



FIROFOTO

DERMATITIS ATÓPICA

LA ENFERMEDAD DEL BIENESTAR

La dermatitis atópica es una de las enfermedades que mayor crecimiento está experimentando en los últimos años en los países occidentales, donde se estima que entre un 14% y un 24% de la población la padecen. El hecho de que su incidencia sea proporcional al grado de desarrollo del país ha propiciado que sea considerada como un «efecto secundario» del estado del bienestar.

RAMÓN BONET^a Y ANTONIETA GARROTE^b ^aDoctor en farmacia. ^bFarmacéutica.

La dermatitis atópica (DA) es, en el marco de las enfermedades benignas, una de las que mayor preocupación genera. Varias son las circunstancias que justifican esta consideración: por un lado, su incidencia creciente y su amplia difusión social y, por otro, su distribución eminentemente pediátrica. Si bien es cierto que la salud orgánica del niño —el segmento etario más afectado— no se ve comprometida por el curso de la enfermedad, la DA puede ser causa de una importante merma en su calidad de vida, limitando la realización de determinadas actividades y llegando a ser el origen de desequilibrios psicológicos. En un plano farmacoeconómico, es importante citar que su creciente incidencia, así como sus elevados ratios de prevalencia, comportan un impacto no negligible en términos de recursos médicos y farmacéuticos sobre los sistemas sanitarios nacionales en los países desarrollados.

Es interesante analizar la relación existente entre el aumento de casos de esta enfermedad y el estado de desarrollo de las sociedades que la registran, o incluso, la variabilidad de sus índices de prevalencia entre los diferentes estratos sociales de una misma sociedad. Así, a la vista de los datos epidemiológicos disponibles, queda claro que la creciente presencia de la DA en nuestra sociedad se justifica por una mayor observación de las manifestaciones clínicas de cualquier patología, (tanto por parte de quien la padece como por parte de las personas que están a su cuidado), la creciente accesibilidad a la información relacionada con el ámbito sanitario, el aumento de la contaminación y el cambio global en el estilo de vida (reducción de la lactancia materna, aumento de la edad materna, mayor grado de estrés...), asociados al progreso y al estado del bienestar.

DERMATITIS ATÓPICA Y ATOPIA

Esta afección dermatológica, de marcado carácter hereditario —la probabilidad de padecerla que tiene un individuo se halla incrementada en un 50-70% si los progenitores también la tienen o la han presentado—, está influenciada adicionalmente por un importante número de factores externos, que además de condicionar la aparición de la enfermedad, pueden agravar el cuadro clínico ya existente.

En el paciente atópico, las funciones inmunitarias tanto generales como locales se hallan modificadas y, como consecuencia de ello, su umbral de tolerancia frente a ciertos elementos presentes de forma generalizada en la vida cotidiana (pólenes, alimentos, sustancias irritantes...) se ve seriamente rebajado. El inevitable contacto con estos alérgenos, que pasa inadvertido para la mayoría de la población, ocasiona en el paciente atópico una hipersensibilización, llegando a convertirse en un factor desencadenante de las manifestaciones patológicas en un 10-20% de los casos.

Paralelamente, estas alteraciones del sistema inmune vinculadas a la DA favorecen que los individuos afectados

presenten mayor susceptibilidad a padecer infecciones estafilocócicas, infecciones víricas (verrugas, moluscos contagiosos, eccemas herpéticos...) y micosis producidas principalmente por *Tricophitum rubrum*.

La DA está considerada como una de las manifestaciones incluidas en el término atopia, denominación que refiere a la predisposición a presentar una reacción exagerada frente a sustancias y estímulos ambientales. Asma, rinoconjuntivitis y dermatitis son algunos de sus signos clínicos, aunque no necesariamente deben presentarse conjuntamente.

Concretamente, la DA es la manifestación de la triada o terna atópica que hace su aparición de forma más temprana, siendo frecuente su inicio durante los primeros meses de vida, para seguir con una evolución desigual tanto en su gravedad como en su durabilidad.

La DA se caracteriza por sequedad cutánea, prurito, eritema, inflamación, mayor reactividad frente a estímulos físicos y agentes irritantes directos y la existencia de un mayor riesgo de sufrir sobreinfección en diferentes partes de la super-

ASMA, RINOCONJUNTIVITIS Y DERMATITIS SON SIGNOS CLÍNICOS TÍPICOS DE LA ATOPIA PERO NO SE PRESENTAN DE FORMA CONJUNTA NECESARIAMENTE

ficie cutánea. Otra de sus características definitorias es que responde a un patrón patológico de curso crónico pero con una clínica que se manifiesta a modo de brotes, alternándose los períodos de mejoría con los de empeoramiento. Los episodios agudos y recaídas de esta enfermedad recurrente pueden durar pocos días o persistir durante tiempos más prolongados. Ello será dependiente en gran medida del factor etiológico, de la gravedad y extensión de las zonas afectadas en cada brote, así como del manejo terapéutico que se haga de las manifestaciones atópicas.

