



Dermatitis atópica: una enfermedad que va más allá de la piel

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente de la piel. Cursa con periodos de brote, donde aparecen lesiones, conocidas como eccema atópico, que cursan con inflamación, eritema y picor, lo que desencadena el rascado continuo de la zona. A estos periodos les siguen fases de remisión de los síntomas o de mantenimiento en las que no hay sintomatología acusada. Se produce una importante merma en la calidad de vida física y psicológica, pudiendo conllevar estigmatización, rechazo social y depresión en un porcentaje elevado de pacientes.

Blanca Llácer

*Vocal de Dermofarmacia del COF
Alicante. Profesora del Máster
Dermofarmacia y Cosmética UMH.
Farmacéutica comunitaria*

Epidemiología

La DA se ha incrementado de 2 a 5 veces en los últimos 20 años; se estima que entre el 1 y el 3 % de la población general la padece, llegando a cerca del 20 % de los niños en España, si bien solo el 0,1 % suelen considerarse graves. Más del 60 % de los casos se diagnostica durante el primer año de vida, y más del 90 % antes de los 5 años, por lo que es considerada por muchos la patología dermatológica pediátrica reina.

Etiología

Es de origen multifactorial; los factores implicados son:

- **Genéticos:** diversos estudios defienden que existen variaciones genéticas con alteración en la filagrina y otras proteínas que afectan a la función protectora de la piel. La probabilidad de padecer la enfermedad es del 80 % si ambos progenitores la sufrieron y del 55 % si solo uno la padeció.

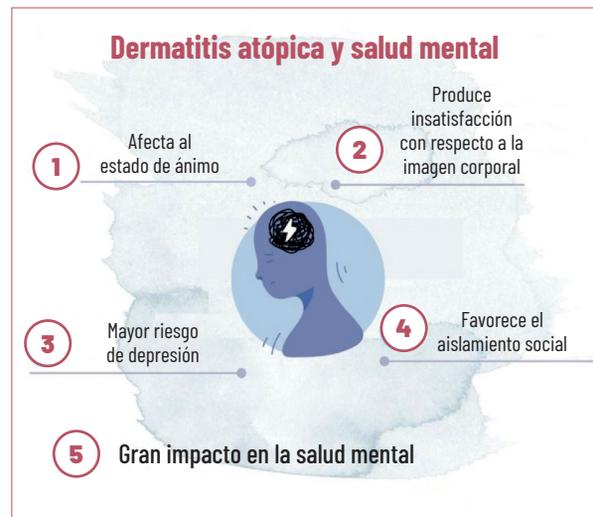
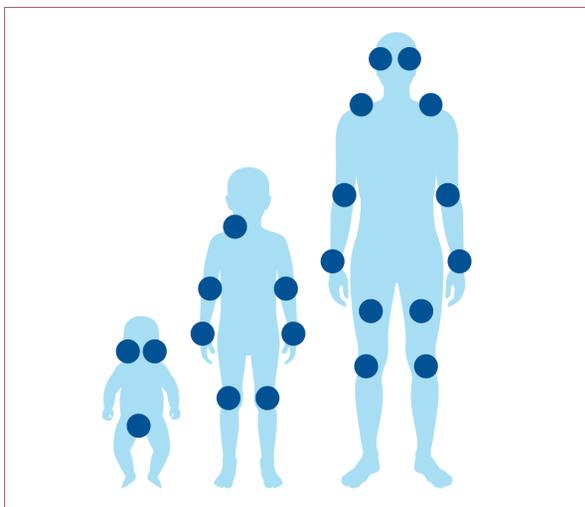
«Más del 60 % de los casos de dermatitis atópica se diagnostica durante el primer año de vida y más del 90 % antes de los 5 años, por lo que es considerada por muchos la patología dermatológica pediátrica reina»

- **Fisiológicos:** alteración de la función barrera cutánea con disfunción de la permeabilidad y resistencia frente a irritantes y alérgenos, acompañada de una elevada pérdida de agua transepidérmica.

