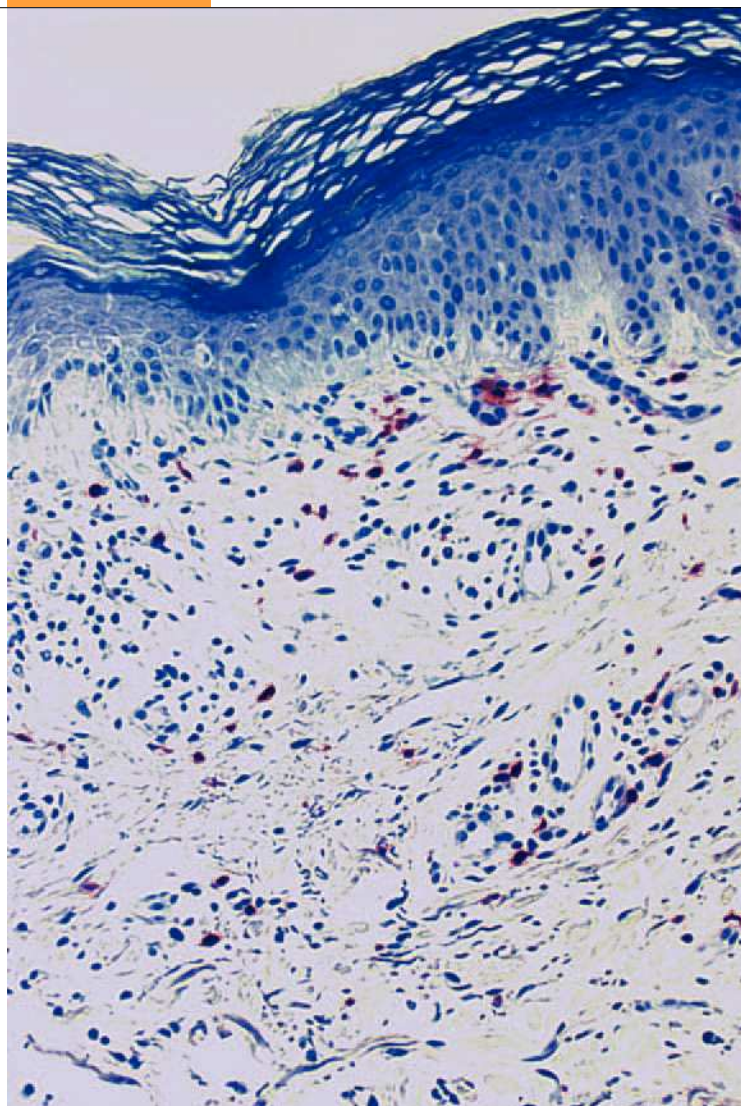




La dermatitis atópica es una enfermedad de la piel cuyo principal síntoma es el prurito. Suele aparecer en los primeros años de vida, aunque un 20% de los pacientes que la presentan se diagnostica en la edad adulta. Se calcula que la dermatitis atópica afecta en la actualidad al 20% de la población infantil de los países desarrollados. En el presente trabajo se abordan los aspectos clínicos de esta enfermedad de la piel y se revisan los diferentes tipos de tratamientos tanto en el período de latencia como en la fase aguda o en caso de complicaciones. También se ofrecen algunos consejos básicos relacionados con esta enfermedad.

Dermatitis atópica

Aspectos clínicos y tratamiento

La dermatitis atópica (DA) es una afección cutánea crónica caracterizada por la aparición de lesiones eccematosas intensamente pruriginosas que se distribuyen en áreas características del cuerpo. Es un trastorno de base genética consistente en una alteración inmunológica mal caracterizada que causa la producción excesiva de inmunoglobulinas tipo IgE, que se segregan especialmente en las fases activas o brotes de la enfermedad.

Ello, junto con factores del entorno que actúan como disparadores o desencadenantes, configura una enfermedad cada vez más emergente, que llega a afectar hasta a un 4% de los niños menores de 2 años, de los que hasta un 30% desarrollará asma en algún momento de su vida. La notable necesidad de tratamiento farmacológico y de cuidados generales y de salud que requieren estos pacientes convierten a la DA en una enfermedad de gran impacto económico y social.

