

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en
pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica en el
periodo 2025 – 2026.**

AUTORES:

Castro Espinoza Ariana Milena

Carvache Montesdeoca Heilly Celinda

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel

Guayaquil, Ecuador

28 de agosto del 2026

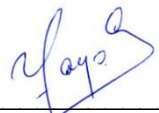


UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Castro Espinoza Ariana Milena y Carvache Montesdeoca Heilly Celinda**, como requerimiento para la obtención de título de **Médico**.

TUTORA:

f. 
Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs

Guayaquil, 28 de agosto del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Castro Espinoza Ariana Milena**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica en el periodo 2025 – 2026**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 28 de agosto del 2026

LA AUTORA:



**Ariana Milena
Castro Espinoza**



f. _____
Castro Espinoza Ariana Milena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Carvache Montesdeoca Heilly Celinda**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica en el periodo 2025 – 2026**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 28 de agosto del 2026

LA AUTORA:



f. _____
Carvache Montesdeoca Heilly Celinda



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Castro Espinoza Ariana Milena**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación; **Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica en el periodo 2025 – 2026**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 28 de agosto del 2026

LA AUTORA:



**Ariana Milena
Castro Espinoza**



f. _____
Castro Espinoza Ariana Milena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Carvache Montesdeoca Heilly Celinda**

Autorizo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación; **Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica en el periodo 2025 – 2026**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 28 de agosto del 2026

LA AUTORA:



f. _____
Carvache Montesdeoca Heilly Celinda

REPORTE DE COMPILATIO



Certificado de análisis
Compilatio Studium

Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica_Carvache_Castro TT

ID : 451be829eae93c1de37076633bf0d3d8d0b7c9ce



2%
Textos
sospechosos

Nombre del fichero : Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica_Carvache_Castro TT.txt
Tamaño del archivo original : 42,78 kB
Número de palabras : 7023

Depositante : Heilly Carvache
Fecha de depósito : 27 de agosto de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 27 de agosto de 2026

TUTOR (A)

f. _____
Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por haberme acompañado durante toda mi formación, por iluminar mi camino, fortalecer mi vocación y darme la sabiduría necesaria para superar cada desafío que se presentó a lo largo de la carrera de Medicina.

A mis padres, Cecilia y Holger, mi más sincero agradecimiento por su amor infinito, su esfuerzo y todos los sacrificios realizados para permitirme alcanzar esta meta. Gracias por sostenerme cuando sentía que no podía continuar, por confiar en mis capacidades y por enseñarme que, con fe, perseverancia y dedicación, los sueños pueden hacerse realidad.

A mis tías, en especial a tía Rosy, gracias por estar presentes en todo momento, por acompañarme con cariño, brindarme sus consejos y hacerme sentir que nunca estaba sola durante este largo camino.

A mi hermana Cristhel y a Maverick gracias por ayudarme con mis proyectos personales, por apoyarme en cada nueva idea y por estar siempre dispuestos a colaborar conmigo. Su compañía y ayuda han sido muy importantes para mí.

A mis abuelitos, gracias por regalarme su amor, sus enseñanzas y sus bendiciones. Sus palabras, sus oraciones y su ejemplo han sido una fuente constante de inspiración y fortaleza durante este camino.

A toda mi familia, gracias por su amor, sus palabras de aliento, sus oraciones y su disposición para ayudarme cada vez que lo necesité. Cada gesto de cariño contribuyó a que pudiera avanzar y llegar hasta este momento.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de mi preparación académica y personal. Cada enseñanza, consejo y experiencia dejó una huella en mí y contribuyó a mi formación como médica y como ser humano.

A todos ustedes, mi eterna gratitud, porque este logro no habría sido posible sin su amor, su apoyo y su confianza.

Carvache Montesdeoca Heilly Celinda

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, por ser mi guía y mi fortaleza durante todo este camino. Gracias por darme la sabiduría, la paciencia y la fuerza para superar cada obstáculo, por sostenerme en los momentos difíciles y permitirme llegar hasta este día, cumpliendo una de las metas más importantes de mi vida.

A mis padres, Magaly y Williams, gracias por ser mi pilar, mi refugio y mi mayor inspiración. Gracias por cada sacrificio, por cada palabra de aliento, por confiar en mí incluso cuando yo misma dudaba y por acompañarme incondicionalmente durante este largo camino. Este logro es también de ustedes, porque detrás de cada paso que di estuvieron su amor, esfuerzo y apoyo. Espero que hoy puedan sentirse tan orgullosos de mí como yo me siento afortunada de tenerlos.

A mis ángeles, mi abuelita Leonor y mi tío Carlos Víctor, quienes hoy me acompañan desde el cielo. Abuelita Leonor, espero que desde el cielo pueda verme y sentirse orgullosa de su nieta. Y a mi querido tío Carlos Víctor, que hace poco se convirtió en un ángel, quiero dedicarle también este logro. Me hubiera gustado que estuviera aquí para verme cumplir este sueño, pero sé que su amor y sus recuerdos permanecerán siempre conmigo.

A mi querida prima Daniela, gracias por estar presente en cada etapa de este camino, incluso cuando la distancia nos separaba. Gracias por celebrar mis logros, escucharme en los momentos difíciles y recordarme siempre que podía lograrlo. Este logro también lleva un poquito de ti y del cariño que siempre me has brindado.

A mis mejores amigos, Andy, Domenica y Heilly, gracias por formar parte de este camino y por estar presentes en los momentos buenos, en los difíciles y en aquellos en los que simplemente necesitaba saber que no estaba sola. Gracias por las risas, los consejos, las palabras de ánimo y por hacer que este proceso fuera mucho más llevadero.

Y de manera especial, a Heilly, mi compañera de tesis, gracias por compartir conmigo este desafío. Gracias por caminar conmigo hasta llegar a esta meta que hoy podemos mirar con orgullo y decir: lo logramos.

A cada uno de ustedes, gracias por ser parte de mi historia, por creer en mí y por acompañarme a alcanzar este sueño. Este logro lleva un pedacito de cada uno de ustedes.

Castro Espinoza Ariana Milena

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios y a la Virgencita, quienes han guiado cada uno de mis pasos, me han dado fortaleza en los momentos más difíciles y me han permitido alcanzar este sueño tan anhelado.

A mi mami, Cecilia, y a mi papi, Holger, por ser los pilares fundamentales de mi vida; por su amor incondicional, sus sacrificios, sus consejos y por creer siempre en mí. Cada logro que hoy alcanzo también les pertenece.

A mis tías, por acompañarme en cada etapa de este camino, sostenerme con su cariño y estar presentes siempre que las he necesitado.

A mi hermana Cristhel, por su apoyo, su paciencia y por ayudarme a hacer realidad mis proyectos personales, compartiendo conmigo no solamente mis responsabilidades, sino también mis sueños.

Y a toda mi familia, por estar siempre dispuesta a tenderme una mano, animarme a continuar y celebrar cada uno de mis logros. Este sueño cumplido también es de ustedes.

Con todo mi amor y gratitud, les dedico este importante logro de mi vida.

Carvache Montesdeoca Heilly Celinda

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por permitirme llegar hasta este momento y regalarme la fortaleza para transformar cada dificultad en una razón para seguir adelante.

A mis padres, Magaly y Williams, por ser el origen de tantos de mis sueños y por enseñarme, con su ejemplo, que las metas se alcanzan con valentía, constancia y amor.

A mi abuelita Leonor y mi tío Carlos Víctor, mis ángeles en el cielo, a quienes llevo conmigo en cada paso.

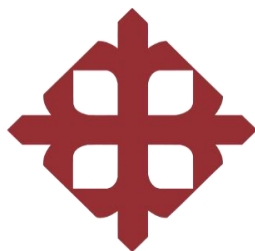
A Andy, Domenica y Heilly, por ser parte de esta etapa de mi vida y de tantos recuerdos que guardaré siempre.

A mi prima Daniela, porque ni los kilómetros pudieron impedir que estuviera presente en momentos importantes.

Y a toda mi familia, por ser parte de mi vida, por celebrar mis alegrías y por acompañarme de distintas maneras durante mi formación.

Con amor, dedico estas páginas como símbolo de una meta alcanzada, de un sueño que hoy se hace realidad y de todas las personas que forman parte de mi historia.

Castro Espinoza Ariana Milena



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

INDICE

INTRODUCCION.....	18
CAPITULO I.....	20
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	21
1.3 OBJETIVOS.....	21
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	21
CAPITULO II.....	23
MARCO TEORICO.....	23
2.1 DERMATITIS ATÓPICA.....	23
2.1.1 DEFINICIÓN.....	23
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	23
2.1.3 ETIOPATOGENIA.....	24
2.1.4 FACTORES DE RIESGO.....	25
2.1.5 MANIFESTACIONES CLINICAS.....	26
2.1.5.1 MORFOLOGIA DE LAS LESIONES.....	28
2.1.5.2 LOCALIZACIÓN ANATÓMICA.....	29
2.1.5.3 SINTOMAS ASOCIADOS.....	31
2.2 DIAGNÓSTICO.....	32
2.2.1 EVALUACIÓN CLÍNICA.....	33
2.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	34
2.2.3 VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD.....	35
2.3 COMPLICACIONES Y MANIFESTACIONES ASOCIADAS.....	36
CAPITULO III.....	38
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.2 POBLACION Y MUESTRA.....	38
3.2.1 POBLACION.....	38
3.2.2 MUESTRA.....	38
3.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	38
3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	39
3.4 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	40
3.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	41

CAPITULO IV	43
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
4.1 RESULTADOS.....	43
4.2 DISCUSIÓN	47
CAPITULO V	53
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
5.1 CONCLUSIONES.....	53
5.2 RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características demográficas y antecedentes clínicos de los pacientes con dermatitis atópica.	43
Tabla 2 Manifestaciones clínicas según morfología de las lesiones.	44
Tabla 3 Localización anatómica de las lesiones de dermatitis atópica	44
Tabla 4 Síntomas y manifestaciones clínicas asociadas	45
Tabla 5 Manifestaciones clínicas según grupo etario.	46

INDICE DE FIGURA

Figura 1 Fase clínica de la dermatitis atópica.	45
---	----

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica según su fase evolutiva.	28
Cuadro 2 Distribución anatómica y patrones clínicos predominantes de la dermatitis atópica según la edad.	30
Cuadro 3 Componentes de la evaluación clínica de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos.	34
Cuadro 4 Variables	39

RESUMEN

Introducción: La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica frecuente en niños, caracterizada por prurito y lesiones eccematosas variables según la edad, factores genéticos y ambientales. **Objetivo:** Caracterizar las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica atendidos en el Hospital General del Norte IESS "Los Ceibos" durante el período 2025–2026 **Métodos:** Este trabajo es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal mediante revisión de historias clínicas de pacientes con dermatitis atópica atendidos en el Hospital del Norte IESS Los Ceibos. Se incluirá el universo accesible mediante muestreo censal y los datos demográficos y clínicos. Se aplicará estadística descriptiva y pruebas de chi cuadrado o exacta de Fisher, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se evaluaron 181 pacientes, con una edad media de $6,75 \pm 5,37$ años y ligero predominio masculino (50,8%). Las manifestaciones más frecuentes fueron prurito (96,1%), xerosis (77,9%) y eritema (66,3%), con predominio en pliegues flexurales (54,1%). Las pápulas y la exudación fueron más comunes en menores de 2 años, las excoriaciones entre 2–11 años y la liquenificación en adolescentes ($p < 0,05$). **Conclusión:** La dermatitis atópica pediátrica se caracterizó principalmente por prurito, xerosis y lesiones eccematosas cuya morfología y distribución variaron con la edad, evolucionando desde formas agudas y exudativas en menores de dos años hacia excoriaciones y liquenificación en niños mayores y adolescentes.

