

Edades en la dermatitis atópica

La dermatitis atópica es una afección dermatológica crónica o recurrente de tipo alérgico y carácter inflamatorio, que afecta a la epidermis y la dermis e impacta notablemente en la calidad de vida del paciente. Las manifestaciones de la dermatitis atópica no son fijas, sino que tanto la porción del cuerpo afectada como la localización de las lesiones varían enormemente en función de la edad de la persona afectada. En este artículo exponemos las características diferenciales de esta patología en función de la edad del paciente, así como el tratamiento adecuado.

ANTONIETA GARROTE^a Y RAMON BONET^b

^aFarmacéutica

^bDoctor en Farmacia

La dermatitis atópica es una afección dermatológica crónica o recurrente de tipo alérgico y carácter inflamatorio, que afecta a la epidermis y la dermis e impacta notablemente en la calidad de vida del paciente. Se manifiesta en forma de episodios agudos, por tiempos e intensidad variables, alternados con períodos asintomáticos de duración indefinida. Los brotes se caracterizan por la aparición de lesiones eczematosas y eritematosas, extrema sequedad de la piel (xerosis) e intenso prurito.

Este cuadro de alteraciones de la barrera cutánea se completa en estos pacientes con una mayor tendencia a la sobreinfección de ciertas zonas de la piel por parte de microorganismos cutáneos oportunistas (bacterias, levaduras, hongos o virus) y una reactividad muy alta frente a estímulos físicos y agentes irritantes directos. Por todo ello, comúnmente se dice que las personas con dermatitis atópica tienen una “piel sensible”.

Clínicamente también se ha observado que parece existir una cierta correlación entre los casos de eczema atópico y los de determinadas patologías como el asma, la fiebre del heno y la rinitis alérgica;

es por ello que esta dermatosis está considerada como parte integrante del complejo sintomático denominado “atopia” que afecta el sistema inmunitario.

Los condicionantes genéticos ocupan un papel preponderante, la probabilidad de padecer dermatitis atópica se incrementa en un 50-70% si existen antecedentes familiares.

Su etiología es compleja y, aunque todavía no está bien definida, parece estar relacionada con una alteración de la función barrera de la piel a causa de una regulación anómala de los lípidos integrantes de sus capas superficiales y a una tendente sensibilización de los alérgenos.

Su desarrollo puede estar influenciado por múltiples factores, sin embargo los condicionantes genéticos ocupan un papel preponderante, estableciéndose que la probabilidad de padecer dermatitis

atópica se incrementa en un 50-70% si existen antecedentes familiares (si uno de los progenitores ha padecido también dicha enfermedad). Los factores externos, los cambios en el modo de vida y el aumento de la higiene en la sociedad, también aumentan su prevalencia.

La predisposición genética es resultado de la mutación de genes que intervienen en la estructura y función de la epidermis como el gen de la filagrina, variantes del gen de la proteasa y otros genes de diferenciación epidérmica que favorecen las alteraciones de la barrera epitelial y del pH, de forma que se facilita la penetración de irritantes y de alérgenos y por otro lado también se favorece la persistencia de la inflamación en la piel en las etapas interbrotes.

Otros genes implicados son los que codifican elementos principales del sistema inmune (interleucinas: IL-3, IL-4, IL-5, IL-13 y GM-CSF), que están expresados por los linfocitos TH2, y están directamente implicados en algunas de las disfunciones inmunitarias características de los pacientes atópicos.

Los factores externos (el polen, ácaros, polvo, contaminación, determina-



dos tensioactivos, metales, etc.) pueden, además de condicionar la aparición de la enfermedad, influir en el agravamiento de la patología dado que, como ya se ha mencionado, las funciones inmunitarias del paciente están modificadas y son más sensibles a la acción de determinados elementos que puedan actuar como alérgenos. Incluso ciertos alimentos (huevos, leche de vaca, cacahuets, plátano, pescado, etc.) pueden ser un factor desencadenante en un 10-20% de los casos. Se estima que en las últimas décadas esta entidad dermatológica ha llegado a triplicar el número de casos, probablemente debido a una mayor concentración de sustancias irritantes en el ambiente.