FASES EVOLUTIVAS DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Generalmente, se habla de tres fases o tipos de DA, tomando como criterio clasificador los grupos etarios de pacientes a los que afecta.

DERMATITIS DEL LACTANTE

Abarca la franja de edad comprendida entre los 2 meses y los 2 años. Su clínica se caracteriza por lesiones eccematosas, eritematosas y exudativas, con microvesículas y costras que afectan principalmente el área facial (mejillas, frente), aunque son también frecuentes en los pabellones auriculares, cuero cabelludo, área torácica (región deltoidea y anterior del tórax) y dorso de manos y pies. Las lesiones suelen respetar el área del pañal.

Prácticamente el 50% de los niños afectados queda libres de las lesiones al superar la barrera de los 2 años, y la remisión es espontánea. Un indicio que disminuye la probabili-

dad de esta remisión temprana se basa en la observación de que los primeros síntomas hayan tenido lugar a edades superiores a los 12 meses.

DERMATITIS INFANTIL

Se manifiesta en niños de 2 a 12 años, en forma de intenso picor y eccema seco y descamativo preferentemente localizado en las zonas de los pliegues (codos, rodillas, muñecas, tobillos y cuello), cuero cabelludo, nuca, tronco y dorso de manos y pies.

El prurito y el rascado facilita la aparición de escoriaciones y fisuras, con el consiguiente agravamiento de las lesiones y aumento del riesgo de sobreinfección. Adicionalmente, en esta etapa pueden aparecer conjuntamente otras manifestaciones cutáneas tales como queilitis descamativa, piritiasis alba, dermatitis plantar juvenil, etc.

DERMATITIS DEL ADOLESCENTE/ADULTO

Un porcentaje bajo de pacientes suele llegar a esta fase, ya que una de las características de la DA es que va remitiendo espontáneamente a medida que aumenta la edad del individuo afectado.

El síntoma preponderante en pacientes que superan los 12 años sigue siendo el prurito intenso y difícil de controlar y las lesiones liquenificadas que se localizan de forma similar a las descritas en la fase anterior. También aparecen en forma de lesiones fijas crónicas en diferentes partes del cuello, aunque se localizan básicamente en el tórax, el área facial, manos y/o pies.

NO SE DISPONE EN LA ACTUALIDAD DE UN TRATAMIENTO DEFINITIVO QUE EVITE LA APARICIÓN DE RECIDIVAS PERO SÍ PARA ESPACIAR Y MINIMIZAR LOS BROTES

Lo más habitual es que las manifestaciones cutáneas de los pacientes afectados remitan prácticamente en su totalidad en las etapas finales de la adolescencia. Únicamente una porción muy pequeña de las personas afectadas continúa presentando recidivas, sin llegar a una completa remisión de la enfermedad una vez alcanzada la edad adulta.

XEROSIS

Como se ha descrito anteriormente, cada una de las fases de la DA presenta particularidades específicas. No obstante, una manifestación que aparece de forma constante en todas ellas es la xerosis o piel seca, que refieren casi todos los pacientes afectados.

El origen de la xerosis debe buscarse en el conjunto de cambios y alteraciones que se producen en estos pacientes en el metabolismo de los ácidos grasos esenciales de la piel: ácidos linoleico, gammalinolenico y araquidónico. Estructuralmente hablando, estos ácidos grasos constituyen una parte fundamental de los fosfolípidos de la membrana y de los esfingolípidos de los espacios intercorneocitales, y desempeñan, por tanto, un papel fundamental en la integridad,

la cohesión y el mantenimiento de la continuidad del estrato córneo, así como en su función fisiológica.

Además de esta función estructural directa, los ácidos grasos esenciales del estrato córneo, junto con el agua y los componentes del denominado factor hidratante natural (aminoácidos, urea, ácido láctico, ácido pirrolidíndicarboxílico...), actúan sobre la piel formando una emulsión protectora que evita la pérdida del agua del estrato córneo, regula el flujo de agua transepidérmica y confiere a la piel un aspecto liso y brillante. Finalmente hay que tener en cuenta que estos ácidos grasos poliinsaturados actúan como agentes precursores de prostaglandinas y leucotrienos, factores clave en las reacciones inflamatorias e inmunitarias relacionadas con la DA.

