



DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Si hay dudas diagnósticas.
- Eccema persistente o recurrente en la misma localización a pesar de tratamiento correcto durante, al menos, 2 meses.
- Eccema moderado o severo con extensión superior al 30 % y que requiere tratamiento sistémico.
- Pacientes con inmunopatologías.
- Eccema con sintomatología sistémica asociada o infecciones recurrentes.
- Comorbilidad psicológica secundaria al eccema.
- Sospecha de eccema de contacto alérgico que requiere estudio con pruebas epicutáneas.
- Reacciones adversas al tratamiento tópico.

Tratamiento

> Tratamiento no farmacológico (tabla 2)

Tabla 2. Recomendaciones generales para pacientes con DA	
Exposición solar moderada	
Humidificación ambiental	
Duchas cortas con agua templada y gel no alcalino	
Evitar el rascado, el exceso de calor, la ropa sintética y el contacto directo con plásticos	
Evitar los alimentos ácidos si irritan la piel, y el cacao y el alcohol si aumentan el picor	
Aconsejar la lactancia materna en mujeres embarazadas con antecedentes personales o familiares de atopía	
Cortar las uñas a los niños	

Consideraciones especiales

Simbióticos: Se consideran simbióticos aquellos productos que contienen tanto prebióticos como probióticos; son las llamadas bifidobacterias, fundamentalmente el *Lactobacillus rhamnosus*⁽¹⁵⁾

Aplicación de terapias locales

Emolientes-hidratantes	Claves en el tratamiento de base de la enfermedad. Restablecen la función barrera de la piel, que presenta pérdida de agua y disminución de su capacidad de retención. Aplicar tras la ducha durante el periodo asintomático ⁽⁹⁾ y durante los brotes (disminuyen la necesidad de corticoides). Los emolientes con prebióticos también equilibran la microbiota cutánea, controlan la colonización por estafilococos y alargan los periodos sin síntomas ⁽¹⁵⁾
Envolturas húmedas/fomentos	Se usan en fase de brote agudo para secar las lesiones. Se aplicarán líquidos (sulfato de zinc en solución acuosa al 1/10.000 o agua de Burrow) cada 6-8 horas, durante 15 a 30 minutos. Espaciar las aplicaciones cuando se vayan secando las lesiones

Elaborada a partir de Rodríguez Benabent J, Senan Sanz R. Dermatitis atópica. Guía 3 Clics Institut Català de la Salut 2016. Disponible en: <https://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=575&lang=CAS>

> Tratamiento farmacológico (tabla 3)

Tópico o sistémico, en dependencia de la gravedad del brote y el uso previo de otros fármacos. Para tratar adecuadamente hay que tener en cuenta el estado evolutivo, la intensidad del eccema, su localización y la extensión del mismo⁽¹²⁾.

Tabla 3.

Fármacos	Brote	Continuidad	Observaciones
Tópicos de 1.ª línea			
Corticoides tópicos (valorar potencia según localización y edad)	1 a 2 aplicaciones/día.	2 aplicaciones/semana (terapia proactiva)	A la hora de elegir el corticoide tópico adecuado deben tenerse en cuenta varios factores, como la edad del paciente, el área a tratar, la potencia del corticoide y la galénica adecuada. El uso de corticoides tópicos puede ser considerado para minimizar la sensación de quemazón de los inhibidores de la calcineurina ⁽¹²⁾
2.ª línea			
Inhibidores de la calcineurina tópicos (IC)	2 aplicaciones/día Pimecrolimus: indicado en DA leve-moderada Tacrolimus: indicado en DA moderada-grave	2 aplicaciones/semana separadas por 2-3 días para controlar la inflamación subclínica. Tacrolimus* al 0,03 % y 0,1 % en pomada como tratamiento de mantenimiento de la DA de moderada a grave en niños mayores de 2 años y adultos con más de 4 brotes por año ⁽⁹⁾	Pimecrolimus al 1 %, tacrolimus al 0,03 % (niños > 2 años, adolescentes y adultos), y tacrolimus al 0,1 % (adolescentes >16 años y adultos). Tacrolimus 0,1 % más eficaz que los corticosteroides de baja potencia, pimecrolimus 1 % y tacrolimus 0,03 % ⁽¹⁶⁾ . No hay evidencia que respalde el posible aumento del riesgo de neoplasias o atrofia de la piel con su uso ⁽¹⁶⁾
Antibióticos tópicos	Gentamicina, ácido fusídico o mupirocina 3 aplicaciones/día, durante 7 días		Exclusivamente si hay sobreinfección. Mupirocina nasal si el paciente es portador de <i>Staphylococcus aureus</i>
Sistémicos			
Antihistamínicos	1 a 2 comp./24 horas		El prurito no está mediado por histamina, pero los antihistamínicos pueden ser de utilidad en el tratamiento de los picores por su efecto sedante. Los antihistamínicos de nueva generación son seguros y de posología cómoda, por lo que se suelen asociar al tratamiento tópico de los brotes
Corticoides	0,5-1 mg/kg/día	Evitar	En pautas lo más cortas posibles en brotes graves ⁽¹⁷⁾ y tras derivación a Dermatología para valorar otros tratamientos sistémicos
Antibióticos	Antibióticos, sobre todo antiestafilocócicos según pauta	Evitar	Solo si hay sobreinfección bacteriana. Falta evidencia sobre la utilidad de terapias antisépticas, como el uso de lejía ⁽¹⁸⁾

