

Diagnóstico y Tratamiento de la Dermatitis Atópica

Resumen objetivo elaborado
por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo
Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment

de
Frazier W, Bhardwaj N

integrantes de
University of Texas Medical Branch, Galveston, EE.UU.

El artículo original, compuesto por 9 páginas, fue editado por
American Family Physician
101(10):1-9, May 2020



En la dermatitis atópica participan múltiples factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Se resumen las estrategias de tratamiento y las opciones útiles para la prevención de las exacerbaciones agudas.

Introducción

La prevalencia de dermatitis atópica (DA), una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, es de alrededor del 10%. La DA se caracteriza por lesiones eritematosas, pruriginosas y con descamación, en las superficies de flexión. Afecta hasta el 12% de los niños y el 7.2% de los adultos. De manera característica, la DA comienza en la niñez; de hecho, alrededor del 60% y del 90% de los pacientes presentan DA antes del año y de los 5 años, respectivamente. Se asocia con riesgo aumentado de aparición de alergias alimentarias y a alérgenos ambientales (15%, respecto de 4% en pacientes sin DA), asma (25% frente a 12%) y rinitis alérgica (34%, respecto de 14%). Los pacientes con DA también tienen riesgo más alto de infecciones de los oídos (27% frente a 22%), faringitis estreptocócica (8%, respecto de 3%), e infecciones del tracto urinario (8% frente a 3%).

Fisiopatogenia de la DA

La DA obedece a la participación de múltiples factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Sin embargo, los dos factores predisponentes principales son el antecedente familiar de atopia y las mutaciones en el gen de la filagrina (*FLG*), involucrado en la formación de profilagrina, que se fragmenta en monómeros de filagrina, importantes para el mantenimiento de la integridad de la barrera de la epidermis, para evitar la penetración de alérgenos, irritantes y bacterias. Estos desencadenantes ocasionan una respuesta inmune exagerada, con niveles aumentados de interleuquina (IL) 4 e IL-13, asociadas con la diferenciación hacia respuestas mediadas por linfocitos colaboradores (Th) de tipo 2, y con compromiso de la barrera cutánea.

Presentación clínica y diagnóstico diferencial

El prurito es el principal síntoma de la DA; habitualmente se asocia con lesiones eritematosas y descamativas de morfología diversa. El rascado, a su vez, desencadena más lesiones; este ciclo de auto perpetuación de prurito y rascado

se vincula con consecuencias muy desfavorables sobre la calidad de vida. La sintomatología y la distribución de las lesiones de la DA dependen de la edad de los pacientes. En el primer año de vida, la DA se caracteriza por lesiones en rostro (mejillas), cuero cabelludo, tronco y extremidades. Los niños de más edad presentan, de manera característica, lesiones en áreas de flexión. Los adultos suelen tener piel seca y lesiones en las extremidades. La dermatitis de contacto, la dermatitis herpetiforme, el eccema numular, la psoriasis, la dermatitis seborreica y la sarna son algunos de los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta.

Diagnóstico y clasificación

Debido a la diversidad clínica de la DA, el diagnóstico diferencial incluye numerosas entidades. Se diagnostica sobre la base de las manifestaciones clínicas y no se dispone de pruebas diagnósticas específicas. Alrededor del 80% de los pacientes con DA son diagnosticados y tratados en atención primaria. La *American Academy of Dermatology* (AAD) estableció criterios diagnósticos para la DA. Según la AAD, algunos síntomas, entre ellos el prurito, deben estar presentes para establecer el diagnóstico; la liquenificación, en cambio, sugiere el diagnóstico, pero no es un síntoma específico. El *Scoring Atopic Dermatitis Index* es el instrumento más utilizado para establecer la gravedad de la DA, en función de la superficie de área afectada y la gravedad de las lesiones. Otros instrumentos validados incluyen el *Eczema Area and Severity Index*, la *Investigator Global Assessment scale* y el *Six Area, Six Sign Atopic Dermatitis severity score*.

Complicaciones de la DA

Las infecciones son las complicaciones más frecuentes en pacientes con DA, y obedecen a anomalías de la regulación inmunológica y a la alteración de la epidermis, como consecuencia de las mutaciones del gen *FLG*. Las infecciones bacterianas secundarias clásicamente son causadas por *Staphylococcus aureus* y estreptococos beta hemolíticos.

