

Dermatitis Atópica en edad pediátrica

Susana González Tejón
Fco. Javier Vázquez Doval



© Esmon Publicidad S. A.
Balmes 209, 3^º2^a
08006 Barcelona

DL B 13246-2014

Ninguna parte de esta obra, incluido el diseño de la cubierta, puede reproducirse, almacenarse o transmitirse de ninguna forma, ni por ningún medio, sea éste electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin la previa autorización escrita por parte del titular del copyright.

Dermatitis atópica en edad pediátrica

Dra. Susana González Tejón

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

EAP Raval Sud de Barcelona. ICS.

Dr. Fco. Javier Vázquez Doval

Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

Dermaclínic. Logroño.



ÍNDICE

Definición: Dermatitis Atópica en edad pediátrica	5
Etiopatogenia de la dermatitis atópica	7
Diagnóstico de la dermatitis atópica.....	8
Diagnóstico diferencial de la dermatitis atópica	16
Complicaciones de la dermatitis atópica.....	18
Tratamiento de la dermatitis atópica	19
Normas generales para el cuidado de la piel	21
Tratamiento sintomático de las reactivaciones.....	24
Tratamiento de las sobreinfecciones	29
Protocolo de actuación	30
Bibliografía	32



Definición: Dermatitis Atópica en edad pediátrica

- La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica, más prevalente en la infancia, con alta predisposición genética y que cursa a brotes.
- Se caracteriza por:
 - Presencia de eritema o enrojecimiento
 - Sequedad cutánea (xerosis)
 - Picor (prurito) intenso (síntoma más habitual), con el consiguiente rascado, que condiciona el ciclo trauma mecánico-inflamación-prurito
 - Exudación, formación de costras y descamación
 - Excoriaciones
- A veces es posible identificar ciertos desencadenantes.
- No existe ningún tratamiento curativo. Así, el objetivo del tratamiento será re-



Lactante con placas rojas descamativas en las mejillas que respetan los surcos nasogenianos.

ducir los síntomas, disminuir el número de recurrencias y controlar a largo plazo la enfermedad. El tratamiento será individualizado en función de la gravedad de las lesiones y sus posibles complicaciones.

La DA es la enfermedad dermatológica más frecuente de la infancia (afecta al 10-30% de la población infantil). Su prevalencia e intensidad disminuye con la edad. En el 60% de los casos se inicia en el primer año de vida, en el 85% en los primeros 5 años y solo un 10% inician la enfermedad después de los 7 años. Solo el 2% de los casos de-

butan después de los veinte años (aunque estos casos suelen ser más severos).

Su incidencia ha ido aumentando a lo largo de los años, con predominio en las zonas urbanas, especialmente en las grandes ciudades industrializadas, climas templados o fríos y con baja humedad ambiental. Este aumento de la incidencia en todo el mundo se trata de explicar por: hábitos de vida occidentales (higiene), polución, tabaquismo materno, empleo sistemático de antibióticos y vacunas, reducción de la lactancia materna, etc.



Etiopatogenia de la Dermatitis Atópica

La dermatitis atópica es un proceso multifactorial, en el cual se conoce que juegan un papel diferentes factores:

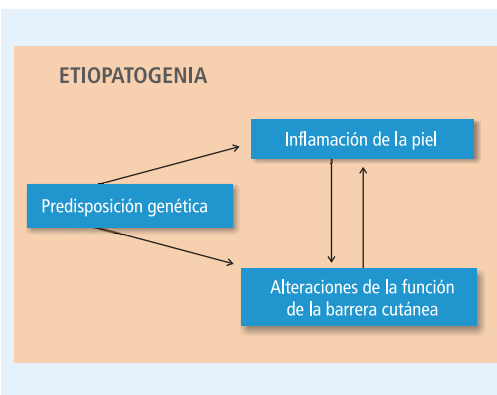
- **Predisposición genética:** por mutación en los genes que alteran/ regulan la barrera cutánea y la inflamación.

Un porcentaje muy elevado de casos tienen antecedentes familiares de **rinoconjuntivitis, dermatitis atópica y asma (triada atópica)**. Pacientes que en la infancia presentan dermatitis atópica, pueden presentar también rinoconjuntivitis y alergias alimentarias. El riesgo de un hijo de desarrollar DA, si uno de los progenitores la ha sufrido, es del 50%, aumentando al 80% cuando ambos son los afectados.

- **Alteraciones inmunológicas**, que producen **inflamación persistente** de la dermis.
- **Alteraciones de la función de la barrera cutánea.** Lo que facilita la entrada de agentes irritantes, alérgenos y microorganismos (causa de inflamación e infección).