En relación al modo de vida, experimentalmente se ha comprobado que

Una de las características de la dermatitis atópica es su remisión espontánea a medida que avanza la edad del paciente.

situaciones de estrés o de desequilibrio emocional también pueden desencadenar un nuevo brote de dermatitis atópica o empeorar notablemente uno ya existente, de ahí que a veces esta dermatitis se conozca como neurodermatitis. Otros factores de tipo físico, como pueden ser el exceso de sudor, el sol, el frío, ambientes demasiado calientes y secos, los cambios repentinos de temperatura, bañarse sin aplicar a continuación un agen-

te hidratante adecuado, etc., también influyen en los síntomas de la dermatitis atópica.

Finalmente, se ha puesto de manifiesto que su incidencia es proporcional al grado de desarrollo del país y es por ello que se puede considerar esta patología como un “efecto secundario” del estado del bienestar.

El individuo atópico, si bien es un paciente que no tiene comprometida seriamente su salud orgánica, sufre una merma importante en su calidad de vida por el tipo de sintomatología que lo afecta. En muchos pacientes se manifiestan secundariamente problemas de insomnio, ansiedad, agitación, que condicionan tanto la vida del paciente como la de su entorno. Dato significativamente

relevante al tener en cuenta que un alto porcentaje de afectados son niños.

Los síntomas definitorios de la dermatitis atópica son: prurito (el síntoma más característico de esta patología), lesiones eccematosas con enrojecimiento, inflamación y sequedad extrema en diferentes partes del cuerpo (piel mate, áspera al tacto, descamativa y que suda poco). No obstante, existen una serie de indicadores, que si bien no pueden ser considerados como manifestaciones patológicas, sí revelan la existencia de esta patología: queilitis, fisuras infraauriculares, pitiriasis alba, pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan (pliegue único o doble existente en el párpado inferior que se extiende desde el canto interno hasta la mitad del párpado), palidez facial y presencia de ojeras (hiperpigmentación orbital inferior y ligero edema), etc.

Edades de la atopia

Las manifestaciones de la dermatitis atópica no son fijas, sino que tanto la porción del cuerpo afectada como la localización de las lesiones varían enormemente en función de la edad de la persona afectada. A continuación, se exponen las características diferenciales de esta patología en función de la edad del paciente.

En el lactante

La dermatitis atópica del lactante abarca la franja de edad comprendida entre los 2 meses y los 2 años y afecta aproximadamente al 6-15% de los niños de estas edades y a poco menos del 30% de los lactantes nacidos de padres que padecen alguna enfermedad de tipo alérgico.

Normalmente, los síntomas empiezan a aparecer entre el cuarto y el sexto mes de vida y se presenta en forma de una dermatosis eritematosa, prurítica y exudativa concentrada en zonas de la cara (mejillas, frente, detrás de las orejas), cuero cabelludo, tronco (pecho, espalda y nalgas) y superficies laterales externas de piernas y brazos y parte interna de las muñecas y dedos de las manos (el pulgar es una zona característica), aunque no se descarta la posibilidad de que también se manifieste en otros lugares. Curiosamente las lesiones suelen respetar el área del pañal.

Las placas eritematoedematosas iniciales evolucionan a lesiones papulovesiculosas, con exudación y formación de costras.

En el niño (2-12 años)

El 80% de los niños con esta patología desarrollan los primeros síntomas antes del primer año pero, afortunadamente, cerca de la mitad de ellos quedan espontáneamente libres de las lesiones al superar la edad de 2 años. Sin embargo, si la dermatitis atópica hace su primera aparición en un niño mayor de un 1 año de edad, la posibilidad de remisión temprana es menos probable.

El tratamiento tópico no debe interrumpirse de forma brusca, ya que podría producirse el conocido efecto rebote y agravarse las manifestaciones clínicas de la atopia.

