



DERMATITIS ATÓPICA: ACTUALIZACIÓN

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ DIAGNÓSTICO
- ▶ TRATAMIENTO
 - Medidas generales
 - Tratamiento antiinflamatorio tópico
 - Fototerapia
 - Tratamiento sistémico



INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) o eccema atópico, es una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica, recidivante que cursa con prurito intenso y sequedad cutánea. A menudo ocurre en miembros de familias con enfermedades atópicas (alergia alimentaria, asma bronquial o rinoconjuntivitis alérgica)¹.

Es la enfermedad cutánea crónica más frecuente en la edad pediátrica con una prevalencia de hasta un 20% en niños y de un 2-10% en adultos. La mayoría de los pacientes tienen DA de intensidad baja-moderada y pueden ser manejadas en el nivel de AP y solo el 10% de los casos tienen lesiones eccematosas que se consideran graves^{1,2}.

Su etiopatogenia es compleja y a su desarrollo contribuyen factores genéticos (mutaciones en determinados genes como p.ej filagrina), ambientales (sequedad ambiental, dureza del agua, uso de detergentes, ...), y alteraciones autoinmunes (desequilibrio de la vía TH2 con incremento de la producción de IgE y de mediadores de la inflamación) que llevan a una disfunción de la barrera cutánea y del sistema inmune, lo que favorece la coexistencia de comorbilidades (alergia alimentaria, rinitis, conjuntivitis, asma extrínseco)¹⁻³.

La DA puede tener un impacto sustancial en la calidad de vida con consecuencias psicosociales negativas. La DA moderada a grave se asocia con depresión, ansiedad, afectación del sueño, reducción de la calidad de vida y deterioro de la autoestima entre otros. La afectación del sueño es un síntoma muy común en la DA durante la edad pediátrica que repercute en la calidad de vida tanto de los niños como de sus familias^{1,4}.

El objetivo de este INFAC es revisar y actualizar las recomendaciones del manejo de los pacientes con dermatitis atópica.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad es clínico y se basa principalmente en los criterios de Hanifin y Rajka, que en 1980 establecieron una serie de criterios mayores y menores para el diagnóstico. La presencia de prurito y lesiones eccematosas crónicas o recurrentes con morfología y distribución típicas en pacientes con antecedentes de atopia son esenciales para el diagnóstico. Las lesiones se clasifican según el tiempo de evolución en^{2,3,5}:

- Agudas: eritema, vesiculación, exudado, excoriación.
- Subagudas: pápulas eritematosas, descamación, excoriación.
- Crónicas: liquenificación, engrosamiento de la piel, pápulas fibróticas, aumento de pliegues.

La localización de las lesiones varía con la edad del paciente, existiendo tres fases clínico-evolutivas (ver tabla 1).

Tabla 1. Fases clínico-evolutivas de la DA^{3,4,5}

	Edad	Lesiones	Localización
Lactante	0-2 años	Eccema exudativo, muy pruriginoso	Mejillas, cuero cabelludo, zonas de extensión de extremidades
Infantil- Adolescente	2-16 años	Eccema subagudo, menos exudativo	Flexura cubital y poplítea, zona periorbitaria y peribucal, dorso de manos
Adulto	>16 años	Eccema crónico, liquenificación	Flexuras, cuello, dorso de manos y pies

La gravedad de la enfermedad se establece mediante sistemas de puntuación validados, basados en la intensidad de los diferentes síntomas y signos y en la extensión de la enfermedad como el SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), el EASI (Eczema Area and Severity Score) y en valoraciones del médico como la PGA (Physician Global Assessment)².

El NICE ha propuesto una guía práctica para la evaluación visual de la gravedad del eccema que también incluye la evaluación del impacto de la enfermedad en la calidad de vida y el bienestar psicosocial^{6,7} (ver tabla 2).

Tabla 2. Evaluación visual de la gravedad de la DA^{6,7}

	Leve	Moderada	Grave
Áreas de piel seca	Presentes	Presentes	Muy amplias
Picor	Infrecuente	Frecuente	Incesante/Continuo
Rojeces	Sin áreas rojas o escasas	Rojeces (con o sin excoriaciones y engrosamiento de piel en zonas localizadas)	Rojeces (con o sin excoriaciones, extensas zonas de piel engrosadas, sangrado, y alteración en la pigmentación)
Impacto en las AVD	Escaso	Moderado	Limitación importante
Alteraciones del sueño	Escasas	Frecuentes	Pérdida de sueño nocturno
Estado psicosocial	Óptimo	Óptimo	Afectado