Los ácidos grasos que forman la capa lipídica de la piel previenen la pérdida de agua y limitan la penetración de materiales solubles en agua, proporcionándole elasticidad y flexibilidad y protegiéndola de agresores externos.

La piel de los pacientes atópicos se presenta como una “piel seca”, de tacto áspero, con disminución en la concentración de ácidos grasos esenciales (ácido linolénico, etc.) y ceramidas, imprescindibles para la correcta funcionalidad de la barrera cutánea.





Diagnóstico de la Dermatitis Atópica

La dermatitis atópica se diagnostica en base a criterios clínicos:

El prurito es el síntoma mayor y constante de esta patología y, por tanto, es necesario que exista para establecer el diagnóstico. Se acompaña de lesiones ecematosas simétricas, de evolución crónica, que varían de localización según la edad del niño.

Existen estudios que fijan **unos criterios mayores y menores de la enfermedad**, cuya combinación establece el diagnóstico

de certeza [Criterios diagnósticos de Hanifi y Rajka (1980), Criterios diagnósticos de Williams (1994) Tabla 1 y Tabla 2].



Importantes lesiones de rascado en espalda.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Hanifin y Rajka

A. Mayores

- Prurito
- Morfología y distribución típica:
 - Liquenificación flexural (adultos)
 - Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión (niños)
- Cronicidad y recurrencias
- Antecedentes familiares o personales de atopía

B. Menores

- Xerosis
- Ictiosis
- Hiperlinealidad palmar
- Queratosis pilar
- Reactividad cutánea en pruebas cutáneas (respuesta tipo I)
- Elevación de IgE sérica
- Comienzo a edad temprana
- Incremento de infecciones cutáneas y déficit de inmunidad celular
- Dermatitis inespecíficas de manos y pies
- Eccema del pezón
- Queilitis
- Conjuntivitis recidivante
- Doble pliegue de Dennie-Morgan
- Queratocono
- Catarata subcapsular anterior
- Oscurecimiento de párpados
- Palidez facial o eritema
- Pitiriasis alba
- Pliegues en la parte anterior del cuello
- Prurito con el sudor
- Intolerancia a la lana y disolventes de grasas
- Acentuación perifolicular
- Intolerancia a alimentos
- Evolución influida por factores emocionales y ambientales
- Dermografismo blanco o blanqueamiento retardado

Tabla 2. Criterios diagnósticos del Grupo de Trabajo Británico

Necesario

- Patología cutánea pruriginosa en los últimos 12 meses

Al menos 3 de los siguientes

- Inicio antes de los 2 años de edad (no usar en niños menores de 4 años)
- Historia de efectación de flexuras
- Historia de piel seca
- Dermatitis flexural visible o por fotografías
- Historia personal de atopía (o familiar atópico en primer grado sin ser menores de 4 años)

Para el diagnóstico nos basaremos en la definición y la clínica de la dermatitis atópica:

“Enfermedad inflamatoria CRÓNICA de la piel, que cursa a BROTES con fases de mejoría y exacerbación, CON IMPORTANTE PRURITO Y LESIONES SIMÉTRICAS QUE VARÍAN EN SU DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LA EDAD EL PACIENTE. Suele asociarse a antecedentes familiares de dermatitis atópica o de problemas alérgicos”.



Dermatitis atópica en el lactante

Los cuatro **criterios mayores** que nos ayudarán a diagnosticar la dermatitis atópica:

1. PRURITO. Prurito intenso que favorece el rascado que a su vez favorece la aparición o agravamiento de las lesiones cutáneas y su sobreinfección.

2. DISTRIBUCIÓN Y MORFOLOGÍA DE LAS LESIONES

Lactantes: a partir de los tres meses de vida. Afecta a las mejillas, frente, cuello o parte superior del tórax y superficies de extensión (cara externa de brazos).

La mitad de los casos se resuelve espontáneamente, el resto cronifica.

Escolares: puede ser la evolución de la dermatitis del lactante (hasta los 3 años) o bien aparecer inicialmente a partir de los 2 años de edad. El 75% desaparecen antes de la adolescencia. Afectación de superficies de flexión (cara anterior de codos y posterior de rodillas, puede afectar también cuero cabelludo, muñecas y tobillos).

Adolescentes: a partir de los 12-14 años, como continuidad o nuevo inicio. Afecta a cara, zonas de flexión, dorso de manos y pies. Las lesiones se cronifican y se secan, siendo más liquenificadas (piel engrosada) que exudativas y con aumento de la pigmentación.



Lesiones eritemato descamativas en pliegues antecubitales.



Dermatitis atópica en edad escolar



Típicas lesiones palpebrales descamativas con signos de liquenificación.



Eritema y descamación perioral.