Otra peculiaridad fisiológica que se halla descrita con frecuencia entre los pacientes atópicos es una deficiencia en la enzima delta-6-desaturasa, fenómeno que implica una disminución del ácido gammalinoleico y, como consecuencia, una mayor tendencia a la desorganización del proceso de queratinización y una pérdida de agua transepidérmica.

Por consiguiente, cualquier alteración significativa que modifique o interfiera la funcionalidad, estructura o composición de los ácidos grasos que integran el tejido epitelial repercute directamente en el estado y aspecto de la piel. El resultado final es una pérdida importante en la efectividad de la función barrera del estrato córneo frente a la pérdida de agua transepidérmica y, consecuentemente, la xerosis característica de la piel atópica.

«ESTIGMAS»

Con independencia de las peculiaridades fisiológicas del paciente atópico, no apreciables a simple vista, estos pacientes suelen registrar otras manifestaciones propias: son los denominados «estigmas de la DA», entre los que cabe destacar:

- El pliegue o línea de Dennie-Morgan: un pliegue doble o múltiple situado en el pliegue parpebral inferior.
- Hiperpigmentación orbital inferior y ligero edema, a modo de falsas ojeras.
- Queilitis.
- Lengua geográfica: la superficie de la lengua tiene regiones de aspecto y coloración diferente que parecen dibujar un mapa geográfico.
- Áreas de palidez en la cara y otras localizaciones.
- Fisuras infraauriculares
- Mayor propensión a la sobreinfección bacteriana en ciertas zonas de la piel.

TRATAMIENTO

Como en la mayoría de las enfermedades recurrentes crónicas y de etiología no completamente establecida, no se dispone en la actualidad de un tratamiento definitivo que evite la aparición de recidivas.

Dada la complejidad de la sintomatología, sus múltiples factores desencadenantes, así como la frecuente aparición

CONSEJO FARMACÉUTICO

El farmacéutico comunitario, como formador activo en materia sanitaria de los pacientes que acuden a su farmacia en búsqueda de medicamentos, debe proporcionar pautas y consejos que permitan mejorar la sintomatología del paciente, evitar recidivas y prevenir posibles complicaciones. Esta labor es especialmente agradecida en los pacientes pediátricos, ya que el nivel de implicación de los familiares próximos es muy alto.

Algunos de los consejos más generalistas que pueden ser de utilidad ante una consulta sobre eccema atópico son:

EN RELACIÓN CON LA CONDICIÓN PERSONAL Y LOS HÁBITOS HIGIÉNICOS

- Evitar, en la medida de lo posible, el rascado de las zonas afectadas, puesto que ello comporta la perpetuación de la enfermedad, la posibilidad de ampliar su extensión y la diseminación a otras zonas del cuerpo y un incremento del riesgo de agravarla con infecciones secundarias.
- Mantener las uñas limpias y cortas para disminuir el riesgo de provocar heridas con el rascado y su consiguiente sobreinfección.
- Utilizar productos especialmente formulados para pieles atópicas en la higiene e hidratación diaria. La inclusión de agentes emolientes es fundamental para restaurar la capa córnea y proteger adecuadamente la piel después del baño.
- Los baños con agua muy caliente pueden incrementar la xerosis y llegar a irritar la piel de los pacientes atópicos. Preferiblemente se recomendará la ducha al baño, con agua templada.
- Evitar el empleo de productos inadecuados o demasiado agresivos (deslipidificantes), ya que puedan llegar a ser un factor desencadenante de los brotes y una de las mayores causas de persistencia de la DA. Debe prestarse especial atención al uso de perfumes, colonias y cosméticos decorativos.
- Evitar el secado por fricción con la toalla, uso de ropas ásperas, el roce continuado de determinadas prendas con las diferentes zonas del cuerpo, el uso de secadores, así como el uso de lana y tejidos sintéticos que incrementan la temperatura corporal y acentúan el picor.
- Controlar o evitar situaciones que comporten un mayor estrés del paciente. Los factores emocionales tradicionalmente han tenido un peso específico importante a la hora de evaluar esta patología, tanto es así que durante cierto tiempo la DA se conoció como neurodermatitis. El estrés o los sobresaltos emocionales pueden desencadenar una crisis o agravar los síntomas, aunque ello no quiere decir que puedan ser considerados la causa directa de las lesiones dermatológicas.

