



GUÍA DE  
RECOMENDACIONES  
PRÁCTICAS  
EN PEDIATRÍA



DERMATITIS ATÓPICA

Con la colaboración de:



NON-2023-7954





GUÍA DE  
RECOMENDACIONES  
PRÁCTICAS  
EN PEDIATRÍA

## DERMATITIS ATÓPICA

**COORDINADORA:**

**Dra. Begoña Pelegrín López**

**AUTORES:**

**Dr. Carlos Iglesias Gómez**

*Miembro del Grupo de trabajo  
Dermatología de SEPAP. Pediatra EAP.  
Alcantarilla-Sangonera, Murcia.*

**Dra. Begoña Pelegrín López**

*Coordinadora del Grupo de trabajo  
Dermatología de SEPEAP. Pediatra EAP  
Alcantarilla-Sangonera, Murcia*

**Dra. María Asunción Vicente Villa**

*Dermatólogo. Servicio de Dermatología.  
Hospital San Joan de Déu. Barcelona*

© SEPEAP

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria  
[www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)

Diseño, realización y coordinación editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D  
28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73  
[www.imc-sa.es](http://www.imc-sa.es) • [imc@imc-sa.es](mailto:imc@imc-sa.es)

ISBN: 978-84-19457-87-5

Depósito Legal: M-30193-2023

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

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 almacenamiento de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

# ÍNDICE

## PRÓLOGO

Dr. Cristóbal Coronel Rodríguez

5

## INTRODUCCIÓN

Dra. Begoña Pelegrín López

7

1

## DEFINICIÓN

Dra. Begoña Pelegrín López

9

2

## PREVALENCIA E INCIDENCIA

Dra. Begoña Pelegrín López

11

3

## COMORBILIDADES DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Dra. Begoña Pelegrín López

- Comorbilidades atópicas
- Comorbilidades no atópicas

15

16

17

4

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS, FASES Y ESCALAS

Dr. Carlos Iglesias Gómez

- Fases clínicas
- Estigmas del atópico
- Otras manifestaciones clínicas
- Criterios diagnósticos
- Valoración de la gravedad

21

22

24

24

27

29

5

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DERMATITIS ATÓPICA

Dr. Carlos Iglesias Gómez

- Descamación fisiológica
- Dermatitis seborreica

33

33

33

• Escabiosis	34
• Psoriasis	36
• Dermatitis de contacto	37
• Dermatitis facticia o artefacta	38
• Tiñas	39
• Pitiriasis rosada	40
• Inmunodeficiencias primarias	40
• Dermatitis herpetiforme	40
• Eccema xerodérmico o craquelé	40
• Micosis fungoide	41

## 6

### TRATAMIENTO

43

Dra. Begoña Pelegrín López y Dra. María Asunción Vicente Villa

#### Tratamiento farmacológico

43

• Tratamiento tópico	45
• Tratamiento proactivo	52
• Tratamiento sistémico	54

#### Tratamiento no farmacológico

##### de la dermatitis atópica

57

• Introducción	57
• Aseo e higiene	57
• La ropa	58
• Emolientes e hidratantes	58
• Evitar las infecciones	59
• Dieta	59
• Factores medioambientales	59



## PRÓLOGO

La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), representada por su Grupo de Trabajo de Dermatología, quiere seguir siendo un referente en la formación continuada de los pediatras y médicos que se dedican al cuidado de la piel de los niños (tanto residentes como médicos de familia, dermatólogos, etc.) y cumplir así su objetivo principal, que es servir de herramienta útil asesorando a estos profesionales en el seguimiento de las afecciones cutáneas en las diferentes edades pediátricas.

Destacamos en este grupo a su coordinadora, la doctora Begoña Pelegrín López, por su conocimiento, trabajo, empuje y pasión liderando este equipo de pediatras y dermatólogos, que han visto compensado en parte su esfuerzo con la edición de esta monografía, así como de otros muchos otros proyectos que hemos podido compartir.

Los problemas de la piel en el niño y en el adolescente son un motivo diario de consulta cada vez más habitual; de estas afecciones, la más prevalente, con diferencia, es la dermatitis atópica, que cada vez se nos presenta de una forma más variada y diversa. Así, no parece la misma en las diferentes edades en las que se presenta e induce con frecuencia a error por las distintas formas de expresión, localización y grado de afectación. En esta monografía no solo hacemos un recorrido sobre su incidencia, manifestaciones clínicas y tratamiento, también se hace una am-

plia descripción de las posibles comorbilidades que con frecuencia se asocia, y somos los pediatras de Atención Primaria los que en la mayor parte de casos tenemos que diagnosticarlos y tratarlos, además. También hace un trazado sobre los posibles diagnósticos diferenciales, desde los más simples a los más complicados, en donde tenemos que apoyarnos en el dermatólogo, al que también agradecemos que dedique su atención a la infancia y con el que siempre iremos coordinados para el mejor manejo de esta patología.

Desde la SEPEAP queremos mostrar nuestro agradecimiento y gratitud a los autores de esta *Guía de Recomendaciones Prácticas en Pediatría*, dedicada de forma monográfica a la dermatitis atópica, a la citada doctora Begoña Pelegrín López, al doctor Carlos Iglesias Gómez y a la doctora María Asunción Vicente Villa, por el magnífico trabajo realizado y la visión desde todos los ángulos disponibles de esta camaleónica patología cada vez más frecuente en nuestro medio.

Por supuesto, no olvidamos a la compañía Viatrix®, por su colaboración generosa y patrocinio de esta monografía, tanto en su edición como difusión y distribución, para conseguir que este trabajo salga a la luz y lo puedan disfrutar y aprender de él los profesionales sanitarios que lo consulten, y que, en definitiva, ello redunde en la mejora de la salud y cuidados tanto del niño como del adolescente al que nos debemos.

**Dr. Cristóbal Coronel Rodríguez**  
*Presidente de la SEPEAP*





## INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una entidad descrita en 1891 por Brocq y Jaquet, que la denominó "neurodermatitis diseminada y del sistema nervioso". Un año después, Besnier la llama "prurigo diatésico, eczematoide lique-noide", y en 1923 Coca y Cooke sugieren el término de atopia, que significa "respuesta fuera de lugar", pero no fue hasta 1933 cuando Hill y Sulzberger establecen el término "dermatitis atópica" en reconocimiento a su cercana asociación con la alergia respiratoria.

Es la enfermedad inflamatoria de la piel más común, crónica y recurrente en los niños de todo el mundo. Enfermedad compleja mediada tanto por factores genéticos como ambientales, que surgen de la desregulación del sistema inmune, la disfunción de la barrera epidérmica y la inflamación. Muy frecuente en la infancia, afecta hasta un 30 % de los niños, a un 45 % en menores de 6 meses y hasta a un 80 % entre los 2 y los 4 años; se habrá presentado antes de los 5 años en un 90 %. Dado que es una enfermedad autorresolutiva, hasta el 75 % desaparecerá pasada la pubertad, pero puede aparecer entre un 1-10 % en la vida adulta.

Se considera el punto inicial de la "marcha atópica", con mayor riesgo para desarrollar otras enfermedades, como: asma, rinitis alérgica y alergias alimentarias. Son características sus manifestaciones cutáneas: prurigo intenso, piel seca, eritema y exudado, de mecanismo inmunológico, con un patrón de distribución característico: en lactan-



tes y niños pequeños en las mejillas, el cuero cabelludo y superficies de extensión de extremidades, y en niños mayores en los pliegues de flexión o en zonas específicas, como párpados, zona perioral, manos y pies.

El diagnóstico de la DA es eminentemente clínico y debemos correlacionarlo con la edad, ya que las manifestaciones son muy diferentes; por ello, la diferenciamos en tres fases: del lactante, del niño y del adolescente. El prurito es el síntoma guía de la enfermedad, sin él no hay diagnóstico de DA, y, además, influye en todos los aspectos de la vida: social, educación, trabajo, productividad y descanso, pudiendo llegar a provocar una importante afectación psicológica y un impacto negativo en la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares.

Los niños con DA se vuelven irritables y malhumorados, con alteraciones en la conciliación y calidad del sueño, afectando al rendimiento escolar, con problemas de concentración y atención y con un alto riesgo de desarrollar problemas emocionales y de conducta, como déficit de atención e hiperactividad, depresión y ansiedad. En los padres, el estrés de cuidar a un niño con DA puede provocar sentimientos de depresión, ansiedad, frustración, deterioro en las relaciones sociales y de pareja y problemas de conciliación del sueño.

Por todos estos motivos es importante el diagnóstico precoz por parte del pediatra de Atención Primaria, para iniciar lo antes posible el tratamiento dirigido a reducir los síntomas y minimizar los riesgos y consecuencias de esta enfermedad; tratamiento tanto de mantenimiento diario como en la aparición de sus brotes, así como conocer las indicaciones de derivación al especialista ante dudas diagnósticas, mala respuesta al tratamiento o DA severas o graves.

**Dra. Begoña Pelegrín López**

*Coordinadora del Grupo de trabajo Dermatología de SEPEAP*



# 1

## DEFINICIÓN

Dra. Begoña Pelegrín López

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente de la piel, que cursa en brotes.