Las lesiones en niños en edad escolar suelen concentrarse en los pliegues de la piel de las superficies de flexión: cuello, codos, muñecas, rodillas y tobillos. Las lesiones, eccemas secos y descamativos, provocan un intenso picor, y como respuesta al mismo el niño se rasca, lo que 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, pitiriasis alba, dermatitis plantar juvenil, piel seca y agrietada en dorso de las manos y pies.

En el adolescente

Durante esta etapa, las manifestaciones cutáneas van remitiendo espontáneamente a medida que avanza la edad y únicamente en una pequeña porción de las personas afectadas nunca remitirán completamente.

El adolescente presenta un patrón de distribución de las lesiones muy similar al del niño, aunque estas se presentan con menor edema y eritema y mayor tendencia a la liquenificación o descamación.

En el adulto

El porcentaje de pacientes que llega a la edad adulta con manifestaciones clínicas de esta patología es considerablemente bajo, no siendo mayor al 10%, ya que una de las características de la dermatitis atópica es su remisión espontánea a medida que avanza la edad del paciente.

La dermatitis atópica en el adulto es una dermatitis grave, caracterizada por xerosis, intenso prurito de difícil control y por la manifestación de placas eccematosas crónicas, liquenificadas, de color rojo o hiperpigmentadas, aunque también se producen brotes agudos con presencia de vesículas y exudados en las nuevas afectaciones.

Las lesiones crónicas se localizan básicamente en el tórax, área facial, pliegues corporales, zonas del cuello, manos y/o pies, y presentan un patrón de distribución algo diferente al descrito en la dermatitis atópica infantil.

Concretamente, en el área facial, los párpados suelen ser las zonas más castigadas y requieren, además de control dermatológico, el seguimiento por un oftalmólogo. Su tratamiento tópico debe valorar la idoneidad del uso de corticoides.

El intenso picor afecta notablemente la calidad de vida del paciente, repercutiendo tanto en su estado de ánimo, el patrón de sueño así como en distintas actividades a realizar.

Tratamiento

Un adecuado tratamiento debe seguir un programa terapéutico individualizado, que valore el estado y la evolución de la enfermedad. Sin embargo existen una serie de cuidados generales de la piel que son aplicables a todo tipo de pacientes atópicos, entre los que cabe destacar:

– Aplicación continuada de agentes hidratantes y emolientes destinados a restaurar y mantener la barrera hidrolipídica y conseguir así una adecuada hidratación cutánea. Ácidos grasos esenciales (ácido gammalinoléico, ácido linoleico), alantoína, aceite de rosa mosqueta, caléndula, extractos de centella asiática, manzanilla, mimosa tenuiflora, aloe vera, etc., suelen formar parte de las formula-

ciones especialmente indicadas para el cuidado de pieles atópicas.

– Utilización de preparados muy suaves e hipoalergénicos en la higiene diaria con el fin de minimizar cualquier tipo de sensibilización o irritación y sin deslipidificar excesivamente la piel. De igual modo se recomiendan duchas o baños cortos y en agua templada.

– Uso de ropa de fibras naturales (algodón o lino), que permita transpirar la piel, así como el uso de detergentes y suavizantes no irritantes en su lavado.

– Evitar cualquier tipo de alérgeno susceptible de agravar el proceso (presencia de animales domésticos, polvo, ambientes muy contaminados, etc.).

– Evitar ambientes demasiados secos o fríos o el calor extremo. Los pacientes atópicos toleran bastante mal el calor, por lo cual no es conveniente abrigar en exceso al niño y sí mantener un grado de humedad ambiental adecuado, con lo que se reduce sensiblemente la xerosis y el prurito.

– Evitar situaciones de estrés o sobreexcitación, puesto que pueden provocar una crisis o agravar las lesiones ya existentes.

– Evitar, en la medida de lo posible, el rascado de las zonas afectadas. Con ello solo se consigue ampliar la extensión de las mismas, una mayor diseminación de las lesiones e incrementar el riesgo a sufrir sobreinfección.