Recomendaciones basadas en el consenso europeo sobre el manejo de la DA⁽¹²⁾. * Solo tacrolimus tiene la indicación para hacer tratamiento de continuidad.

> Consideraciones especiales

Corticoides: Control a partir de los 15 días para valorar la retirada progresiva del tratamiento. La terapia proactiva se valorará en los casos de DA con frecuentes recidivas.

Inhibidores de la calcineurina: el uso proactivo de tacrolimus tópico es efectivo en la DA de niños y de adultos⁽¹⁹⁾. El uso secuencial de corticosteroides tópicos e inhibidores de la calcineurina ayuda a disminuir la sensación de quemazón y prurito de estos últimos. El tratamiento proactivo ayuda a prevenir recaídas mientras se reduce la necesidad de corticosteroides tópicos, y es más efectivo que el uso de emolientes solos⁽¹⁸⁾.

> Tratamientos sistémicos para dermatitis atópica moderada y grave

Dupilumab, fototerapia, agentes sistémicos inmunosupresores, como ciclosporina (el único fármaco inmunosupresor con indicación autorizada para DA en España), metotrexato, azatioprina, micofenolato mofetil, son terapias utilizadas en el manejo de la dermatitis atópica⁽¹²⁾.

Tabla 4. Resumen de pautas terapéuticas según grado de afectación de la dermatitis atópica

Leve	Moderada	Grave	Formas rebeldes
<ul style="list-style-type: none"> Medidas generales. Corticoides tópicos de baja o media potencia durante 5-10 días (brote). Pimecrolimus en niños mayores de 2 años si hay intolerancia a corticoides tópicos 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas generales. Corticoide tópico, uso más frecuente (brote). Antihistamínico oral si hay picor intenso. Valorar pauta proactiva de mantenimiento 2 veces/semana con corticoide o tacrolimus tópico 	<ul style="list-style-type: none"> Medidas generales. Corticoide tópico de media o alta potencia. Antihistamínicos orales de primera generación o combinado con otro de segunda. Antibióticos tópicos u orales si hay sobreinfección. Corticoides orales y derivar 	Derivar al dermatólogo

Resumen basado en el consenso europeo sobre el manejo de la DA⁽¹²⁾.

Autoras

María Rosa Senán Sanz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Clot, Barcelona. Miembro del GdT Dermatología de la semFYC y de la CAMFIC

Begoña Pelegrín López

Pediatra de Equipo de Atención Primaria, Alcantarilla-Sangonera, Murcia Coordinadora del Grupo de Dermatología de la SEPEAP

© IM&C, S.A. Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid. Tel.: 91 353 33 70 www.imc-sa.es

© semFYC. Diputació, 320. 08009 Barcelona Tel.: 93 317 03 33 - www.semfyce.es

© SEPEAP Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria www.sepeap.org

ISBN: Depósito legal:

Ni los propietarios del copyright ni el patrocinador pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Bibliografía