EN RELACIÓN CON LAS CONDICIONES AMBIENTALES

- Evitar situaciones o materiales que por su propia naturaleza generen prurito.
 - Evitar ambientes muy secos y calurosos, ya que los pacientes atópicos toleran bastante mal el calor. No es conveniente abrigo en exceso al niño atópico y sí resulta adecuado mantener un grado de humedad ambiental adecuado, puesto que así se reducen sensiblemente la xerosis y el prurito.
 - Los baños de sol, siempre efectuados con las preceptivas medidas de protección, pueden proporcionar alivio a las lesiones dermatológicas atópicas. Sin embargo, se hallan descritos algunos casos en los que la exposición solar ha empeorado la clínica.

concomitante de manifestaciones múltiples (respiratorias, alérgicas, digestivas), junto con los brotes cutáneos, hace que no siempre sea fácil aconsejar acerca del facultativo que debe abordar el tratamiento de un paciente atópico.

En aquellos casos en que las manifestaciones cutáneas sean las predominantes, el dermatólogo abordará en primera instancia el tratamiento de los episodios agudos, y podrá hacerlo desde distintas perspectivas, en función de las necesidades y características de cada paciente. En estos casos, el dermatólogo puede ayudar también a identificar la presencia de manifestaciones no cutáneas y derivar al paciente a otro especialista para que complete el tratamiento y de esta forma, mantener conjuntamente bajo control la recidiva del paciente atópico.

Como punto de partida común a todos los casos, se incidirá en la necesidad de implantar una serie de medidas generales útiles para prevenir o al menos espaciar los brotes atópicos, las cuales se detallan en el recuadro «consejo farmacéutico».

La labor de educación sanitaria del paciente, así como de su entorno inmediato –uno de los cometidos sanitarios del farmacéutico en su labor asistencial– resulta esencial para reducir la frecuencia aparición de brotes así como para minimizar su duración y el impacto que puedan llegar a tener sobre la calidad de vida del paciente que los padece.

TRATAMIENTO COSMÉTICO

Desde la farmacia debe hacerse hincapié en que la aplicación regular de preparados destinados a hidratar y nutrir la piel es imprescindible para prevenir y contrarrestar el impacto de la xerosis o sequedad cutánea. Conviene recordar, asimismo, que su aplicación debe ir siempre precedida por una limpieza adecuada de la zona a tratar, para lo que es vital utilizar productos adecuados que eviten la sensibilización, irritación o excesiva deslipidificación de la piel.

El empleo de jabones, geles y champúes formulados a partir de tensioactivos suaves no iónicos, syndets líquidos y panes dermatológicos permiten conseguir un óptimo grado de limpieza cutánea, preservando la correcta funcionalidad de la piel, respetando la integridad del manto hidrolipídico y manteniendo un pH ligeramente ácido que ayuda a controlar la flora bacteriana dérmica.

En el marco de los preparados destinados a hidratar la piel, hay una amplia gama de formulaciones, que basan su acción en la inclusión de activos humectantes y emolientes. Su aplicación continuada, una o varias veces al día en todo el cuerpo, incidiendo especialmente en las áreas más susceptibles de manifestar lesiones, es una medida esencial en el tratamiento y prevención de la DA.

Su empleo regular, además de tener una motivación puramente estética (mejorar el aspecto y tacto de la piel) conlleva en los pacientes atópicos unos beneficios evidentes que van más allá de los puros reclamos cosméticos, sin que puedan llegar a ser considerados como una acción farmacológica.

Su efectividad parece que aumenta cuando la aplicación de estas formulaciones se realiza inmediatamente después del baño o de la ducha, puesto que la piel se halla entonces



más receptiva. Actuando de esta forma, por un lado, se favorece la penetración de los activos hidratantes y, por otro lado, se facilita la reconstitución de la capa lipídica dérmica (reduciendo como consecuencia la evaporación del agua constitutiva de la piel).

Ingredientes típicos de este tipo de preparados son los aceites vegetales ricos en ácido linoleico y linolénico (aceite de onagra, primula, borrajas, rosa mosqueta, girasol...). Estos resultan especialmente útiles en situaciones en las que se detecta una deficiencia en ácidos grasos poliinsaturados, como en el caso de los pacientes atópicos.

Otros ingredientes que forman parte con frecuencia de la composición de este tipo de formulaciones son: insaponificables, ceramidas, avena coloidal, glicerina, vaselina, vitamina E, etc. Las formulaciones especialmente diseñadas para pacientes atópicos pueden incluir además ingredientes activos con acción: cicatrizante (alantoína, quitina...), calmante (extracto de *Ruta graveolens*), antiinflamatoria (alfabisabolol...) o dermoprotectora y refrescante (extracto de *Ruscus aculeatus*...).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico se basa, fundamentalmente, en:

Corticoides tópicos

Son una de las opciones de elección en el tratamiento de las formas leves, moderadas y graves, independientemente de la edad del paciente a tratar; sin embargo, no es adecuado considerar esta opción terapéutica como medida preventiva efectiva.