Palabras clave: dermatitis atópica; manifestaciones clínicas; pediatría; prurito; lesiones cutáneas.

ABSTRACT

Introduction: Atopic dermatitis is a common chronic inflammatory disease in children, characterized by pruritus and eczematous lesions that vary according to age and genetic and environmental factors. **Objective:** To characterize the most frequent clinical manifestations in pediatric patients diagnosed with atopic dermatitis and treated at Hospital General del Norte IESS “Los Ceibos” during 2025–2026. **Methods:** An observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted through a review of the medical records of pediatric patients with atopic dermatitis. All eligible patients were included through census sampling. Demographic and clinical data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square or Fisher’s exact test, with statistical significance set at $p < 0.05$. **Results:** A total of 181 patients were evaluated, with a mean age of 6.75 ± 5.37 years and a slight male predominance (50.8%). The most frequent manifestations were pruritus (96.1%), xerosis (77.9%), and erythema (66.3%), with flexural folds being the most commonly affected sites (54.1%). Papules and exudation were more frequent in children younger than two years, excoriations in those aged 2–11 years, and lichenification in adolescents ($p < 0.05$). **Conclusion:** Pediatric atopic dermatitis was mainly characterized by pruritus, xerosis, and eczematous lesions whose morphology and distribution varied with age, progressing from acute and exudative forms in children younger than two years to excoriations and lichenification in older children and adolescents.

Keywords: atopic dermatitis; clinical manifestations; pediatrics; pruritus; skin lesions.

INTRODUCCION

La dermatitis atópica es una dermatosis inflamatoria crónica de elevada frecuencia en la edad pediátrica, caracterizada por un curso recurrente, prurito intenso y lesiones eccematosas cuya morfología y distribución anatómica varían de acuerdo con la edad del paciente (1,2). La carga epidemiológica de la dermatitis atópica ha experimentado cambios importantes durante las últimas décadas (3). La prevalencia infantil oscila entre el 15 % y el 20 % a nivel global, aunque presenta diferencias entre regiones, grupos étnicos y condiciones ambientales (1-3).

Las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica presentan un patrón evolutivo relacionado con la edad. El lactante desarrolla habitualmente lesiones agudas con eritema, edema, vesículas, exudación y excoriaciones, localizadas principalmente en la cara, las mejillas y el tronco, mientras que el compromiso de la región del pañal es menos habitual (1,4,5). El niño mayor presenta con mayor frecuencia xerosis, placas eccematosas mal delimitadas, liquenificación y compromiso predominante de superficies flexoras, muñecas y fosas poplíteas, en tanto que el adolescente puede manifestar lesiones localizadas en manos, párpados y pliegues o formas más extensas de eccema (5,6).

La expresión clínica de la enfermedad también se encuentra influenciada por factores individuales y contextuales. El fototipo cutáneo, la exposición a irritantes ambientales, las condiciones climáticas, la contaminación, la historia familiar de enfermedades atópicas y diversos factores socioambientales pueden modificar la presentación clínica y favorecer la aparición de exacerbaciones (1,6,7). Los estudios desarrollados en Ecuador describen resultados concordantes con la literatura internacional, identificando como manifestaciones predominantes el prurito, la xerosis, el eritema, las excoriaciones y la liquenificación, además de señalar la participación de antecedentes familiares, condiciones ambientales y características sociodemográficas en la presentación de la enfermedad (7-10).

De igual manera, las revisiones nacionales resaltan la importancia de reconocer oportunamente estas características clínicas para favorecer un abordaje integral desde los primeros niveles de atención (4,5,8). En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica atendidos en el Hospital General del Norte IESS "Los Ceibos", con el propósito de aportar información que contribuya al conocimiento del comportamiento clínico de esta enfermedad en el ámbito hospitalario ecuatoriano.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dermatitis atópica es una de las enfermedades dermatológicas más comunes en la población pediátrica y representa una causa frecuente de atención en los servicios de pediatría. Su comportamiento clínico es variable, ya que la morfología de las lesiones, la distribución anatómica y la intensidad de los síntomas cambian conforme avanza la edad del paciente y de acuerdo con diversos factores individuales y ambientales (1,2). Esta heterogeneidad clínica puede dificultar el reconocimiento temprano de la enfermedad, especialmente cuando las manifestaciones difieren de los patrones clásicos o coexisten con otras dermatosis pediátricas (6).

Los estudios internacionales han documentado diferencias importantes en la frecuencia de las manifestaciones clínicas y en la distribución de la enfermedad entre distintas poblaciones, influenciadas por factores genéticos, ambientales, climáticos y sociodemográficos (1,3,6). En Ecuador, las investigaciones disponibles han descrito características clínicas y factores asociados en poblaciones específicas, señalando al prurito, la xerosis, el eritema y la liquenificación entre los hallazgos más frecuentes; sin embargo, estos resultados corresponden principalmente a revisiones, estudios observacionales de alcance local o instituciones particulares, por lo que las características clínicas pueden variar entre hospitales y áreas geográficas del país (8,10,11).

El Hospital General del Norte IESS "Los Ceibos" atiende un número importante de pacientes pediátricos con enfermedades dermatológicas, entre ellas dermatitis atópica. La identificación de las manifestaciones clínicas predominantes en esta población permitirá disponer de un perfil clínico institucional que facilite el reconocimiento de los patrones de presentación más frecuentes, contribuya al fortalecimiento del abordaje diagnóstico y genere información útil para futuras investigaciones sobre esta enfermedad en el contexto hospitalario ecuatoriano.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica atendidos en el Hospital General del Norte IESS "Los Ceibos" durante el período 2025–2026?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica atendidos en el Hospital General del Norte IESS "Los Ceibos" durante el período 2025–2026.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas y los antecedentes clínicos de los pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica.
2. Identificar las manifestaciones clínicas presentes en los pacientes pediátricos con dermatitis atópica, de acuerdo con la morfología, localización anatómica y síntomas asociados.
3. Determinar la asociación entre las manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica y los diferentes grupos etarios pediátricos

1.4 JUSTIFICACIÓN

La dermatitis atópica es una patología de elevada frecuencia en la población pediátrica y representa un motivo recurrente de atención médica debido al carácter crónico de sus manifestaciones y a la repercusión que produce sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familias (1-3). La caracterización de sus manifestaciones clínicas resulta conveniente porque permite reconocer los patrones de presentación predominantes según la edad, favoreciendo una valoración clínica más integral y una orientación diagnóstica acorde con las características de cada paciente (1,6). Desde esta perspectiva, el estudio adquiere relevancia para la práctica clínica al aportar información directamente relacionada con la atención cotidiana de la población infantil.

La realización de esta investigación en el Hospital General del Norte IESS "Los Ceibos" permitirá disponer de información propia acerca de las

manifestaciones clínicas observadas en los pacientes atendidos en esta institución. Los resultados podrán servir como referencia para fortalecer los procesos de evaluación clínica, apoyar la toma de decisiones terapéuticas y complementar el conocimiento generado previamente en investigaciones desarrolladas en Ecuador sobre factores asociados y comportamiento clínico de la dermatitis atópica pediátrica (8-11). Asimismo, la información obtenida podrá constituir un insumo para el desarrollo de estrategias de educación dirigidas al personal sanitario y a los cuidadores, favoreciendo el reconocimiento oportuno de los signos característicos de la enfermedad.

El aporte científico del estudio radica en la descripción sistemática del perfil clínico de una población pediátrica atendida en un hospital de referencia, utilizando información obtenida a partir de historias clínicas. Desde el punto de vista metodológico, la investigación proporcionará una base organizada de datos clínicos que podrá emplearse en estudios posteriores relacionados con factores asociados, evolución clínica, gravedad de la enfermedad o respuesta al tratamiento. Los resultados contribuirán al fortalecimiento del conocimiento sobre la dermatitis atópica pediátrica en el contexto ecuatoriano y ampliarán la información disponible para futuras investigaciones nacionales.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 DERMATITIS ATÓPICA

2.1.1 DEFINICIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente de la piel, caracterizada por prurito intenso, xerosis, alteración de la barrera cutánea y lesiones eccematosas de morfología y distribución variables según la edad (2,5). Esta patología constituye una de las dermatosis más frecuentes en la población pediátrica y puede afectar la calidad de vida del paciente y de su familia. Su aparición resulta de la interacción entre predisposición genética, disfunción inmunológica, alteración de la barrera epidérmica y factores ambientales (6,7).

La enfermedad suele iniciar durante la infancia, aunque puede persistir hasta la adolescencia o la edad adulta. La evolución clínica se caracteriza por períodos de exacerbación y remisión. La identificación de sus manifestaciones clínicas más frecuentes permite orientar el diagnóstico, establecer la severidad y seleccionar oportunamente las medidas terapéuticas y preventivas (2,6).

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La dermatitis atópica constituye una de las enfermedades inflamatorias crónicas de la piel más frecuentes en la población pediátrica y se caracteriza por un inicio predominantemente temprano. Una proporción importante de los pacientes desarrolla las primeras manifestaciones durante la lactancia y se estima que alrededor del 90 % de los casos se presenta antes de los cinco años (2,4).

La edad representa un factor relevante en la expresión clínica de la enfermedad, debido a que la distribución y las características de las lesiones varían conforme avanza el desarrollo del niño (6,10). En los lactantes predominan las lesiones agudas y exudativas, localizadas principalmente en la cara y las superficies extensoras; durante la infancia, la presentación tiende

a evolucionar hacia lesiones más crónicas con predominio en áreas flexurales. En adolescentes pueden persistir las lesiones flexurales y presentarse manifestaciones en otras localizaciones, como manos, pies, cuello y región facial (10,12). Estas variaciones relacionadas con la edad evidencian la heterogeneidad de la presentación de la DA a lo largo de la etapa pediátrica y sustentan la importancia de considerar los grupos etarios como una variable relevante para describir y comparar sus características clínicas (7,8).

2.1.3 ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de la dermatitis atópica (DA) es multifactorial y resulta de la interacción entre la predisposición genética, la alteración de la barrera epidérmica, la desregulación inmunitaria, el microbioma cutáneo y diversos factores ambientales (3,4,7). La pérdida de integridad de la barrera cutánea incrementa la pérdida transepidérmica de agua y facilita la penetración de irritantes, alérgenos y microorganismos, favoreciendo la sequedad, la inflamación y una mayor vulnerabilidad de la piel (3,9). En algunos pacientes, este deterioro se relaciona con alteraciones de proteínas estructurales de la epidermis, particularmente de la filagrina, que pueden aumentar la susceptibilidad al desarrollo y persistencia de la enfermedad (4,12).