De mecanismo inmunológico, como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados (alimentos, neumoalérgenos, proteínas bacterianas), en niños genéticamente predispuestos, se liberan una serie de factores inflamatorios que producen en la piel lesiones de eccema que se manifiestan con prurito intenso, irritación cutánea, rascado y lesiones inflamatorias simétricas, de aspecto y localización variable, según la edad y la ubicación de la enfermedad. Se asocia, con frecuencia, a asma, rinitis y alergia alimentaria, secuencia denominada **marcha atópica**, donde la dermatitis atópica es la primera manifestación; posteriormente pueden aparecer alergia a alimentos (en torno a los 6-12 meses), asma (niños) y rinitis (pubertad, adolescencia, adultos)<sup>1, 2</sup>.

Es considerada una enfermedad autorresolutiva y suele mejorar con el paso del tiempo; hasta en el 75 % de las ocasiones desaparece después de la pubertad<sup>1</sup>.

Se puede presentar en sujetos de todas las edades, pero es mucho más frecuente en niños. El 50 % de los casos se diagnostica durante el primer año de vida<sup>3</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Atopic Dermatitis: Update and Proposed Management Algorithm. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(1):4-16.
2. Ridaó i Redondo M. Dermatitis atópica. *Pediatr Integral.* 2012;XV(3):213-21.
3. Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019;2:161-75.



# 2

## PREVALENCIA E INCIDENCIA

Dra. Begoña Pelegrín López

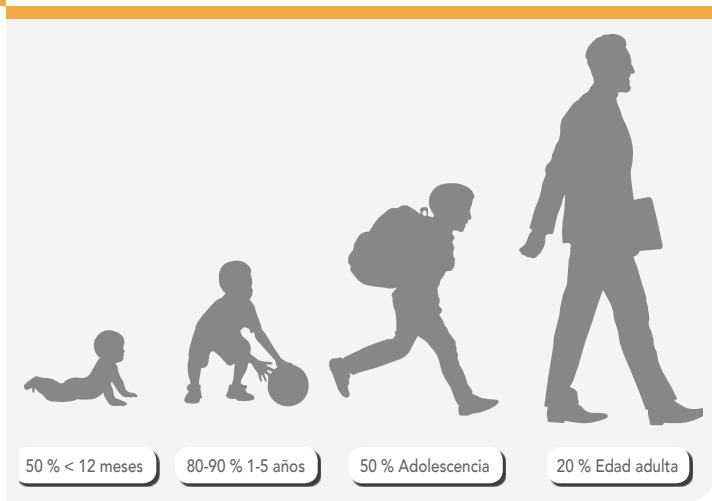
La dermatitis atópica es la enfermedad crónica de la piel más frecuente, afectando, aproximadamente, del 5 al 20 % de los niños en todo el mundo, con grandes variaciones entre países y grupos étnicos. La prevalencia es mucho mayor en países industrializados, como Estados Unidos, Europa occidental, Japón o Australia, que en regiones con una cultura agrícola marcada, como China, Europa del este, Asia central y países africanos en vías de desarrollo<sup>1</sup>.

La enfermedad comienza típicamente en la primera infancia, con una prevalencia en niños del 10-20 % frente a los adultos, que es del 1-3 %<sup>2</sup>.

Se calcula que el 50 % de los pacientes presentan lesiones durante el primer año de vida y que el 80-90 % de los mismos lo hace antes de los 5 años, con una ligera preponderancia femenina y diferencias étnicas y geográficas muy significativas. Es infrecuente que debute antes del segundo mes<sup>3</sup>.

La dermatitis atópica persiste más allá de la infancia; al menos el 50 % de los niños atópicos mantienen alguna manifestación de la enfermedad durante la adolescencia y el 20 % también en la vida adulta<sup>2</sup>. El inicio en los primeros 6 meses de vida parece estar asociado con una enfermedad más grave<sup>4</sup>.

## FIGURA 1. LA DERMATITIS ATÓPICA PERSISTE MÁS ALLÁ DE LA INFANCIA



Fuente: elaboración propia.

Los factores de riesgo de la dermatitis atópica incluyen múltiples factores genéticos y ambientales:

- Aproximadamente el 70 % de los pacientes tienen antecedentes familiares positivos de enfermedades atópicas, de tal forma que la prevalencia de dermatitis atópica en niños con familiares de primer y segundo grado afectados puede llegar a ser del 39 % y del 19 %, respectivamente<sup>1</sup>.
- Los niños con uno de los padres atópicos tienen mayor riesgo de desarrollar dermatitis atópica y parece ser que es todavía mayor si afecta a la madre<sup>3</sup>. El riesgo aumenta de tres a cinco veces si ambos padres son atópicos<sup>4</sup>.
- Los factores ambientales, incluidos el clima, el entorno urbano frente al rural, la contaminación del aire, la exposición temprana a microorganismos no patógenos y la dureza del agua, pueden influir en el riesgo de dermatitis

atópica<sup>4</sup>. El frío y la baja humedad ambientales serían los responsables de los empeoramientos estacionales visibles sobre todo en climas fríos o extremos.

En cuanto a la dieta, se encuentra menor incidencia de dermatitis atópica en niños alimentados con leche materna y suplementos de proteínas hidrolizadas, así como en los que se retrasa la introducción de alimentos sólidos a los 6 meses y la leche de vaca, los huevos y el pescado al año de edad<sup>4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pozo Román T, Mínguez Rodríguez B. Dermatitis atópica y dermatitis seborreica. *Pediatr Integral*. 2021;XXV(3):119-27.
2. Howe W. Atopic dermatitis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate*. 2023.
3. Ortiz de Frutos FJ. Epidemiología de la dermatitis atópica.
4. Bagazgoitia L, Gutiérrez M, García Blesa C, Hernández Martín A, Torrelo A. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica. ¿Es posible la prevención? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11 Supl 15:s31-s47.

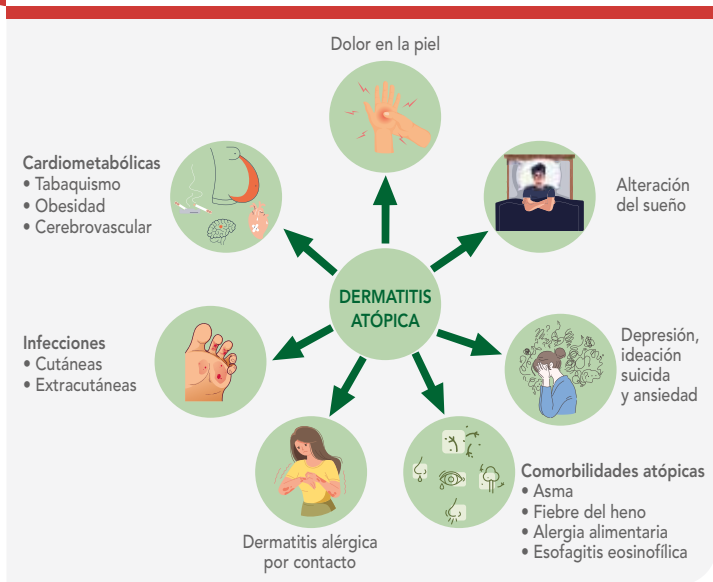


# 3

## COMORBILIDADES DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Dra. Begoña Pelegrín López

FIGURA 1. COMORBILIDADES DE LA DERMATITIS ATÓPICA<sup>1</sup>



Fuente: adaptada de la referencia 1.

Actualmente, la dermatitis atópica es un trastorno multi-sistémico con una serie de comorbilidades que aparecen con cierta frecuencia; identificarlas es esencial para el manejo adecuado de la enfermedad y mejorar los resultados generales del paciente<sup>2, 3</sup>.



FIGURA 2. PROCESO DEL ESTATUS ATÓPICO



Fuente: elaboración propia.

## COMORBILIDADES ATÓPICAS

La dermatitis atópica suele ser la primera manifestación atópica que precede al desarrollo de otros procesos considerados del estatus atópico, que incluye alergias alimentarias, asma y rinoconjuntivitis alérgica, evolución secuencial que se ha descrito como **"marcha atópica"**<sup>4</sup>.

Las alergias alimentarias suelen ser las siguientes en aparecer, frecuentemente poco después de la dermatitis, durante el primer año de vida. Los alimentos más habituales a los que se desarrollan alergias son la leche de vaca, el huevo, el trigo, la soja, las nueces, el pescado y los cacahuetes.

Niños con dermatitis atópica tienen un mayor riesgo en el futuro a desarrollar asma y rinitis alérgica, especialmente cuando las manifestaciones cutáneas son persistentes o graves. Se acompañan de multisensibilización, historia familiar y de una deficiencia de filagrina. Las alteraciones en la función barrera en pacientes con dermatitis atópica incrementan el riesgo de sensibilización a alérgenos alimentarios y aeroalérgenos<sup>4,5</sup>.

## COMORBILIDADES NO ATÓPICAS

### ● Dermatitis atópica y obesidad

Una revisión sistemática de 30 estudios observacionales encontró que el sobrepeso y la obesidad están asociados con un aumento de la prevalencia de la dermatitis atópica en poblaciones de Asia y América del Norte. La presencia de obesidad predijo un curso de dermatitis atópica más severo<sup>5</sup>.

Un estudio llevado a cabo por investigadores del grupo de Pediatría de la Universidad de Murcia concluye que la obesidad infantil supone un factor de riesgo relacionado con la dermatitis atópica infantil, independientemente del ejercicio físico que practiquen<sup>6</sup>.