Dermatitis atópica en el adolescente



Lesiones excoriadas, costrosas, descamativas afectando a la parte alta del tórax y superficie anterior del cuello.



Placas liquenificadas de color grisáceo en lateral de cuello y parte alta de la espalda.



Lesiones exudativas diseminadas por extremidades superiores, mitad inferior del tronco y extremidades inferiores.



Liquen simple crónico.

Se distinguen tres tipos de lesiones en la dermatitis atópica:

Eccema	Eritema, edema, exudación, vesiculación y costras
Prurigo	Pápulas con pequeñas vesículas que se rompen rápidamente por rascado dejando pequeñas costras
Liquenificación	Placas mal delimitadas y engrosadas con surcos que delimitan áreas romboidales y brillantes

Las lesiones pueden presentarse en diferentes fases: agudas (muy pruriginosas, exudativas, vesiculosas, excoriadas por rascado e incluso con sangrado), subagudas (pápulas descamativas con excoriaciones por rascado) o crónicas (liquenificadas, con piel engrosada, acentuamiento de los pliegues y aumento de la pigmentación).

3. DURACIÓN DE LAS LESIONES de al menos 6 semanas. Cursa a brotes que son más frecuentes en determinadas épocas del año (suele mejorar en verano).

4. ANTECEDENTES FAMILIARES O PERSONALES DE ATOPIA: asma bronquial alérgica, rinoconjuntivitis alérgica, dermatitis atópica o alergia alimentaria.

Formas atípicas

La dermatitis atópica puede presentarse en formas atípicas:

- **Piel seca o xerosis.** Muy frecuente. Secundaria a la alteración en la composición de los lípidos de la piel. Aspecto de sequedad, cuarteamiento y descamación fina.
- **Pitiriasis alba o dartros.** Manchas despigmentadas, en cara y/o superficie de extensión de los brazos. En verano es más evidente por la mayor exposición al sol y el contraste con la zona pigmentada.
- **Prurigo atópico.** Son pápulas muy pruriginosas que aparecen sobre todo en la superficie de extensión de las piernas



Dartros



Prurigo

- **Acrovesiculosis o eccema dishidróti-co.** Lesiones vesiculosas en los dedos de las manos y los pies. Pueden aparecer en palmas y plantas. Evolucionan a costras, exudación, descamación, fisuras y grietas.
- **Dermatitis plantar juvenil.** Eritema de aspecto brillante y apergaminado en las plantas y cara plantar de los dedos. Es típico de los jóvenes que continuamente utilizan calzado deportivo. Puede fisurarse.
- **Eritrodermia.** Eritema generalizado con prurito intenso, edema, exudación y descamación. Es la forma más grave de dermatitis atópica.
- **Dermatitis irritativas.** En este grupo se encuadran la queilitis descamativa, la dermatitis perioral por la saliva y algún tipo de dermatitis del pañal.



Dermatitis plantar juvenil



Acrovesiculosis o eccema dishidróti-co



Diagnóstico diferencial de la Dermatitis Atópica

La DA puede confundirse con otras patologías también frecuentes en la infancia:

- **Dermatitis seborreica.** Suele ser más precoz, localizada en el cuero cabelludo (costra láctea), cejas y pliegues inguinales. Presenta descamación importante y exudado sebáceo, amarillento. Afecta el área del pañal y pliegues. No suele existir prurito.
- **Pitiriasis versicolor (micosis).** Es rara en niños pero puede confundirse con la *pitiriasis alba*. No afecta a la cara y las lesiones presentan un borde activo bien definido.
- **Psoriasis.** Placas descamativas bien delimitadas en superficies de extensión (codos y rodillas), cuero cabelludo y uñas. No son pruriginosas.
- **Escabiosis o sarna.** Es típica la observación de surcos y vesículas perladas. Es una afección muy pruriginosa, sobretudo por la noche y suele haber más familiares afectados.



Dermatitis seborreica en un lactante: lesión anular en mejilla.



Características escamas de dermatitis seborreica en un lactante.



Pápulas de escabiosis en un pie.



Pitiriasis versicolor

- **Pie de atleta.** Puede confundirse con la *acrovesiculosis* atópica. Las lesiones son similares pero aquí predominan entre los dedos (intertrigo).
- **Dermatitis de contacto.** Puede coexistir con la dermatitis atópica, pero la vemos en niños normales expuestos a irritantes, como la orina, la saliva, las heces o algunos detergentes. Es menos seca y pruriginosa.



Pie de atleta.



Complicaciones de la Dermatitis Atópica

INFECCIONES: los pacientes con dermatitis atópica son más susceptibles a las infecciones por virus, bacterias y hongos, que suelen complicar las exacerbaciones y ser causa de mala respuesta al tratamiento habitual.