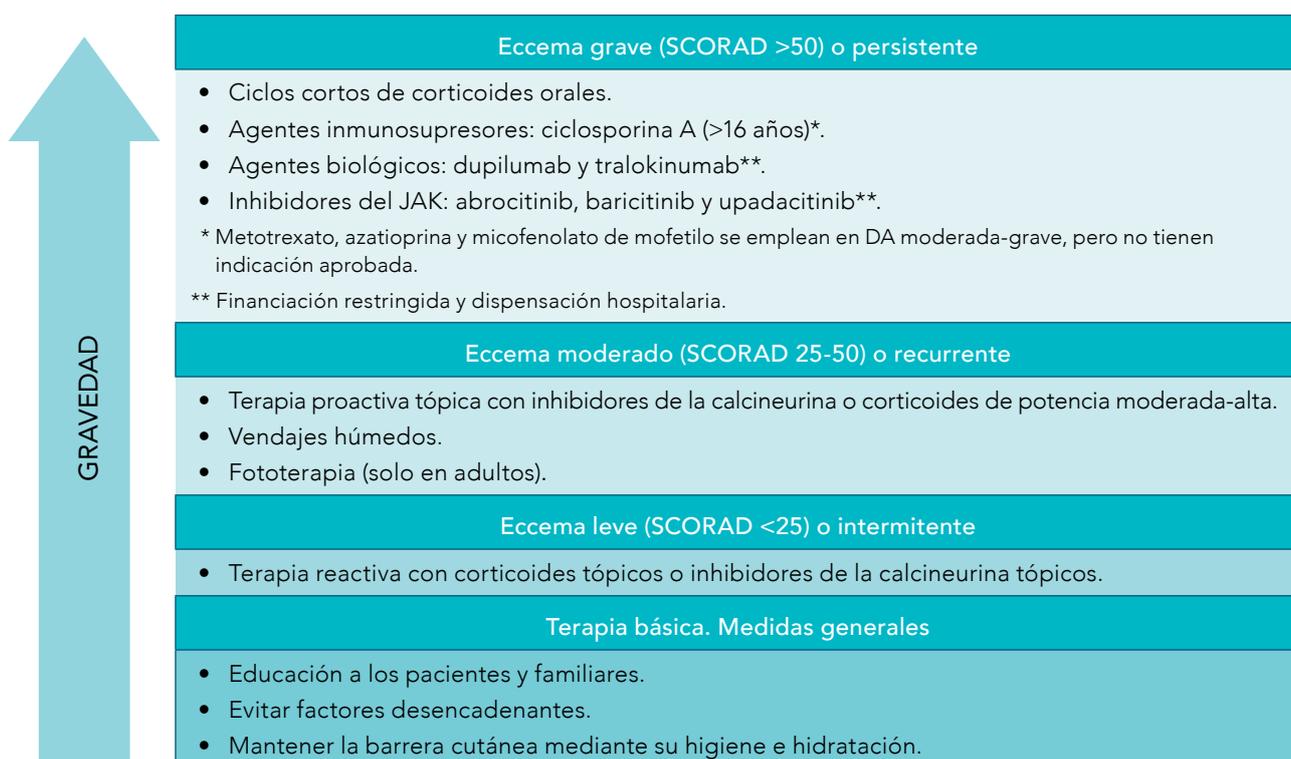
TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas (prurito y dermatitis) y prevenir exacerbaciones con el mínimo posible de efectos adversos derivados del tratamiento. Parece que la intervención temprana para restaurar las alteraciones en la barrera cutánea podría interferir en el curso de la enfermedad, evitando la entrada de alérgenos a través de la piel^{6,7}.

Dado que la DA es una afección crónica, el tratamiento debe planificarse con una perspectiva a largo plazo, prestando especial atención a los aspectos de seguridad¹. El abordaje de la enfermedad debe ser multifactorial e incluye evitar factores desencadenantes, restaurar y mantener la barrera cutánea mediante su higiene e hidratación, educar a los pacientes y familiares y tratar farmacológicamente la inflamación^{3,7}.

Figura 1. Tratamiento de dermatitis atópica (modificada de referencia 8)

- Considerar el cumplimiento o el diagnóstico si la terapia no es efectiva.
- Añadir antisépticos o antimicrobianos en caso de sobreinfección.



MEDIDAS GENERALES

Educación a los pacientes y familiares

Los padres y/o familiares deben de ser educados en la DA, de forma que comprendan la enfermedad. Ello conllevará indirectamente una mejoría en el ámbito familiar, y con ello, una mejora de la calidad de vida. Deben comprender que la DA es una enfermedad crónica inflamatoria que cursa con brotes y que, pese a no tener un tratamiento curativo, mejora con la edad y con el correcto cumplimiento del tratamiento, por lo que éste debe entrar a formar parte de la rutina diaria de la familia e implicar al niño en sus cuidados^{5,9}.

Evitar factores desencadenantes^{3,9}

- Mojar la piel en exceso y sin posterior hidratación.
- Sequedad ambiental y temperaturas extremas. El calor excesivo en la vivienda es un factor activador importante del proceso inflamatorio.
- Estrés y ansiedad.
- Irritantes mecánicos: ropa apretada y demasiado abrigada que no permita la transpiración (preferiblemente usar prendas de algodón y evitar los tejidos de lana y de fibra sintética).
- Irritantes químicos: disolventes, detergentes, jabones, formaldehído, ácidos, agua dura. 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. El lavado de la ropa del paciente debe ser realizado con jabón no detergente o detergente suave y no deben aplicarse suavizantes.
- Alérgenos en pacientes sensibilizados.