La función protectora del microbioma cutáneo es evidente, ya que el equilibrio del ecosistema formado por la microbiota junto con prebióticos y posbióticos mantiene a raya los microorganismos patógenos. Diversos estudios apuntan a una disbiosis del microbioma asociada a un sobrecrecimiento de *Staphylococcus aureus* en la DA severa y abundancia de *Staphylococcus epidermidis* en la enfermedad menos grave.

Estudios recientes demuestran la seguridad y la eficacia de probióticos vía oral en brotes, disminuyendo la intensidad de estos, así como de la dosis y la pauta de corticoides utilizados para controlar la sintomatología.

- **Inmunológicos:** por las alteraciones en la respuesta inmunitaria frente a antígenos, siendo la respuesta frente a alérgenos exagerada en atópicos, lo que produce una inflamación de la piel crónica.
- **Exposoma:** influyen agentes ambientales, como ácaros, polen y pelo, y los epitelios de ciertos animales; factores agresivos externos, como: contaminación, humo, humedad y sequedad ambiental, y cambios bruscos de temperatura. Otros agentes como cloro, agua del mar, productos de higiene y cosméticos inadecuados han demostrado resultar detonantes y agravantes. El estrés físico y psicológico muchas veces es el factor desencadenante más importante.



Diagnóstico y sintomatología

Se basa en la observación clínica, puesto que no hay signos patognomónicos ni pruebas específicas de laboratorio que ayuden a identificarla de forma clara.

La ubicación de las lesiones cutáneas varía con la edad del paciente:

- Lactantes: mejillas, superficies extensoras e ingles.
- Niños: zonas flexoras y, de forma simétrica, cuello y muñecas.
- Adolescentes y adultos: cara (especialmente los párpados), manos, pies y superficies flexoras.

Los síntomas más frecuentes son:

- **Físicos:** zonas eritematosas acompañadas de un aumento de la deshidratación y sequedad cutánea, que puede dar lugar a cuadros de xerosis acompañada de descamación. El prurito intenso es el síntoma más característico y responsable de la mayor parte de la carga soportada. El rascado frecuente puede producir sangrado, microheridas, grietas y excoriaciones con sobreinfección y supuración. Puede provocar graves alteraciones del sueño y la consecuente pérdida de la calidad de vida.
- **Psicológicos,** ya que hay una merma importante de la calidad de la vida emocional. Se dan episodios de ansiedad, depresión y estrés que redundan en todos los ámbitos de la vida, desde el laboral hasta el social, llegando muchas veces al aislamiento del paciente.

Dermatitis atópica: una enfermedad que va más allá de la piel



Actuación farmacéutica

El papel del farmacéutico comunitario es fundamental, ya que una correcta actuación farmacéutica acompañada del consejo dermofarmacéutico adecuado mejoran la calidad cutánea y disminuyen la aparición y la intensidad de los brotes.

Está demostrado que la educación sanitaria y el empoderamiento del paciente, así como el acompañamiento y apoyo por parte de escuelas y asociaciones de pacientes, como la AADA (Asociación de Afectados por Dermatitis Atópica), pueden mejorar el curso de la enfermedad física y psicológicamente.

El tratamiento requiere un enfoque multifactorial dirigido a recuperar la función barrera cutánea en la inflamación, y a evitar posibles infecciones. Estudios científicos demuestran que la intervención temprana en la edad pediátrica favorece el correcto desarrollo de la barrera cutánea, y previene de una mayor exposición y sensibilización a alérgenos.

Medidas generales y recomendaciones

- Evitar prendas sintéticas como las de lana y nailon. Se recomiendan las de algodón y lino.
- Evitar las prendas ajustadas que provoquen una sudoración excesiva.
- Evitar los suavizantes y la lejía. Lavar la ropa antes de estrenarla y cortar las etiquetas.
- Mantener la lactancia materna lo máximo posible.
- Realizar ventilaciones periódicas de estancias. Evitar las alfombras y los peluches. Realizar la limpieza con trapos húmedos y aspirador.
- Evitar los ambientes secos. Se recomienda el uso de humidificadores.