Desde el punto de vista inmunológico, la DA se caracteriza principalmente por una respuesta inflamatoria tipo 2, aunque otras vías inmunitarias pueden adquirir relevancia según la fase, el fenotipo y la evolución de la enfermedad (7,13). La interacción entre la disfunción de la barrera cutánea, la inflamación y el prurito establece un ciclo de prurito-rascado que perpetúa el daño epidérmico y favorece la persistencia o exacerbación de las lesiones (9,13).

La expresión clínica también está modulada por factores ambientales y desencadenantes individuales, entre ellos el clima seco o excesivamente caluroso, la sudoración, los cambios bruscos de temperatura, el estrés, determinados tejidos, jabones y productos irritantes, así como las infecciones cutáneas (12-15). La relevancia de estos factores varía entre los pacientes y, en conjunto con las características genéticas, inmunológicas y del microbioma, contribuye a explicar la heterogeneidad clínica observada en la población pediátrica con dermatitis atópica (3,7,14).

2.1.4 FACTORES DE RIESGO

La dermatitis atópica tiene un origen multifactorial, en cuyo desarrollo intervienen factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Dentro de ellos, los antecedentes personales y familiares de atopia tienen especial relevancia, ya que permiten identificar una mayor susceptibilidad individual y caracterizar el contexto clínico en el que aparece la enfermedad. La presencia de antecedentes familiares de dermatitis atópica u otras enfermedades alérgicas se ha relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar DA durante la infancia, lo que respalda la existencia de un componente hereditario en su aparición (3,4).

La DA forma parte del espectro de las enfermedades atópicas y puede presentarse de manera aislada o coexistir con otras manifestaciones alérgicas. Entre las asociaciones clínicas de mayor interés se encuentran el asma, la rinitis alérgica y las alergias alimentarias. Estas condiciones comparten mecanismos de susceptibilidad inmunológica y pueden aparecer en diferentes momentos de la vida del paciente, aunque su presencia, secuencia y gravedad no siguen necesariamente un patrón uniforme en todos los niños con dermatitis atópica (7,12).

El antecedente familiar de atopia constituye uno de los elementos que deben investigarse durante la valoración del paciente pediátrico. La presencia de dermatitis atópica, asma, rinitis u otras enfermedades alérgicas en padres o hermanos puede reflejar una predisposición genética compartida. Sin embargo, esta asociación no implica que todos los niños con antecedentes familiares desarrollarán la enfermedad, ya que la expresión clínica depende de la interacción de la susceptibilidad genética con factores inmunológicos, alteraciones de la barrera cutánea y exposiciones ambientales (3,4,13).

Los antecedentes personales de enfermedades atópicas también aportan información relevante. La coexistencia de asma o rinitis alérgica permite reconocer un perfil atópico más amplio y puede ser particularmente importante en niños con enfermedad persistente. En este contexto, la evaluación no debería limitarse exclusivamente a las lesiones cutáneas, sino considerar la

presencia previa o concomitante de síntomas respiratorios y otras manifestaciones alérgicas documentadas en la historia clínica (7,13).

La alergia alimentaria representa otro antecedente de interés, especialmente en determinados grupos de pacientes pediátricos. No obstante, su presencia debe establecerse a partir de antecedentes clínicos suficientemente documentados y no asumirse únicamente por el diagnóstico de dermatitis atópica. La relación entre ambas condiciones es compleja y puede variar según la edad, las características del paciente y la gravedad de la enfermedad cutánea (12,14). Por ello, para fines de investigación resulta conveniente diferenciar entre alergia alimentaria confirmada o registrada clínicamente y la simple sospecha o percepción familiar de intolerancia a determinados alimentos.

Además de los antecedentes atópicos clásicos, resulta pertinente registrar otras enfermedades dermatológicas o alérgicas que puedan coexistir con la DA. Esta información contribuye a describir de forma más completa las características clínicas de la población estudiada y permite reconocer posibles diferencias entre pacientes con y sin antecedentes asociados (9,16). Del mismo modo, dependiendo de la información disponible, pueden considerarse exposiciones ambientales capaces de favorecer la aparición o exacerbación de los síntomas, como determinados irritantes cutáneos, condiciones climáticas, sudoración o productos de higiene, aunque su influencia puede variar considerablemente entre individuos (15,16).

2.1.5 MANIFESTACIONES CLINICAS

La dermatitis atópica presenta una expresión clínica heterogénea, que puede variar considerablemente entre pacientes e incluso modificarse en un mismo individuo a lo largo del tiempo. No existe una lesión cutánea única que sea patognomónica de la enfermedad; por el contrario, el diagnóstico y la caracterización clínica se sustentan en la combinación del prurito, la morfología de las lesiones, su distribución anatómica, la evolución y otros hallazgos asociados. La edad del paciente, la duración de la enfermedad y la fase evolutiva influyen de manera importante en estas características (1,4,16).

El prurito constituye la manifestación cardinal de la dermatitis atópica y puede variar desde molestias ocasionales hasta formas intensas y persistentes. El rascado secundario al prurito favorece la aparición de excoriaciones, erosiones y engrosamiento progresivo de la piel y contribuye a mantener el ciclo de prurito-rascado. Cuando ocurre durante la noche puede ocasionar despertares frecuentes y reducción de la calidad del sueño, con repercusiones sobre el comportamiento, las actividades cotidianas y el bienestar del niño y su familia (5,14).

Otro hallazgo frecuente es la xerosis o sequedad cutánea, que puede encontrarse tanto en las zonas afectadas por el eccema como en áreas aparentemente libres de lesiones. A esta pueden sumarse eritema, pápulas, placas eccematosas, vesículas, exudación, costras, descamación, fisuras, excoriaciones y liquenificación. La presencia e intensidad de estos hallazgos depende del momento evolutivo de la enfermedad y del grado de rascado o fricción de la piel (4,16).

De manera general, las manifestaciones pueden clasificarse según correspondan a una fase aguda, subaguda o crónica. Esta diferenciación resulta útil para describir el estado clínico del paciente, aunque las fases no siempre aparecen de forma completamente separada. En un mismo niño pueden coexistir lesiones con diferentes características, especialmente cuando determinadas regiones corporales presentan mayor actividad inflamatoria que otras (16,17).

En la fase aguda predominan las lesiones eritematosas e inflamatorias, acompañadas de pápulas y, en algunos casos, vesículas, exudación y formación de costras. Durante la fase subaguda disminuye habitualmente el componente exudativo y adquieren mayor relevancia la descamación y las excoriaciones. Por su parte, la fase crónica se caracteriza por xerosis, engrosamiento cutáneo y liquenificación, relacionados principalmente con la persistencia del prurito y el rascado repetitivo (4,17).

Además de las manifestaciones cutáneas habituales, algunos pacientes pueden experimentar ardor, dolor o sangrado superficial, especialmente cuando existen excoriaciones o fisuras. También es importante reconocer

cambios que puedan sugerir una complicación infecciosa secundaria, como modificación del aspecto habitual de las lesiones, incremento de la exudación, aparición de costras amarillentas, dolor o signos inflamatorios locales. La presencia de manifestaciones sistémicas, como fiebre, requiere una valoración clínica dirigida para establecer su posible relación con un proceso infeccioso (14,17).

Existe un menor riesgo asociado a complicaciones peri-operatorias en la manga gástrica en comparación con el bypass gástrico Roux-en-Y, pero los riesgos a largo plazo incluyen deficiencias de vitaminas y minerales (especialmente B12, hierro, calcio y folato), aumento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y un posible aumento del esófago de Barrett y de los trastornos por uso de sustancias. Se requiere suplementación nutricional y seguimiento durante toda la vida (13,14).

Cuadro 1
Manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica según su fase evolutiva

Fase clínica	Características predominantes	Hallazgos asociados	Interpretación clínica
Aguda	Eritema, pápulas, vesículas, edema y placas eccematosas	Exudación, costras y excoriaciones	Predominio del componente inflamatorio activo
Subaguda	Eritema de intensidad variable y descamación	Excoriaciones y disminución de la exudación	Representa una fase intermedia entre las manifestaciones agudas y crónicas
Crónica	Xerosis, engrosamiento cutáneo y liquenificación	Fisuras, excoriaciones y alteraciones pigmentarias residuales	Se relaciona con inflamación persistente y rascado o fricción repetitivos

2.1.5.1 MORFOLOGIA DE LAS LESIONES

La morfología de las lesiones constituye uno de los principales componentes de la evaluación clínica de la dermatitis atópica. Su aspecto depende de la intensidad del proceso inflamatorio, el tiempo de evolución y los efectos producidos por el rascado. Por este motivo, un mismo paciente puede presentar simultáneamente lesiones agudas y crónicas en diferentes regiones corporales (1,16).

Las lesiones de aparición reciente suelen manifestarse como áreas eritematosas acompañadas de pápulas o placas eccematosas. Cuando la inflamación es más intensa pueden observarse edema, pequeñas vesículas y exudación, seguida de la formación de costras. El rascado modifica con frecuencia el aspecto inicial de las lesiones y favorece la aparición de excoriaciones y pequeñas erosiones superficiales (4,16).

Cuando las lesiones persisten, el patrón morfológico cambia progresivamente. La piel puede adquirir una apariencia seca, descamativa y engrosada. La fricción y el rascado mantenido producen liquenificación, caracterizada por aumento del grosor cutáneo y acentuación de los pliegues normales de la piel. También pueden aparecer fisuras y cambios residuales de la pigmentación, particularmente en zonas sometidas de manera repetida a inflamación o traumatismo por rascado (16,17).

2.1.5.2 LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

La distribución anatómica de las lesiones presenta variaciones relacionadas principalmente con la edad. Aunque la dermatitis atópica puede comprometer numerosas regiones corporales, existen patrones que aparecen con mayor frecuencia durante determinadas etapas del desarrollo pediátrico. Por esta razón, la localización de las lesiones debe analizarse juntamente con la edad y las características morfológicas encontradas durante la valoración clínica (1,5). Durante la lactancia, las lesiones afectan con frecuencia las mejillas y otras regiones de la cara, el cuero cabelludo y las superficies extensoras de las extremidades. También puede existir compromiso del tronco. En contraste, la región cubierta por el pañal puede encontrarse relativamente respetada, aunque este patrón no debe considerarse absoluto (5,16).

A medida que el niño crece, la distribución tiende a modificarse. En preescolares y escolares adquiere mayor relevancia el compromiso de las superficies flexurales, particularmente de los pliegues antecubitales y poplíteos. También pueden observarse lesiones en muñecas, tobillos y cuello. Este cambio de distribución constituye una característica clínica útil para diferenciar los patrones observados durante la lactancia de aquellos predominantes en edades posteriores (1,16).