### ● Dermatitis atópica e infecciones

Los pacientes con dermatitis atópica son susceptibles a desarrollar una variedad de infecciones cutáneas, incluyendo bacterias, virus y hongos. Defectos en la barrera de la piel, la deficiencia de filagrina, así como los defectos de la inmunidad mediada por células, como las respuestas Th1, son los responsables de esta predisposición<sup>5</sup>.

- **Infecciones bacterianas:** la colonización por *Staphylococcus aureus*, complicación más frecuente, afecta a más del 90 % de pacientes con dermatitis atópica.

### IMAGEN 1. IMPÉTIGO



Fuente: imagen Dra. B. Pelegrín.

- **Infecciones víricas:** la infección viral más frecuente es el herpes simple, el cual puede manifestarse localmente o diseminarse, produciendo la erupción variceliforme de Kaposi o eccema herpético, más frecuente en los 3 primeros años de vida.

#### IMAGEN 2. MOLLUSCUM CONTAGIOSUM Y VERRUGAS VULGARES



Fuente: imagen Dra. B. Pelegrín.

- **Infecciones por dermatofitos (*T. rubrum*):** tiñas y pie de atleta<sup>7</sup>.

#### IMAGEN 3. TIÑA CAPITIS



Fuente: imagen Dra. B. Pelegrín.

#### ● Dermatitis atópica y patología ocular

Existe un mayor riesgo de conjuntivitis, queratitis y queratocono con respecto a la población general, que además tiene relación con la gravedad de la dermatosis<sup>4</sup>.



## ● Dermatitis atópica y patología cardiovascular

Estudios realizados en población tanto estadounidense como europea han comprobado una asociación positiva entre dermatitis atópica y comorbilidad cardiovascular, siendo mayor en aquellos pacientes con dermatitis atópica más grave y/o con afectación prolongada durante un mayor periodo de tiempo<sup>4</sup>.

## ● Dermatitis atópica y afectaciones neuropsiquiátricas

Los niños con dermatitis atópica tienen más problemas emocionales, psicológicos y sociales como consecuencia de los síntomas de este eccema crónico en la piel: depresión, ansiedad, ideación suicida, trastornos de la atención en forma de déficit de atención e hiperactividad<sup>4, 5</sup>.

## ● Dermatitis atópica y enfermedades autoinmunitarias

Se ha asociado la dermatitis atópica con diversas enfermedades autoinmunitarias<sup>4</sup>: alopecia areata, vitíligo, enfermedad inflamatoria intestinal, urticaria crónica, lupus eritematoso.

## ● Dermatitis atópica e impacto social y familiar

La dermatitis atópica puede afectar a la salud emocional, psicológica y social de los niños que la padecen, y también a la de sus familiares:

- **En los niños:** posibles trastornos de comportamiento, alteraciones en el sueño y problemas en la gestión de las emociones. Esta situación, a su vez, puede provocar irritabilidad, baja autoestima, ansiedad, aislamiento social e incluso *bullying*<sup>8</sup>.

- **A nivel familiar:** las personas que rodean al paciente suelen tener sentimientos de culpa, desesperación, ira o incluso depresión, sobreprotección, alteraciones del sueño derivadas del cuidado diario del pequeño que alteran la vida familiar y de pareja<sup>8</sup>, incluso un gasto económico elevado derivado de los tratamientos, desplazamientos y ausencias del trabajo<sup>8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Silverberg JI. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019;123(2):144-51.
2. Querol Nasarre. Dermatitis atópica *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11 (supl. 17):317-29.
3. Garnacho Saucedo GM. Eccemas: atópico, seborreico, de contacto. *Continium. AEP.* 2023.
4. Carrascosa JM, Morillas-Lahuerta V. Comorbilidades en dermatitis atópica: actualización y controversias. *Actas Dermosiliogr.* 2020;111(6):481-6.
5. Aguirre Martínez, Mendoza Hernández D, López Pérez GT, Carmona Barrón M. Dermatitis atópica y comorbilidades en el paciente pediátrico. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas.* 2018;27(3):71-8.
6. García-Marcos Barbero P. Epidemiología del Asma y Dermatitis Atópica en Escolares de Cartagena: "Global Asthma Network". Universidad de Murcia, 2017.
7. Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019;2:161-75.
8. Klinnert MD, Booster G, Copeland M, Darr JM, Meltzer LJ, Miller M, et al. Role of behavioral health in management of pediatric atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2018;120(1):42-48.e8.



# 4

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS, FASES Y ESCALAS

Dr. Carlos Iglesias Gómez

La lesión básica en la dermatitis atópica es el eccema mal delimitado, que se acompaña de intenso prurito. Partiendo de esto, podemos clasificar las lesiones en función del tiempo de evolución:

- **Aguda:** eritema intenso, exudación serosa y costras serohemorrágicas. Muy pruriginosa.
- **Subaguda:** eritema moderado, descamativo y con excoriaciones.
- **Crónica:** liquenización, excoriaciones por rascado, acentuación de los pliegues y cambios pigmentarios.

### IMAGEN 1. ECCEMA EN MEJILLAS



Fuente: Shutterstock.

## FASES CLÍNICAS

La localización de las lesiones varía con la edad del paciente, existiendo tres fases evolutivas que pueden superponerse parcialmente: fase del lactante, infantil y adolescente-adulto joven (tabla 1).

**TABLA 1. FASES CLÍNICAS**

Fase	Lesiones	Localización
<b>Lactante</b> (< 2 años)	Eccema exudativo	Mejillas, frente, pliegues auriculares (respetando triángulo nasolabial), cuero cabelludo, parte anterior de tronco, zonas de extensión de extremidades
<b>Infantil</b> (2-12 años)	Eccema subagudo	Flexura cubital y poplítea, zona periorbitaria y peribucal, pulpitis, dorso de manos y planta de pies
<b>Adolescente</b> (> 12 años)	Eccema crónico Liquenificación	Flexuras, tercio superior de brazos y espalda, cuello, dorso de manos y pies

Fuente: tomada de Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019;2:161-75. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/).

## IMAGEN 2. ECCEMA EN MEJILLAS



Fuente: Shutterstock.

### IMAGEN 3. ECCEMA EN FLEXURA POPLÍTEA



Fuente: Shutterstock.

### IMAGEN 4. ECCEMA EN DORSO DE MANOS Y PIES



Fuente: Shutterstock.

Sin relación con la edad del paciente, es frecuente encontrar fenómenos de hipopigmentación postinflamatoria, la cual se hace más evidente tras exposición solar. Estos cambios son transitorios y suelen repigmentarse en 12 meses tras su aparición.



## ESTIGMAS DEL ATÓPICO

Los estigmas del atópico no se relacionan con la edad o con ninguna fase evolutiva concreta del paciente y pueden incluir la aparición de estas otras entidades:

- **Facies atópica:** palidez centrofacial, doble pliegue palpebral (Dennie-Morgan), ojeras, enrojecimiento con hendidura horizontal de punta nasal (saludo alérgico).
- **Hiperlinealidad** de palmas y plantas.
- **Dermografismo blanco:** fenómeno paradójico al dermatografismo, ocurriendo blanqueamiento de la zona sin la producción del componente inflamatorio.
- **Afectación ocular:**
  - Queratoconjuntivitis alérgica (prurito ocular y fotofobia).
  - Catarata subcapsular posterior en pacientes adultos con dermatitis atópica severa.
  - Queratocono, debido al rascado continuo de los ojos.

## OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Otras manifestaciones clínicas descritas también como entidades clínicas separadas, pero que están estrechamente relacionadas y que se pueden observar en el paciente atópico de cualquier edad, son:

### ● Queratosis pilar

Hiperqueratosis con tapones córneos en la parte superior de los folículos pilosos, dando un aspecto característico



de “piel de gallina”. Se inicia en la infancia y persiste hasta la vida adulta. Se localiza en cara lateral de cara, brazos, muslos y glúteos.

### ● **Liquen espinuloso**

Pápulas o micropápulas secas de color piel o hipopigmentadas. Más frecuente en raza negra. Se localiza en tronco o extremidades.

### ● **Pitiriasis alba**

Máculas hipopigmentadas asintomáticas, más evidentes en pacientes con fototipos oscuros, pudiendo asociar descamación fina superficial. Se localiza en cara, cuello, tronco superior y porción proximal de las extremidades.

### ● **Dermatitis numular**

Placas redondas, con forma de moneda. Son lesiones intensamente pruriginosas, de bordes bien delimitados, que miden más de 1 cm de diámetro, a menudo con micropápulas o vesículas en la superficie. La infección secundaria por estafilococos es frecuente, y se manifiesta por costras y exudados. Se localiza en superficies extensoras de manos, brazos y piernas, o áreas de piel seca. Ocasionalmente en cara y tronco.

### ● **Dermatitis friccional liquenoide**

Dermatosis recurrente con pápulas agrupadas de < 2 mm de aspecto liquenoide. Pueden ser asintomáticas o asociar prurito intenso. Cerca del 50 % de los pacientes con dermatitis friccional tienen dermatitis atópica, rinitis alérgica.

gica o asma. Se localiza en áreas de fricción, como codos, rodillas y dorso de las manos.

### ● **Eccema dishidrótico (ponfólix)**

Erupción eccematosa aguda recurrente o crónica, de etiología desconocida. Se caracteriza por lesiones inflamatorias que varían desde pequeñas vesículas hasta ampollas firmes. Se acompaña de hiperhidrosis, prurito y sensación de quemazón. Se localiza en palmas, plantas y superficie lateral de los dedos (bilateral y simétrica).