- McAlear MA, Flohr C, Irvine AD. Management of difficult and severe eczema in childhood. BMJ. 2012;345: e4770.
- Catherine Mack Correa M, Nebus J. Management of patients with atopic dermatitis: the role of emollient therapy. Dermatol Res Pract. 2012;2012:836931.
- Ridao i Redondo M. Dermatitis atópica. Pediatr Integral. 2012;XVI(3):1.
- Bieber T. Atopic dermatitis. N Engl J Med. 2008;358:1483-94.
- Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, Szalai Z, Kunz B, et al.; European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV Eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(5):729-47.
- Alegre de Miguel. Dermatitis atópica. Disponible en: <http://www.uv.es/derma>.
- Martorell Aragonés A, Martorell Calatayud A. Actitud ante el niño afecto de dermatitis atópica. Protoc diagn ter pediatr. 2013;1:25-36.
- Ridao i Redondo M. Dermatitis atópica. Pediatr Integral. 2012;XVI(3):2.
- Fonseca Capdevila E. Dermatitis atópica. Protocolos AEP 2007, 2ª ed., pp. 131-135.
- Darzenski R, Kazandjieva J, Hristakieva E, Fluhr JW. Atopic dermatitis as a systemic disease. Clin Dermatol. 2014 May-Jun;32(3):409-13.
- Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taieb A, Werfel T, Oranje A, et al.; European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force. ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24(3):317-28.
- Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-
- Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(5):657-82.
- Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. Actas Dermosifiliográficas. 2013;104:4.
- Navarro-López V, Ramírez-Boscá A, Ramón-Vidal D, Ruzafa-Costas B, Genovés-Martínez S, Chenoll-Cuadros E, et al. Effect of Oral Administration of a Mixture of Probiotic Strains on SCORAD Index and Use of Topical Steroids in Young Patients With Moderate Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial. JAMA Dermatol. 2018;154(1):37-43.
- Seité S, Zelenkova H, Martin R. Clinical efficacy of emollients in atopic dermatitis patients - relationship with the skin microbiota modification. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2017;10:25-33.
- Siegfried EC, Jaworski JC, Hebert AA. Topical calcineurin inhibitors and lymphoma risk: evidence update with implications for daily practice. Am J Clin Dermatol. 2013;14:163-78.
- Brar KK, Nicol NH, Boguniewicz M. Strategies for Successful Management of Severe Atopic Dermatitis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019;7:1-16.
- Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzemberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2: management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. 2014;71:116-32.
- Prezazo JC, Beck LA. Long term treatment of atopic dermatitis. Dermatol Clin. 2017;35:335-49.



GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA EN

DERMATITIS ATÓPICA



GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA EN AP

Dermatitis atópica



Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis inflamatoria pruriginosa con un patrón de distribución característico que afecta a individuos con hiperreactividad cutánea frente a diversos factores ambientales.

Suele haber antecedentes personales o familiares de asma o rinitis alérgica o dermatitis atópica, y niveles séricos de inmunoglobulina E (IgE) elevados. La patogenia de la enfermedad se orienta como una alteración en el balance de la respuesta inmune hacia respuestas tipo Th2 y respuestas exageradas mediadas por IgE frente a diversos alérgenos. En la actualidad, los defectos en la función barrera cutánea se estudian como el trastorno principal en la patogenia de la DA⁽¹⁾. Afecta a la calidad de vida del paciente y su familia, implicada en el cuidado diario de la piel y de sus brotes. El gasto ocasionado puede ser muy considerable⁽²⁾.

DEFINICIÓN

La DA es una dermatosis inflamatoria crónica característica que ocurre en individuos con una historia familiar y personal de atopia⁽³⁾. Se trata de una enfermedad multifactorial resultante de la interacción de factores genéticos, ambientales, alérgicos, defectos en la función barrera y una serie de factores inmunológicos. Afecta sobre todo a la infancia, pero también puede persistir o comenzar en el adulto⁽⁴⁾. El prurito es el síntoma guía de la enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta a un 20 % de niños y puede persistir y/o debutar en la adolescencia, teniendo una prevalencia del 2-5 % en la edad adulta⁽⁵⁾. Entre adolescentes es más frecuente en mujeres⁽³⁾.