Durante la adolescencia puede mantenerse la afectación flexural, aunque determinadas localizaciones adquieren mayor importancia, entre ellas las manos, los pies, el cuello, la cara y la región periocular. La distribución puede ser localizada o comprometer varias regiones simultáneamente, dependiendo de la extensión y actividad de la enfermedad (5,17).

Cuadro 2

Distribución anatómica y patrones clínicos predominantes de la dermatitis atópica según la edad.

Grupo etario	Características clínicas predominantes	Localizaciones frecuentes	Patrón característico y hallazgos asociados
Lactantes y niños <2 años	Predominio de lesiones agudas: pápulas y placas eritematosas, vesículas, exudación y costras. Xerosis y prurito frecuentes.	Mejillas, cara, cuero cabelludo, tronco y superficies extensoras de las extremidades. El área del pañal suele permanecer respetada.	Predominio facial y extensor, con lesiones de carácter principalmente agudo.
Niños de 2 a 11 años	Mayor tendencia a lesiones crónicas, con xerosis persistente, excoriaciones, placas eccematosas y liquenificación secundaria al rascado.	Principalmente fosas antecubitales y poplíteas; también muñecas, tobillos y cuello.	Transición hacia un patrón predominantemente flexural. Pueden coexistir pitiriasis alba, queratosis pilaris, hiperlinealidad palmar y pliegues infraorbitarios.
Adolescentes de 12 a 17 años	Predominio de lesiones crónicas, como placas descamativas, excoriaciones y liquenificación, generalmente acompañadas de prurito persistente.	Pliegues flexurales, manos, pies, cuello, cara y región periocular.	Persistencia del patrón flexural, con compromiso de localizaciones específicas. El prurito y las lesiones visibles pueden afectar el sueño, las actividades cotidianas y la calidad de vida.

2.1.5.3 SINTOMAS ASOCIADOS

El prurito es el síntoma predominante y uno de los elementos que mayor repercusión puede tener sobre la vida cotidiana del paciente. Su intensidad es variable y puede incrementarse durante los períodos de exacerbación. El rascado proporciona un alivio transitorio, pero al mismo tiempo produce nuevas lesiones en la superficie cutánea y favorece el mantenimiento de la inflamación, estableciendo el característico ciclo de prurito-rascado (4,14).

La repercusión del prurito adquiere particular importancia durante la noche. Los niños pueden presentar dificultad para conciliar el sueño, despertares repetidos o reducción del tiempo total de descanso. Cuando estos episodios son frecuentes pueden acompañarse de irritabilidad y afectar el funcionamiento cotidiano del paciente. Las alteraciones del sueño también pueden repercutir en los cuidadores, especialmente durante los períodos de mayor actividad de la enfermedad (14,17).

La sequedad cutánea constituye otra manifestación habitual y puede acompañarse de sensación de tirantez o irritación. Algunos pacientes refieren además ardor o dolor, particularmente cuando existen fisuras, erosiones o excoriaciones producidas por el rascado. En lesiones intensamente excoriadas puede presentarse sangrado superficial, lo que refleja el daño mecánico de la piel más que una manifestación específica de la enfermedad (4,16).

En la valoración clínica debe prestarse atención a manifestaciones que puedan indicar una complicación secundaria. El incremento del exudado, la aparición de nuevas costras, el dolor localizado o cambios inflamatorios diferentes al patrón habitual pueden justificar la búsqueda de infección cutánea. La presencia de fiebre u otros síntomas generales requiere una valoración más amplia y no debe atribuirse automáticamente a la dermatitis atópica (14,17).

De esta manera, la evaluación de la dermatitis atópica pediátrica debe integrar morfología, localización y sintomatología, en lugar de limitarse a determinar únicamente la presencia o ausencia de lesiones. Esta aproximación permite

representar con mayor precisión la variabilidad clínica de la enfermedad y facilita posteriormente el análisis de las diferencias relacionadas con la edad, la evolución y la gravedad del cuadro (1,16,17).

2.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la dermatitis atópica es principalmente clínico. Se establece a partir de la historia del paciente, los síntomas, las características de las lesiones cutáneas, su distribución y la evolución de la enfermedad. No existe una prueba de laboratorio específica que, por sí sola, permita confirmar el diagnóstico, por lo que la anamnesis y el examen físico continúan siendo los elementos centrales de la valoración, especialmente en la población pediátrica (1,4,14).

La presentación clínica puede variar de acuerdo con la edad y la etapa evolutiva de la enfermedad. A pesar de esta variabilidad, existen algunos elementos que orientan de manera importante al diagnóstico:

- Prurito: es la manifestación más característica de la dermatitis atópica y puede estar presente incluso cuando las lesiones cutáneas son poco extensas. El rascado repetido favorece la aparición de excoriaciones y, cuando se mantiene en el tiempo, contribuye al engrosamiento y liquenificación de la piel. En algunos niños el prurito se intensifica durante la noche y puede interferir con el sueño (14,16).
- Lesiones eccematosas: su aspecto depende del momento evolutivo. Durante los episodios agudos pueden observarse eritema, pápulas, vesículas, edema, exudación y costras. En las formas de mayor duración son más habituales la descamación, las excoriaciones, la xerosis y la liquenificación (14,17).
- Distribución relacionada con la edad: la localización de las lesiones cambia conforme el niño crece. En los lactantes es frecuente el compromiso de las mejillas, el cuero cabelludo y las superficies extensoras. Posteriormente, las lesiones tienden a localizarse en áreas flexurales, especialmente en las fosas antecubitales y poplíteas. Durante la adolescencia puede mantenerse este patrón y

aparecer compromiso de manos, pies, cuello, cara y región periocular (14,16,17).

- Curso crónico o recurrente: es habitual que los pacientes presenten períodos de exacerbación alternados con etapas de mejoría. La duración y frecuencia de estos episodios pueden ser diferentes entre pacientes e incluso variar a lo largo de la vida del mismo niño (5,16).
- Xerosis: la sequedad cutánea es frecuente y no necesariamente se limita a las zonas donde existen lesiones activas. Su presencia guarda relación con las alteraciones de la barrera cutánea características de la enfermedad (14,17).
- Antecedentes de atopia: los antecedentes personales o familiares de dermatitis atópica, asma o rinitis alérgica apoyan la sospecha diagnóstica. Sin embargo, no están presentes en todos los pacientes y su ausencia no permite excluir la enfermedad (5,16,18).

2.2.1 EVALUACIÓN CLÍNICA

La valoración del paciente no debe limitarse a identificar la presencia de lesiones compatibles con dermatitis atópica. También es importante determinar desde cuándo están presentes, cómo han evolucionado, cuáles son las zonas afectadas y qué repercusión tienen los síntomas sobre las actividades habituales del niño. En la anamnesis se debe investigar la edad de inicio, el tiempo de evolución, la frecuencia de las exacerbaciones y la existencia de períodos de remisión. Asimismo, conviene registrar los antecedentes personales y familiares de enfermedades atópicas y aquellos factores que el paciente o sus cuidadores relacionen con el empeoramiento de las lesiones (16–20).

El examen físico debe describir la morfología de las lesiones y su distribución. Dependiendo de la fase clínica pueden encontrarse eritema, pápulas, vesículas, exudación, costras, descamación, fisuras, excoriaciones o liquenificación. También debe valorarse la presencia de xerosis y de lesiones producidas o agravadas por el rascado (14,17).

Una evaluación clínica estructurada puede considerar los siguientes componentes:

Cuadro 3

Componentes de la evaluación clínica de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos.

Componente	Aspectos que deben evaluarse
Inicio y evolución	Edad de aparición, tiempo de enfermedad, frecuencia de las exacerbaciones y períodos de remisión
Antecedentes	Historia personal o familiar de dermatitis atópica, asma, rinitis alérgica u otras enfermedades atópicas
Síntomas	Prurito, xerosis, ardor, dolor, alteraciones del sueño y repercusión en las actividades habituales
Morfología	Eritema, pápulas, vesículas, exudación, costras, descamación, fisuras, excoriaciones y liquenificación
Distribución	Cara, cuero cabelludo, tronco, superficies extensoras, pliegues, manos, pies, cuello y región periocular
Posibles desencadenantes	Irritantes, sudoración, fricción, condiciones ambientales, productos aplicados sobre la piel y otros factores referidos por el paciente o cuidador
Complicaciones	Signos de infección secundaria, extensión importante de las lesiones, alteraciones del sueño y otras repercusiones funcionales

2.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A lo largo del tiempo se han propuesto diferentes sistemas para facilitar y estandarizar el diagnóstico de la dermatitis atópica. Entre los más conocidos se encuentran los criterios de Hanifin y Rajka y los desarrollados posteriormente por el UK Working Party (19,20). Los criterios de Hanifin y Rajka reúnen características mayores y menores. Entre los elementos principales se incluyen el prurito, la morfología y distribución típica de las lesiones, el curso crónico o recurrente y los antecedentes personales o familiares de atopia. A estos se añaden diferentes características clínicas que pueden acompañar a la enfermedad, como la xerosis y otros signos relacionados con el terreno atópico (20,21).

Aunque estos criterios permiten una valoración amplia, la cantidad de elementos que incluyen puede dificultar su aplicación rutinaria. Por esta razón

se desarrollaron propuestas más sencillas, entre ellas los criterios del UK Working Party, que buscan facilitar la identificación de los pacientes mediante un número menor de variables clínicas (21,22). En este último sistema, el antecedente de una enfermedad cutánea pruriginosa constituye el punto de partida y se complementa con otros elementos, como antecedentes de compromiso de los pliegues, historia personal de enfermedades atópicas, xerosis, inicio de las manifestaciones a edades tempranas y presencia de dermatitis flexural visible, considerando las adaptaciones correspondientes para los niños pequeños (21-23).

Estos sistemas resultan especialmente útiles cuando se busca mantener criterios homogéneos para la selección de pacientes en investigaciones clínicas y epidemiológicas. Sin embargo, su aplicación debe acompañarse siempre de la valoración integral del paciente y de la consideración de otras enfermedades que pueden presentar manifestaciones cutáneas similares.

2.2.3 VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

Una vez establecido el diagnóstico, la intensidad y extensión de la dermatitis pueden evaluarse mediante instrumentos estandarizados. Estas escalas no establecen el diagnóstico, sino que permiten describir la gravedad de la enfermedad y valorar su evolución de una manera más uniforme (22,23).

Entre los instrumentos utilizados se encuentran:

- SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis): considera la extensión de las lesiones, la intensidad de diferentes signos clínicos y síntomas subjetivos, entre ellos el prurito y las alteraciones del sueño.
- EASI (Eczema Area and Severity Index): valora la extensión de la superficie afectada y la intensidad de signos como eritema, edema o papulación, excoriaciones y liquenificación en distintas regiones corporales.
- POEM (Patient-Oriented Eczema Measure): se centra en la frecuencia de los síntomas experimentados por el paciente durante un período reciente y aporta una valoración desde la perspectiva del propio paciente o de su cuidador.