El 90% de los niños con dermatitis atópica están colonizados por *Staphylococcus aureus*, que con frecuencia causa sobreinfección de las lesiones ocasionando el *impé-*

tigo (las placas exudan y se forman costras amarillentas adheridas a piel).

También son frecuentes las infecciones por virus herpes, dermatofitosis (hongos) e infecciones extensas por *molluscum contagiosum*.

DERMATITIS DE CONTACTO: debida a la aplicación de tratamientos sobre la piel, haciendo la dermatitis refractaria al tratamiento.



Gran placa eritemato descamativa que afecta especialmente a la región periocular izquierda: *tinea faciei*.



Tratamiento de la Dermatitis Atópica

No existe ningún tratamiento curativo para la dermatitis atópica.

Los objetivos del tratamiento son:

- Reducir los síntomas.
- Disminuir el número de recurrencias.
- Controlar a largo plazo la enfermedad.

El tratamiento debe individualizarse según la gravedad de la dermatitis.

La base del tratamiento consiste en:

- Reconocer y eliminar las causas desencadenantes (irritantes y alérgenos).
- Controlar el prurito.
- Reducir la sequedad de la piel y mantenerla hidratada.

- Tratar la inflamación y prevenir/tratar las infecciones.

Para ello seguiremos:

- Normas generales para el cuidado de la piel.
- Tratamiento sintomático de las reactivaciones.

Es importante para el manejo óptimo de la dermatitis atópica identificar, y evitar en lo posible, los **factores desencadenantes en cada paciente**; como sustancias irritantes (jabones, champús, sudor, etc.), infecciones de la piel, alérgenos (por contacto, alimentos o inhalados) o el estrés, así como mantener una higiene cuidadosa e hidratar correctamente la piel.

Antes de iniciar el tratamiento es importante explicar claramente a los padres y a los niños mayores que se trata de una enfermedad crónica inflamatoria, que mejorará

con la edad, aclarar su pronóstico y las expectativas del tratamiento insistiendo en la importancia de los cuidados diarios.



Normas generales para el cuidado de la piel

El tratamiento preventivo debe constituir una rutina, incluso en ausencia de brotes. Consiste en mantener unos cuidados básicos de higiene e hidratación de la piel y evitar irritantes, alérgenos y condiciones medioambientales que pueden empeorar o desencadenar un nuevo brote.

1. Temperatura y humedad ambiental:

evitar la temperatura ambiental elevada y la ropa de abrigo excesiva (la sudoración suele aumentar el picor). El calor y la sequedad ambiental aumentan el prurito (se aconsejan temperaturas inferiores a 20° con humedad ambiental del 50%).

2. Exposición solar.

Normalmente los efectos del sol son beneficiosos, aunque siempre evitando la quemadura solar, por lo que se debe indicar una adecuada fotoprotección. Los baños de mar son recomendables, pero no así las piscinas (contienen desinfectantes y cloro).

3. Ropa.

Elegir ropa de algodón y evitar los tejidos sintéticos y el contacto directo de la piel con lana, plásticos, gomas, etc. La

ropa puede lavarse con un jabón para ropa delicada, sin utilizar suavizantes y aclarando abundantemente. El calzado debe ser de cuero o tela y tiene que estar bien aireado. Evitar el uso prolongado de calzado deportivo.

4. Alimentos.

No existe ningún alimento particularmente contraindicado, salvo que se haya demostrado su implicación en el desarrollo de un brote, mediante test de provocación. Alimentos ácidos, como los cítricos y el tomate, pueden irritar la piel de los pacientes atópicos al ingerirlos o manipularlos. Otros, por su contenido en histamina (fresas, marisco), pueden desencadenar también prurito.

5. Vacunas.

Los niños con dermatitis atópica deben recibir el calendario vacunal completo y a su debido tiempo, si no existen otras contraindicaciones.

6. Higiene.

Se pueden alternar las duchas y baños cortos (no más de 10 minutos), utilizando un gel dermatológico sin jabón, que limpie la piel con suavidad sin

agredirla. Se recomienda evitar productos inadecuados, (jabones alcalinos, productos con alcohol...), y utilizar jabones sobregрасos o *syndets*, (sin agentes tensioactivos fuertes), y aceites vegetales o extractos de plantas, como la onagra.

La temperatura del agua no debe superar los 32-33°. Secar cuidadosamente al niño, sin frotar, y después del baño aplicará una crema hidratante (emoliente).

Cortar y limpiar las uñas para evitar infecciones a causa de las erosiones originadas por el rascado.

Suprimir los posibles agentes irritantes de la piel, en especial el contacto con saliva, orina, heces, colorantes, colonias, perfumes, etc.