ANA LUQUE

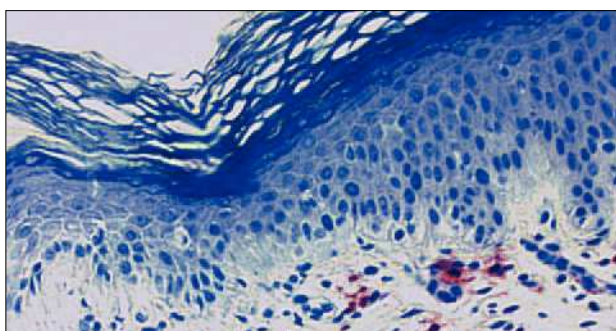
MÉDICO.



CONSEJOS DESDE LA FARMACIA

Hidratación, higiene y ropa adecuada

- El cuidado de la piel tiene que ser constante. Es fundamental hidratarse a diario, preferentemente tras el baño. Una crema hidratante bien grasa es la mejor opción.
- No es necesario bañarse cada día. Si se practica el baño diario será breve, con agua templada y con escaso jabón. La piel nunca debe frotarse con esponjas, guantes o productos similares.
- Es preferible usar geles «sin jabón» o de pH similar al de la piel
- El tratamiento con corticoides no deberá parar hasta lograr la remisión completa de las lesiones. En cuanto se consiga este objetivo, se finalizará el tratamiento.
- No deben usarse los corticoides como terapia de mantenimiento para evitar los brotes.
- Es aconsejable usar tejidos sintéticos en favor de las fibras naturales.



La piel atópica es característica; es una piel especialmente seca y delicada, incluso en los lactantes, muy vulnerable y sensible a todo tipo de estímulos físicos y psíquicos

Aspectos clínicos

La DA se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas, cuyo denominador común es el picor intenso. En el 80% de los casos aparece en niños muy pequeños entre los 2-5 meses de edad y es regla general que esta afección disminuya en gravedad hacia los 2 años, cuando se convierte en una enfermedad crónica que cursa en forma de brotes más o menos graves.

El aspecto de las lesiones varía en función de la edad del paciente. Así, en el lactante produce un eccema exudativo con microvesículas y costras que afectan de forma predominante a la cara, así como a las caras extensoras de brazos y piernas. En la cara es característico que las lesiones respeten las zonas periorbitarias y periorales.

A partir de los 2 años es cuando adopta su forma más característica. Las lesiones son las típicas de un eccema seco y mal delimitado que afecta a las flexuras de los codos y las fosas poplíteas, el surco retroauricular, los pulpejos de los dedos, los tobillos y los pies. Es común la fisuración y las erosiones, estas últimas consecuencia del rascado que, en los niños de tan corta edad, es difícil de evitar. En los adultos, aunque la afectación de las superficies de flexión es también el rasgo clínico dominante, son habituales las lesiones aisladas que pueden aparecer en cualquier localización.

La fisuración y las microerosiones que produce el rascado predisponen al desarrollo de infecciones bacterianas por patógenos locales. Las personas de piel atópica tienen, además, diversas alteraciones del estrato córneo y de la capa lipídica protectora que facilitan la adhesividad de distintos microorganismos a la piel. Así, la densidad bacteriana en la piel de los individuos atópicos es superior a la de la población general. Son también mucho más frecuentes las infecciones por virus herpéticos. En cualquiera de las fases de la enfermedad la característica principal es el prurito que, por definición, es intenso y difícil de controlar. En los lactantes, por ejemplo, puede causar llanto intenso, irritabilidad e insomnio. El sangrado de las lesiones por culpa del rascado es relativamente común y causa, en particular en los casos más graves, gran ansiedad a los padres. En los adultos se puede dar desadaptación social debido al prurito y al aspecto estético de las lesiones.

La piel atópica es característica; es una piel especialmente seca y delicada, incluso en los lactantes, muy vulnerable y sensible a todo tipo de estímulos físicos y psíquicos. La palidez cutánea, incluso en los individuos habitualmente expuestos al sol, es marcada. Son frecuentes las «bolsas» hiperpigmentadas bajo los párpados inferiores, lo que les confiere un aspecto ojero casi permanente. Es común la presencia de un pliegue palpebral o pliegue de Dennie-Morgan que algún autor considera patognomónico de la enfermedad.



Tratamiento

El tratamiento de la DA requiere distintos enfoques. Por un lado deberá considerarse la conducta entre los brotes, por otro el tratamiento en las fase agudas y, finalmente, el tratamiento de las complicaciones asociadas.

En el período de latencia

Uno de los pilares básicos del tratamiento de esta afección es el mantenimiento de la piel en situación óptima durante el período intercrítico.