### ● **Dermatitis plantar juvenil**

Dermatitis irritativa friccional muy común en la infancia. Suele asociar hiperhidrosis. Se manifiesta como un eritema simétrico, con descamación o formación de fisuras superficiales. Se localiza en la almohadilla plantar anterior y dedos de los pies, respetando espacios interdigitales. En ocasiones afecta también a las palmas de las manos.

### ● **Prurigo atópico**

Pápulas muy pruriginosas que, tras el rascado, evolucionan a excoriaciones y ulceraciones en sacabocados, formación de costras y cicatrices. Rara afectación facial.

### ● **Dermatitis irritativa perioral**

Queilitis descamativa por la saliva, el eccema del pezón y dermatitis del pañal; son tan frecuentes que se consideran manifestaciones clínicas de la dermatitis atópica.



## IMAGEN 5. DERMATITIS PERIORAL



Fuente: Shutterstock.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para el diagnóstico de la dermatitis atópica, los criterios de Hanifin y Rajka han sido los más utilizados en la población pediátrica (tabla 2). Consta de criterios mayores y menores, siendo preciso contar con tres o más criterios en cada uno de esos dos apartados para confirmar el diagnóstico.

TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterios mayores (debe cumplir tres o más)			
Prurito	Morfología y distribución típicas		
Carácter crónico o recidivante	Combinación de estos patrones	Liquenificación en flexuras en adultos	
Historia familiar o personal de atopia		Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes	
Criterios menores (debe cumplir tres o más)			
Xerosis	Ictiosis, hiperlinealidad palmar, o queratosis pilaris	Eccema del pezón	Comienzo a temprana edad
Queilitis			

Continúa

**TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (Continuación)**

Criterios menores (debe cumplir tres o más)			
Pitiriasis alba	Reactividad a pruebas cutáneas inmediata (tipo 1)	Conjuntivitis recurrente	IgE sérica elevada
Queratocono			
Tendencia a infecciones cutáneas (especialmente <i>S. aureus</i> y herpes simple) o defecto en la inmunidad mediada por células	Tendencia a dermatitis en manos y pies inespecíficas	Acentuación perifolicular	Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
Catarata anterior subcapsular	Intolerancia a lanas y solventes orgánicos	Intolerancia a alimentos	
Oscuramiento orbitario (ojeras)	Lengua geográfica	Eritema o palidez facial	Curso influenciado por factores ambientales o emocionales
Pliegue cervical anterior	Prurito al sudar (hipersudoración)	Alopecia de cola de cejas	
		Dermografismo blanco	

Fuente: modificada de Escarrer Jaime M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019;2:161-75. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/).

El grupo de trabajo de Reino Unido estableció también unos criterios simplificados de diagnóstico que pueden resumirse en la tabla 3.

**TABLA 3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SIMPLIFICADOS**

Debe tener	Lesiones cutáneas pruriginosas (o referencia paterna de rascado) en el último año
Además, tres o más de los siguientes	Historia de afectación de los pliegues cutáneos: antecubital, huecos poplíteos, cara lateral de tobillos, cuello y zona periorbitaria (pliegue de Dennie-Morgan)
	Historia personal de asma o rinitis alérgica o historia familiar de enfermedad atópica en un familiar de primer grado en un paciente < 4 años
	Historia de xerosis cutánea generalizada en el último año
	Inicio antes de los 2 años de vida
	Dermatitis flexural visible (incluyendo dermatitis de mejillas, frente, cara externa de miembros en < 4 años)

Fuente: tomada de Escarrer Jaime M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019;2:161-75. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/).

Las pruebas de laboratorio no son fundamentales para el diagnóstico de dermatitis atópica. Sí se ha de reseñar que hasta un 80 % de los pacientes presenta niveles séricos elevados de inmunoglobina E (IgE), pudiendo asociar pruebas cutáneas positivas o IgE específica frente a neuroalérgenos o alérgenos alimentarios.

Este incremento de los valores de IgE es debido a la inflamación en la piel mediada por linfocitos Th2. Una vez que se controla dicha inflamación, los valores de IgE disminuyen significativamente. Esto apoya que las reacciones alérgicas juegan un papel importante en la dermatitis atópica.

Cerca del 30 % de los niños que comienzan esta enfermedad en los primeros meses de vida desarrollarán rinitis alérgica o asma, constituyendo la llamada marcha atópica. Para su desarrollo, son factores de riesgo: el inicio precoz, la gravedad, el mal control de la misma y unos niveles elevados de IgE.

## VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

Es difícil establecer un método universal para valorar la gravedad de esta enfermedad debido a las variaciones en su fenotipo, dependientes de la edad del paciente y sus presentaciones clínicas particulares.

Antes de iniciar ningún tratamiento es precisa una valoración previa del paciente que permita su selección y clasificación en función de la severidad de la enfermedad. Para ello contamos con diferentes escalas o scores ampliamente conocidos, entre los que destacamos el SCORAD, el EASI y el SASSAD (tabla 4).

Existen publicaciones que hablan del EASI y del EASI-SA (EASI autoadministrado) como las escalas que permiten una mejor valoración y estimación de la superficie corporal afectada; sin embargo, se ha establecido que ambos scores (SCORAD y EASI) son válidos, reproducibles y sensibles para la valoración inicial y la monitorización durante el tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica.

**TABLA 4. ESCALAS EASI Y SASSAD**

EASI ( <i>Eccema Area and Severity Index</i> )	SASSAD ( <i>Six Area Six Sign Atopic Dermatitis Severity Index</i> )
<p>Regiones corporales a valorar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cabeza y cuello</li> <li>2. Miembros superiores</li> <li>3. Tronco</li> <li>4. Miembros inferiores</li> </ol> <p>Elegir un área representativa de cada región corporal y valorar la intensidad (nada = 0; leve = 1; moderado = 2; severo = 3) de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eritema</li> <li>2. Grosor</li> <li>3. Costras</li> <li>4. Liquenificación</li> </ol>	<p>Valoración en 6 localizaciones los siguientes parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eritema</li> <li>2. Exudación</li> <li>3. Excoriación</li> <li>4. Sequedad</li> <li>5. Agrietamiento</li> <li>6. Liquenificación</li> </ol> <p>Según intensidad:</p> <p>0 = nada 1 = leve 2 = moderado 3 = severo</p>
<p>Cálculo del área afectada (%) en cada región:</p> <p>0 = 1-9 % 1 = 10-29 % 2 = 30-49 % 3 = 50-69 % 4 = 70-89 % 5 = 90-100 %</p> <p>Score máximo: 72 Score mínimo: 0</p>	<p>Score máximo: 108 Score mínimo: 0</p>

Fuente: tomada de Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(1):4-16.

Centrándonos en el SCORAD, la escala más utilizada, permite asignar una puntuación al nivel de gravedad que presenta la enfermedad en un determinado momento.

Además de los scores previos, se aconseja realizar escalas de valoración de la calidad de vida adaptadas según la edad: DLQI (adultos), IDLQI (< 4 años) y CDLQI (> 4 años).

En el SCORAD se valoran tres parámetros:

**A. Extensión de área afectada (20 % total):**

- Porcentaje de superficie corporal afectada por la inflamación.
- Se emplea la regla de los 9 como instrumento de medida.

**B. Intensidad de las lesiones (60 % total):**

- Valora: eritema, edema/pápula, exudado/costra, excoiación, liquenificación y sequedad, puntuándose cada una de 0 a 3.

**C. Síntomas subjetivos en los últimos 3 días (20 % total):**

- Prurito y pérdida de sueño, dando a cada uno entre 0 y 10 puntos mediante una escala analógica virtual.

**Índice SCORAD** =  $A / 5 + 7 \times B / 2 + C$ .

Se establecen tres grados:

- **Leve:** puntuación de 0 a 25.
- **Moderado:** puntuación de 25 a 50.
- **Grave:** puntuación mayor de 50.



**FIGURA 1. ÍNDICE SCORAD**

Fuente: tomada de Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019;2:161-75. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/).

Existe una modificación del SCORAD, orientado por el paciente, PO-SCORAD, validado en 2011 y que guarda buena correlación con el SCORAD clásico.

Nos permite obtener una idea más exacta de la evolución y estado del paciente, ya que al proporcionar una evaluación continua (al contrario que la intermitente visita médica), permite valorar adecuadamente la situación entre los brotes, ni infra ni sobrevalorando la situación real del paciente.

**BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019;2:161-75. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/).
- Garnacho Saucedo GM. Eccemas: atópico, seborreico, de contacto. *Continium.* AEP. 2023.
- Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(1):4-16.
- Puig L. Dermatitis atópica. *Monogr Dermatología.* 2012;25(3):133-83. Disponible en: [www.libreriasaulamedica.com](http://www.libreriasaulamedica.com).
- Querol Nasarre I. Dermatitis atópica. *Rev Pediat Atención Primaria.* 2009;11(supl. 17):317-29.



# 5

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DERMATITIS ATÓPICA

Dr. Carlos Iglesias Gómez

### DESCAMACIÓN FISIOLÓGICA

Descamación superficial presente en muchos recién nacidos hasta el primer mes de vida. Comienza en los tobillos en las primeras 24-48 horas de vida, pudiendo permanecer localizado en manos y pies o extenderse de forma gradual.