Mantener la barrera cutánea mediante su higiene e hidratación

La pérdida de la barrera epidérmica es un factor clave en la patogenia de la enfermedad y, por tanto, su mantenimiento constituye una de las bases de su tratamiento. La aplicación diaria de productos hidratantes proporciona una mejora en la gravedad de la DA, además de potenciar la acción de los tratamientos antiinflamatorios tópicos, reducir la frecuencia de los brotes y del uso de corticoides².

Se recomienda aplicar **cremas emolientes** (glicerol) que suavizan la piel, **humectantes** (urea, ácido láctico) que atraen y retienen el agua, inmediatamente después del baño, con la piel ligeramente húmeda. En ocasiones pueden usarse **agentes oclusivos** (vaselina, dimeticona) que impiden la evaporación del agua del estrato córneo. No se recomienda usarlos sobre piel inflamada (en brote) porque suelen tolerarse mal. Sin embargo, una vez tratado el brote agudo, se recomienda su aplicación dos veces al día como tratamiento de mantenimiento³.

En un estudio comparativo sobre la efectividad de los diferentes emolientes, no se encontraron diferencias entre las cuatro formulaciones de emolientes para el eccema infantil (loción, crema, gel y ungüento). Los pacientes y cuidadores deberían poder elegir entre las distintas formulaciones de emolientes disponibles, aquellas que prefieran y que aseguren una aplicación regular y efectiva^{7,10}.

TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO TÓPICO

La inflamación es la base clínica e histológica de la enfermedad, que secundariamente genera el prurito y el malestar del paciente. De esta forma, un manejo adecuado del proceso inflamatorio va a permitir aliviar la situación del paciente.

La aplicación tópica de corticoide y de inhibidores de la calcineurina se ha mostrado efectiva en la reducción de la inflamación y el prurito. Estos se han de utilizar de forma complementaria al uso de emolientes y su aplicación se debe hacer en tiempos diferentes^{2,7,9}.

Corticoides tópicos (CT)

Es el tratamiento de elección para los brotes de la DA. Se emplean durante el brote agudo, 1 o 2 veces al día (terapia reactiva). Tras la remisión del brote, se puede considerar el tratamiento de mantenimiento con la aplicación del CT 2 veces por semana (terapia proactiva), con la finalidad de intentar reducir las recaídas y mejorar la calidad de vida de los pacientes^{2,5}.

Se dispone de diferentes principios activos con distintas formulaciones y presentaciones. Su elección viene determinada por la potencia y la formulación galénica del CT, la edad del paciente y el área afectada (ver tabla 3)^{2,5,9}.

Tabla 3. Recomendaciones para la elección del tratamiento con CT en la DA¹¹

Área anatómica afectada
Las regiones con una epidermis delgada (párpados, escroto), requerirán CT de menor potencia que las zonas de piel gruesa, debido a su mayor permeabilidad y capacidad de absorción a los CT. En áreas extensas deberían utilizarse los CT de baja potencia, para evitar los efectos sistémicos.
Potencia del CT (Ver tabla 5)
<p>CT de potencia baja (grupo I): en DA leve y DA en niños. Adecuados para áreas extensas o localizadas en cara, genitales, ingles, zona interna de muslos y brazos y pliegues cutáneos.</p> <p>CT de potencia intermedia (grupo II): en DA moderada o que no hayan respondido al tratamiento con CT de menor potencia. Adecuados para tronco, brazos y piernas, excepto en su cara interna.</p> <p>CT de potencia alta (grupo III) y de potencia muy alta (grupo IV): en DA grave o que no hayan respondido al tratamiento con CT de menor potencia. Adecuados para palmas, plantas, codos y rodillas. No utilizar en pediatría, sobre todo en niños < 1 año, debido a los efectos secundarios importantes que pueden producir.</p> <p>Independientemente de su potencia, los corticoides esterificados, conocidos como “esteroides suaves” o de cuarta generación, a nivel cutáneo son degradados a metabolitos no tóxicos, por lo que producen menores efectos sistémicos, manteniendo su potencia.</p>
Edad del paciente
Los lactantes, niños y ancianos poseen un estrato córneo más delgado y presentan mayor riesgo de padecer efectos secundarios locales y sistémicos, por lo que los CT deberán ser preferentemente los de menor potencia y concentración. Los CT de 4.ª generación o esterificados podrían ser una opción más segura en estos pacientes cuando se requieren CT de potencia moderada-alta.
Vehículo empleado/Formulación galénica
Existen presentaciones con distintos vehículos para optimizar su absorción según el estado de la lesión cutánea. Utilizar un vehículo no apropiado puede empeorar la respuesta terapéutica en algunos casos. Los vehículos grasos por sus características oclusivas se absorben más y resultan más potentes, en el siguiente orden: ungüento>pomada>crema>gel>loción>aerosol.
<p>Ungüentos y pomadas: indicados en lesiones crónicas o liquenificadas. No aplicar pomadas sobre pliegues cutáneos, zonas intertriginosas, ni zonas pilosas. No utilizar ungüentos sobre una lesión húmeda, ya que, debido a sus propiedades oclusivas, puede causar foliculitis secundaria. Contraindicados cuando hay signos de infección (ampollas, pústulas).</p> <p>Cremas: indicados en lesiones exudativas. Idóneas para aplicar en piel fina de la cara, pliegues cutáneos (axilas, ingles, pie), escroto, zonas intertriginosas y zonas con vello.</p> <p>Lociones (emulsiones, soluciones, espumas en aerosol, geles): indicadas en grandes dermatosis y en cuero cabelludo y piel pilosa.</p>
Pauta/Duración del tratamiento
<p>En general, la pauta es de 1 aplicación/día con CT potentes/muy potentes o 2 aplicaciones/día con CT de mediana/baja potencia. Se deben aplicar en capa fina, preferentemente sobre piel húmeda. Será necesario tratar hasta que la lesión cutánea mejore o desaparezca, con algunas consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En área periorbital, cara y pliegues, evitar tratamientos de más de 1-2 semanas. • Para el resto del cuerpo el tratamiento no debería sobrepasar las 3-4 semanas. Si se precisaran tratamientos más largos, considerar terapia intermitente (aplicación de fin de semana o considerar periodos de descanso de 1-2 semanas entre ciclos). • La retirada del tratamiento debe ser gradual para evitar el fenómeno de rebote que puede evitarse con una reducción gradual de la potencia del CT y distanciando las pautas a intervalos de dos semanas.