7. Emolientes. La aplicación, una o varias veces al día, de una crema emoliente en todo el cuerpo es una medida esencial. Deben emplearse habitualmente aunque no haya brote, siendo fundamentales para restaurar la capa córnea. Suelen ser cremas formuladas con sustancias blandas grasas u oleosas que hidratan y suavizan la piel. Tienen efecto oclusivo y disminuyen la pérdida de agua transepi-

dérmica: forman una capa protectora en la superficie del estrato córneo reteniendo agua y aportan lípidos estructurales que restauran la barrera epidérmica, lo que impide la penetración de alérgenos y sustancias irritantes, restablecen el equilibrio de la flora cutánea y controlan el picor, evitando el rascado y el empeoramiento de las lesiones reducen el prurito y la irritación, flexibilizan la piel y favorecen la reepitelización.

El momento más adecuado para aplicarlos es inmediatamente después de la ducha o el baño (con la piel húmeda).

Recientemente se han incorporado al mercado productos tópicos que no solo hidratan la piel sino que alivian el prurito y la inflamación asociada a DA. Son los **protectores de barrera activos** (telmesteina, ácido glicirretínico, nicotinamida). Tienen acción emoliente y reparadora cutánea, antiinflamatoria y antipruriginosa.

8. Deportes. Hay que promover la normalidad en la vida diaria, insistiendo en los cuidados de base. Dado que el sudor es un irritante, deben ducharse después de la práctica deportiva e hidratar la piel limpia.



Tratamiento sintomático de las reactivaciones

Además de estas medidas, en los brotes agudos será necesario recurrir al tratamiento farmacológico para combatir la inflamación y el prurito.

En este caso es importante insistir al paciente o familiares que deben seguir los consejos e indicaciones sobre forma y el

tiempo de administración e informar sobre las repercusiones derivadas de su mal uso (por no respetar los tiempos o no aplicarlos correctamente).

El objetivo del tratamiento farmacológico es controlar el prurito, la inflamación y la sobreinfección.

Controlar el prurito y la inflamación

En la actualidad existen dos grupos de sustancias tópicas fundamentales para el tratamiento de la dermatitis atópica: **los corticoides y los inmunomoduladores o inhibidores tópicos de la calcineurina (ITC)**. Ambos inhiben la respuesta inflamatoria asociada mediante distintos mecanismos de acción.

Corticoides tópicos

Constituyen el tratamiento de primera línea para conseguir la remisión y controlar los brotes moderados y graves. Actúan reduciendo la inflamación, disminuyendo el prurito, el rascado y la irritación cutánea.

Pueden clasificarse según su potencia (determinada por su efecto vasoconstrictor o de blanqueamiento de la piel) en cuatro grandes grupos. La potencia del corticoide que debemos emplear varía según el estadio de la dermatitis atópica, así como el excipiente a utilizar.

Pueden presentar importantes efectos secundarios por lo que es necesario incidir en la necesidad de seguir unas normas correctas de utilización:

- Limitar el uso de fluorados (más potentes) y clobetasol a mayores de 12 años.
- En general, es suficiente con dos aplicaciones al día (en los más potentes basta con una), de 3 a 10 días.
- En las zonas de mayor absorción (cuero cabelludo, párpados, axilas y escroto) conviene utilizar corticoides de baja potencia (hidrocortisona, prednicarbato, mometasona) en forma de crema o loción, bien circunscritos a la lesión y en una capa delgada.
- En las zonas secas, liquenificadas, hay que utilizar un corticoide más potente y en forma de ungüento o pomada.
- Las cremas y lociones son útiles en zonas húmedas extensas y en el cuero cabelludo, respectivamente.
- Siempre comenzar por un corticoide de baja potencia y si no hay mejoría pasar a uno de mayor potencia durante el mínimo tiempo posible.
- Los corticoides sistémicos (vía oral o parenteral) deben evitarse y deben ser manejados exclusivamente por el dermatólogo o el pediatra.
- Están contraindicados en enfermedades víricas sistémicas con manifestación cutánea (varicela).

Corticoides recomendados por edad:

- >4 meses: Metilprednisolona aceponato, (crema, emulsión) y Fluticasona propionato (crema).
- >1 año: Clobetasona dipropionato, (crema, pomada).
- >2 años: Prednicarbato (crema), y Mometasona fluroato (crema).
- >6 años: Fluocinolona acetónido.
- >12 años: Betamentasona dipropionato (loción, crema, pomada) y Clobetasol propionato (loción, crema, pomada).

Forma farmacéutica según la zona que haya que tratar:

- Zonas secas o liquenificadas: pomadas o ungüentos grasos, cuyos vehículos son más oclusivos.
- Zonas de pliegues cutáneos o lesiones muy exudativas: lociones o cremas.
- Zonas infectadas: no se recomienda aplicar pomadas.