La incidencia está en aumento probablemente por: estilo de vida occidental, aumento de la edad materna, polución, tabaquismo materno y reducción de la lactancia materna. El 60 % de los niños desarrollan la DA en los primeros 6 meses de vida, el 85 % en los primeros 5 años y solamente un 10 % después de los 7 años⁽⁴⁾. Entre los que debutan antes de los 2 años, el 20 % tiene persistencia de los síntomas a los 7 años⁽⁶⁾. En el 70-80 % de los niños encontramos antecedentes familiares o personales de enfermedades atópicas⁽⁷⁾.

CLASIFICACIÓN

Las manifestaciones clínicas típicas de la DA se dividen en tres etapas:

- Del lactante.
- Infantil.
- Del adulto.

Las lesiones de la fase del lactante son las más frecuentes, seguidas por las infantiles, siendo las lesiones del adulto las menos comunes.

Iconografía: Dr. Josep M. Casanova, Dr. Manel Baradad, Dr. Xavier Soria, Dra. Verónica Sanmartín y Dra. Rosa M. Martí. Servei de Dermatologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Universitat de Lleida. Dermatoweb.

CLASIFICACIÓN

Dermatitis atópica del lactante

Suele empezar hacia los 5 meses de vida o antes. Una capa amarillenta de escamas seborreicas y con costras en el cuero cabelludo puede ser la primera manifestación de DA⁽⁵⁾, habitualmente en la cara, orejas y cuero cabelludo, respetando las zonas alrededor de los ojos, la nariz y la boca⁽⁵⁾. Son frecuentes en el dorso de las manos y en las zonas de extensión de las extremidades. Las zonas del pañal están indemnes⁽⁸⁾. Hay pápulas o placas eritematosas y edematosas, muchas veces con erosiones, exudación y costras. Es muy raro que se aprecien vesículas. El prurito es un síntoma constante⁽⁹⁾.



Dermatitis atópica infantil

Desde los 2 años hasta los 7 años o la pubertad. Afecta sobre todo a las flexuras, en especial de los codos y las rodillas, pero pueden aparecer en otras zonas. Se pueden ver lesiones eczematosas con vesículas, pero por el rascado enseguida se transforman en erosiones, con exudación y formación de costras⁽⁹⁾. Rebrotos en otoño y primavera⁽⁸⁾.



Dermatitis atópica del adulto

Hay placas de liquenificación, a veces con dermatitis flexural; en ocasiones son lesiones similares a las de los lactantes⁽⁹⁾. Hay engrosamiento de la piel, con aumento de su reticulado normal, consecuencia del rascado crónico. Pueden aparecer excoriaciones.



SIGNOS CLÍNICOS ASOCIADOS A LA DERMATITIS ATÓPICA

Piel seca

Por un trastorno de la composición de lípidos. Menos en lactantes. Suele haber hiperqueratosis folicular. La xerosis también causa el pliegue o línea de Dennie-Morgan⁽⁹⁾.



Pitiriasis alba

Principalmente en escolares. En ocasiones están precedidas por lesiones eczematosas, pero muchas sobre piel aparentemente sana⁽⁹⁾.



Prurigo atópico

Pápulas muy pruriginosas, que, tras el rascado, evolucionan a excoriaciones y ulceraciones en sacabocados, formación de costras y cicatrices. El prurigo nodular es más profundo. Raro en la cara⁽⁹⁾.



Acrovesiculosis

También denominada dishidrosis o eccema dishidrótico. En su fase crónica puede haber fisuras o grietas que pueden causar dolor⁽⁹⁾.



Dermatitis plantar juvenil

Entre los 3 años y la pubertad. En el tercio distal de las plantas y en la cara plantar de los dedos, habiendo eritema con aspecto brillante y apergaminado, no exudativo. Puede haber fisuración⁽⁹⁾.



Dermatitis irritativas

La queilitis descamativa o la dermatitis irritativa perioral por la saliva, el eccema del pezón y dermatitis del pañal son tan frecuentes que se consideran manifestaciones clínicas de la DA⁽⁹⁾.