Los CT producen alteraciones de la morfología de la piel en forma de atrofia, telangiectasias, pseudocicatrices, equimosis, hipertrichosis y estrías, entre otras. La intensidad de estos efectos depende de la potencia del CT y de la edad del paciente. Así, por ejemplo, la piel del anciano es más susceptible a la aparición de telangiectasias, púrpura y atrofia, mientras que los niños y adolescentes presentan más frecuentemente estrías. La piel fina presente en pliegues, cara y genitales, es más susceptible de sufrir estos efectos adversos. En tratamientos de larga duración se recomienda vigilar la aparición de estas alteraciones².

Si bien es cierto que a nivel sistémico los CT especialmente los de alta y muy alta potencia, aplicados sobre áreas corporales extensas pueden producir supresión adrenal, restituyen antes la barrera epidérmica lo cual limita su absorción sistémica disminuyendo el riesgo de este efecto adverso^{2,7}.

Inhibidores de la calcineurina tópicos: tacrolimus y pimecrolimus

Están indicados para el tratamiento de los brotes, y se deben aplicar dos veces al día en las áreas afectadas. Pimecrolimus está indicado a partir de los 3 meses de edad; tacrolimus al 0,03% a partir de los 2 años de edad y tacrolimus al 0,1% en mayores de 16 años^{12,13}.

Han mostrado una eficacia similar a los corticoides tópicos de potencia baja-moderada. Tacrolimus pomada al 0,1% podría ser más efectiva que pimecrolimus crema, aunque ésta última parece ser mejor tolerada^{2,7}.

Se consideran tratamiento de **segunda elección** cuando los corticoides tópicos no han sido efectivos, están contraindicados o presentan problemas de seguridad. No se recomienda la aplicación conjunta de CT e inhibidores de la calcineurina tópicos, a pesar de que puede ser útil tratar las lesiones de las zonas sensibles, como la cara, con inhibidores de la calcineurina y las del resto del cuerpo con CT, ya que éstos últimos pueden provocar atrofia cutánea^{2,5,7}.

Una vez que el brote ha remitido o ha disminuido su intensidad, se puede realizar un tratamiento de mantenimiento espaciando las administraciones o aplicando dosis más bajas (en el caso del tacrolimus, la concentración del 0,03%)².

El efecto secundario más frecuentemente observado es la sensación de quemazón e irritación cutánea en la zona de aplicación (mayor con tacrolimus), aunque este efecto es autolimitado y desaparece de 5 a 7 días después del inicio del tratamiento. Además, es importante minimizar la exposición de la piel a la luz solar, y se recomienda evitar la fototerapia durante el tratamiento^{5,12,13}.

Tras la publicación en 2005 de una nota de seguridad de la AEMPS, actualizada en 2006, alertando sobre un posible vínculo entre los inhibidores tópicos de la calcineurina y el cáncer de piel o linfomas, a día de hoy no se ha establecido una relación causal definitiva y por lo general, parecen fármacos seguros en adultos y niños^{7,14}.

