

DERMATITIS ATÓPICA

Guía para médicos de atención primaria

Servicio de Dermatología del Hospital Virgen de las Nieves

CLÍNICA

La **dermatitis atópica** es una enfermedad **CRÓNICA** que cursa en **BROTOS**.

Se caracteriza por la aparición de lesiones **eccematosas**, excoりaciones, descamación y **sequedad** cutánea que pueden aparecer en cualquier región corporal aunque predominan a nivel de **pliegues** (antecubital, huecos poplíteos), cuello y cara.

Las lesiones suelen ser muy **pruriginosas**.

Las escalas para evaluar la gravedad de la enfermedad incluyen el Eczema Area and Severity Index (**EASI**), el SCORing Atopic Dermatitis (**SCORAD**) o el Investigator's Global Assessment Scale (**IGA**).



EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad muy **prevalente**.

Puede afectar hasta 1/4 niños
1/5 adultos.



ETIOPATOGENIA

La dermatitis atópica se produce por una combinación de **factores genéticos** y ambientales.

La alteración de la **inmunidad** de la **función barrera** cutánea y del **microbioma** tienen un papel clave en esta enfermedad.



COMORBILIDADES

1 Se puede asociar a otras **enfermedades alérgicas** como asma, rinitis, conjuntivitis, poliposis nasal, alergia a alimentos o esofagitis eosinofílica.



2 Tiene un gran impacto en la **calidad de vida** de los pacientes y puede asociarse a alteraciones del **sueño, ansiedad** o **depresión**.



Los pacientes con dermatitis atópica también tienen más riesgos de padecer **infecciones cutáneas**

MEDIDAS HIGIÉNICAS Y DE MANTENIMIENTO



Mantener la piel muy bien **hidratada**



Realizar baños o duchas cortos **agua tibia** (ni muy caliente ni muy fría)



Evitar el uso de suavizantes y detergentes con **fosfatos**



Usar **ropa de algodón o hilo**
No se abrigue demasiado para evitar la sudoración



No usar colonias, perfumes ni otros **productos perfumados** sobre su piel

1 Tópicos

Corticoides tópicos

Inhibidores de la calcineurina (pimecrolimus y tacrolimus)
Crisaborol tópico

2 Sistémicos clásicos y fototerapia

CTC orales

Antihistamínicos orales

Ciclosporina

Metotrexato
Azatioprina
Micofenolato 

3 Biológicos

Biológicos

- Inhibidor IL4, IL13: Dupilumab
- Inhibidores de IL13: Tralokinumab, lebrikizumab

Inhibidores de JAK

- Inhibidores de JAK1: upadacitinib, abrocitinib
- Inhibidores JAK1,2: baricitinib



Tratamiento del eccema activo

Uso diario de corticoides tópicos de potencia adecuada hasta remisión completa*
± Antihistamínicos (para efectos sedantes/antipruriginosos)
± Ciclo de antibióticos (en caso de sobreinfección)

Mantenimiento de alto nivel en «lesiones activas» habituales

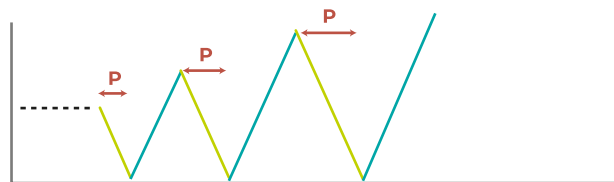
Uso intermitente de corticoides tópicos de potencia media (p. ej., 2 días/semana) y/o inhibidor de calcineurina tópico (ICT) (p. ej., 3-5 días/semana)

Mantenimiento de bajo nivel (en todos los pacientes)

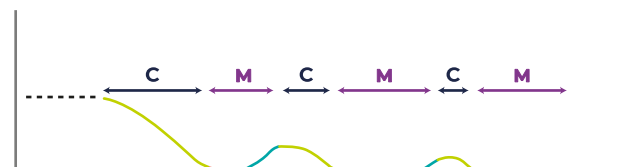
Uso diario de emoliente+ en toda la piel. Evite desencadenantes

*Consideración de uso de vendas húmedas tras la aplicación del corticoide para las reagudizaciones; en la DA de larga duración/grave, consideración de reducción gradual en días alternos antes de pasar a mantenimiento de alto nivel.

+El emoliente debe ser una crema o pomada.






Actividad patológica sin lesiones



Sin lesiones

- P** = prednisona
- C** = corticoide tópico de potencia adecuada
- M** = mantenimiento; C de potencia media 0-2 días/semana, C menos potente o ICT 0-5 días/semana, emoliente a diario

-  Remisión
-  Sin lesiones
-  Reagudización

¿Cuándo debo derivar al dermatólogo?

- Pacientes con dermatitis atópica **moderada/grave** que **no responde** a tratamiento con corticoides tópicos.
- Paciente en el que la dermatitis atópica tenga un gran impacto en su **calidad de vida**.
- Paciente con **exacerbaciones** periódicas de la enfermedad que requieran uso de corticoides orales frecuentemente.
- Pacientes con **prurito incoercible**.
- Si hay **incertidumbre** diagnóstica.