- Se desaconsejan las mascotas domésticas, especialmente los gatos.

Consejo dermofarmacéutico

El valor del farmacéutico comunitario reside en hacer entender a los pacientes la importancia de un correcto cuidado dermatológico como tratamiento coadyuvante para mejorar la calidad cutánea y disminuir la aparición de brotes y la intensidad de estos.

Activos de interés en las formulaciones destinadas al cuidado de la piel atópica son:

- **Hidratantes y humectantes:** urea a bajas concentraciones (2-5 %), glicerina por su capacidad higroscópica o ácido hialurónico. La urea a altas concentraciones actúa como queratolítico y se indica para cuadros de queratosis pilar frecuentes en atópicos.
- **Emolientes** que restauren la función barrera: aceites vegetales (almendras dulces, oliva, girasol, ricino, omíno negro y onagra), lípidos fisiológicos naturales como la fitoesfingosina, ceramidas o colesterol, y mantecas de karité, coco o cacao.
- **Componentes antibacterianos:** gluconato de zinc, sulfato de cobre y micropartículas de plata.
- **Aceites vegetales ozonizados** son de elección por la evidencia científica que demuestra su capacidad antiinflamatoria, regeneradora, cicatrizante e higienizante. Son restauradores de la diversidad microbiana, ya que estudios recientes demuestran la disminución de la colonización por *S. aureus*. Se pueden utilizar desde el primer día de vida.
- **Otros activos** de interés son: niacinamida, alantoína, bisabolol, centella asiática, pantenol y ectoína.
- **Posbióticos** como lisados de *Lactococcus* fermentados, o prebióticos como alfa-glucanos o extractos de algas, como *Chlorella* y *Laminaria*, y plancton para mantener en equilibrio el microbioma cutáneo.

Es importante evitar ingredientes irritantes como perfumes o alcohol, así como AHA a altas concentraciones o retinol en sus diferentes formas. Un activo alternativo en este caso puede ser el bakuchiol, ya que un estudio realizado por la Dra. Zoe Draelos y publicado en *J Drugs Dermatol* en 2020 demuestra que el bakuchiol al 1 % es bien tolerado y eficaz en personas con eccema atópico, rosácea y síndrome de piel sensible.

Un correcto consejo dermofarmacéutico para el paciente atópico se sustenta en **tres pilares** fundamentales:

«El diagnóstico de la dermatitis atópica se basa en la observación clínica, puesto que no hay signos patognomónicos ni pruebas específicas de laboratorio que ayuden a identificarla de forma clara»

«El prurito intenso es el síntoma más característico y responsable de la mayor parte de la carga soportada»

- Higiene** diaria, para mantener una buena permeabilidad a los tratamientos y evitar sobreinfecciones. Se aconsejan duchas cortas con agua templada (32-35 °C) y el uso de formulaciones que no contengan jabón natural, formulados con detergentes sintéticos (Syndets) que no irriten ni deslipidicen la piel y con un pH eudérmico. Se deben evitar accesorios como esponjas. Secar suavemente a toques y sin frotar. La higiene de uñas debe ser rigurosa para evitar sobreinfecciones tras el rascado.
- Hidratación y emoliencia** deben ir unidas siempre, ya que la hidratación es fundamental pero junto con una mejora del cemento intercorneocitario que recupere la función barrera disminuyendo la TEWL. Esta rutina debe realizarse cada 12 horas, aplicando los productos con la piel ligeramente humedecida ya que está demostrado que mejora la absorción y en una capa fina para evitar maceraciones.

