la enfermedad es diferente según la severidad. En los casos leves, se controla con medicaciones tópicas, mientras que en los casos moderados se usa más

el metotrexato, la fototerapia, y se requiere menos el uso de los corticoides tópicos. En los casos de DA severa cobran relevancia los tratamientos sistémicos con dupilumab y los inhibidores JAK representados en un 47,31% (n=44). Estos resultados son comparables a las guías y consensos de tratamiento internacionales y nacionales^{16,17}.

Es necesario realizar estudios de mayor calidad que evalúen las diferencias en las comorbilidades y la evolución según el espectro de la gravedad clínica, y que contribuyan a generar conocimiento útil para la toma de decisiones en pacientes individuales.

BIBLIOGRAFÍA

- Gür Çetinkaya P, Şahiner ÜM. Childhood atopic dermatitis: current developments, treatment approaches, and future expectations. *Turk J Med Sci.* 2019;8:963-984.
- Bieber T. Atopic dermatitis. *Ann Dermatol.* 2010;22:125-37.
- Kim J, Kim BE, Leung DYM. Pathophysiology of atopic dermatitis. Clinical implications. *Allergy Asthma Proc.* 2019;1:84-92.
- Kim BE, Leung DYM. Significance of skin barrier dysfunction in atopic dermatitis. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2018;10:207-215.
- Paller A, Jaworski JC, Simpson EL, Boguniewicz M, et al. Major comorbidities of atopic dermatitis: beyond allergic disorders. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19:821-838.
- Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Bercovitch L, et al. American Academy of Dermatology Guidelines. Awareness of comorbidities associated with atopic dermatitis in adults. *J Am Acad Dermatol.* 2022;86:1335-1336.e18.
- Futamura M, Leshem YA, Thomas KS, Nankervis H, et al. A systematic review of Investigator Global Assessment (IGA) in atopic dermatitis trials: many options, no standards. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:288-294.
- Máspero J, Angles MV, Arduoso L, Branciforte M, et al. Análisis de una serie de casos de pacientes adultos con dermatitis atópica severa tratados con dupilumab en Argentina. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba.* 2020;9:94-99.
- Chovatiya R, Paller AS. JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2021;148:927-940.
- Gatmaitan JG, Lee JH. Challenges and future trends in atopic dermatitis. *Int J Mol Sci.* 2023;12:11380.
- Máspero J, De Paula Motta Rubini N, Zhang J, et al. Epidemiology of adult patients with atopic dermatitis in AWARE 1: a second international survey. *World Allergy Organ J.* 2023;16:100724.
- Hagenström K, Sauer K, Mohr N, Dettmann M, et al. Prevalence and medications of atopic dermatitis in Germany: claims data analysis. *Clin Epidemiol.* 2021;22:593-602.
- Herrera-Sánchez DA, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales JJ. Epidemiological study on atopic dermatitis in Mexico. *Rev Alerg Mex.* 2019;66:192-204.
- Andersen YMF, Egeberg A, Skov L, Thyssen JP. Comorbidities of atopic dermatitis: beyond rhinitis and asthma. *Curr Dermatol Rep.* 2017;6:35-41.
- Campanati A, Bianchelli T, Gesuita R, Foti C, et al. Comorbidities and treatment patterns in adult patients with atopic dermatitis: results from a nationwide multicenter study. *Arch Dermatol Res.* 2022;314:593-603.
- Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I. Systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36:1409-1431.
- Arduoso L, Castro C, De Gennaro M, Hermida D, et al. Guías para el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica 2019. Sociedad Argentina de Dermatología-Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica 2019. Disponible en: https://alergia.org.ar/pdfs/guias_argentinas_dermatitis_atopica_2019.pdf.