La elección de una escala depende del objetivo de la evaluación y de la información disponible. En investigaciones retrospectivas, las puntuaciones deberían utilizarse únicamente cuando hayan sido registradas de manera adecuada en la historia clínica. Si no se dispone de todos los componentes requeridos por una escala, no resulta apropiado reconstruir retrospectivamente una puntuación completa a partir de información incompleta (22,23).

2.3 COMPLICACIONES Y MANIFESTACIONES ASOCIADAS

La dermatitis atópica puede ocasionar complicaciones derivadas de la alteración de la barrera cutánea, la inflamación persistente y el rascado. Estas manifestaciones no solo afectan la piel, sino que también pueden repercutir sobre el sueño, las actividades cotidianas y la calidad de vida del niño y su familia (23, 24).

Infecciones cutáneas secundarias

La alteración de la barrera epidérmica y las lesiones producidas por el rascado favorecen la colonización y la infección por microorganismos. *Staphylococcus aureus* es frecuente en la piel de pacientes con dermatitis atópica y puede contribuir a las exacerbaciones, aunque su presencia no implica necesariamente una infección activa (21,22).

La sobreinfección bacteriana puede sospecharse ante aumento del eritema, exudación, costras amarillentas, pústulas, dolor o empeoramiento rápido de las lesiones (22,23). También existe mayor susceptibilidad a determinadas infecciones virales, entre ellas el eccema herpético asociado al virus del herpes simple, que puede manifestarse con vesículas o erosiones dolorosas y, ocasionalmente, síntomas sistémicos. Las infecciones micóticas son menos características, pero deben considerarse ante lesiones atípicas o de evolución inusual (24).

Consecuencias del prurito y rascado persistente

El prurito favorece un ciclo de prurito–rascado–inflamación que contribuye al mantenimiento y agravamiento de las lesiones. El rascado repetitivo puede

producir excoriaciones, fisuras y, en cuadros crónicos, engrosamiento y liquenificación de la piel (23,24).

Después de los episodios inflamatorios también pueden persistir alteraciones de la pigmentación, manifestadas como áreas de hiperpigmentación o hipopigmentación. Estos cambios residuales deben diferenciarse de lesiones inflamatorias activas durante el seguimiento clínico (23,24).

Alteraciones del sueño

El prurito suele intensificarse durante la noche y puede dificultar la conciliación y el mantenimiento del sueño. Los despertares frecuentes y el rascado nocturno pueden generar cansancio, irritabilidad, dificultades de atención y menor rendimiento en las actividades escolares (22,24). En niños pequeños, estas alteraciones también pueden afectar el descanso de los padres o cuidadores, por lo que la repercusión de la enfermedad puede extenderse al entorno familiar (21,23,24).

Calidad de vida y repercusión psicosocial

El curso crónico de la enfermedad, el prurito, las alteraciones del sueño y la visibilidad de las lesiones pueden afectar el bienestar emocional y las actividades cotidianas. En escolares pueden presentarse dificultades de concentración y participación, mientras que en adolescentes las lesiones visibles pueden repercutir sobre la imagen corporal y las relaciones sociales (23,24).

La familia también puede verse afectada por el tiempo destinado al tratamiento, las interrupciones del sueño y la atención requerida durante las exacerbaciones. Por ello, la gravedad de la dermatitis atópica debe valorarse considerando tanto las manifestaciones cutáneas como su impacto funcional, emocional y familiar (23,24).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación será de tipo observacional, descriptiva y retrospectiva, con diseño transversal de revisión de historias clínicas. Se describieron las características demográficas, los antecedentes y las manifestaciones clínicas de pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica. El estudio no implicó intervención sobre los pacientes. La información se obtuvo de registros clínicos previamente elaborados y se analizará de manera anónima y confidencial.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

3.2.1 POBLACION

La población estuvo conformada por pacientes pediátricos de ambos sexos, con diagnóstico clínico de dermatitis atópica, atendidos en los servicios de Dermatología, Pediatría o Consulta Externa del Hospital del Norte IESS “Los Ceibos”, durante el periodo comprendido entre junio de 2025 y junio de 2026. Este periodo incluyó la recolección de la información, la tabulación y el análisis de los datos, así como la elaboración y finalización del trabajo de titulación.

3.2.2 MUESTRA

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y no presenten criterios de exclusión durante el período de junio del 2025 a junio 2026. Por tratarse de una revisión del universo accesible, se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo censal.

3.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.2.2.1.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes menores a 18 años.
- Pacientes dentro del rango de edad pediátrica definido por la institución o el protocolo de investigación.

- Pacientes con diagnóstico clínico documentado de dermatitis atópica.
- Pacientes atendidos durante el período establecido de junio 2025 a junio 2026.

3.2.2.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades dermatológicas concomitantes que impidan diferenciar las lesiones, cuando esta situación esté documentada.

3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Cuadro 4
Variables

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Resultado
Sexo	Sexo biológico registrado en la historia clínica	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino / Femenino
Grupo etario	Clasificación del paciente según la edad registrada al momento de la evaluación	Cualitativa ordinal	<2 años / 2–11 años / 12–17 años
Edad	Edad del paciente al momento de la evaluación clínica	Cuantitativa discreta	Años
Antecedentes personales de atopia	Presencia de enfermedades atópicas adicionales documentadas en el paciente	Cualitativa nominal politómica	Asma / Rinitis alérgica / Otras / Ninguna
Antecedentes familiares de atopia	Presencia de enfermedades atópicas documentadas en familiares del paciente	Cualitativa nominal múltiple	Dermatitis atópica / Asma / Rinitis alérgica / Otras / Ninguna
Morfología de las lesiones	Características morfológicas de las lesiones cutáneas identificadas durante la evaluación clínica	Cualitativa nominal múltiple	Eritema / Pápulas / Vesículas / Exudación / Costras / Descamación / Fisuras /

			Excoriaciones / Liquenificación
Localización anatómica	Regiones corporales afectadas por lesiones compatibles con dermatitis atópica	Cualitativa nominal múltiple	Cara o mejillas / Cuero cabelludo / Tronco / Superficies extensoras / Pliegues flexurales / Manos / Pies / Cuello / Región periocular
Síntomas asociados:			
Prurito	Presencia de sensación de picação asociada con las lesiones cutáneas	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No
Xerosis	Presencia de sequedad cutánea documentada durante la evaluación	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No
Ardor	Presencia de sensación de ardor relacionada con las lesiones cutáneas	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No
Dolor	Presencia de dolor asociado con las lesiones cutáneas	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No
Alteraciones del sueño	Presencia de dificultad para conciliar o mantener el sueño relacionada con el prurito o las lesiones	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No
Sobreinfección cutánea	Presencia documentada de infección secundaria asociada con las lesiones de dermatitis atópica	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No

3.4 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

La recolección de los datos se realizó mediante la revisión documental de las historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de dermatitis

atópica atendidos en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos, durante el período comprendido entre enero de 2025 y mayo de 2026. Para registrar la información, se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada de acuerdo con los objetivos y la operacionalización de las variables del estudio. Esta incluyó edad, sexo, grupo etario, edad de inicio, tiempo de evolución, antecedentes personales y familiares de atopia, morfología y localización de las lesiones, síntomas asociados, complicaciones y fase clínica predominante.

3.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos se ingresaron en una base diseñada en Microsoft Excel. Posteriormente, se realizó la depuración de la información mediante la identificación de registros duplicados, datos incompletos, valores fuera de rango e inconsistencias entre las variables.

Una vez verificada la calidad de la base, los datos fueron codificados y exportados al programa IBM SPSS Statistics, versión 26, para su procesamiento. Las variables con respuestas múltiples, como los antecedentes familiares, la morfología de las lesiones y la localización anatómica, fueron codificadas individualmente mediante categorías dicotómicas de presencia o ausencia. La base de datos se almacenó en un dispositivo protegido mediante contraseña y su acceso se restringió al investigador y al tutor autorizado. Los resultados se presentaron de manera agrupada mediante tablas y gráficos, sin incluir información que permitiera identificar individualmente a los pacientes.

3.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. En las variables cuantitativas se evaluó la distribución de los datos y se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. Las variables con distribución aproximadamente normal se presentaron mediante media y desviación estándar; aquellas que no cumplieron este supuesto se describieron mediante mediana y rango intercuartílico.

Las manifestaciones clínicas, la morfología y localización de las lesiones, los síntomas asociados y las complicaciones se presentaron de forma general y estratificada según los grupos etarios: menores de 2 años, de 2 a 11 años y de 12 a 17 años. Para explorar la asociación entre el grupo etario y las manifestaciones clínicas se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson. Cuando las frecuencias esperadas no cumplieron los supuestos de esta prueba, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Debido al carácter descriptivo y transversal del estudio, los resultados no se interpretaron como relaciones causales.

3.7 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló de acuerdo con los principios éticos aplicables a los estudios con seres humanos y con la normativa nacional vigente. Para proteger la confidencialidad, cada registro fue identificado mediante un código alfanumérico. No se recopilaron nombres, números de identificación, direcciones, teléfonos ni otros identificadores directos. La base codificada permaneció bajo custodia del investigador principal, protegida mediante contraseña y con acceso restringido. Los resultados se presentaron de forma agregada y se utilizaron exclusivamente con fines académicos y científicos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

En el período de estudio se muestra un total de 181 pacientes pediátricos con diagnóstico de dermatitis atópica atendidos en el Hospital General del Norte IESS “Los Ceibos”. La edad media es de $6,75 \pm 5,37$ años, con un rango comprendido entre 0,3 y 17,8 años. En la tabla 1 en cuanto al sexo, se observa una distribución prácticamente homogénea, con un ligero predominio del sexo masculino, correspondiente a 92 pacientes (50,8%). El grupo etario más frecuente es el de 2 a 11 años, con 85 pacientes (47,0%). La edad de inicio de las manifestaciones clínicas presenta una media de $35,5 \pm 33,0$ meses, mientras que el tiempo de evolución de la enfermedad fue de $45,5 \pm 43,8$ meses. En relación con los antecedentes clínicos, la rinitis alérgica constituye el antecedente personal y familiar más frecuente, presente en 51 pacientes (28,2%).

Tabla 1
Características demográficas y antecedentes clínicos de los pacientes con dermatitis atópica.

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	92	50,8
Femenino	89	49,2
Grupo etario		
<2 años	56	30,9
2–11 años	85	47,0
12–17 años	40	22,1
Antecedentes personales		
Rinitis alérgica	51	28,2
Asma	33	18,2
Otras atopias	13	7,2
Antecedentes familiares		
Rinitis alérgica	42	23,2
Dermatitis atópica	40	22,1
Asma	35	19,3
Otras atopias	10	5,5

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte IESS “Los Ceibos”. Castro-Carvache, 2026.

En la tabla 2 se observa la morfología de las lesiones, el eritema es la manifestación más frecuente, presentándose en 120 pacientes (66,3%). Le siguieron las excoriaciones en 97 (53,6%), descamación en 96 (53,0%), pápulas en 82 (45,3%) y liquenificación en 66 (36,5%).

Tabla 2
Manifestaciones clínicas según morfología de las lesiones.