FACTORES DE RIESGO-COMORBILIDADES

Enfermedades propias de la constitución atópica: rinitis, asma, blefarconjuntivitis, aumento de riesgo de alergia alimentaria y a los ácaros del polvo doméstico y a otros alérgenos. Comorbilidades frecuentes: dermatitis por contacto, alopecia areata, ictiosis vulgar, síndrome de Netherton, vitíligo, síndrome de Kawasaki y celiacía.

Asociada con ansiedad y depresión, linfomas y carcinomas cutáneos⁽²⁾. Aumenta el riesgo de gastroenteritis eosinofílica, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis, síndrome nefrítico y enfermedades metabólicas, por lo que la DA se define como una enfermedad sistémica⁽¹⁰⁾.

El insomnio y la irritabilidad ocasionados por el prurito deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes y/o de sus familias, sobre todo en los casos severos^(2, 11).

La elevada colonización por *Staphylococcus aureus* y la disminución de la diversidad del microbioma cutáneo, unida al deterioro de la barrera epidérmica, favorecen el eccema y las infecciones cutáneas, sobre todo por virus del herpes simple, molusco contagioso y verrugas⁽⁹⁾.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. Existen varios métodos diagnósticos. Los clásicos de Hanifin y Rajka fueron los primeros en utilizarse. Para diagnosticar la DA deben cumplirse, al menos, tres criterios mayores y tres criterios menores (tabla 1).

Tabla 1

Criterios mayores	Criterios menores
• Prurito	• Xerosis
• Lesiones con morfología y distribución típicas	• Ictiosis, palmas hiperlineares, queratosis pilar
• Dermatitis crónica o recidivante	• Prueba cutánea de reactividad inmediata
• Historia personal o familiar de atopia (asma, rinitis, dermatitis)	• IgE sérica elevada
	• Edad de inicio precoz
	• Tendencia a infecciones cutáneas
	• Eccema del pezón
	• Queilitis
	• Conjuntivitis recurrente
	• Pliegues cervicales anteriores
	• Catarata subcapsular anterior
	• Palidez y/o eritema facial
	• Pitiriasis alba
	• Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
	• Prurito con el sudor
	• Intolerancia a la lana y a disolventes lipídicos

Modificada de Hanifin JM, Rajka G. Acta Dermatol Venereol. 1980;92(Suppl):44-7

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

Existen 28 escalas de evaluación de la gravedad y 22 de calidad de vida. Las más utilizadas son:

• **EASI** (*Eccema Area Severity Index*): ofrece una puntuación de 0 a 72. Se basa en la intensidad de los signos clínicos (eritema, papulación/edema, excoriación y liquenificación), cada uno valorado en cuatro regiones del cuerpo.

• **SCORAD** (*Scoring Atopic Dermatitis*): con una parte evaluable objetivamente por el facultativo (área e intensidad) y otra subjetiva del paciente (picor y pérdida de sueño). Se clasifica en leve (< 25), moderada (25-50) y grave (> 50). Puntúa de 0 a 103⁽¹²⁾.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Principalmente, con dermatitis de cualquier otro tipo (alérgica, irritativa, numular, seborreica), liquen simple crónico, molusco contagioso con dermatitis, micosis fungoide, psoriasis, déficit relativo de zinc, escabiosis y tiña corporis⁽¹³⁾.

MANEJO

Se basa en la educación del paciente y sus familiares y el uso de emolientes y fármacos.

Los probióticos pueden resultar de utilidad como tratamiento adyuvante de la DA moderada, especialmente en niños a partir de 1 año⁽¹⁴⁾.

Los objetivos en el manejo incluyen la rápida reducción del brote del eccema agudo y el control proactivo de la DA para conseguir remisión o mantenimiento prolongado. Los tratamientos deben prolongarse en el tiempo para restablecer la barrera epidérmica y reequilibrar el microbioma cutáneo.

SITUACIONES ESPECIALES

Las complicaciones más frecuentes son:

- Impetiginización por *S. aureus* o por estreptococo beta-hemolítico, eccema herpeticum y eritrodermia exfoliativa.
- Retraso del crecimiento leve en niños con atopia severa tratada con corticoides orales en pautas frecuentes o tras dietas restrictivas inadecuadas