Para diferenciarlo de la dermatitis atópica, observaremos que no asocia eritema, disconfort ni prurito, siendo normal la piel subyacente.

### DERMATITIS SEBORREICA

Dermatitis crónica y/o recidivante presente en menores de 3 meses con lesiones cutáneas a modo de descamación grasa no pruriginosa, en pliegues (retroauricular), área del pañal (a diferencia de la dermatitis atópica), cuero cabelludo y afectación centrofacial, que se resuelve espontáneamente en pocas semanas.

Su etiopatogenia es desconocida y podría involucrar varios factores, como la presencia de levaduras lipofágicas queratinofílicas del género *Malassezia* (saprófita habitual, pero en ocasiones patológica), generando una reacción inflamatoria.

TABLA 1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN DERMATITIS ATÓPICA

	Dermatitis seborreica	Dermatitis atópica
Comienzo	Primer mes	2.º-4.º mes
Foco inicial	Cuero cabelludo	Mejillas
Lesión	Escama-costra grasa	Vesícula
Distribución	Cuero cabelludo, zona del pañal y flexuras proximales	Mejillas, cuello, nuca y flexuras distales
Prurito	Escaso	Intenso
Duración	9-12 meses	Varios años
Eosinofilia	Rara	Frecuente
Antecedentes familiares	Seborrea	Manifestaciones de atopia
Desencadenantes	No conocidos	Psicológicos, climáticos

Fuente: tomada de Salmentón M. Pautas de diagnóstico y tratamiento de las dermatitis o eccemas en el niño. Arch Pediatr Urug. 2002;73(4):236-9.

IMAGEN 1. DERMATITIS SEBORREICA EN CUERO CABELLUDO



Fuente: Shutterstock.

## ESCABIOSIS

Infestación por *Sarcoptes scabiei*, parásito que labra surcos en la superficie de la epidermis, generando un intenso prurito de predominio nocturno, alterando el sueño del lactante.

Suele afectar al núcleo familiar, pero la no afectación no la descarta, ya que es cronodependiente y el periodo de incubación puede oscilar de 1 a 6 meses.

Los signos patognomónicos son el surco y la eminencia acarina en muñecas, bordes de las manos, zonas laterales de dedos y espacios interdigitales. En lactantes debemos inspeccionar siempre palmas, plantas y tronco; en adolescentes, pene y escroto.

El rascado intenso e incesante genera otro tipo de lesiones superpuestas, como costras, excoriaciones con impetiginización y eccematización, que dificultan el diagnóstico y pueden confundir la escabiosis con otras entidades, como la dermatitis atópica.

Deberemos sospecharla en:

- Dermatitis atópica en menores de 2 años sin respuesta al tratamiento, y que asocie prurito en la familia y/o condiciones socioeconómicas sospechosas.
- Dermatitis atópica que debuta en edad atípica (8-9 años).

## IMAGEN 2. ESCABIOSIS SOBREENFECTADA



Fuente: Shutterstock.

## PSORIASIS

Se caracteriza por la presencia de placas y pápulas eritematosas bien delimitadas y cubiertas de escamas gruesas blanquecinas características, cuyo raspado destapa una superficie hemorrágica distintiva. Se localizan en superficies articulares, tronco, parte baja de la espalda y cuero cabelludo.

Sus formas clínicas más ecematosas y menos gruesas deberemos diferenciarlas de la dermatitis atópica. A diferencia de la dermatitis atópica, el resto de la piel no afectada no es xerosa, y las lesiones suelen estar más infiltradas y mejor delimitadas. Una duda diagnóstica que suele presentarse, por ejemplo, es cuando la psoriasis debuta como una dermatitis del pañal complicada.

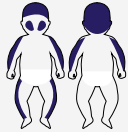
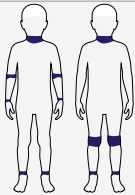
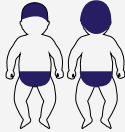
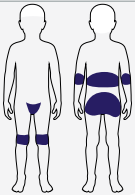
El fenómeno de Koebner, la tendencia a la aparición de lesiones de psoriasis en áreas de roce, traumas, etc., es frecuente en la psoriasis, y su presencia nos permitirá diferenciarla de la dermatitis atópica.

### IMAGEN 3. PLACA DE PSORIASIS



Fuente: Shutterstock.

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LESIONES SEGÚN LA EDAD**

Dermatitis atópica		Psoriasis	
< 2 años	2 años	< 2 años	2 años
Cara y cuero cabelludo	Cuello	Cuero cabelludo	
Superficies extensoras de extremidades	Superficies flexoras de extremidades	Área del pañal	Codos y rodillas Área lumbar y anogenital
			

Fuente: modificada de Howe W. Atopic dermatitis (eccema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate. 2022. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/atopic-dermatitis-eccema-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=eccema%20atopico&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/atopic-dermatitis-eccema-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=eccema%20atopico&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2).

## DERMATITIS DE CONTACTO

Inflamación cutánea causada por una reacción alérgica tras el contacto con sustancias capaces de atravesar la piel, normalmente de forma mantenida en el tiempo.

Es más frecuente en niños con dermatitis atópica, por la alteración de la barrera cutánea que presentan, lo que ocasiona facilidad para la entrada de alérgenos. Además, la lesión cutánea típica es la misma que la de la dermatitis atópica, el eccema, y asocia prurito.

La localización de las lesiones suele coincidir con el sitio de contacto con el alérgeno, lo que podría orientarnos a la hora de diferenciarlo de la dermatitis atópica, pero pueden afectarse zonas más alejadas (dermatitis de con-

tacto sistémica), siendo complejo distinguirla en esos casos de un brote de dermatitis atópica.

Para un adecuado diagnóstico diferencial, resulta clave la realización de una buena historia clínica, complementada con las denominadas pruebas epicutáneas.

#### IMAGEN 4. DERMATITIS DE CONTACTO



Fuente: archivo propio. Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia.

#### DERMATITIS FACTICIA O ARTEFACTA

Lesiones cutáneas provocadas de forma consciente o inconsciente por el propio paciente o por otra persona para satisfacer una necesidad psicológica.

La forma más frecuente de dermatitis artefacta probablemente sea la excoriación, a veces lo suficientemente profunda como para causar ulceración, provocada por medios mecánicos o sustancias irritantes, y en zonas visibles y accesibles a la manipulación.

Las lesiones son de aspecto singular, pero pueden asemejarse a la liquenificación flexural de la dermatitis atópica, motivo por el cual debemos saber diferenciarlas.

Estas lesiones suelen aparecer bruscamente, cuando el paciente se encuentra solo. La rápida curación de la lesión

con la simple aplicación de un vendaje oclusivo y estricta vigilancia del paciente confirma el carácter de autolesión de la misma.

## TIÑAS

La tiña corporis se caracteriza por lesiones en forma de placa anular con bordes bien definidos y crecimiento centrífugo, dejando un centro claro y borde descamativo, a veces vesiculoso, papuloso o pustuloso. Se localiza en áreas expuestas, como cara o miembros, asociando prurito.

El diagnóstico diferencial con el eccema atópico a veces resulta complejo, ya que, además, su incidencia se incrementa si existe atopia previa. Resulta clave la realización de una completa historia clínica, el aspecto de las lesiones y, si fuera preciso, la toma de muestras para cultivo o identificación con técnica de hidróxido de potasio (KOH).

### IMAGEN 5. TIÑA CORPORIS



Fuente: Shutterstock.



## PITIRIASIS ROSADA

La "placa heraldo", lesión característica de esta entidad, es rosada y ovalada, con borde descamativo, similar al eccema atópico, aunque, a diferencia de esta, cursa en brotes concentrados en un corto periodo de tiempo (de 2 semanas a 3 meses).

## INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS

Diversas entidades, como la agammaglobulinemia ligada al sexo, el síndrome de Wiskott-Aldrich, la ataxia-telangiectasia, la inmunodeficiencia combinada grave, el síndrome de hiper-IgE o la enfermedad granulomatosa crónica, pueden asociar lesiones de aspecto eczematoso, con mala respuesta al tratamiento; esto, junto con la presencia de infecciones recurrentes, debe hacernos sospechar la presencia de una de estas inmunodeficiencias.

## DERMATITIS HERPETIFORME

Erupción papulovesicular crónica que adopta frecuentemente una disposición circular o herpetiforme, intensamente pruriginosa, que se extiende simétricamente sobre las superficies extensoras.

Las lesiones que asocian prurito, junto con su irrupción en brotes y su localización en superficies de extensión de los miembros, pueden confundirse con la dermatitis atópica.

## ECCEMA XERODÉRMICO O CRAQUELÉ

Piel seca, eritematosa y descamativa, generalmente en extremidades, relacionada con el frío, y suele presentarse en los antebrazos, manos y piernas de adolescentes.

## IMAGEN 6. ECCEMA XERODÉRMICO



Fuente: cortesía de la Dra. Begoña Pelegrín López.

