

# GUÍA DE TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN EL NIÑO

Documento de consenso. Grupo de expertos  
Coordinación: Prof. M.A. Martín Mateos





**GUÍA DE TRATAMIENTO  
DE LA DERMATITIS ATÓPICA  
EN EL NIÑO**

Documento de consenso. Grupo de expertos  
Coordinación: Prof. M.A. Martín Mateos



---

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito de los autores.

© 2006 ERGON

C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)

Pza. Josep Pallach, 12. 08035 Barcelona

ISBN: 84-8473-533-8

Depósito Legal: M-49729-2006

# Índice

---

Introducción .....	1
Diagnóstico precoz .....	4
de la dermatitis atópica	
Calidad de vida de los niños .....	12
con dermatitis atópica	
Tratamiento general .....	13
de la dermatitis atópica	
Tratamiento farmacológico .....	21
de la dermatitis atópica	
Tratamiento tópico .....	25
Esquema terapéutico según la gravedad .....	36
de la dermatitis atópica	
Criterios de derivación de un niño .....	38
con dermatitis atópica al especialista	
Otros tratamientos .....	39
Profilaxis de la dermatitis atópica .....	41
Bibliografía .....	43



# Introducción

---

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica de la piel, producida como consecuencia de reacciones inflamatorias de patogenia inmunológica, en la que están implicadas en muchos casos reacciones de hipersensibilidad a diferentes antígenos ambientales, como alimentos, neuroalérgenos, o proteínas bacterianas, produciendo lesiones eczematosas de la piel. Se presenta mayoritariamente en niños con predisposición genética o con antecedentes personales o familiares de asma, rinitis y alergia alimentaria. Esta enfermedad recibe otros nombres como eccema atópico, prurigo *flexurarum* o eccema exudativo.

La prevalencia es entre un 6 y un 15% en los países industrializados. En los países en vías de desarrollo la prevalencia es menor. La dermatitis atópica es una enfermedad crónica que altera la calidad de vida de los niños y la de sus familias. No tiene un único tratamiento etiológico y en los últimos años, los nuevos fármacos inmunomoduladores de uso tópico (pimecrolimus y tacrolimus) han supuesto un gran avance en el tratamiento de la dermatitis atópica, pero a la vez han creado algunas controversias en cuándo y cómo aplicar los diversos tratamientos en los niños afectados de dermatitis atópica y en los posibles efectos secundarios de los fármacos disponibles, incluidos los corticoides tópicos.

Por todo ello parece oportuno elaborar una **guía de tratamiento de la dermatitis atópica**, que pretende exponer los conocimientos actuales de la dermatitis atópica, su tratamiento y aclarar las dudas que surgen en los médicos que aplicarán el

tratamiento, bien sean pediatras, dermatólogos o médicos generales que ven niños, o farmacéuticos, quienes también intervienen en el asesoramiento a los padres de pacientes con esta enfermedad.

A través de este manual se presenta una información sencilla, clara, y didáctica sobre el tratamiento de la dermatitis atópica que puede ser usada con seguridad por los profesionales sanitarios que deben atender a los niños con dermatitis atópica y también pueda ser consultada por los padres de los niños afectados.

Este material ha sido elaborado y consensado por 15 expertos en la materia, especialistas en Pediatría, Dermatología Pediátrica y Alergología Pediátrica. Los nombres, las especialidades y los lugares de trabajo de los autores de esta guía se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1.** Autores de la guía

Coordinadora del Grupo de Trabajo:

**María Anunciación Martín Mateos**

*Médico Consultor. Sección de Inmunología y Alergia Pediátrica.  
Hospital Sant Joan de Deu-Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.*

**Yon Albisu**

*Jefe del Servicio de Pediatría.  
Hospital de Donostia.*

**Elena Alonso**

*Servicio de Alergia Infantil.  
Hospital Materno Infantil Gregorio  
Marañón. Madrid.*

**Javier Boné**

*Unidad de Alergia Infantil.  
Servicio de Pediatría.  
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**José Luis Eseverri**