Terapia de envoltura húmeda (terapia wet-wrap)/Vendajes húmedos

La terapia con envolturas húmedas podría ser una opción efectiva para el control de los brotes de DA y para mitigar la enfermedad recidivante. Consiste en aplicar un agente tópico sobre la piel (generalmente un corticoide de potencia baja o media) y cubrirlo bien con ropa de algodón, con gasas o con vendas húmedas (primera capa), seguido de una capa externa seca (segunda capa). Mediante el efecto oclusivo de la envoltura húmeda, se consigue por una parte mayor penetración del medicamento aplicado y por otra, una menor pérdida de agua, consiguiendo mayor hidratación en la piel. La envoltura debe ser aplicada en la zona afectada durante un periodo de 1 a 24 horas. Esto puede realizarse durante varias semanas si se considera necesario.

Los datos sobre la eficacia de las envolturas húmedas son escasos e inconsistentes, debido a una amplia variabilidad entre los estudios en la modalidad de tratamiento. La mayoría de los datos disponibles sobre la utilización de envolturas húmedas proceden de pacientes pediátricos y parece que la utilización de los corticoides tópicos con o sin emolientes, son superiores a aquellas envolturas que sólo contienen emolientes^{3,5,15,16}.

Es una terapia que requiere esfuerzo y tiempo, así como educación al paciente/familiar para una correcta aplicación. Por ello, en casos de DA leve se cuestiona el beneficio que aporta frente al esfuerzo que requiere. Podría ser de utilidad en pacientes con DA moderada-grave, teniendo en cuenta que los datos de eficacia disponibles son limitados¹⁵.

FOTOTERAPIA

En pacientes adultos y adolescentes con DA moderada-severa, que no pueden ser controlados solamente con tratamiento tópico, la fototerapia con rayos ultravioleta tipo B de banda estrecha (UVB-NB/NB-UVB) o los ultravioleta A1 (UVA1) a dosis media, pueden ser opciones terapéuticas. Se suele administrar 2 o 3 veces por semana con incrementos progresivos de dosis en cada sesión. En caso necesario, se puede combinar con el tratamiento con corticoides tópicos y puede ser necesaria también la utilización de emolientes debido a que la fototerapia puede aumentar la sequedad cutánea⁷. Se recomienda evitar los inhibidores de la calcineurina tópicos durante la fototerapia.

Los datos sobre la seguridad de la fototerapia a corto y largo plazo en pacientes pediátricos son escasos. De hecho, no está indicada en menores de 12 años, salvo casos excepcionales. Los estudios de carcinogenicidad realizados en población pediátrica y adulta con otras patologías (psoriasis), indican que la fototerapia con UVB-NB/NB-UVB no parece incrementar el riesgo de melanoma y otros cánceres cutáneos. Sin embargo, se recomienda control dermatológico anual^{5,16}.

TRATAMIENTO SISTÉMICO

Los tratamientos sistémicos pueden ser necesarios cuando la DA no se controla adecuadamente con los tratamientos tópicos ni con fototerapia o cuando ésta última no está disponible. Puede ser útil también para pacientes que requieran grandes cantidades de corticoides tópicos, para áreas corporales amplias y durante periodos prolongados de tiempo^{1,2}.

Antes de pasar a otros escalones de tratamiento, hay que asegurarse de que la enfermedad grave y refractaria no sea el resultado de la presencia de factores evitables o tratables como mala adherencia o uso incorrecto de medicamentos, factores desencadenantes ambientales, infección secundaria, reacciones de hipersensibilidad a tratamientos tópicos u otros alérgenos (ver tabla 4)^{2,16}.

Tabla 4. Posibles causas de DA refractaria o severa¹⁶

Baja adherencia/Uso incorrecto de los medicamentos
Alrededor del 50 % de pacientes con DA no cumple con las recomendaciones de tratamiento, debido al coste del tratamiento/emolientes, aversión a las preparaciones tópicas, falta de información sobre el adecuado cuidado de la piel y miedo a posibles efectos adversos («corticofobia»).
Factores desencadenantes ambientales
Ambientes de baja humedad, xerosis (piel seca), sobrecalentamiento de la piel, estrés emocional y exposición a sustancias irritantes, como productos químicos agresivos o jabones.
Infecciones
Los pacientes con DA tienen un mayor riesgo de infecciones cutáneas secundarias de origen bacteriano (<i>Staphylococcus aureus</i>), viral (<i>Virus Herpes simplex</i>) o dermatofíticas. Se debe considerar la posibilidad de infección secundaria en pacientes con lesiones cutáneas que parecen refractarias a la terapia convencional.
Exposición a alérgenos (alimentarios o ambientales)
Confirmar la reactividad clínica es especialmente importante cuando se sospechan alergias alimentarias.
Reacción alérgica a medicamentos o productos para el cuidado de la piel (dermatitis alérgica de contacto)
La dermatitis alérgica de contacto puede ser causada por vehículos o ingredientes activos en emolientes (pe. lanolina, propilenglicol, fragancias, conservantes), medicamentos inmunosupresores tópicos (pe. corticosteroides, inhibidores de calcineurina) y antibióticos tópicos (pe. bacitracina, neomicina).