Abordaje de pacientes con DA

Las pruebas de alergia para alimentos y alérgenos ambientales no están recomendadas en la DA, debido al elevado índice de resultados falsos positivos, que motivan evitaciones innecesarias de alimentos. La aplicación de un plan de acción en la DA es particularmente útil para el tratamiento de mantenimiento y durante las exacerbaciones, y mejora la adhesión a las terapias. La educación del paciente y de su familia es fundamental para reducir la gravedad de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Emolientes

La aplicación de emolientes o humectantes libres de fragancias es esencial para el cuidado diario de la piel, de manera independiente de la gravedad de la DA. Los emolientes ayudan a recuperar y mantener la humedad cutánea, disminuyen la gravedad de las lesiones y prolongan el intervalo entre las exacerbaciones.

El uso de emolientes también disminuye la necesidad de prescripción de fármacos. Se recomienda el uso de emolientes con contenido elevado de lípidos y con baja cantidad de agua; los ungüentos tienen el mayor cociente de lípidos, seguidos por las cremas y las lociones. La elección del producto se basa en las preferencias del paciente, ya que la eficacia es similar para todos ellos. Los emolientes deberían aplicarse 1 o 2 veces por día.

Estudios clínicos controlados y aleatorizados mostraron que los emolientes pueden ser útiles en prevención primaria, en lactantes con riesgo alto de presentar DA, especialmente por los antecedentes familiares. Los emolientes recetados son una nueva clase de agentes tópicos, aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) de los Estados Unidos, que se usan para corregir los trastornos de la barrera cutánea. Estos productos tienen cocientes específicos de lípidos y agua, de modo que simulan la composición natural de las capas de la piel.

Higiene

Los baños regulares contribuyen a hidratar y limpiar la piel, mediante la remoción de escamas, costras, bacterias, alérgenos e irritantes. En general, se recomiendan los baños diarios con agua tibia, durante 5 a 10 minutos. Se deberían utilizar productos de limpieza sin jabón, sin colorantes, sin fragancia e hiporreativos; se debe secar la piel suavemente y los emolientes se deben aplicar en el transcurso de los 3 minutos que siguen al baño. Los baños dos veces por semana con lavandina diluida mejoran la DA moderada a grave, debido a las propiedades antisépticas y contra los estafilococos. Las compresas húmedas después del baño contribuyen a reducir la gravedad de las exacerbaciones agudas.

Corticoides tópicos

Los corticoides tópicos (CT) representan el tratamiento de primera línea para las exacerbaciones de la DA; se asocian con reducción de la respuesta inmunitaria e inflamatoria. Los CT se clasifican en 7 categorías según la potencia, desde aquellos con muy baja potencia hasta los productos con potencia ultra alta. La selección de cada uno de ellos se basa en la gravedad de las lesiones. Los CT deberían aplicarse dos veces por día, hasta que las lesiones mejoran considerablemente.

La duración del tratamiento con CT se basa en la mejoría clínica pero, en general, es de dos semanas o menos. Con la finalidad de minimizar los efectos adversos, deben seleccionarse agentes de potencia más baja, utilizados durante

el menor tiempo posible, para mantener el control de los síntomas. Se ha sugerido un abordaje preventivo o proactivo, mediante la aplicación de CT 1 o 2 veces por semana en áreas específicas de la piel, para reducir el riesgo de exacerbaciones agudas. Los CT de baja potencia son los recomendados para el tratamiento de la DA en rostro, cuello, axilas, ingle y superficies de flexión. Durante las exacerbaciones agudas pueden utilizarse CT de potencia media o alta hasta por 2 semanas, con la finalidad de lograr rápidamente el control de los síntomas. Se recomienda distribuir la cantidad de CT equivalente al tamaño de la yema de un dedo de adulto, en un área equivalente al tamaño de dos palmas de un adulto.

Si bien los CT tienen un buen perfil de seguridad, la atrofia cutánea, los trastornos de la pigmentación, la púrpura, las telangiectasias, las estrías y las erupciones acneiformes son algunos de los posibles efectos adversos asociados. Muchos de ellos desaparecen cuando el tratamiento se interrumpe, pero la mejoría puede requerir meses. La supresión del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal es infrecuente con el uso continuo de CT de potencia leve o moderada.