Hidrocortisona, betametasona, triamcinolona, diflucortolona, fluocinolona, prednisolona y sus sales son algunos de sus principales representantes. Pueden incorporarse a diferentes concentraciones y en distintas formas galénicas. La idoneidad de una formulación u otra dependerá del tipo de lesión. Así los geles o lociones con marcado efecto secante resultarán más adecuados para tratar eccemas exudativos, mientras las preparaciones más grasas –emulsiones, pastas, ungüentos– para el tratamiento de las formas más secas, descamativas o liquenificadas.

Las preparaciones tópicos a base de corticoides consiguen tanto una remisión de los síntomas objetivos (enrojecimiento, hinchazón, pápulas, piel irritada) como de los subjetivos (picor, escozor, dolor...). En las formas leves y moderadas se prescriben preferentemente los corticoides de baja potencia, mientras que en las formas graves se administran corticoides de potencia media-alta. Es de suma importancia respetar la posología marcada por el dermatólogo, que está en función de la dosis y potencia del principio activo vehiculado, porque de lo contrario es difícil poder garantizar la total remisión del episodio agudo y se aumenta el riesgo de la aparición de recidivas de mayor intensidad.

Una mención especial, dada la alta incidencia de esta patología en lactantes y niños de corta edad, merece la aplicación de estos medicamentos en el área del pañal. Esta zona está sometida a una alta oclusión, por lo cual la absorción del medicamento podría estar potenciada. De ahí la importancia de

una correcta y adecuada elección tanto del fármaco como del excipiente que se vayan a administrar.

El términos generales, el uso de este tipo de preparados está contraindicado en casos de alergias a corticoides y en aquellos casos en los que haya infecciones cutáneas bacterianas, fúngicas o víricas.

Antihistamínicos H1 orales

Su acción es especialmente útil en la prevención y el alivio del prurito, uno de los síntomas clínicos más molestos y característicos, y el consiguiente rascado. Actúan antagonizando muchos de los efectos característicos derivados de la liberación de histamina y, en algunos casos, muestran un adicional efecto sedante que refuerza aún más el efecto buscado con su administración, especialmente en los pacientes de menor edad.

Inmunomoduladores (tacrólimus y pimecrólimus)

Ambos macrólidos están indicados para el tratamiento a corto plazo o intermitente a largo plazo de las formas leves, moderadas o graves, cuando éstas no respondan adecuadamente o el paciente sea intolerante a la terapia convencional a base de corticoides. Deben administrarse las dosis mínimas necesarias para controlar los síntomas y cesar la administración cuando éstos remitan.

Aunque no es del todo bien conocido su mecanismo de acción, parece que actúan inhibiendo la calcineurina en la piel, efecto mediante el cual se regula la transcripción de diversos factores implicados en la activación en las fases tempranas de los linfocitos T. La molécula de tacrólimus se aisló en 1984 a partir de *Streptomyces Tsukubaensis*.

Su administración no está recomendada en niños menores de 2 años. Si bien ésta es la información recogida actualmente en las fichas técnicas de los citados medicamentos, la Agencia Europea de Medicamentos ha emitido un comunicado con fecha 22 de enero de 2009 a través del cual adopta una opinión favorable en cuanto a la recomendación de variar los términos recogidos en la autorización de comercialización de las pomadas con tacrólimus. Concretamente, adopta una nueva indicación: el tratamiento de mantenimiento de la DA moderada a severa para la prevención de erupciones y la prolongación de períodos sin erupciones en pacientes que sufren con elevada frecuencia exacerbaciones (cuatro o más años) y que han tenido una respuesta inicial a un máximo de seis semanas de tratamiento de dos dosis diarias de tacrólimus en pomada (desaparición total o parcial de lesiones).

Antibióticos tópicos

Aunque su misión no radica en el tratamiento de los signos y síntomas de la DA en sí, su administración se encuentra estrechamente interrelacionada, puesto que las sobreinfecciones de las lesiones dermatíticas son sumamente frecuentes en esta enfermedad. En las formas leves, el tratamiento de elección son las pomadas formuladas a base de mupirocina o el ácido fusídico. En las formas extensas o refractarias al tratamiento tópico se emplearían antibióticos por vía oral –amoxiciclina o amoxiciclina+clavulánico o cloxaciclina– a las dosis habituales durante 8-10 días. **Of**