*Sección de Alergia Infantil.  
Hospital Vall d'Hebron.  
Barcelona.*

**A. Isabel Febrer**

*Servicio de Dermatología. Hospital  
General Universitario. Valencia.*

**José García Sicilia**

*Servicio de Pediatría. Coordinador  
Pediatría de Atención Primaria.  
Hospital Infantil Universitario  
La Paz. Madrid.*

**M<sup>a</sup> Antonia González-Enseñat**

*Jefe del Servicio de Dermatología.  
Hospital Sant Joan de Deu-Hospital  
Clínic. Barcelona.*

**Federico Martinón**

*Jefe del Departamento de Pediatría.  
Complejo Hospitalario de  
Ourense.*

**Antonio Martorell**

*Unidad de Alergología.  
Consorcio Hospital Universitario.  
Valencia.*

**Fernando Moraga**

*Profesor Asociado de Pediatría.  
Servicio de Pediatría. Hospital  
Universitario Vall d'Hebron.  
Barcelona.*

**José Sanz Ortega**

*Servicio de Pediatría.  
Centro de Salud de Paterna.  
Valencia.*

**Ángel Vera**

*Servicio de Dermatología.  
Complejo Hospitalario Carlos  
Haya. Málaga.*

**Asunción Vicente**

*Servicio de Dermatología. Hospital  
Sant Joan de Deu-Hospital Clínic.  
Barcelona.*

**Antonio Zambrano**

*Jefe de Servicio de Dermatología.  
Hospital Niño Jesús. Madrid.*



# D

## agnóstico precoz de la dermatitis atópica

### Metodología diagnóstica

*Diagnóstico clínico.* Es la base del diagnóstico. Se caracteriza por prurito, lesiones de eccema de evolución crónica y simétricas, en distinto estadio evolutivo y de localización diferente según la edad del niño. Existen una serie de pautas diagnósticas con criterios mayores y menores, muy usadas en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos, pero de menor utilidad para la práctica diaria. El diagnóstico debe basarse en la propia definición de la enfermedad caracterizada por la presencia de prurito, manifestaciones características de inflamación cutánea de evolución crónica, con fases de mejoría y exacerbaciones, simétricas y con distinta expresividad según la edad y la intensidad, y que suelen asociarse a antecedentes familiares de dermatitis atópica o de enfermedades alérgicas. El diagnóstico clínico varía según la edad del paciente. Se recomienda realizar el diagnóstico clínico siguiendo los cuatro criterios mayores de Hanifin y Rajka que se describen a continuación:

1. **Prurito:** el prurito intenso constituye la primera señal de la dermatitis atópica. Es una sensación que induce al rascado y éste a su vez favorece la aparición y agravamiento de las lesiones cutáneas de eccema.
2. **Morfología y distribución típicas:** en la edad del lactante es característica la afectación facial y de las superficies cutáneas de extensión, que persisten hasta los 2-3 años. A par-



**Figura 1.** Eczema agudo exudativo.

tir de esa edad las lesiones predominan en las superficies de flexión de forma simétrica (huecos poplíteos, flexuras antecubitales, pliegues retroauriculares). Las lesiones suelen ser más secas y con tendencia a la liquenificación.

Se distinguen tres lesiones elementales:

- *Eccema*: constituido por eritema, edema, vesiculación, exudación y costras.
- *Prúriga*: pequeñas pápulas con vesícula en su cúspide, que desaparece rápidamente con el rascado siendo sustituida por una pequeña costra.
- *Liquenificación*: placas mal delimitadas y engrosadas, con surcos que delimitan áreas romboides brillantes.

Las lesiones pueden presentarse en tres estadios:

- *Agudas*: lesiones intensamente pruriginosas con pápulas sobre piel eritematosa, vesiculación, exudado seroso, exco-riaciones por rascado y, ocasionalmente, sangrado de las lesiones (Fig. 1).



**Figura 2.** Dermatitis atópica subaguda.



**Figura 3.** Dermatitis atópica crónica.

- *Subagudas*: pápulas eritematosas descamativas y exco-riaciones (Fig. 2).
- *Crónicas*: liquenificación con engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues, pápulas con hiperqueratosis y cambios en la pigmentación de la piel (Fig. 3).