Morfología	n	%
Eritema	120	66,3
Pápulas	82	45,3
Vesículas	20	11,0
Exudación	35	19,3
Costras	47	26,0
Descamación	96	53,0
Fisuras	41	22,7
Excoriaciones	97	53,6
Liquenificación	66	36,5

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte IESS “Los Ceibos”. Castro-Carvache, 2026.

En la tabla 3 se muestra en cuanto a la localización anatómica, los pliegues flexurales constituyen el sitio afectado con mayor frecuencia, presente en 98 pacientes (54,1%), seguido de cara/mejillas en 76 (42,0%) y superficies extensoras en 61 (33,7%).

Tabla 3
Localización anatómica de las lesiones de dermatitis atópica

Localización anatómica	n	%
Cara o mejillas	76	42,0
Cuero cabelludo	40	22,1
Tronco	51	28,2
Superficies extensoras	61	33,7
Pliegues flexurales	98	54,1
Manos	29	16,0
Pies	27	14,9
Cuello	51	28,2
Región periocular	39	21,5

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte IESS “Los Ceibos”. Castro-Carvache, 2026.

En la tabla 4 se observa la relación con los síntomas asociados, el prurito es la manifestación predominante, registrado en 174 pacientes (96,1%), seguido

de xerosis en 141 (77,9%). Las alteraciones del sueño están presentes en 77 pacientes (42,5%)

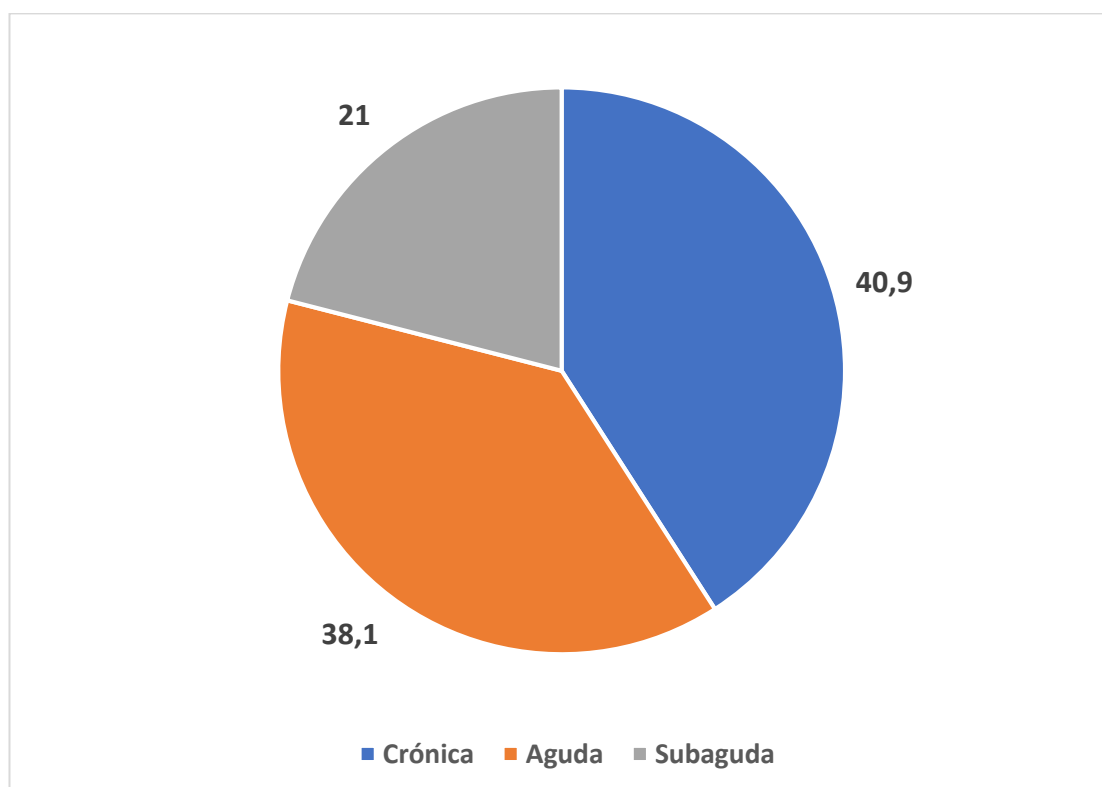
Tabla 4
Síntomas y manifestaciones clínicas asociadas

Manifestación	n	%
Prurito	174	96,1
Xerosis	141	77,9
Ardor	17	9,4
Dolor	30	16,6
Alteraciones del sueño	77	42,5
Sobreinfección cutánea	28	15,5

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte IESS “Los Ceibos”. Castro-Carvache, 2026.

En cuanto a la fase clínica, la forma crónica es la más frecuente con 74 pacientes (40,9%), seguida de la fase aguda con 69 (38,1%) y la subaguda con 38 (21,0%) como se observa en el figura 1.

Figura 1
Fase clínica de la dermatitis atópica.



Fuente: Base de datos Hospital General del Norte IESS “Los Ceibos”. Castro-Carvache, 2026.

En la tabla 5 se muestra las manifestaciones clínicas según los grupos etarios, se observan diferencias estadísticamente significativas en algunas

manifestaciones clínicas. Las pápulas son más frecuentes en menores de 2 años (58,9%) y disminuyeron hasta 32,5% en adolescentes ($p=0,028$); de forma similar, la exudación es de 30,4% a 7,5% ($p=0,017$). Por el contrario, las excoriaciones son más frecuentes entre los 2–11 años (63,5%) y la liquenificación en los adolescentes (45,0%), con diferencias significativas ($p=0,010$ y $p=0,007$, respectivamente). El prurito se encuentra elevado en los tres grupos (92,5–98,2%) y la xerosis entre 76,5–82,5%, sin diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

Tabla 5
Manifestaciones clínicas según grupo etario.

Manifestación	<2 años (n=56)	2–11 años (n=85)	12–17 años (n=40)	Valor p
Eritema	41 (73,2%)	53 (62,4%)	26 (65,0%)	0,402
Pápulas	33 (58,9%)	36 (42,4%)	13 (32,5%)	0,028
Vesículas	9 (16,1%)	10 (11,8%)	1 (2,5%)	0,108
Exudación	17 (30,4%)	15 (17,6%)	3 (7,5%)	0,017
Costras	19 (33,9%)	18 (21,2%)	10 (25,0%)	0,237
Descamación	24 (42,9%)	49 (57,6%)	23 (57,5%)	0,185
Fisuras	9 (16,1%)	26 (30,6%)	6 (15,0%)	0,056
Excoriaciones	21 (37,5%)	54 (63,5%)	22 (55,0%)	0,010
Liquenificación	11 (19,6%)	37 (43,5%)	18 (45,0%)	0,007
Prurito	55 (98,2%)	82 (96,5%)	37 (92,5%)	0,350
Xerosis	43 (76,8%)	65 (76,5%)	33 (82,5%)	0,729
Alteraciones del sueño	26 (46,4%)	35 (41,2%)	16 (40,0%)	0,772
Dolor	7 (12,5%)	16 (18,8%)	7 (17,5%)	0,604
Sobreinfección cutánea	7 (12,5%)	14 (16,5%)	7 (17,5%)	0,752
Ardor	5 (8,9%)	10 (11,8%)	2 (5,0%)	0,476

Fuente: Base de datos Hospital General del Norte IESS “Los Ceibos”. Castro-Carvache, 2026.

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar las manifestaciones clínicas más frecuentes de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos durante el período de del 2025 a junio del 2026. En cuanto a las características demográficas, se observó una distribución similar según el sexo, con un ligero predominio masculino. La edad media fue de $6,75 \pm 5,37$ años, y el grupo de 2 a 11 años concentró la mayor proporción de casos (47,0 %), seguido de los menores de 2 años (30,9 %). Aunque la dermatitis atópica puede presentarse en cualquier etapa de la vida, su inicio es especialmente frecuente durante los primeros años. Ständer (1) señala que la enfermedad comienza habitualmente en la infancia y puede persistir, remitir o reaparecer posteriormente. De manera similar, Silverberg et al. (3) encontraron que afecta a una proporción considerable de la población pediátrica, aunque su frecuencia y gravedad varían según la edad y la región geográfica. Respecto a los antecedentes personales, predominó la rinitis alérgica (28,2 %), seguida del asma (18,2 %). Entre los antecedentes familiares, los más frecuentes fueron la rinitis alérgica (23,2 %), la dermatitis atópica (22,1%) y el asma (19,3%)

En relación con el sexo, la distribución fue prácticamente uniforme, con un ligero predominio masculino del 50,8%. Este hallazgo fue similar al descrito por Arias-Orellana y Corbacho-Cordero (6), quienes encontraron un 52,5% de pacientes masculinos en su población pediátrica. La cercanía entre ambos resultados sugirió que, al menos durante la infancia, no existió necesariamente un predominio marcado de uno de los sexos. Esta observación fue concordante con la heterogeneidad epidemiológica descrita por Tian et al. (25), quienes identificaron variaciones en la distribución de la enfermedad según la edad, la región geográfica y las características de las poblaciones estudiadas.

La edad media de inicio de las manifestaciones guardó relación con la historia natural descrita para esta enfermedad. Esta característica también ha sido observada en poblaciones latinoamericanas. Arias-Orellana y Corbacho-Cordero (6), en pacientes pediátricos atendidos en un hospital de referencia

de Lima, encontraron una mediana de edad de cuatro años y una mediana de inicio de la dermatitis atópica de tres años. Estos resultados fueron particularmente cercanos a los obtenidos en el presente estudio. Las diferencias entre las edades de presentación podrían relacionarse con la población incluida, el nivel de complejidad del establecimiento, los criterios utilizados para establecer el diagnóstico y el momento en que los pacientes accedieron a la atención especializada.

En los antecedentes personales, la rinitis alérgica fue la condición más frecuente (28,2%), seguida del asma (18,2%). Entre los antecedentes familiares también destacaron la rinitis alérgica (23,2%), la dermatitis atópica (22,1%) y el asma (19,3%). La coexistencia de estas enfermedades resultó esperable, debido a que la dermatitis atópica forma parte del espectro de enfermedades atópicas. Paller et al. (17) identificaron una elevada presencia de comorbilidades alérgicas en niños con dermatitis atópica. Asimismo, Mrkić Kobal et al. (18) describieron que la marcha atópica comprende la coexistencia o progresión hacia otras enfermedades, como la alergia alimentaria, la rinitis alérgica y el asma.

No obstante, la ausencia de antecedentes atópicos en una proporción importante de los pacientes también mereció consideración. Arias-Orellana y Corbacho-Cordero (6) encontraron que aproximadamente el 70% de su población pediátrica no registraba antecedentes personales ni familiares de atopia. Esto puso de manifiesto que, aunque los antecedentes alérgicos pueden aumentar la susceptibilidad, su ausencia no excluye el diagnóstico. Sroka-Tomaszewska y Trzeciak (7) explican que la dermatitis atópica es una enfermedad multifactorial en cuyo desarrollo intervienen alteraciones de la barrera epidérmica, mecanismos inmunológicos, factores genéticos y cambios del microbioma cutáneo, por lo que no puede atribuirse únicamente a la presencia de antecedentes familiares.