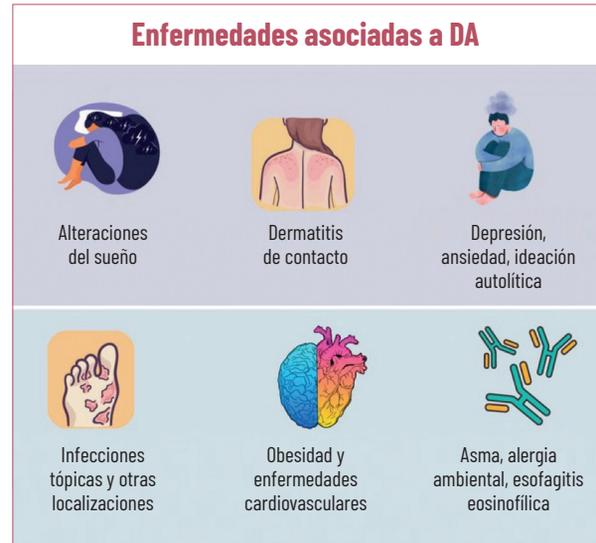
Debe evitarse su uso durante los brotes en las zonas de eccema atópico, puesto que son ineficaces en ese momento y, además, su aplicación puede producir un aumento del prurito y de la sensación de escozor.

- Fotoprotección:** es fundamental en estos pacientes, ya que la mayoría de las veces los tratamientos tópicos y sistémicos son fotosensibilizantes o se relacionan con reacciones fototóxicas. Se recomienda el uso de filtros SPF 50+, de amplio espectro, que incluyan protección frente a UVA, IR y espectro visible, formulados con filtros inorgánicos o bien orgánicos testados en pacientes atópicos, aplicados en cantidad suficiente (2 mg/cm² de piel) y con reposición cada 1,5-2 h. Se recomiendan formatos en crema, especialmente las cremas barrera filmógenas SPF50+, en las áreas de mayor afectación.

Otro tratamiento que se pauta en algunos pacientes es la técnica de los pijamas húmedos, que consiste en una cura oclusiva de una mezcla de corticoide y emoliente, cubierta por prendas húmedas que van a favorecer su absorción, las cuales a su vez se cubren con prendas secas. Los baños con lejía diluida para evitar sobreinfecciones están en entredicho por su eficacia y porque pueden resultar irritantes en algún caso.

Tratamiento farmacológico durante el periodo de brote

No vamos a profundizar en este artículo en ello, pero debemos tener en cuenta el valor del fármaco comu-



nitario en la adherencia y cumplimiento por parte de los pacientes.

A modo de resumen, los corticoides tópicos son tratamientos de primera línea y ayudan a controlar la inflamación y el prurito (tabla 1). Los efectos adversos más frecuentes son: inmunosupresión cutánea, atrofia cutánea, estrías, telangiectasias, hiperpigmentación, hipertricosis, efecto rebote o taquifilaxia. Su uso debe disminuirse gradualmente.

Los inhibidores tópicos de la calcineurina, como tacrolímús y pimecrolímús, son tratamientos de segunda línea y controlan la inflamación al disminuir la respuesta inmunitaria. Los efectos adversos son ardor o escozor en la zona de aplicación. Se deben aplicar con la piel seca, y se pueden usar en la cara y los párpados.

La fototerapia es una alternativa en casos graves, y su efecto inmunomodulador induce la apoptosis de células T y reduce la colonización de *S. aureus* ayudando a disminuir el picor, la inflamación y la sobreinfección.

En cuanto a los tratamientos sistémicos, no siempre son específicos para la DA; entre ellos se incluyen corticoides orales, ciclosporina A, azatioprina y metotrexato. La línea más novedosa y prometedora es la de los tratamientos biológicos, que son anticuerpos monoclonales con capacidad de modificar la respuesta inmunitaria. El único comercializado en España es dupilumab, y se debe administrar de forma subcutánea mediante inyecciones.