Inmunosupresores

Ciclosporina es el único inmunosupresor que tiene la indicación autorizada para el tratamiento de pacientes con DA grave. Si bien en niños menores de 16 años no está recomendado, también se considera tratamiento sistémico de primera elección de la DA grave cuando se requiera una terapia sistémica^{2,5,17}.

Se debe mantener el tratamiento tópico junto con ciclosporina porque mejora los resultados clínicos y reduce la dosis de ciclosporina necesaria³.

Aunque habitualmente 8 semanas de terapia pueden ser suficientes para conseguir el aclaramiento de las lesiones, el tratamiento de hasta 1 año de duración ha mostrado ser eficaz y bien tolerado, siempre que se sigan las instrucciones de monitorización para el control de los efectos adversos (en especial la nefrotoxicidad y la hipertensión arterial)^{7,17}. Tras la interrupción del tratamiento, son comunes las recaídas por una disminución rápida del efecto de ciclosporina^{2,18}.

No se aconseja el uso combinado de ciclosporina con pautas de fototerapia^{3,17,19}.

El metotrexato, la azatioprina y el micofenolato de mofetilo son inmunosupresores que también se emplean para el tratamiento de la DA moderada-grave, pero no tienen indicación aprobada.

Corticoides sistémicos

Para el alivio inmediato de brotes agudos o en casos muy graves, los ciclos de corticoides orales pueden ser una opción terapéutica antes de recurrir a otros tratamientos sistémicos. En niños y adolescentes, los expertos recomiendan evitarlos siempre que sea posible por sus efectos adversos (supresión adrenal y afectación del crecimiento, entre otros). Sin embargo, pueden usarse de forma ocasional durante periodos cortos de tiempo cuando otras opciones no estén disponibles o estén contraindicadas y como terapia puente a otros tratamientos sistémicos o fototerapia^{16,20}.

Se recomienda disminuir gradualmente la dosis para evitar la aparición de rebotes. En algunos casos graves crónicos, se puede valorar comenzar otro tratamiento sistémico (inmunosupresores o agentes biológicos) durante el proceso de retirada. No se ha determinado la dosis ni la duración de un tratamiento corto de corticoides sistémicos. Un régimen habitual podría ser 0,5 mg/kg/día de metilprednisolona durante una o dos semanas y disminuir gradualmente la dosis a lo largo de un mes^{1,3,16,18}.

Agentes biológicos: dupilumab y tralokinumab

Dupilumab y tralokinumab son agentes biológicos indicados para el tratamiento de la DA moderada-grave en pacientes adultos y adolescentes > 12 años. Dupilumab también tiene indicación autorizada en DA grave en niños de 6 a 11 años de edad^{21,22}.

Se administran vía subcutánea y se pueden utilizar conjuntamente con corticoides tópicos y con inhibidores tópicos de la calcineurina. Se debe considerar la interrupción del tratamiento en pacientes que no han mostrado respuesta después de 16 semanas de tratamiento^{21,22}.

Son fármacos de dispensación hospitalaria y su financiación se restringe al tratamiento de la DA grave en pacientes que cumplen una serie de criterios de gravedad y que hayan sido anteriormente tratados con ciclosporina con respuesta insatisfactoria o en los que el uso de ciclosporina esté contraindicado^{23,24}. Se puede consultar más información sobre las condiciones de financiación en el siguiente enlace: [BIFIMED](#).

Entre las reacciones adversas más frecuentes destacan la conjuntivitis (probablemente porque producen sequedad ocular) y la queratitis en menor medida. Con ambos tratamientos, es aconsejable el uso concomitante de lágrimas artificiales y la realización de un examen oftalmológico en caso de conjuntivitis que no se resuelve con el tratamiento estándar. El efecto a largo plazo de las conjuntivitis crónicas es desconocido²⁴. Dupilumab se ha asociado con artritis seronegativa y entesitis al inicio del tratamiento, generalmente leve y no requiere suspender el tratamiento^{18, 21-24}.

Inhibidores de la JAK (Janus kinasa): abrocitinib, baricitinib y upadacitinib

Están indicados en DA de moderada a grave en pacientes adultos candidatos a tratamiento sistémico. Upadacitinib también está autorizado para su utilización en niños >12 años. Se pueden utilizar en monoterapia o en combinación con tratamientos tópicos²⁵⁻²⁷.

Se administran vía oral y se pueden utilizar conjuntamente con corticoides tópicos y con inhibidores tópicos de la calcineurina. Se debe considerar la interrupción del tratamiento en los pacientes que no muestren beneficio terapéutico después de 8 semanas de tratamiento con baricitinib, 12 semanas con upadacitinib y 24 semanas con abrocitinib.

Son fármacos de dispensación hospitalaria y su financiación se restringe al tratamiento de la DA grave en pacientes que cumplen una serie de criterios de gravedad y que hayan sido anteriormente tratados con ciclosporina con respuesta insatisfactoria o en los que el uso de ciclosporina esté contraindicado^{28,29}. Más información sobre las condiciones de financiación en el siguiente enlace: [BIFIMED](#).