Los efectos adversos de los corticoides están ligados a la potencia y a la duración del tratamiento.

- Los locales (adelgazamiento/atrofia de la piel, hipertrichosis e hipopigmentación) suelen remitir al suspender el tratamiento, siendo los más frecuentes. También

telangectasias y estrías que pueden ser irreversibles.

- Los efectos sistémicos tras la aplicación tópica de un corticoide son extraños, pero pueden ocurrir (supresión del eje hipotálamo-hipofisario y síndrome de Cushing).

Inmunomoduladores tópicos (*tacrolimus* y *pimecrolimus*)

Actúan a través de la supresión de la inmunidad dérmica, con lo cual desaparece la respuesta inflamatoria, pero sin los efectos secundarios de los corticoides sobre la piel, (atrofia, estrías, crecimiento de vello).

Son fármacos relativamente nuevos, cuya seguridad a largo plazo y eficacia terapéutica se siguen evaluando, por lo que no deberían considerarse, en principio, tratamientos de primera línea, salvo que exista una razón concreta para evitar o reducir el uso de los corticoides por vía tópica.

Se utilizan dos veces al día en pautas cortas y en capa fina, friccionando para facilitar la absorción. Se pueden usar también en pauta intermitente. Como efecto secundario producen irritación, escozor o eritema en la zona de aplicación (hasta un 60% de los casos).

En presencia de infección de la piel por herpes simple, deberá interrumpirse el tratamiento con *pimecrolimus* o *tacrolimus* en

el lugar de la infección hasta la curación de la misma.

Se recomienda evitar su uso prolongado y no deben administrarse en pacientes inmunodeprimidos ni en niños menores de dos años. Se deben extremar las precauciones en los mayores de dos años, ya que se han comunicado casos de cáncer de piel y linfoma, pero con los datos actualmente disponibles no se puede concluir en qué medida el uso de *pimecrolimus* o *tacrolimus* puede asociarse a esos casos.

Antihistamínicos orales

Los de primera generación son los más eficaces por lo que son de primera elección: la hidroxicina, que puede emplearse a partir de los seis meses de vida (2 mg/kg/día fraccionada en 3 dosis) y la dexclorfeniramina.

Tienen una acción relativa, ya que la causa del prurito en la dermatitis atópica no es la liberación de histamina. A pesar de ello, la sedación secundaria puede ser beneficiosa para el descanso del paciente.

Terapia sistémica

Los casos más graves pueden requerir del uso de terapias sistémicas.

El tratamiento sistémico más utilizado para el control de brotes extensos en los que el tratamiento tópico es insuficiente son los corticoides orales. Generalmente prednisona a dosis entre 0,5-1 mg/kg/día en pauta corta y descendente.

Otros tratamientos, alternativos a los corticoides orales, son los inmunomoduladores sistémicos, (ciclosporina, metotrexato, azatioprina).

En cuanto a la fototerapia, utilización de lámparas de radiación ultravioleta, en niños está muy restringida por el riesgo de inducirles un fotoenvejecimiento acelerado y aumentar su riesgo de presentar cáncer de piel en la vida adulta. En niños mayores de 13 años puede valorarse la fotoquimioterapia (PUVA).



Tratamiento de las sobreinfecciones

Es frecuente que las lesiones se sobreinfecten debido a la frecuente colonización por *S. aureus* y levaduras. Se administrarán antibióticos tópicos (incluso asociados a corticoides) y/o sistémicos en función de la gravedad y extensión.

Los antibióticos tópicos de primera elección son *mupirocina*, *gentamicina* o *ácido fusídico*.

Si con la asociación la lesión no mejora en la primera semana, se debe considerar el paso a un antibiótico oral (eritromicina, cloxacilina, amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas de primera generación) por lo que el paciente deberá consultar con su médico.

El uso de antisépticos, como *povidona* yodada, *clorhexidina* o *permanganato potási-*

co, disminuye el número de estafilococos presentes. Se ha demostrado que los baños con lejía diluida (medio tapón de lejía al 6% con una concentración final de 0,005%) y la aplicación intermitente de *mupirocina* intranasal constituyen un tratamiento antiinfeccioso que puede ayudar a disminuir el número de infecciones cutáneas locales.

La dermatitis atópica altera la función de barrera de la piel favoreciendo distintas sobreinfecciones como el impétigo, la aparición de verrugas planas o *molluscum contagiosum* y micosis (cándidas). Cada una de ellas tiene un tratamiento específico, tanto tópico como sistémico, en función de la gravedad.