## MICOSIS FUNGOIDE

Este linfoma cutáneo de células T suele manifestarse en la edad pediátrica como máculas únicas o múltiples, frecuentemente hipocrómicas, lo que puede asemejarlo a un eccema en placas o numular, pero, a diferencia de la dermatitis atópica, sin presentar prurito y resultando muy persistente. Es necesaria la biopsia de piel para el diagnóstico.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bushara KO. Neurologic presentation of celiac disease. *Gastroenterology*. 2005;128(4 Suppl 1):S92-7.
- De Lucas Laguna R, Sendagorta Cudós E. No todo es dermatitis atópica. *Rev Pediatr Atención Primaria*. 2009;11(Supl 15):15-30.
- Garnacho Saucedo GM. Eccemas: atópico, seborreico, de contacto. *Continium*. AEP. 2023.
- Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(1):4-16.
- Martorell-Aragonés A, Martorell-Calatayud C, Martorell-Calatayud A. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica. *An Pediatría Contin*. 2011;9(2):73-80.

- Querol Nasarre I. Dermatitis atópica. *Rev Pediat Atención Primaria*. 2009;11(supl. 17):317-29.
- Rodríguez A, Ezquieta B, Labarta JI, Clemente M, Espino R, Rodríguez A, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con formas clásicas de hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa. *An Pediatr (Barc)*. 2017;87(2):116.e1-11.e10.
- Ruiz-Canela Cáceres J, Bernabéu Wittel J. Dermatitis atópica. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. 2015. [Citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/7/dermatitis-atopica>.
- Salmentón M. Pautas de diagnóstico y tratamiento de las dermatitis o ecemas en el niño. *Arch Pediatr Urug*. 2002;73(4):236-9.
- Senán Sanz MR, Pelegrín López B. Guía de consulta rápida en Dermatitis Atópica. 2.a ed. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, SEMFYC. 2021. Disponible en: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).



# 6

## TRATAMIENTO

Dra. Begoña Pelegrín López  
Dra. María Asunción Vicente Villa

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico de la dermatitis atópica (DA) tiene los siguientes objetivos:

- Disminuir la inflamación de la piel.
- Evitar los brotes.
- Mejorar la calidad de vida del niño: prurito, sueño y actividades propias del niño.

No existen hoy todavía unas guías terapéuticas totalmente aceptadas. Recientemente, la Academia Española de Pediatría (AEP) y la Academia Europea de Dermatología (EADV) han publicado una guía de recomendaciones.

La EADV propone un tratamiento escalonado según la edad y la gravedad de la enfermedad (tabla 1 y figura 1).

El tratamiento de la DA va dirigido a:

- Tratamiento de los brotes.
- Tratamiento proactivo.

El tratamiento proactivo va dirigido a conseguir un control a largo plazo de la enfermedad, disminuyendo el número y la gravedad de los brotes de dermatitis.

**TABLA 1. TRATAMIENTO ESCALONADO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

<b>Grave</b>	Medidas inferiores y selección de uno: Abrocitinib, ciclosporina, dupilumab, tralokinumab, upadacitinib, azatioprina, metotrexato <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dupilumab: aceptado <math>\geq 6</math> años.</li> <li>• Upadacitinib, tralokinumab: aceptado <math>\geq 12</math> años.</li> <li>• Abrocitinib, ciclosporina, metotrexato, azatioprina: no aceptado en ficha técnica en <math>&lt; 18</math> años.</li> </ul>
<b>Moderada</b>	Medidas inferiores y selección de uno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoides proactivos</li> <li>• Inhibidores de la calcineurina proactivos</li> <li>• Fototerapia</li> <li>• Tratamiento psicossomático</li> </ul>
<b>Leve</b>	Medidas inferiores más: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoides</li> <li>• Inhibidores de la calcineurina</li> <li>• Curas húmedas</li> </ul>
<b>Basal</b>	Emolientes Evitar alérgenos Programas educativos

Fuente: tomada de Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Ávila Valle G, Barbarot S, et al. Living EuroGuiDerm Guideline for the systemic treatment of Atopic Eczema. Version 2.1. EDFG. 2022.

**FIGURA 1. TRATAMIENTO ESCALONADO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**



Véase figura 2.

Fuente: tomada de Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Ávila Valle G, Barbarot S, et al. Living EuroGuiDerm Guideline for the systemic treatment of Atopic Eczema. Version 2.1. EDFG. 2022.

## TRATAMIENTO TÓPICO

El tratamiento de la DA es fundamentalmente tóxico. Se dispone de dos grupos de fármacos: corticoides tóxicos e inhibidores de la calcineurina.

## Corticoides tópicos

Los corticoides tópicos son el tratamiento de primera elección. Se utilizan desde el año 1957, conociéndose bien su eficacia y su seguridad. Los corticoides tópicos se clasifican según su potencia, existiendo distintas clasificaciones. La clasificación europea de los corticoides según su potencia es la más utilizada en nuestra práctica clínica (tabla 2).

**TABLA 2. CLASIFICACIÓN EUROPEA DE LA POTENCIA DE LOS CORTICOIDES**

1 Baja	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hidrocortisona acetato 1-2,5 %</li><li>• Metilprednisolona acetato 0,25 %</li><li>• Dexametasona 0,1-0,2 %</li><li>• Flucinolona acetónido 0,0025 %</li></ul>
2 Media	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prednicarbato 0,25 %</li><li>• Dipropionato aldometasona 0,05 %</li><li>• Valerato betametasona 0,025 %</li><li>• Butirato clobetasona 0,05 %</li><li>• Desoximetasona 0,05 %</li><li>• Acetónido flucinolona 0,00625-0,01 %</li><li>• Butilo de fluocortina 0,75 %</li><li>• Aceponato hidrocortisona 0,1 %</li><li>• Butirato hidrocortisona 0,1 %</li></ul>
3 Alta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dipropionato betametasona 0,05 %</li><li>• Dipropionato beclometasona 0,025 %</li><li>• Valerato de betametasona 0,1 %</li><li>• Budesonida 0,025 %</li><li>• Diflurasone diacetato 0,05 %</li><li>• Butirato de hidrocortisona 0,1 %</li><li>• Aceponato metilprednisolona 0,1 %</li><li>• Furoato mometasona 0,1 %</li><li>• Triamcinolona acetónido 0,1 %</li><li>• Fluticasona propionato 0,1 %</li></ul>
4 Muy alta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Propionato clobetasol 0,05 %</li><li>• Halcinónido 0,1 %</li></ul>
Corticoides tópicos de 4.ª generación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Butirato hidrocortisona</li><li>• Prednicarbato</li><li>• Aceponato metilprednisolona</li><li>• Furoato mometasona</li><li>• Fluticasona propionato pomada</li></ul>

Fuente: tomada de Martín Mateos MA (coord.). *Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. Documento de consenso de grupo de expertos. 2.ª ed. Madrid: Ed. Ergon; 2011.*

Los corticoides tópicos se disponen en diferentes presentaciones (vehículos), variando la potencia por este orden, de menor a mayor: loción, emulsión, crema, pomada, ungüento.

La elección del corticoide se basa en:

- **Características del brote:** características de las lesiones, gravedad, localización.
- **Características del corticoide:** potencia y presentación farmacológica.

Los consejos de aplicación de los corticoides son los siguientes:

- Aplicar en las lesiones de eccema una o dos veces al día (según la ficha técnica).
- **Cantidad:** según la regla de la unidad de la punta de dedo (UPD), equivale a 0,5 g y es la cantidad de crema exprimida de un tubo con una boquilla de 5 mm de diámetro, aplicada desde el pliegue distal de la cara palmar del pulpejo hasta la punta del dedo índice de un adulto (figura 2).

#### FIGURA 2. UNIDAD DE PUNTA DE DEDO (UPD)



Cantidad de formulación medida desde el pliegue distal de la piel hasta la punta de la superficie palmar del dedo índice de un adulto.

1 UPD  $\approx$  0,5 g

Fuente: tomada de Lawrence F, Eichenfield LF, Boguniewicz M et al. *Translating Atopic Dermatitis Management Guidelines Into Practice for Primary Care Providers. Pediatrics* 2015 Sep;136(3):55-65.

La cantidad de corticoide a administrar, por lo tanto, depende de la edad y de la zona corporal (tabla 3).

**TABLA 3. CANTIDAD DE CORTICOIDES SEGÚN EDAD Y LOCALIZACIÓN**

	3-6 meses	1-2 años	3-5 años	6-10 años	Adultos
Cara y cuello	1	1,5	1,5	2	2,5
Tórax y abdomen	1	2	3	3,5	7
Espalda	1,5	3	3,5	5	7
Brazo y mano	1	1,5	2	2,5	4
Mano y dedos					1
Pierna y pie	1,5	2	3	4,5	8



CARA  
Y CUELLO



BRAZO  
Y MANO



PIERNA  
Y PIE



TRONCO  
DELANTERO



TRONCO  
(ESPALDA  
INCLUYENDO  
NALGAS)

EDAD	NÚMERO DE UPD				
3-6 meses	1	1	1,5	1	1,5
1-2 años	1,5	1,5	2	2	3
3-5 años	1,5	2	2	3	3,5
6-10 años	2	2,5	4,5	3,5	5

UPD: unidad de la punta de dedo.

Fuente: tomada de Lawrence F, Eichenfield LF, Boguniewicz M et al. Translating Atopic Dermatitis Management Guidelines Into Practice for Primary Care Providers. *Pediatrics* 2015 Sep;136(3):55-65.