Se desconoce la eficacia relativa de los inhibidores de la JAK frente al estándar de tratamiento actual (ciclosporina). Presentan un perfil de seguridad menos favorable que dupilumab y tralokinumab. Sin embargo, tienen la ventaja de poder ser administrados vía oral y podrían ser una alternativa en aquellos pacientes con intolerancia a dupilumab y tralokinumab⁷.

Recientemente la AEMPS ha publicado una [Nota de seguridad \(MUH\(FV\), 08/2022\)](#) donde se alerta del riesgo de neoplasias malignas, eventos adversos cardiovasculares mayores, infecciones graves, tromboembolismo venoso y mortalidad en pacientes con artritis reumatoide tratados con Inhibidores de la JAK y por tanto, se recomienda evaluar de forma individual el balance beneficio-riesgo de estos fármacos en pacientes con otras enfermedades inflamatorias crónicas^{7,30}.

Tabla 5. Corticosteroides tópicos para el tratamiento de la dermatitis atópica (modificada de las referencias 2 y 11)

	Marcas comerciales	Concentración	Formas farmacéuticas
POTENCIA DÉBIL			
Hidrocortisona acetato	Calmiox® (NF)	5 mg/g	Crema, espuma cutánea
	Dermosa Hidrocortisona®	10 mg/g	Pomada
	Hidrocisdin® (NF)	5 mg/g	Crema
POTENCIA MODERADA			
Hidrocortisona butirato (E)	Nutrasona®	1 mg/g	Crema
POTENCIA ALTA			
Beclometasona	Menaderm simple®	0.25 mg/g	Crema, ungüento, emulsión cutánea
Betametasona	Betnovate®	1 mg/g	Crema, solución cutánea
	Celecrem®	0.5 mg/g y 1 mg/g	Crema
	Diproderm®	0.5 mg/g	Crema, pomada, solución cutánea
	Combinaciones con otros corticoides Alergical® (+fluocinolona) (NF)	0.5 mg/g + 1 mg/g	Crema
Diflucortolona	Claral® (NF)	1 mg/g	Crema
Fluocinolona acetónido	Fluocid forte®	0.2 mg/g	Crema
	Gelidina®	0.25 mg/g	Gel
	Synalar® (NF)	0.25 mg/g	Crema, espuma cutánea
	Synalar forte® (NF)	2 mg/g	Crema
	Synalar gamma® (NF)	0.1 mg/g	Crema
Combinaciones con otros corticoides Alergical® (betametasona) (NF)	1 mg/g + 0.5 mg/g	Crema	
Fluocinonida	Novoter®	0.5 mg/g	Crema
Fluticasona	Flunutrac®	0.5 mg/g	Crema
	Fluticrem®		Crema
Hidrocortisona aceponato(E)	Suniderma®	1.27 mg/g	Crema, pomada
Metilprednisolona aceponato (E)	Adventan®	1 mg/g	Crema, pomada, ungüento, solución cutánea
	Lexxema®		
Mometasona (E)	Elocom®	1 mg/g	Crema, pomada, solución cutánea
	Mometasona Viso farmacéutica		Crema, pomada
	Mometasona mede		Solución cutánea
Prednicarbato (E)	Batmen®	2.5 mg/g	Crema, pomada, ungüento
	Peitel®		Crema, pomada, ungüento, sol cutánea
POTENCIA MUY ALTA			
Clobetasol (E)	Clarelux®	0.5 mg/g	Espuma cutánea
	Clobisdin®		Crema, solución cutánea
	Clovate®		Crema, champú
	Clobex®		Champú
	Decloban®		Pomada

(E): corticoides esterificados, conocidos como «esteroides suaves» o de cuarta generación: a nivel cutáneo son degradados a metabolitos no tóxicos, por lo que producen menores efectos sistémicos, manteniendo su potencia.

(NF) No financiado por el SNS.

Listado elaborado a partir de los datos disponibles en el Centro de información de Medicamentos de la AEMPS (<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>) y BOTPLUS; consultado en febrero de 2023. Esta tabla puede requerir actualización.

Tabla 6. Inhibidores de la calcineurina tópicos para el tratamiento de la dermatitis atópica²

	Marcas comerciales	Concentración	Formas farmacéuticas
Tacrolimus	Cellmune®	1 mg/g	Pomada
	Protopic 0,03%®	0.3 mg/g	
	Protopic 0,1%®	1 mg/g	
	Takrozem®	1 mg/g	
Pimecrolimus	Elidel®	10 mg/g	Crema