Protocolo de actuación

Dermatitis atópica. Tratamiento según la gravedad

Formas leves:

- Medidas generales de higiene e hidratación.
- En fases de reagudización emplear corticoide tópico de potencia baja o media entre 10 y 15 días.

Formas moderadas:

En los casos moderados, donde no ha habido una buena respuesta al tratamiento, se deberán mantener las medidas generales que deben complementarse con:

- Tratar con un corticoide tópico de potencia baja, media o alta según la gravedad y durante periodos breves. Ya que los pacientes requerirán tratamiento repetido con estos fármacos, debemos tener en cuenta su perfil de seguridad y absorción.
- Utilizar un inhibidor de la calcineurina tópico de mantenimiento, usándolo solo en brotes leves o moderados, o al principio del brote como ahorrador de corticoides.
- Administrar antihistamínicos anti- H1 por vía oral si existe prurito intenso. Los de primera generación son más eficaces. No deben emplearse nunca antihistamínicos por vía tópica.

Formas graves:

- El brote grave aislado de dermatitis atópica debe tratarse inicialmente con corticoides orales, disminuyendo progresivamente la dosis. Se administrarán por vía oral en ciclos cortos, con dosis iniciales de 0,5-1 mg/kg/día de prednisona, con pauta descendente.
- Si la enfermedad no se controla con el tratamiento tópico y el paciente requiere tratamiento con corticoides orales de manera continuada, se valorará iniciar tratamiento con inmunomoduladores.



Bibliografía

- Boquete París M, Almuñina Simón C. Dermatitis atópica: nuevas consideraciones. *Bol Pediatr.* 2007;47(199):4-14.
- Conde-Taboada A, González-Barcala, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:690-700.
- Fernández Vozmediano JM, Armario Hita JC. Nuevas perspectivas terapéuticas en dermatitis atópica. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2011;39(1):30-6.
- Garnacho-Saucedo G, et al. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. *Actas Dermosifiliogr.* 2012. 10.1016/j.ad.2011.12.008
- Lewis-Jones S, Mugglestone MA. Management of atopic eczema in children aged up to 12 years: summary of NICE guidance. *BMJ.* 335(7632):1263-4.
- Mainou C, Mainou A, Arrufat J. Dermatitis atópica en la infancia. *Farmacia Profesional.* 2008;22(1):41-3.
- Ridao i Redondo M. Dermatitis atópica. *Pediatr Integral.* 2012; XVI(3): 213-21.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) - National Health System Quality Improvement Scotland (2011). *Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline.* Guía clínica 125.
- Sendagorta Cudós E, de Lucas Laguna R, (2009). Tratamiento de la dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 11(Supl 15): s49-s67.
- Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (S.E.I.C.A.P.), Grupo Español de Dermatología Pediátrica (GEDP) de la Academia Española de Dermatología y Venerología (AEDV) y Sociedad de Pediatría Madrid y Castilla-La Mancha (SPMYCM), 2006. *Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño.* Documento de consenso grupo de expertos. Coordinación Prof. M. A. Martín Mateos.

Balneum Plus. Crema. La crema Balneum Plus ha sido formulada por un equipo de profesionales con más de 60 años de experiencia en el cuidado de la piel y en el desarrollo de productos dermatológicos para el tratamiento de enfermedades cutáneas como el eccema atópico, la psoriasis o el acné. Estos conocimientos médicos son la base para la elaboración de todos los productos Balneum. Balneum ofrece una gama completa de productos para el cuidado de la piel del niño y del adulto, especialmente pensados para las necesidades de la piel seca y/o atópica. Además de su atractiva formulación, todos los productos son de una gran calidad en cuanto a eficacia y tolerabilidad, y se componen de ingredientes cuidadosamente seleccionados y bien documentados. **La piel seca.** Una de las funciones más importantes de la piel es proteger al organismo frente a la deshidratación y los factores ambientales. Esta función de barrera la desempeñan la capa más externa de la piel (epidermis) y el sistema hidrolipídico. Diversos factores externos, como el frío o el calor, o el uso frecuente de productos de limpieza agresivos pueden causar una alteración del equilibrio de la barrera hidrolipídica de la piel con la consecuente disminución de su función protectora. La piel se vuelve seca, pierde su suavidad y elasticidad, y tiende a la irritación. El uso regular de emolientes, hidratantes y nutritivos restaura el equilibrio de la barrera natural de la piel y previene la piel seca. **Balneum Plus Crema.** La crema Balneum Plus contiene una combinación especial e ingredientes que hidratan la piel seca, ayudando a regenerar y proteger su barrera hidrolipídica natural. El ingrediente activo urea, una sustancia fisiológica de la piel que en caso de sequedad cutánea se encuentra en cantidades reducidas, mantiene la hidratación de la piel. Al mismo tiempo, el polidocanol (Laureth-6.5) alivia la sensación de picor. Su uso regular y frecuente mantiene la piel relajada, suave y tersa. Esta crema cuidadosamente formulada se absorbe fácilmente y aporta una sensación agradable. **Modo de empleo.** Adecuada para uso diario en cualquier parte del cuerpo, especialmente sobre zonas reducidas de la piel, como las manos, los codos y las rodillas. Aplique la crema realizando un suave masaje hasta su completa absorción. Puede aplicarse varias veces al día. **Ingredientes:** Aqua, Octyldodecanol, Urea, Phenyl Dimethicone, Laureth-6.5, Dimethicone, Palmitic Acid, Glycerine, Paraffinum Liquidum, Cetyl Palmitate, Polysorbate 40, Carbomer, Benzyl Alcohol, Tromethamine, Stearic Acid. No contiene perfume ni colorantes. Conservar por debajo de 25°C. **Fabricado por:** Almirall Hermal GmbH. Scholtzstrasse 3. D-21465 Reinbek (Alemania). **Distribuido por:** Almiral, S.A. General Mitre 151. 08022 Barcelona (España). **Atención al consumidor:** balneum@almirall.com