En cuanto a la morfología, el eritema fue el hallazgo más frecuente (66,3%), seguido de las excoriaciones (53,6%), la descamación (53,0%), las pápulas (45,3%) y la liquenificación (36,5%). Este conjunto de lesiones correspondió al amplio espectro morfológico descrito en la dermatitis atópica. Rincón-Pérez

et al. (5) señalan que la enfermedad puede expresarse mediante eritema, pápulas, vesículas, costras, xerosis, excoriaciones y liquenificación. De manera similar, Raimondo y Lembo (4) sostienen que la apariencia de las lesiones varía según la edad, la actividad inflamatoria y el tiempo de evolución de la enfermedad.

La liquenificación estuvo presente en el 36,5% de la población total y mostró un incremento con la edad, desde el 19,6% en menores de 2 años hasta el 43,5% en niños de 2 a 11 años y el 45,0% en adolescentes. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,007$). Arias-Orellana y Corbacho-Cordero (6) encontraron una frecuencia de liquenificación del 71,4% en su población pediátrica, además de un predominio de la fase crónica. Aunque esta proporción fue superior a la encontrada en Los Ceibos, ambos estudios mostraron una presencia importante de lesiones relacionadas con la cronicidad y el rascado persistente.

Esta diferencia podría estar relacionada con las características de las poblaciones estudiadas y con el hecho de que el estudio peruano se realizó en un hospital pediátrico de referencia, donde podrían concentrarse pacientes con cuadros persistentes o de mayor complejidad. En cambio, la población atendida en Los Ceibos pudo incluir una mayor diversidad de presentaciones clínicas y tiempos de evolución. También pudieron influir las diferencias en la documentación de las lesiones y en los criterios utilizados para clasificarlas.

En cuanto a la localización anatómica en la población general, los pliegues flexurales constituyeron la región afectada con mayor frecuencia (54,1%), seguidos de la cara y las mejillas (42,0%) y las superficies extensoras (33,7%). Este patrón concordó con lo descrito por Ständer (1), quien señala que la apariencia y distribución de las lesiones cambian según la edad. Raimondo y Lembo (4) también describen que durante los primeros años las lesiones suelen comprometer la cara y las superficies extensoras, mientras que posteriormente adquiere mayor importancia la afectación de los pliegues flexurales.

Al comparar las manifestaciones clínicas según los grupos etarios, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las pápulas, la exudación, las excoriaciones y la liquenificación. Las pápulas disminuyeron del 58,9% en menores de 2 años al 42,4% entre los 2 y 11 años y al 32,5% en adolescentes ($p=0,028$). Una tendencia similar se observó en la exudación, cuya frecuencia pasó del 30,4% al 17,6% y al 7,5%, respectivamente ($p=0,017$). Estos resultados sugirieron un mayor predominio de lesiones papulares y exudativas durante los primeros años, lo cual fue concordante con los cambios clínicos relacionados con la edad descritos por Raimondo y Lembo (4).

En contraste, las excoriaciones fueron más frecuentes entre los 2 y 11 años (63,5%) que en los menores de 2 años (37,5%) y los adolescentes (55,0%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,010$). La liquenificación también aumentó en los grupos de mayor edad, alcanzando el 43,5% entre los 2 y 11 años y el 45,0% en los adolescentes ($p=0,007$). Rincón-Pérez et al. (5) señalan que la morfología de la dermatitis atópica cambia de acuerdo con la edad y la evolución de la enfermedad. En este sentido, las excoriaciones y la liquenificación observadas en los grupos de mayor edad podrían estar relacionadas con la inflamación prolongada y el rascado persistente.

Por otra parte, algunas manifestaciones permanecieron relativamente constantes entre los grupos etarios. El prurito presentó frecuencias del 98,2%, 96,5% y 92,5% en menores de 2 años, niños de 2 a 11 años y adolescentes, respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,350$). De manera similar, la xerosis se observó en el 76,8%, 76,5% y 82,5% de los pacientes de cada grupo ($p=0,729$). Esto indicó que, a diferencia de determinadas características morfológicas que cambiaron con la edad, el prurito y la xerosis se mantuvieron como manifestaciones frecuentes durante las diferentes etapas pediátricas.

Entre los síntomas, el prurito fue el hallazgo más constante, presente en el 96,1% de los pacientes, seguido de la xerosis, con el 77,9%. La elevada frecuencia del prurito coincidió con su consideración como una manifestación cardinal de la dermatitis atópica. Soares et al. (16) señalan que el prurito se

relaciona con la activación de mecanismos neuroinmunológicos, el rascado persistente y la perpetuación de la inflamación cutánea. En la población estudiada por Rincón-Pérez et al. (5), el prurito y la xerosis también fueron características clínicas destacadas. La similitud con los resultados obtenidos en Los Ceibos respaldó que ambos hallazgos constituyen componentes particularmente constantes de la enfermedad.

Las alteraciones del sueño estuvieron presentes en el 42,5% de los pacientes. Este resultado tuvo importancia clínica porque reflejó una repercusión de la enfermedad que fue más allá de las lesiones visibles. Bawany et al. (13) señalan que los trastornos del sueño afectan a una proporción considerable de los niños con dermatitis atópica y se relacionan principalmente con el prurito nocturno. De igual manera, Lee et al. (14) identificaron que las alteraciones del sueño pueden repercutir en el funcionamiento físico, emocional y familiar. Por ello, la presencia de trastornos del sueño en más de cuatro de cada diez pacientes sugirió que la valoración clínica no debería limitarse exclusivamente a la extensión o morfología de las lesiones.

Sugiyama et al (15) encontraron que los episodios de rascado nocturno pueden interrumpir el sueño o producir el paso hacia etapas más superficiales. Estos hallazgos respaldaron la relevancia clínica del prurito como expresión de la carga de enfermedad. En este sentido, el elevado porcentaje encontrado en Los Ceibos justificó que futuras investigaciones incorporen escalas específicas de intensidad del prurito y herramientas como SCORAD, EASI o POEM. Weidinger et al. (29) destacan la importancia de utilizar instrumentos estandarizados para evaluar la gravedad y mejorar la comparación entre diferentes poblaciones.

Con respecto a la fase clínica, predominó la forma crónica, con el 40,9%, aunque la proporción de pacientes en fase aguda también fue importante (38,1%). Arias-Orellana y Corbacho-Cordero (6) encontraron una proporción mayor de enfermedad crónica, correspondiente al 68,9% de sus pacientes. La diferencia podría relacionarse con la procedencia de las muestras. Mientras que el estudio peruano se efectuó en un hospital pediátrico especializado de referencia, la población analizada en Los Ceibos incluyó pacientes en

diferentes momentos de evolución de la enfermedad. No obstante, ambos trabajos mostraron que una parte considerable de los pacientes pediátricos presentó manifestaciones correspondientes a una enfermedad persistente.

Estos resultados mostraron que la dermatitis atópica no presentó una expresión clínica uniforme en la población estudiada. Durante los primeros años predominaron las lesiones papulares y exudativas, mientras que en los grupos de mayor edad aumentaron las excoriaciones y la liquenificación. Asimismo, se observó un patrón caracterizado por una mayor participación de las regiones faciales y extensoras durante los primeros años y de los pliegues flexurales en los pacientes de mayor edad. Este comportamiento fue consistente con la evolución clínica descrita en la literatura y puso de manifiesto la necesidad de interpretar los hallazgos dermatológicos según la edad, la fase clínica y el tiempo de evolución de la enfermedad (1,4).

Entre las principales limitaciones se consideró el diseño retrospectivo del estudio, debido a que la información disponible dependió de la calidad y exhaustividad de los registros contenidos en las historias clínicas. Algunas manifestaciones pudieron haber estado presentes sin quedar consignadas durante la consulta, especialmente síntomas subjetivos como ardor, dolor o alteraciones del sueño. Además, la ausencia de instrumentos estandarizados para valorar la gravedad limitó la comparación con estudios que utilizaron SCORAD, EASI o POEM.

Como principal fortaleza, el estudio aportó información local sobre una población pediátrica relativamente amplia que incluyó desde lactantes hasta adolescentes, lo que permitió comparar la expresión clínica en diferentes etapas de la edad pediátrica. La descripción conjunta de la morfología, la localización anatómica, los síntomas, los antecedentes y las fases clínicas permitió obtener una caracterización integral de la enfermedad. Estos resultados podrían servir como referencia para mejorar el reconocimiento clínico de la dermatitis atópica y orientar futuras investigaciones pediátricas en el contexto nacional.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La población pediátrica con dermatitis atópica se caracterizó por un ligero predominio del sexo masculino, con mayor representación de niños en edad escolar. La enfermedad mostró un inicio predominantemente durante los primeros años de vida y se observó la presencia de antecedentes personales y familiares de enfermedades atópicas, principalmente rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica.
2. Las manifestaciones clínicas mostraron una presentación diversa. El eritema, las excoriaciones, la descamación y las pápulas fueron los hallazgos morfológicos predominantes, mientras que los pliegues flexurales, la cara y las superficies extensoras constituyeron las localizaciones más habituales. El prurito y la xerosis destacaron como los síntomas más característicos, acompañados en una proporción importante de pacientes por alteraciones del sueño.
3. La expresión clínica de la dermatitis atópica presentó variaciones según la edad. En los menores de dos años fueron más frecuentes las pápulas y la exudación, mientras que en los niños mayores y adolescentes aumentó la presencia de excoriaciones y liquenificación. Estas diferencias evidencian una transición desde manifestaciones de carácter más agudo en edades tempranas hacia lesiones relacionadas con el rascado persistente y la cronicidad en los grupos de mayor edad

5.2 RECOMENDACIONES

1. Durante la valoración de los pacientes pediátricos con dermatitis atópica se recomienda indagar de manera rutinaria los antecedentes personales y familiares de atopia, especialmente rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica, como parte de una historia clínica integral.
2. En la evaluación dermatológica se recomienda registrar de forma ordenada la morfología y localización de las lesiones, además de

síntomas como prurito, xerosis y alteraciones del sueño, para favorecer una mejor caracterización clínica y seguimiento del paciente.