El tratamiento farmacológico persigue, en un primer lugar, disminuir la inflamación de la piel y controlar los síntomas que afectan la calidad de vida del paciente (prurito, principalmente), mantener la barrera cutánea en las mejores condiciones posibles de hidratación y evitar los brotes y recidivas.

El abordaje del brote agudo requiere, por un lado, el uso de antihistamínicos de primera generación que ayudan a disminuir y controlar el prurito de forma rápida y a la vez tienen un efecto sedante

general, que redundará en la mejoría de ese prurito.

Por otro lado, la administración de corticoides tópicos persigue controlar la inflamación de la piel afectada, con lo que se reduce el prurito, el rascado y la irritación. La elección de la forma galénica y del tipo de corticoide estará condicionada por la localización y especialmente por las características con las que cursan las lesiones: eccemas exudativos requerirán de formulaciones con un marcado efecto secante (lociones, geles, etc.) y eccemas descamativos o liquenificados necesitarán de preparaciones más grasas (pomadas, ungüentos, emulsiones, etc.).

En cuanto a los principios activos, los corticoides de baja potencia son adecuados para su aplicación en cualquier parte de la superficie corporal y en cualquier edad, sin embargo los de potencia alta deben evitarse en cara, comisuras labiales y pliegues.

Los corticoides de cuarta generación están especialmente indicados en pediatría, ya que presentan una alta efectividad clínica y escasos efectos secundarios, tanto locales como sistémicos, por su rápida biotransformación en productos de degradación con muy escasa actividad sistémica.

El tratamiento tópico no deberá interrumpirse de forma brusca, ya que podría producirse el conocido efecto rebote y agravarse las manifestaciones clínicas de la atopia. Las recidivas suelen ser más intensas y severas.

La administración sistémica de corticoides se reservará únicamente a los casos más graves o resistentes, que no hubieran respondido favorablemente al tratamiento tópico administrado.

Otra de las alternativas disponibles en el arsenal terapéutico son los fármacos inmunosupresores (tacrolimus, pimecrolimus). Ambos son inmunomoduladores tópicos no esteroídicos, que han demostrado una alta eficacia y seguridad en el

tratamiento de eccema atópico tanto en niños como adultos.

Ambos macrólidos modulan la respuesta inmune desencadenada por superantígenos y disminuyen la respuesta inflamatoria anómala de la dermis. Están indicados en el tratamiento de la fase aguda de la dermatitis atópica leve, moderada o grave en pacientes de edad superior a 2 años.

El tacrolimus también está recomendado como tratamiento de mantenimiento para la dermatitis atópica moderada y severa. Su administración evita las recidivas y prolonga los períodos sin erupciones en pacientes que sufren con elevada frecuencia exacerbaciones (4 o más al año) y que han tenido una respuesta inicial a un máximo de 6 semanas de tratamiento de dos dosis diarias de tacrolimus pomada (desaparición total o parcial de lesiones).

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica que, por las especiales características de la piel y por alteraciones inmunológicas permanentes del paciente, requiere para su manejo de una actuación proactiva fuera de los brotes para prevenir las recidivas. El tacrolimus tópico en las áreas previamente afectadas 2 veces por semana ha demostrado su eficacia y su seguridad durante un período de 12 meses en el control de la inflamación subclínica de la dermis.

Otros de los fármacos a los que suele recurrirse en esta patología son los antibióticos tópicos. Si bien sus indicaciones no contemplan el tratamiento de los signos y síntomas de la dermatitis atópica, su administración se hace necesaria para tratar las sobreinfecciones de las lesiones dermatológicas, muy frecuentes en este tipo de pacientes. En las formas leves, el tratamiento de elección son las pomadas formuladas a base de mupirocina o el ácido fusídico y, en las formas extensas o refractarias al tratamiento tópico, se emplearían antibióticos orales –amoxicilina o amoxicilina+clavulánico o cloxaciclina– en dosis habituales durante 8-10 días. □