Balneum Plus. Loción. La loción Balneum Plus ha sido formulada por un equipo de profesionales con más de 60 años de experiencia en el cuidado de la piel y en el desarrollo de productos dermatológicos para el tratamiento de enfermedades cutáneas como el eccema atópico, la psoriasis o el acné. Estos conocimientos médicos son la base para la elaboración de todos los productos Balneum. Balneum ofrece una gama completa de productos para el cuidado de la piel del niño y del adulto, especialmente pensados para las necesidades de la piel seca y/o atópica. Además de su atractiva formulación, todos los productos son de una gran calidad en cuanto a eficacia y tolerabilidad, y se componen de ingredientes cuidadosamente seleccionados y bien documentados. **La piel seca.** Una de las funciones más importantes de la piel es proteger al organismo frente a la deshidratación y los factores ambientales. Esta función de barrera la desempeñan la capa más externa de la piel (epidermis) y el sistema hidrolipídico. Diversos factores externos, como el frío o el calor, o el uso frecuente de productos de limpieza agresivos pueden causar una alteración del equilibrio de la barrera hidrolipídica de la piel con la consecuente disminución de su función protectora. La piel se vuelve seca, pierde su suavidad y elasticidad, y tiende a la irritación. El uso regular de emolientes, hidratantes y nutritivos restaura el equilibrio de la barrera natural de la piel y previene la piel seca. **Balneum Plus Loción.** La loción Balneum Plus contiene una combinación especial e ingredientes que hidratan la piel seca, ayudando a regenerar y proteger su barrera hidrolipídica natural. El ingrediente activo urea, una sustancia fisiológica de la piel que en caso de sequedad cutánea se encuentra en cantidades reducidas, mantiene la hidratación de la piel. Al mismo tiempo, el polidocanol (Laureth-6.5) alivia la sensación de picor. Su uso regular y frecuente mantiene la piel relajada, suave y tersa. Esta loción cuidadosamente formulada se absorbe fácilmente y aporta una sensación agradable. **Modo de empleo.** Adecuada para uso diario en cualquier parte del cuerpo, especialmente sobre zonas reducidas de la piel. Aplique la loción realizando un suave masaje hasta su completa absorción. Puede aplicarse varias veces al día. **Ingredientes:** Aqua, Octyldodecanol, Urea, Phenyl Dimethicone, Laureth-6.5, Dimethicone, Glycerine, Palmitic Acid, Paraffinum Liquidum, Cetyl Palmitate, Polysorbate 40, Carbomer, Benzyl Alcohol, Tromethamine, Stearic Acid. No contiene perfume ni colorantes. Conservar por debajo de 25°C. **Fabricado por:** Almirall Hermal GmbH. Scholtzstrasse 3. D-21465 Reinbek (Alemania). **Distribuido por:** Almiral, S.A. General Mitre 151. 08022 Barcelona (España). **Atención al consumidor:** balneum@almirall.com

Fecha de elaboración del material: Mayo 2014.

* Estudio llevado a cabo con Balneum Plus crema, urea 5% y polidocanol 3%.

Referencia: 1. Kunzel J, et al. How effective is local treatment in acute itch? Third International Workshop for the Study of Itch held in Heidelberg, Germany from September 25th to 27th, 2005.

¿Cómo aliviar
hasta el picor
más salvaje?

BALNEUM

PLUS Urea 5% y polidocanol 3%

Rápida eficacia en
el alivio del picor



BALNU016