3. Se recomienda considerar la edad del paciente al momento de realizar la valoración clínica, prestando especial atención al compromiso facial y extensor durante los primeros años y a la afectación flexural, las excoriaciones y la liquenificación en niños mayores y adolescentes. Esto puede facilitar el reconocimiento oportuno de las distintas formas de presentación de la dermatitis atópica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ständer S. Atopic dermatitis. *N Engl J Med.* 2021;384(12):1136-43. doi:10.1056/NEJMra2023911.
2. Laughter MR, Maymone MBC, Mashayekhi S, Arents BWM, Karimkhani C, Langan SM, et al. The global burden of atopic dermatitis: lessons from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. *Br J Dermatol.* 2021;184(2):304-9. doi:10.1111/bjd.19580.
3. Silverberg JI, Barbarot S, Gadkari A, Simpson EL, Weidinger S, Mina-Osorio P, et al. Atopic dermatitis in the pediatric population: a cross-sectional, international epidemiologic study. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2021;126(4):417-28.e2. doi:10.1016/j.anai.2020.12.020.
4. Raimondo A, Lembo S. Atopic dermatitis: epidemiology and clinical phenotypes. *Dermatol Pract Concept.* 2021;11(4):e2021146. doi:10.5826/dpc.1104a146.
5. Rincón-Pérez C, Torres-Alarcón CG, Cerda S, Maldonado-Hernández JG, Marín-Ambrocio P, Tovar-Franco R. Características clínicas de una población con dermatitis atópica en un centro de tercer nivel. *Rev Alerg Mex.* 2021;68(1):12-25. doi:10.29262/ram.v68i1.843.
6. Arias-Orellana DL, Corbacho-Cordero CF. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con dermatitis atópica atendidos en un hospital pediátrico de referencia de Lima, Perú, en 2021. *Rev Pediatr Espec.* 2024;3(4):159-64. doi:10.58597/rpe.v3i4.86.
7. Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. Molecular mechanisms of atopic dermatitis pathogenesis. *Int J Mol Sci.* 2021;22(8):4130. doi:10.3390/ijms22084130.
8. Kim Y, Lim KM. Skin barrier dysfunction and filaggrin. *Arch Pharm Res.* 2021;44(1):36-48. doi:10.1007/s12272-021-01305-x.
9. Ong PY. Atopic dermatitis: is innate or adaptive immunity in control? A clinical perspective. *Front Immunol.* 2022;13:943640. doi:10.3389/fimmu.2022.943640.

10. Koh LF, Ong RY, Common JE. Skin microbiome of atopic dermatitis. *Allergol Int.* 2022;71(1):31-9. doi:10.1016/j.alit.2021.11.001.
11. Demessant-Flavigny AL, Connétable S, Kerob D, Moreau M, Aguilar L, Wollenberg A. Skin microbiome dysbiosis and the role of *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis in adults and children: a narrative review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37 Suppl 5:3-17. doi:10.1111/jdv.19125.
12. Hülpiusch C, Rohayem R, Reiger M, Traidl-Hoffmann C. Exploring the skin microbiome in atopic dermatitis pathogenesis and disease modification. *J Allergy Clin Immunol.* 2024;154(1):31-41. doi:10.1016/j.jaci.2024.04.029.
13. Bawany F, Northcott CA, Beck LA, Pigeon WR. Sleep disturbances and atopic dermatitis: relationships, methods for assessment, and therapies. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021;9(4):1488-500. doi:10.1016/j.jaip.2020.12.007.
14. Lee DG, Gui XY, Mukovozov I, Fleming P, Lynde C. Sleep disturbances in children with atopic dermatitis: a scoping review. *J Cutan Med Surg.* 2023;27(2):157-64. doi:10.1177/12034754231159337.
15. Sugiyama A, Murakami Y, Okamoto K, Nakano H, Wakatsuki M, Kawano T, et al. Nocturnal scratching and quality of sleep in children with atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2023;103:adv12345. doi:10.2340/actadv.v103.12345.
16. Soares GB, Hashimoto T, Yosipovitch G. Atopic dermatitis itch: scratching for an explanation. *J Invest Dermatol.* 2024;144(5):978-88. doi:10.1016/j.jid.2023.10.048.
17. Paller AS, Guttman-Yassky E, Schuttelaar MLA, Irvine AD, Baselga E, Kataoka Y, et al. Disease characteristics, comorbidities, treatment patterns and quality-of-life impact in children younger than 12 years with atopic dermatitis: interim results from the PEDISTAD Real-World Registry. *J Am Acad Dermatol.* 2022;87(5):1104-8. doi:10.1016/j.jaad.2022.01.018.
18. Mrkić Kobal I, Plavec D, Vlašić Lončarić Ž, Jerković I, Turkalj M. Atopic march or atopic multimorbidity: overview of current research. *Medicina (Kaunas).* 2023;60(1):21. doi:10.3390/medicina60010021.

19. Wang V, van Rensburg PJJ, Boguniewicz J, Ong PY. Infectious complications of atopic dermatitis: an update. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2025;135(5):487-97. doi:10.1016/j.anai.2025.05.021.
20. Alexis A, Woolery-Lloyd H, Andriessen A, Callender V, Gonzalez M, Heath C, et al. Insights in skin of color patients with atopic dermatitis and the role of skincare in improving outcomes. *J Drugs Dermatol.* 2022;21(5):462-70. doi:10.36849/JDD.6609.
21. Gan C, Mahil S, Pink A, Rodrigues M. Atopic dermatitis in skin of colour. Part 2: considerations in clinical presentation and treatment options. *Clin Exp Dermatol.* 2023;48(10):1091-101. doi:10.1093/ced/llad162.
22. Adawi W, Cornman H, Kambala A, Henry S, Kwatra SG. Diagnosing atopic dermatitis in skin of color. *Dermatol Clin.* 2023;41(3):417-29. doi:10.1016/j.det.2023.02.003.
23. Chiricozzi A, Maurelli M, Calabrese L, Peris K, Girolomoni G. Overview of atopic dermatitis in different ethnic groups. *J Clin Med.* 2023;12(7):2701. doi:10.3390/jcm12072701.
24. Herzum A, Occella C, Gariazzo L, Ciccarese G, Pastorino C, Matarese S, et al. Clinical features of atopic dermatitis in pediatric patients with skin of color and comparison with different phototypes. *Skin Res Technol.* 2024;30(2):e13614. doi:10.1111/srt.13614.
25. Tian J, Zhang D, Yang Y, Huang Y, Wang L, Yao X, et al. Global epidemiology of atopic dermatitis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Br J Dermatol.* 2023;190(1):55-61. doi:10.1093/bjd/ljad339.
26. Jin L, Ge J, Cheng Y, Deng D, Wan P. Worldwide prevalence of atopic dermatitis in children between 2000 and 2021: a systematic analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2025;134(5):603-9.e6. doi:10.1016/j.anai.2024.12.005.
27. Soares GB, Orfali RL, Averbach BL, Yosipovitch G, Aoki V. Atopic dermatitis in Latin America: considerations on epidemiology, clinical and laboratory features, ethnic/racial variations, and therapeutic management. *J Clin Med.* 2023;12(10):3419. doi:10.3390/jcm12103419.

28. Sánchez J, Ale IS, Angles MV, Fogelbach GG, Jansen AM, Takaoka R, et al. Healthcare disparities in atopic dermatitis in Latin America: a narrative review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(2):399-416. doi:10.1007/s13555-022-00875-y.
29. Weidinger S, Nosbaum A, Simpson E, Guttman E. Good practice intervention for clinical assessment and diagnosis of atopic dermatitis: findings from the Atopic Dermatitis Quality of Care Initiative. *Dermatol Ther*. 2022;35(3):e15259. doi:10.1111/dth.15259.
30. Mancuso JB, Lee SS, Paller AS, Ohya Y, Eichenfield LF. Management of severe atopic dermatitis in pediatric patients. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9(4):1462-71. doi:10.1016/j.jaip.2021.02.017.
31. Johnson H, Yu J. Current and emerging therapies in pediatric atopic dermatitis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12(12):2691-703. doi:10.1007/s13555-022-00829-4.
32. AAAAI/ACAAI JTF Atopic Dermatitis Guideline Panel, Chu DK, Schneider L, Asiniwasis RN, Boguniewicz M, De Benedetto A, et al. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2024;132(3):274-312. doi:10.1016/j.anai.2023.11.009.
33. Eichenfield LF, Boguniewicz M, Lauren CT, Leung DYM, Levy ML, Schneider LC, et al. Systemic therapy for atopic dermatitis in children and adolescents: a US expert consensus. *Dermatology*. 2024;240(5-6):897-909. doi:10.1159/000540920.
34. Sánchez J, Arenas C, García E, Ocampo J, Gaitán-Rozo JD, Hamann O, et al. Consenso para el tratamiento de la dermatitis atópica en atención primaria: resolución de mitos y leyendas basada en evidencia. *Rev Alerg Mex*. 2024;71(4):248-59. doi:10.29262/ram.v71i4.1425.
35. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Barbarot S, Bieber T, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: living update. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2025;39(9):1537-66. doi:10.1111/jdv.20639.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Castro Espinoza Ariana Milena**, con C.C: **120707743-7** y **Carvache Montesdeoca Heilly Celinda** con C.C: **080371214-0** autoras del trabajo de titulación: **Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica en el periodo 2025 – 2026** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 28 de agosto de 2026

LAS AUTORAS



**Ariana Milena
Castro Espinoza**



f. _____
Castro Espinoza Ariana Milena
CI: 1207077437



Validar únicamente en FirmaRC.
Firmado electrónicamente por:
**HEILLY CELINDA
CARVACHE
MONTESDEOCA**

f. _____
Carvache Montesdeoca Heilly Celinda
CI: 0803712140

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización de manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica en el periodo 2025 – 2026		
AUTOR(ES)	Castro Espinoza Ariana Milena Carvache Montesdeoca Heilly Celinda		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de agosto del 2026	No. DE PÁGINAS:	41
ÁREAS TEMÁTICAS:	Pediatria, Dermatología, Epidemiología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	dermatitis atópica; manifestaciones clínicas; pediatría; prurito; lesiones cutáneas.		
RESUMEN/ABSTRACT Introducción: La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica frecuente en niños, caracterizada por prurito y lesiones ecematosas variables según la edad, factores genéticos y ambientales. Objetivo: Caracterizar las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos diagnosticados con dermatitis atópica atendidos en el Hospital General del Norte IESS "Los Ceibos" durante el período 2025–2026 Métodos: Este trabajo es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal mediante revisión de historias clínicas de pacientes con dermatitis atópica atendidos en el Hospital del Norte IESS Los Ceibos. Se incluirá el universo accesible mediante muestreo censal y los datos demográficos y clínicos. Se aplicará estadística descriptiva y pruebas de chi cuadrado o exacta de Fisher, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. Resultados: Se evaluaron 181 pacientes, con una edad media de $6,75 \pm 5,37$ años y ligero predominio masculino (50,8%). Las manifestaciones más frecuentes fueron prurito (96,1%), xerosis (77,9%) y eritema (66,3%), con predominio en pliegues flexurales (54,1%). Las pápulas y la exudación fueron más comunes en menores de 2 años, las excoriaciones entre 2–11 años y la liquenificación en adolescentes ($p < 0,05$). Conclusión: La dermatitis atópica pediátrica se caracterizó principalmente por prurito, xerosis y lesiones ecematosas cuya morfología y distribución variaron con la edad, evolucionando desde formas agudas y exudativas en menores de dos años hacia excoriaciones y liquenificación en niños mayores y adolescentes.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593988831043; +593993278425	E-mail: heillycm@hotmail.com ; arianacastro384@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Andrés Mauricio Ayon Genkuong Teléfono: 0997572784 E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			