Todo ello sobre una base de xerosis o piel seca. Pueden coexistir diferentes fases en un mismo paciente, en un

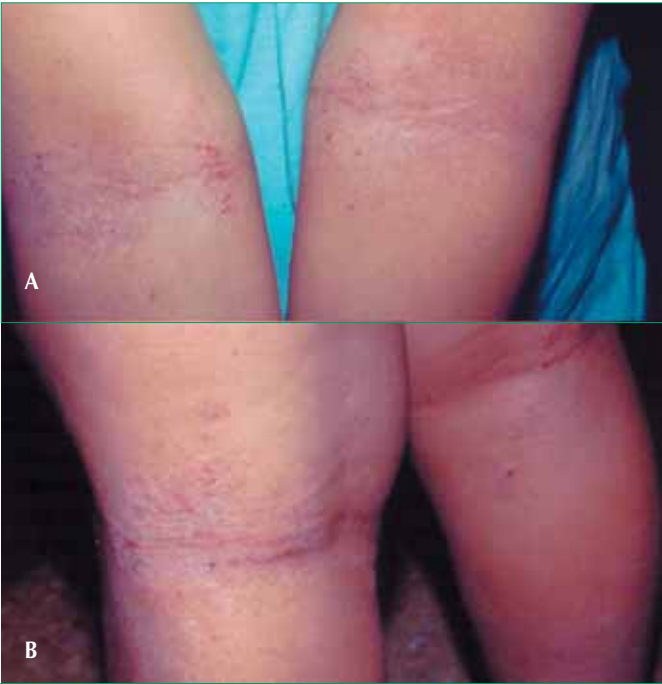


**Figura 4.** Dermatitis atópica del lactante.

determinado momento de la evolución o sucederse en el tiempo.

La distribución de las lesiones varía según la edad del paciente:

- *Fase de lactante:* lesiones eccematosas muy pruriginosas que en los casos característicos se inician entre el mes y los tres meses de vida, en forma de exantema eritematoso con elementos pápulo-vesiculosos con gran componente exudativo que forma costras, localizado en las mejillas, desde donde puede extenderse a la frente, pliegues auriculares, cuero cabelludo, pero respetando el triángulo nasolabial. Puede con el tiempo extenderse al cuello, región anterior del tronco, superficie extensora de miembros y, en los casos más graves, generalizarse con intenso picor, afectación del estado general y con frecuencia signos de impetiginización (Fig. 4).
- *Fase infantil:* desde los 2 a los 12 años. Las lesiones se hacen más papulosas y menos exudativas con tendencia a la liquenificación, activada por el rascado y tienden a localizarse en los pliegues, sobre todo antecubital y poplíteo. Puede afectar a la región facial, palpebral, peribucal (queilitis, siendo la afectación del labio superior específica de esta enfermedad), los pliegues auricu-



**Figura 5A y B.** Dermatitis atópica. Afectación simétrica de pliegues antecubitales y poplíteos.



**Figura 6.** Dermatitis atópica. Liquenificación.

lares, las muñecas, las manos, los tobillos y los pies (Fig. 5A y B).

- *Fase de adolescente*: predomina la papulación y liquenificación sobre una base de intensa xerosis. Son frecuentes las alteraciones de la pigmentación de la piel en las zonas de la dermatitis atópica, en ocasiones hipopigmentación y en otras ocasiones, aumento de la pigmentación. La localización es similar a la del estadio infantil con afectación preferente de los pliegues de flexión y región facial (Fig. 6).

**3. Duración en el tiempo de las lesiones:** se define la dermatitis atópica por una duración de al menos 6 semanas. Cursa con brotes o exacerbaciones que son más frecuentes en determinadas épocas del año y que varían para los distintos pacientes. Generalmente empeoran en invierno, aunque también lo pueden hacer en primavera o en otoño. En verano las exacerbaciones son menos frecuentes.

**4. Historia familiar o personal de atopia:** antecedentes personales o familiares, en parientes de primer grado de dermatitis atópica, asma bronquial extrínseca, rinoconjuntivitis alérgica, alergia alimentaria (Tabla 2).