- **Duración:** hasta la remisión clínica de las lesiones. Los corticoides de potencia baja y media se recomienda aplicar hasta un máximo de 4 semanas y los de potencia alta hasta 2 semanas. No se deben suspender demasiado pronto. Cuando el brote ha mejorado, algunos autores aconsejan disminuir la potencia o disminuir la frecuencia hasta la remisión completa.
- **Potencia:** la elegiremos en función de:
  - Edad: niños pequeños, menor potencia.
  - Localización:
    - Cara, cuello, axilas, ingles y genitales: potencia baja y, si no hay mejoría, subir a potencia media.
    - Tronco, extremidades y cuero cabelludo: potencia media y, si no hay mejoría, subir a potencia alta.
  - Es recomendable el uso de los corticoides de cuarta generación.
  - Gravedad: a mayor gravedad, mayor potencia.
- **Vehículo:**
  - Eccema agudo o exudativo: presentación en emulsión o crema.
  - Eccema crónico o liquenificado: presentación en pomadas o ungüentos.
  - Cuero cabelludo: presentación en loción, espuma o gel.
  - Las emulsiones o cremas son útiles en cualquier tipo de eccema.

Las recomendaciones del uso de corticoides tópicos se recogen en la tabla 4.



#### TABLA 4. CONSEJOS DE USO DE LOS CORTICOIDES TÓPICOS

##### Uso de corticoides de potencia adecuada:

- Brote agudo:
  - Corticoide de mediana potencia
  - En cara, pliegues y área del pañal, evitar corticoides de media-alta potencia

##### Uso de corticoides en vehículo apropiado:

- Eccema agudo y exudativo: corticoides en loción, crema, emulsión
- Eccema crónico o liquenificación: corticoides en pomada o ungüento.  
Se puede usar siempre una emulsión o crema

##### Seguir bien la pauta:

- Cantidad adecuada y tiempo correcto:
  - Según la ficha técnica, se aplicarán una o dos veces al día
  - Duración máxima: 2-4 semanas consecutivas
  - Suspender cuando se controle el eccema

Fuente: elaboración propia.

Los efectos adversos con el uso de los corticoides tópicos pueden ser locales o sistémicos:

- **Efectos locales:** atrofia cutánea, estrías, hipertrichosis, discromía, telangiectasias, dermatitis perioral.
- **Efectos sistémicos:** supresión eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, retraso en el crecimiento, disminución de la densidad ósea, síndrome de Cushing y glaucoma.

Los efectos adversos a día de hoy estarían ligados a un uso inadecuado de los mismos. Una elección adecuada supervisada por pediatra o dermatólogo es un tratamiento seguro. Se puede observar taquifilaxia o pérdida de eficacia con el uso continuado.

Los corticoides tópicos pueden fallar y no conseguir la remisión de las lesiones. Las causas del fallo terapéutico son: elección inadecuada de corticoide, sobreinfección de las lesiones (bacterianas o víricas), dermatitis de contacto alérgica o incumplimiento terapéutico.

Es conocido el incumplimiento terapéutico por la corticofobia (miedo desproporcionado al uso de corticoides), que lleva a un infratratamiento de los pacientes y a un mal control de la enfermedad. Esta corticofobia la manifiestan los padres, los cuidadores, los pacientes y los profesionales de la salud (médicos y farmacéuticos).

Curas húmedas: tratamiento de corticoides con vendajes húmedos con la intención de aumentar la absorción del corticoide y aumentar el contenido de agua en la epidermis. Se utilizan corticoides de potencia alta-media diluidos al 5-10 % en un emoliente. También se pueden utilizar corticoides de potencia baja sin diluir o incluso emolientes sin corticoides. Se aplican en las zonas de eccema bajo oclusión con una capa húmeda (por ejemplo, gasas o pijama de algodón) y cubierta de otra capa de tejido seco. Esta forma de aplicación de corticoides está indicada en la DA moderada-grave para conseguir una reducción rápida del brote. No está estandarizada la pauta de tratamiento. Se aconsejan aplicar durante unas horas y, aproximadamente, durante 1 semana. Los efectos adversos de los corticoides tópicos pueden aumentar, sobre todo, en pacientes pequeños y adolescentes.

### Inhibidores de la calcineurina

Se dispone de dos fármacos: pimecrolimus y tacrolimus. Se introducen en la práctica clínica en el año 2000.

**Pimecrolimus** 1 % en crema está indicado para el tratamiento de dermatitis atópica leve-moderada a partir de los 3 meses de edad. Se aplica dos veces al día hasta la remisión del brote o hasta 6 semanas si no se observa mejoría. Se debe iniciar la aplicación ante la primera aparición de signos y síntomas de DA; pudiendo utilizarse tanto a corto plazo como intermitentemente a largo plazo para la prevención de la progresión de brotes. Su formulación



en crema facilita su aplicación, frente a las formulaciones en formato pomada, en áreas de piel sensible según la experiencia del paciente.

**Tacrolimus**, indicado para dermatitis atópica moderada-grave. En pomada se dispone en dos concentraciones: 0,03 % y 0,1 %. Se aplica dos veces al día durante 3 semanas y luego una vez al día hasta la resolución. La presentación de tacrolimus 0,03 % está indicada en niños de 2 a 16 años. La presentación 0,1 % está indicada en mayores de 16 años.

Los inhibidores de la calcineurina están indicados:

- Como alternativa al tratamiento con corticoides cuando:
  - Estén contraindicados o no respondan a los corticoides.
  - En brotes frecuentes que precisan corticoides continuamente con la intención de disminuir la cantidad de corticoides.
- En áreas sensibles: párpados, cara, cuello, genitales. En estas zonas son especialmente útiles porque su uso prolongado no se asocia a atrofia cutánea.

**Efectos adversos locales:** son leves. Es frecuente en las primeras aplicaciones una sensación de picor o quemazón. Es transitoria, remitiendo tras unos días de aplicación. Se debe explicar a los pacientes. Este efecto adverso es más común con tacrolimus. Otros efectos adversos son: rubefacción facial con la ingesta de alcohol y foliculitis.

Se puede iniciar el tratamiento del brote con corticoides tópicos y continuar con inhibidores de la calcineurina para mejorar su tolerancia.

La absorción sistémica de estos fármacos es mínima, no esperando efectos adversos sistémicos.

## TRATAMIENTO PROACTIVO

El tratamiento proactivo va dirigido a un control a largo plazo de la enfermedad, como un tratamiento de mantenimiento de la DA de moderada a grave para la prevención de los brotes y la prolongación de los intervalos sin brotes. El tratamiento proactivo se realiza con inhibidores de la calcineurina o corticoides tópicos.

Es un tratamiento para pacientes que sufren con elevada frecuencia exacerbaciones de la enfermedad (que ocurren cuatro o más veces al año), y que han tenido una respuesta inicial a un tratamiento con los inhibidores de la calcineurina. El objetivo es la disminución del número y la gravedad de los brotes de dermatitis.

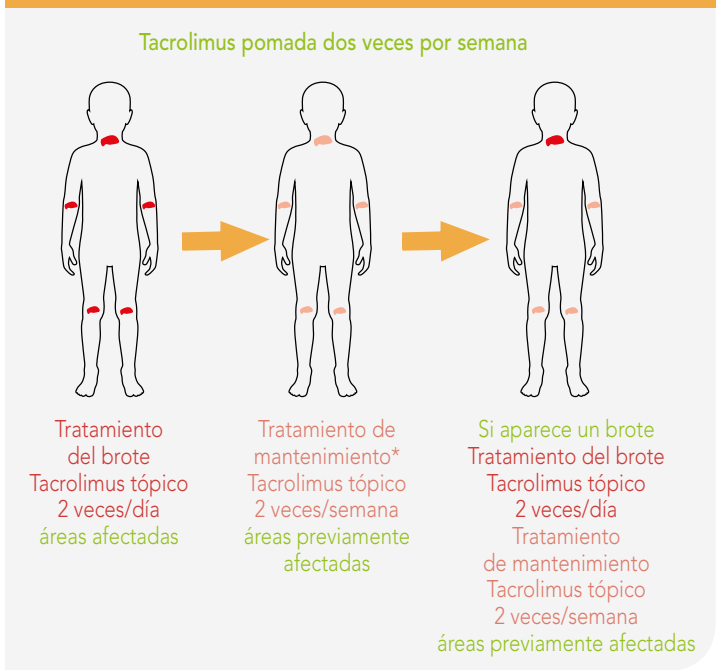
Tacrolimus pomada debe aplicarse una vez al día dos veces por semana (por ejemplo, lunes y jueves) en las áreas habitualmente afectadas por DA para prevenir la progresión a brotes. Entre las aplicaciones deben transcurrir 2-3 días sin tratamiento con tacrolimus. Después de 12 meses de tratamiento, el médico debe realizar una revisión de la situación del paciente y debe decidir si ha de continuar el tratamiento de mantenimiento en ausencia de datos de seguridad para el tratamiento de mantenimiento a partir de 12 meses. Si vuelven a aparecer signos de brote, debe reiniciarse el tratamiento dos veces al día en las zonas con eccema, y en el resto se sigue con el tratamiento de mantenimiento dos veces por semana (figura 3).

El tratamiento proactivo con tacrolimus se ha demostrado eficaz y seguro después de 1 año de utilización, con disminución de los brotes y mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

Los corticoides tópicos utilizados en el tratamiento proactivo son propionato de fluticasona y aceponato de metilprednisolona, y se aplican 2 días consecutivos en las zonas habitualmente afectas.



FIGURA 3. TRATAMIENTO PROACTIVO CON TACROLIMUS



\* En pacientes que han tenido respuesta inicial al tratamiento de máximo 6 semanas con tacrolimus pomada 2 veces/día. Ficha técnica tacrolimus 0,03%.