Inhibidores tópicos de la calcineurina

Los inhibidores tópicos de la calcineurina (ITC) son inmunomoduladores ahorradores de esteroides, utilizados para el tratamiento de la DA en niños de 2 años o más. Si bien tradicionalmente se los ha utilizado como tratamiento de segunda línea en la DA moderada a grave, pueden usarse como terapia de primera línea en combinación con CT, especialmente en pacientes con fobia a los CT, o con lesiones en cara o en áreas de flexión. Los ITC se recomiendan para el tratamiento breve o prolongado y como terapia de mantenimiento. El tacrolimus y el pimecrolimus son los dos ITC disponibles en el mercado.

En un metanálisis de estudios clínicos controlados y aleatorizados, la aplicación de ITC dos veces por semana prolongó el tiempo hasta las exacerbaciones y aumentó el número total de días sin lesiones. El pimecrolimus está recomendado para la DA leve a moderada, mientras que el tacrolimus está indicado en la DA moderada a grave. Globalmente, el tacrolimus es más eficaz que el pimecrolimus, pero ambos disminuyen la inflamación y el prurito.

La aplicación preventiva de tacrolimus dos veces por semana en regiones susceptibles a exacerbaciones reduce el riesgo de episodios agudos de la enfermedad. A diferencia de los CT, los ITC no ocasionan atrofia cutánea y pueden aplicarse en zonas de piel delgada, como el rostro –incluidos los párpados–, el cuello y la ingle. Los efectos adversos más frecuentes consisten en reacciones localizadas, como ardor, escozor y prurito. Según recomendaciones de la FDA, los prospectos de los ITC deben incluir alertas por el posible riesgo de aparición de tumores malignos, aunque este vínculo no ha sido confirmado.

Fototerapia ultravioleta e inmunomoduladores para uso sistémico

La fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha es un tratamiento eficaz de segunda línea para la DA moderada a grave. La fototerapia reduce la inflamación cutánea con efectos adversos mínimos. Los cursos breves de fototerapia con luz ultravioleta A, de manera aislada o en combinación con psoralenos orales, pueden ser útiles durante las exacerbaciones agudas.

Los inmunomoduladores sistémicos, como ciclosporina y azatioprina, se utilizan sin aprobación, cuando las terapias de primera línea no son eficaces. Los corticoides sistémicos

deberían utilizarse únicamente durante las exacerbaciones agudas.

Antibióticos

El 90% de los pacientes con DA tienen colonización cutánea por *S. aureus*, un fenómeno asociado con mayor riesgo de infección de la piel. En un estudio, la aplicación nasal de mupirocina, en combinación con baños con lavandina, se vinculó con mejoría de la gravedad de la DA. No existe información de calidad alta que avale el uso profiláctico de antibióticos por vía oral y, por el momento, solo deben utilizarse para el tratamiento de las infecciones bacterianas secundarias.

Antihistamínicos

Los antihistamínicos por vía oral no se recomiendan de manera rutinaria en la DA, ya que no existe evidencia que indique que disminuyen el prurito. Los pacientes con trastornos del sueño secundarios al prurito pueden ser tratados con un curso breve de difenhidramina o hidroxicina, antihistamínicos sedantes. Los antihistamínicos tópicos pueden ocasionar dermatitis por contacto.

Nuevas opciones de tratamiento

El crisaborole es un inhibidor tóxico de la fosfodiesterasa 4, aprobado por la FDA en 2016 para el tratamiento de la DA leve a moderada en pacientes de 2 años o más. Una revisión sistemática de 2019 mostró que la aplicación de crisaborole dos veces por día acelera la remisión de las lesiones de DA. El costo elevado es la principal limitación de este fármaco. El dupilumab, un anticuerpo monoclonal aprobado por la FDA en 2017 para el tratamiento de la DA moderada a grave en pacientes de 12 años o más, disminuye la respuesta inflamatoria y el compromiso de la barrera cutánea al suprimir la expresión de IL-4 e IL-13. Dos estudios controlados y aleatorizados de fase III confirmaron los beneficios de este fármaco, en términos de las mejoras de las lesiones, el prurito, la calidad del sueño y la calidad de vida. Sin embargo, el tratamiento es muy costoso.

Adhesión a la terapia

El mal cumplimiento del tratamiento es uno de los principales factores asociados con mala respuesta. La correcta educación del enfermo es esencial para lograr la adhesión al tratamiento.



Investigación+Documentación S.A. publica los contenidos científicos con procedimientos editoriales y técnicos propios. Los documentos que integran su base de datos Salud Pública son provistos por la agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC), centros de investigación acreditados, fuentes científicas internacionalmente reconocidas y expertos que se desempeñan en prestigiosas instituciones académicas de América Latina y el mundo.