## Diagnóstico diferencial

La distribución típica, y sobre todo el prurito intenso, constituyen las claves para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades inflamatorias cutáneas que pueden afectar al niño. A continuación se citan algunas de las enfermedades que, excepto las dos primeras son poco frecuentes, pero podrían confundirse con la dermatitis atópica por presentar algunos signos clínicos comunes.

### *Diagnóstico diferencial en el lactante*

- Dermatitis seborreica.
- Dermatitis irritativa (dermatitis del área del pañal).

**Tabla 2.** Criterios clínicos para el diagnóstico de la dermatitis atópica (criterios mayores según Hanifin y Rajka)

**1. Prurito**

**2. Morfología y distribución típicas:**

- *Lesiones elementales:*
  - Eccema
  - Prurito
  - Liquenificación
- *Estadios evolutivos:*
  - Lesiones agudas: eritema, vesiculación, exudado, exoriación
  - Lesiones subagudas: pápulas eritematosas, descamación, exoriación
  - Lesiones crónicas: liquenificación, engrosamiento de la piel, pápulas fibróticas, aumento de pliegues
- *Localización de lesiones:*
  - Lactante (1 mes a dos años): lesiones exudativas en mejillas zonas de flexión y extensión, frecuente impetiginización
  - Infantil (2 a 12 años): lesiones papulosas, liquenificación, zonas de pliegues antecubital y poplíteo, otras localizaciones (cara, manos pies)
  - Adolescente: papulación y liquenificación con xerosis
- *Localización preferente en pliegues y cara*

**3. Dermatitis crónica persistente o recurrente**

**4. Historia familiar o personal de atopia**

- Dermatitis de contacto, poco frecuente, por contacto de la piel con productos químicos (cremas, jabones, etc.).
- Sarna.
- Ictiosis.
- Histiocitosis de células de Langerhans (CL).
- Síndrome de Netherton.
- Inmunodeficiencias primarias.

### ***Diagnóstico diferencial en el niño***

En la edad escolar, a partir de los 3 años es difícil la confusión con otras entidades, dada la localización característica y simétrica de las lesiones de dermatitis atópica, la cronicidad de la misma, el prurito acompañante y en general, la respuesta terapéutica con antiinflamatorios tópicos o los cuidados de la piel.



## Calidad de vida de los niños con dermatitis atópica

La calidad de vida de los niños con dermatitis atópica y la de sus familias se ve alterada por la propia enfermedad. El prurito es el síntoma que domina y su intensidad puede ser tal que llegue a producir alteraciones del sueño, irritabilidad, trastornos del comportamiento, deficiencia de atención e hiperactividad. Es, por tanto, la propia enfermedad la que condiciona la calidad de vida del niño y la de su familia. En la escuela algunos pacientes con dermatitis atópica pueden tener problemas, por el aspecto de la piel que puede ocasionar rechazo o temor y por las dificultades de adaptación al ritmo escolar debido a la falta de concentración y la irritabilidad que les ocasiona el intenso prurito.

El sueño en estos niños puede verse afectado debido al prurito, al escozor y, en ocasiones, a los objetos que la familia utiliza para evitar el rascado de los niños (guantes, vendas, etc.). Las actividades deportivas como la natación en período de invierno, en piscina climatizada, pueden también verse comprometidas debido a la inflamación de la piel, y al prurito que produce el agua con productos químicos de las piscinas. Otro aspecto negativo en cuanto a la calidad de vida de las familias es la gran preocupación familiar, en el constante cuidado de la piel de los niños y el gasto económico que suponen los jabones especiales, las cremas y los fármacos.

# T ratamiento general de la dermatitis atópica

## Normas generales del cuidado de la piel

- **Clima:** factores como la temperatura, el grado de humedad y la contaminación ambiental pueden influir en el curso clínico de la enfermedad, aunque no en su aparición. El frío seco reseca la piel y es durante el invierno cuando empeora el niño atópico. Por el contrario, los niños mejoran durante el verano, sobre todo los que se bañan en el mar. El sol por sí mismo, el grado de humedad ambiental, el yodo y las sales que tiene el agua de mar mejoran la dermatitis. Se recomiendan, por tanto, clima de temperatura suave con una humedad media-alta, sin contaminación ambiental, y baños de mar para las épocas de vacaciones.
- **Baño:** se recomienda el baño diario de 5 minutos de duración aproximada, a una temperatura tibia de unos 33 grados. El baño además de relajar al niño, mejora la dermatitis atópica. El baño, debe mantenerse incluso cuando haya lesiones activas importantes, exudativas o infectadas. El baño ayuda a limpiar la piel, elimina las costras y facilita la aplicación posterior de cremas hidratantes y de cualquier fármaco. Los jabones utilizados deben ser de pH ácido o neutro, dado que así se protege el manto graso de la piel y se dificulta la colonización bacteriana. Después del baño se recomienda secar suavemente, sin frotar (basta presionar la