## ● Antibióticos

La sobreinfección bacteriana es frecuente en los pacientes con DA, sobre todo por *Staphylococcus aureus*. Se debe sospechar ante un empeoramiento, presencia de exudación, costras melicéricas o no respuesta habitual al tratamiento. La utilización de antibióticos tópicos o sistémicos dependerá de la gravedad y extensión de la infección. Si se trata de una infección localizada, los tratamientos de elección son mupirocina o ácido fusídico, dos veces al día durante 1-2 semanas.

En la práctica clínica es frecuente el uso de preparados tópicos con asociación de un corticoide tópico y un antibiótico en casos de sobreinfección localizada.

En lesiones extensas es preferible el uso de antibiótico oral: cefalosporinas de primera o segunda generación o amoxicilina-clavulánico durante 7-10 días.

### ● Baños con lejía

Se pueden recomendar a pacientes con DA moderada-grave con infecciones bacterianas de repetición o con signos clínicos de infección bacteriana. La proporción es 1 vaso de lejía por bañera a una concentración de 0,005 %. El baño se aconseja durante 5-10 minutos y dos veces a la semana.

### ● Antihistamínicos

El prurito es el síntoma clave para evaluar la respuesta al tratamiento. Los antihistamínicos a dosis habituales no suelen ser eficaces y solo se recomiendan antihistamínicos orales con efecto sedante (hidroxicina) unidos a tratamiento tópico farmacológico precoz para evitar el ciclo picor-rascado-lesión. Los antihistamínicos no sedantes, como la loratadina o la cetirizina, solo han demostrado una leve disminución del prurito.

## TRATAMIENTO SISTÉMICO

El paciente que no se controle adecuadamente con el tratamiento tópico (tabla 1) o fototerapia debe remitirse a control por un Servicio de Dermatología.



Se dispone de distintos tratamientos:

### ● Corticoides orales

En reagudizaciones graves que no se controlan con tratamiento tópico, se han indicado ciclos cortos de corticoides orales. La dosis recomendada de prednisona es 0,5-1 mg/kg/día, que se mantiene hasta la resolución del brote, con reducción de la dosis de forma progresiva en 1-2 semanas. En las guías actuales no se recomienda su uso en el manejo de la dermatitis atópica en Pediatría.

### ● Terapia sistémica clásica

No tiene indicación por ficha técnica para el tratamiento de DA en pacientes menores de 18 años. Incluyen: ciclosporina, metotrexato, azatioprina, micofenolato de mofetilo.

### ● Tratamientos biológicos

- Dupilumab: a partir de los 6 años de edad.
- Tralokinumab: a partir de los 12 años.

### ● Fármacos inhibidores de las JAK-quinasas

- Upadacitinib: a partir de los 12 años.

#### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Eichenfield LF, Tom WL, Berguer TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger 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(1):116-32.



- Escarrer Jaume M, Guerra Pérez MT. Dermatitis atópica. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2019;2:161-75.
- Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giménez JC. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(1):4-16.
- Kempers S, Boguniewicz M, Carter E, Jarratt M, Pariser D, Stewart D, Stiller M, Tschen E, Chon K, Wisseh S, Abrams B. A randomized investigator-blinded study comparing pimecrolimus cream 1% with tacrolimus ointment 0.03% in the treatment of pediatric patients with moderate atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2004 Oct;51(4):515-25.
- Lawrence F, Eichenfield LF, Boguniewicz M et al. Translating Atopic Dermatitis Management Guidelines Into Practice for Primary Care Providers. *Pediatrics.* 2015 Sep;136(3):55-65.
- Luger T, Adaskevich U, Anfilova M, Dou X, Murashkin NN, Namazova-Baranova L, Nitochko O, Reda A, Svyatenko TV, Tamay Z, Tawara M, Vishneva EA, Vozianova S, Wang H, Zhao Z. Practical algorithm to inform clinical decision-making in the topical treatment of atopic dermatitis. *J Dermatol.* 2021 Aug;48(8):1139-1148.
- Martín Mateos MA (coord.). Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. Documento de consenso de grupo de expertos. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Ed. Ergon; 2011.
- Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Ávila Valle N, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema – part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(11):1904-26.
- Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Ávila Valle G, Barbarot S, et al. Living EuroGuiDerm Guideline for the systemic treatment of Atopic Eczema. Version 2.1. EDFG. 2022.



# TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

## INTRODUCCIÓN

Para el manejo óptimo de la dermatitis atópica no basta con conocer el tratamiento farmacológico de los brotes, sino que es necesario también evitar los desencadenantes de la enfermedad, mantener una higiene cuidadosa e hidratar correctamente la piel, así como controlar la inflamación, el prurito y las complicaciones.

No existe ningún tratamiento curativo para la DA, y hasta el momento no es posible modificar el curso de la enfermedad. Así, el objetivo del tratamiento de la DA es la reducción de los síntomas, disminuir el número de recurrencias y controlar a largo plazo la enfermedad. Se trata de un tratamiento que debe individualizarse según la gravedad de la dermatitis.

## ASEO E HIGIENE

Se recomienda baño breve o ducha a diario; tras ello, secar sin frotar, seguido de la aplicación inmediata de emolientes con la piel húmeda. Conviene emplear jabones de pH ácido y sin detergentes. Es aconsejable mantener las uñas cortas y limpias<sup>1</sup>.

Puede bañarse en la playa o piscina, siempre que al salir se hidrate la piel con emolientes o hidratantes adecuados.

El sudor es nocivo para la piel. Lávese inmediatamente tras hacer deporte o ejercicio físico intenso, hidratándose con crema tras el lavado<sup>2</sup>.

## LA ROPA

Toda ropa en contacto con la piel (incluida la de los familiares en contacto con el niño) debe ser preferiblemente de fibras naturales (algodón, lino...) y evitar los tejidos de lana y de fibra sintética, así como cualquier prenda oclusiva<sup>3</sup>. Es recomendable lavar la ropa antes de utilizarla por primera vez, para eliminar la acción irritante del formaldehído que se usa en el mantenimiento de los tejidos, y hacerlo con jabón no detergente o detergente suave, y no utilizar suavizantes<sup>4</sup>. Resulta útil eliminar las etiquetas de las prendas de vestir, que generan un fenómeno crónico de fricción sobre la piel.

Se deben cambiar los pañales en cuanto estén húmedos<sup>2</sup>.

El calzado debe ser de cuero o tela y bien aireado<sup>2</sup>.

## EMOLIENTES E HIDRATANTES

La aplicación de emolientes forma parte del tratamiento de mantenimiento de la DA. Poseen cierta actividad antiinflamatoria y disminuyen el riesgo de infección, existiendo evidencia en estudios aleatorizados de que el uso continuado de estas sustancias puede reducir la severidad de la enfermedad y el número de brotes.

Se recomienda su aplicación 3 minutos después del baño, con la piel todavía húmeda, y aplicárselo tantas veces como sea necesario, recomendándose un mínimo de 2 veces al día.

Debe evitarse su uso durante los brotes, puesto que son ineficaces una vez que se instaura la enfermedad. Además, su aplicación producirá aumento del prurito y sensación de escozor.



Recientemente se han comercializado nuevas líneas de emolientes (denominados emolientes plus) que añaden compuestos antipruriginosos y antiinflamatorios, como glicerofosfoinositol colina o selectiose. Los productos formulados con proantocianidinas y ácido glicirretínico poseen capacidad regeneradora de la barrera cutánea, con actividad antiinflamatoria y antipruriginosa. Por su parte, otros compuestos como los galactooligosacáridos y el xilitol favorecen el mantenimiento del microbioma de la piel.

## EVITAR LAS INFECCIONES

La colonización por microorganismos y el riesgo de infección es mayor en pacientes atópicos debido a la alteración en la barrera cutánea y a la relativa carencia de péptidos antimicrobianos protectores frente a bacterias, hongos y virus.

## DIETA

No hay ninguna dieta recomendada de forma genérica. Solamente en pacientes con prick test, RAST (*Radio Allergo Sorbent Test*) o prueba de provocación positivas a ciertos alimentos habrá que retirarlos. Los niños de familias atópicas deben ser alimentados con lactancia materna el mayor tiempo posible<sup>2</sup>.

## FACTORES MEDIOAMBIENTALES

El clima templado y húmedo favorece la humidificación del estrato córneo, por lo que es mejor tolerado que el clima frío y seco. El calor es dañino, provoca una mayor

sudoración, cambios en el pH del sudor, mayor alcalinidad y, por lo tanto, crecimiento bacteriano<sup>4</sup>. La exposición solar generalmente suele tener un efecto beneficioso, pero debe evitarse siempre la quemadura solar, porque puede ser mal tolerado y agravar las lesiones de los pacientes<sup>1</sup>. Utilice un fotoprotector adecuado en la exposición solar<sup>2</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ridao i Redondo M. Dermatitis atópica. *Pediatr Integral*. 2012;XVI(3):213-21.
2. Guerra A, González-Guerra E. Dermatitis Atópica. Actualizaciones El Médico. 2016.
3. Sendagorta Cudós E, De Lucas Laguna R. Treatment of atopic dermatitis. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11 Supl 15:s49-s67.
4. Moreno Giménez JC, Garnacho Saucedo G. Guía para pacientes con Dermatitis atópica. AEDV. 2020.