«Los corticoides tópicos son el tratamiento de primera línea y ayudan a controlar la inflamación y el prurito»

Tabla 1. Diferentes corticoides según potencia y zona de aplicación

Potencia	Área	Activo
Muy alta	Codos, rodillas, palmas, plantas	<ul style="list-style-type: none"> • Clobetasol propionato 0,05 % • Flucinolona acetónido 0,2 %
Alta	Brazos, piernas, tronco	<ul style="list-style-type: none"> • Betametasona valerato 0,1 % • Metilprednisolona aceponato 0,1 % • Fluticasona propionato 0,05 % • Betametasona dipropionato 0,025 % • Diflucortolona valerato 0,1 % • Prednicarbato 0,25 % • Mometasona furoato 0,1 % • Flucinolona acetónido 0,025 %
Media	Zonas de flexión, cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocortisona aceponato 0,127 % • Hidrocortisona butirato propionato 0,1 % • Clobetasona butirato 0,05 % • Flupamesona 0,3 %
Baja	Mucosas, genitales, párpados	<ul style="list-style-type: none"> • Hidrocortisona acetato 0,25-2,5 %

Los antihistamínicos vía oral no han demostrado reducir el picor en la DA, pero sí pueden ser útiles ya que ayudan a conciliar el sueño.

Criterios de derivación al especialista

Es fundamental tenerlos muy presentes y derivar en caso necesario para evitar complicaciones:

- Grupos de riesgo: inmunodeprimidos, embarazadas y lactantes.
- Casos de evolución lenta o que no responden al tratamiento.
- Aparición de RAM.
- Amplia superficie afectada y extensión de las lesiones. Lesiones en zonas sensibles (párpados).
- Existe sospecha de sobreinfección (costras, exudado o fiebre).
- Alteración importante del descanso nocturno.
- Aparición de herpes, varicela, brotes de acné o signos de dermatitis alérgica de contacto.

Conclusiones

El papel del fármaco es fundamental, ya que con su intervención se ha demostrado una mejora en la evolución y el curso de la enfermedad y de las comorbilidades asociadas, así como una ausencia de complicaciones. Por ello, la formación continua y actualizada en el manejo y abordaje de los pacientes con DA es clave da-

da su prevalencia y merma en la calidad de vida para el paciente y su entorno. ●

Bibliografía

- González P, Alcocer MJ, González A, Ibáñez A, Acero B, Romero de la Llave M, et al. Indicación farmacéutica en patologías dermatológicas. Estudio SEFAC, 2014.
- Jinrong Z, Jianhua D, Lihua G, Xiang Y, Huang J, Ding S, et al. Topical ozone therapy restores microbiome diversity in atopic dermatitis. *Int Immunopharmacol.* 2020; 80: 106191.
- Karimkhani C, Dellavalle RP, Coffeng LE, Flohr C, Hay RJ, Langan SM, et al. Global skin disease morbidity and mortality. An update from the global burden of disease study 2013. *JAMA Dermatol.* 2017; 153(5): 406-412. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.5538. Published online March 1, 2017. Last corrected on May 10, 2017.
- Lowe AJ, Su JC, Allen KJ, Abramson MJ, Cranswick N, Robertson CF, et al. A randomized trial of a barrier lipid replacement strategy for the prevention of atopic dermatitis and allergic sensitization: the PEBBLES pilot study. *British Journal of Dermatology.* 2017 22 June. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/bjd.15747>
- Martín Mateos MA. Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño, 2.ª ed. Documento de Consenso Grupo de Expertos, 2011.
- Moreno P. Estudio epidemiológico de la dermatitis atópica desde la farmacia comunitaria: Estudio DAFAC 2011. *Farmacéuticos Comunitarios.* 2014; 6(1): 12-17. doi: 10.5672/FC.2173-9218.(2014/Vol6).001.03.
- Ríos MI. Dermatitis atópica. Manual de la dermatitis atópica, Grupo Aula Médica. 2016; 19-49.
- Steller H, Kurka P, Kandzora J, Pavel V, Breuer M, MacuraBiegun A. Nuevo emoliente tópico con pantenol para el tratamiento de la dermatitis atópica infantil: resultados de un estudio multicéntrico y prospectivo. *J Dermatolog Treat.* 2017; 28(8): 774-779.