**Tabla 3.** El baño en los niños con dermatitis atópica

<b>Objetivos:</b>	Limpiar la piel Eliminar costras Relajar al niño Disminuir prurito Facilitar aplicación de fármacos					
<b>Duración:</b>	Corta. (5 minutos aproximadamente)					
<b>Periodicidad:</b>	Diaria					
<b>Temperatura del agua:</b>	Tibia (33°C aproximadamente)					
<b>Jabones:</b>	PH ácido o neutro Poca cantidad					
<b>Secado de la piel:</b>	Suave. Sin frotar. Toalla de algodón fino					
<b>Aplicación de fármacos tópicos:</b>	<table> <tr> <td><i>Corticoides.</i></td> <td rowspan="2">} Después del baño</td> </tr> <tr> <td><i>Pimecrolimus</i></td> </tr> <tr> <td><i>Tacrolimus</i></td> <td>→ 1 hora después del baño con la piel seca</td> </tr> </table>	<i>Corticoides.</i>	} Después del baño	<i>Pimecrolimus</i>	<i>Tacrolimus</i>	→ 1 hora después del baño con la piel seca
<i>Corticoides.</i>	} Después del baño					
<i>Pimecrolimus</i>						
<i>Tacrolimus</i>	→ 1 hora después del baño con la piel seca					
<b>Aplicaciones de cremas, lociones y pomadas:</b>	Después del secado siempre, con la piel ligeramente húmeda					

toalla sobre la piel) y posteriormente aplicar las cremas hidratantes, emolientes o los fármacos, sobre la piel húmeda, según la indicación (Tabla 3).

- **Vestidos y ropa:** se recomienda llevar ropa amplia, de algodón o fibra mezclada con algodón suave. La ropa no debe llevar etiquetas ni costuras gruesas que rocen la piel, ya que algunas fibras de las etiquetas pueden contener irritantes que producen inflamación y aumento del prurito. La ropa debe lavarse con detergentes suaves, aclararse bien y no deben usarse suavizantes. No se recomienda el uso de ropa de lana directamente sobre la piel.

- **Cambios de temperatura:** los cambios de temperatura bruscos aumentan el prurito, el rascado y la aparición de lesiones de dermatitis atópica. La climatización correcta de la casa debe mantener la temperatura moderada y la humedad moderada-alta. La mejor calefacción es la de radiadores de agua, aunque pueden utilizarse radiadores eléctricos y de butano. Estos últimos producen sequedad en el ambiente por lo que se puede utilizar humidificadores caseros para compensarla. Deben evitarse los humidificadores de bombas de climatización por que favorecen la colonización de hongos en sus filtros, ya que los niños con dermatitis atópica pueden sensibilizarse a través de la piel frente a esporas de hongos.
- **Productos utilizados en el cuidado de la piel de los niños con dermatitis atópica:** existe una gran gama de productos que pueden controlar la enfermedad y hacer la vida más confortable al paciente. A continuación se presenta una breve definición de los productos que existen en el mercado:
  - **Hidratante o emoliente:** producto que favorece la retención de agua en la piel y la mantiene hidratada. Existen muchos productos hidratantes en el mercado en forma de cremas, lociones, leches y otros, que contienen vaselina, lanolina, aceite de almendras, ácido linoleico y otros en diferentes concentraciones. La consistencia de estos productos varía según sea su composición. Todos son igualmente eficaces en cuanto a su poder de hidratación. Algunos niños responden mejor a unos componentes que a otros. Algunos pacientes pueden sensibilizarse a un componente de un producto tras un tiempo de aplicación determinado, por lo que se recomienda cambiar de crema, loción o leche hidratante. Los productos hidratantes solamente se pondrán en la piel sana y seca (cuando esté controlada la dermatitis), mejor después del baño. No se recomienda aplicarlos en lesiones exudativas y eccematosas ya que pueden empeorarlas.