Listado elaborado a partir de los datos disponibles en el Centro de información de Medicamentos de la AEMPS (<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>) y BOTPLUS; consultado en febrero de 2023. Esta tabla puede requerir actualización.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Mikel Lizarraga Azparren, pediatra del CS Erandio de OSI Uribe, la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen J.P, de Bruin-Weller M, et al. *ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020. 34(12):2717-2744.
- Vives Vilagut R, Gasol Boncompte M, Carrascosa Carrillo M. *Dermatitis atópica: ¿Cómo tratarla?* Butlletí d'informació terapèutica, BIT. 2020;3(1).
- Montalvo A, Sols M, García E. *Dermatitis atópica*. Guías Fisterra. Fecha de revisión: 20/02/2019. Disponible en: Weston W. L, Howe W. Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Weston W. L, Howe W. *Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis*. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Escarrer Jaume M., Guerra Pérez MT. *Dermatitis atópica*. Protoc Diagn Ter Pediatr. SEICAP. 2019;2:161-75. Asociación Española de Pediatría.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Atopic eczema in under 12s: diagnosis and management (CG57)*. Clinical guideline NICE. Publicado: 12 de diciembre de 2007. Última actualización: 2 de marzo de 2021.
- Howe W., HD. *Treatment of atopic dermatitis (eczema)*. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- 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):657-682.
- Martorell-Aragonés A., Martorell-Calatayud C. y Martorell-Calatayud A. *Avances en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica*. An Pediatr Contin. 2011;9(2):73-80.
- Ridd MJ, Miriam Santer M, et al. *Effectiveness and safety of lotion, cream, gel, and ointment emollients for childhood eczema: a pragmatic, randomised, phase 4, superiority trial*. Lancet Child Adolesc Health. 2022;6:522-32.
- Uso adecuado de los corticoides tópicos dermatológicos*. Boletín Canario de uso racional del medicamento del SCS (Bolcan). 2017;8(4).
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Protopic® 0,03% pomada*. [Consultado 17.03.2023].
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Elidel® crema*. [Consultado 17.03.2023].
- Nota Informativa de la AEMPS Ref: 2006/03. *Elidel® /Rizan® (Pimecrolimus) y Protopic® (Tacrolimus) y riesgo de tumores*. (Actualización de la Nota Informativa 2005/07 de abril de 2005).
- Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, Drucker AM, Eichenfield LF, et al. *Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with topical therapies*. J Am Acad Dermatol. 2023;89(1):e1-e17.
- Spergel J. M., MD, PhD, FAAAAI, Lio P. A., MD. *Management of severe atopic dermatitis (eczema) in children*. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Sandimmun Neoral®*. [Consultado 17.03.2023].
- Berger T. G., MD. *Evaluation and management of severe refractory atopic dermatitis (eczema) in adults*. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Kulthanan K, Tuchinda P, et al. *Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of atopic dermatitis*. Asian Pac J Allergy Immunol 2021; 39:145-155.
- 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 II*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32(5):850-878.
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Dupixent® 200 mg (dupilumab)*.
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Adtralza® (tralokinumab)*.
- Informe de Posicionamiento Terapéutico de dupilumab (Dupixent®) en dermatitis Atópica*. AEMPS 2022.
- Informe de Posicionamiento Terapéutico de tralokinumab (Adtralza®) en Dermatitis Atópica*. AEMPS 2022.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

25. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. [Ficha técnica Cibinqo® \(abrocitinib\)](#).
26. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. [Ficha técnica Olumiant® \(baricitinib\)](#).
27. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. [Ficha técnica RINVOQ® \(upadacitinib\)](#).
28. [Informe de Posicionamiento Terapéutico de upadacitinib \(Rinvoq®\) en Dermatitis Atópica](#). IPT/V1/31/2022. AEMPS 2022.
29. [Informe de Posicionamiento Terapéutico de baricitinib \(Olumiant®\) en Dermatitis Atópica](#). PT/V1/30/2022 AEMPS 2022.
30. Nota de Seguridad de la AEMPS MUH(FV), 08/2022. [Inhibidores de la quinasa Janus para enfermedades inflamatorias crónicas: recomendaciones para minimizar los riesgos de reacciones adversas graves](#).

Fecha de revisión bibliográfica: mayo 2023

Este boletín debe citarse: Dermatitis atópica: actualización. INFAC. 2023;31(3):21-31.

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaram.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua¹, Miren Albizuri², Iciar alfonso³, María Armendáriz⁴, Sergio Barrondo⁵, Saioa Domingo⁴, Maitane Elola⁶, Arritxu Etxebarria⁴, Julia Fernández⁴, Isabel Fontán⁴, Leire Gil⁴, Ana Isabel Giménez⁴, Naroa Gómez⁴, Juan José Iglesias², Josune Iribar⁴, Nekane Jaio⁴, Itxasne Lekue⁴, M^a José López¹, Javier Martínez⁴, Lorena Martínez⁷, Mónica Martínez⁴, Carmela Mozo⁴, Elena Olloquegi⁴, Elena Ruiz de Velasco⁴, Rita Sainz de Rozas⁴, Inés San José⁴, Elena Valverde⁴, Miren Zubillaga².

1. Farmacéutico/a CEVIME; 2. Médico/a de familia; 3. Farmacóloga clínica; 4. Farmacéutico/a de atención primaria; 5. Profesor/a de farmacología (UPV); 6. Médica de medicina interna; 7. Pediatra de atención primaria.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>

 Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