La piel atópica es especialmente sensible y vulnerable a diferentes agentes físicos y químicos. El sol, los cosméticos y los tejidos sintéticos pueden aumentar las molestias de los pacientes.

Así, se recomendará moderar la exposición solar y utilizar filtros solares. Es preferible escoger los que contengan filtros físicos más que químicos, por su menor capacidad de causar dermatitis de contacto.

Se evitarán los baños frecuentes y en general es conveniente limitar el uso de jabón, pero si se usa es preferible utilizar los que contengan poco detergente y de pH ácido (alrededor de 5). El agua estará templada para prevenir el picor. Las esponjas y en general todo lo que pueda erosionar la piel está contraindicado. Después del baño y cuando la piel esté todavía húmeda se aplicarán cremas hidratantes cuanto más grasas mejor. Si bien la correcta hidratación no influye en la frecuencia de los brotes, sin duda contribuye a mejorar el confort del paciente. En la misma línea, los individuos que hayan constatado intolerancia a los tejidos sintéticos deberán sustituirlos por fibras naturales, básicamente algodón.

Ocurre algo parecido con los alimentos. No está claramente demostrado que las dietas muy res-

trictivas mejoren el pronóstico de la enfermedad; sin embargo, algunos autores sugieren limitar el consumo de alimentos liberadores de histamina, como el chocolate o las fresas. En este sentido es recomendable individualizar el consejo de salud en cada paciente.

El crucial evitar el rascado, pues estimula de nuevo el picor y causa un círculo vicioso difícil de romper. En los niños pequeños es aconsejable mantener las uñas bien cortas y favorecer que el rascado, si es inevitable, se realice por encima de las ropas y tan sólo con el pulpejo de los dedos. El exceso de ropa de abrigo también favorece el prurito, por lo que deberá evitarse.

En la fase aguda

En términos generales, los corticoides tópicos son de elección en la DA.

En las formas leves y moderadas se prefieren los corticoides de baja potencia, como la hidrocortisona al 1% o al 2,5%, en función de la localización de las lesiones que hay que tratar. El criterio general es que para las zonas de piel fina (p. ej., la cara) se indicará una concentración menor. Es correcto recomendar una concentración mayor para las zonas en la que la piel tiene un mayor grosor (p. ej., los pliegues). La duración del tratamiento vendrá determinada por el período que tardan las lesiones en ceder. Es importante no discontinuar la aplicación de los corticoides de forma brusca, ya que hay riesgo de causar un fenómeno de rebote.

En las formas graves se utilizarán corticoides de potencia media-alta como la beclometasona 0,025 o la betametasona 0,05% en una o dos aplicaciones diarias según la evolución. Si las lesiones son recalcitrantes, graves o refractarias a la terapia tópica deberá valorarse la posibili-

dad de realizar ciclos cortos de corticoides orales, PUVA o fármacos inmunodepresores (ciclosporina, azatioprina, micofenolato). Aunque no está claro el efecto sobre el prurito de los antihistamínicos orales, sí son útiles por su efecto sedante. La hidroxizina y la difenhidramina son dos antihistamínicos de primera generación particularmente indicados, precisamente por su efecto sedante central.

Actualmente se dispone de una línea de fármacos que se crearon con la finalidad de sustituir a los corticoides, al carecer de sus efectos secundarios, en particular la atrofia de la piel y la supresión adrenal. El tacrolimus y el pimecrolimus actúan inhibiendo la calcineurina en la piel, lo que regula la transcripción de diversos factores implicados en la activación en las fases tempranas de los linfocitos T.

No son fármacos de primera línea, puesto que en la actualidad se sabe que pueden causar tumores cutáneos e infecciones cutáneas graves. Su uso se considerará en los casos graves en los que la terapia con corticoides tópicos resulte ineficaz.

En caso de complicaciones

La infecciones por gérmenes colonizadores de la piel son frecuentes, especialmente las causadas por *Staphylococcus aureus*.

En las formas leves el tratamiento de elección es la mupirocina o el ácido fusídico tópicos. En las formas extensas o refractarias al tratamiento tópico se emplearán antibióticos por vía oral (cloxaciclina, amoxiciclina o amoxiciclina + clavulánico) a las dosis habituales durante 8-10 días. Si las lesiones son muy exudativas es conveniente aplicar simultáneamente fomentos secantes (agua de Burow, permanganato potásico al 1/10.000) durante 2-3 tres días hasta secarlas completamente. ■