- *Baño coloidal*: consiste en la utilización en el agua del baño de polímeros de avena de origen coloidal que captan las moléculas de agua y las fijan a la piel. Son muy efectivos, aunque su aplicación es algo incómoda. Se pueden usar en casos de lesiones agudas y subagudas. Están especialmente recomendados cuando hay gran sequedad de la piel y durante un período corto de tiempo hasta que mejore la hidratación. No se recomienda su uso diario.
- *Loción*: se trata de una disolución de polvo en agua. Está indicada en lesiones exudativas y de dermatitis atópica del cuero cabelludo.
- *Aceite*: es una solución lipídica que se presenta como líquido a temperatura ambiente. Se puede utilizar en el agua de baño o aplicar directamente sobre la piel húmeda después del baño. En esta circunstancia se forma una capa blanquecina que se absorbe muy fácilmente a través de la piel desapareciendo el aspecto graso y dejando la piel muy bien hidratada. El uso de aceites es una alternativa de hidratación cuando la piel está muy seca.
- *Leche*: es una mezcla de aceite y agua, de consistencia líquida, en la que predomina la proporción de agua y que tiene un alto poder hidratante.
- *Pomada*: mezcla de agua y grasas con mayor proporción de grasas. Indicada en lesiones secas y zonas de piel gruesas como palmas, plantas, codos y rodillas. También puede aplicarse en zonas liquenificadas.
- *Crema*: mezcla de sustancias grasas disueltas en agua con consistencia algo espesa. Se utiliza para las lesiones agudas y subagudas pero no debe aplicarse en lesiones húmedas.
- ***Medidas generales para el control del prurito***: el control del prurito ocurre cuando el tratamiento general y los cuidados básicos de la piel están correctamente realizados. Se recomienda que los niños con dermatitis atópica tengan siempre las uñas bien cortadas para evitar lesionarse

tras el rascado. Cuando las lesiones inflamatorias de dermatitis atópica están controladas y bien tratadas, el prurito desaparece, y en el momento que se inicia un nuevo brote, el primer signo clínico en aparecer es el prurito seguido de rascado. Las medidas generales para el control del prurito son los cuidados generales de la piel, del baño, de la temperatura del domicilio, las ropas, aunque el tratamiento sintomático con antihistamínicos, que más adelante se comentará, también contribuye al control del prurito.

## Alimentación del niño con dermatitis atópica

### *Indicación de identificación de alergia alimentaria*

El 80% de los niños con dermatitis atópica tienen una concentración de IgE elevada en plasma. De las formas graves de dermatitis atópica, el 50% puede tener una alergia alimentaria. Se recomienda que el pediatra envíe al niño al alergólogo para hacer un estudio de alergia alimentaria en las siguientes situaciones:

- Dermatitis atópica intensa que no responde correctamente al tratamiento habitual o que los fenómenos inflamatorios en un momento dado son intensos y extensos.
- Los niños con dermatitis atópica cuya relación entre la ingesta de un alimento determinado y el rebrote de la dermatitis atópica puedan correlacionarse. En estos casos debe realizarse un estudio alergológico amplio para identificar sensibilización alimentaria, es decir, IgE específica frente algún alimento, y responsabilidad del alimento en los rebrotes de dermatitis atópica mediante una prueba de provocación oral controlada. Los niños con dermatitis atópica leve o moderada no precisarán estudio alergológico de posible alergia alimentaria a no ser que la clínica sea muy sugestiva.

va y se pueda correlacionar la ingesta de un alimento con los brotes de dermatitis atópica.

- Niños con dermatitis atópica, antecedentes familiares de enfermedades alérgicas (madre asmática, hermano con asma y dermatitis) y que además presenten otra enfermedad alérgica como asma o rinitis.

Una situación especial, pero relativamente frecuente, es la sensibilización a un alimento (huevo) con determinación de prueba cutánea positiva a proteína de huevo e IgE específica positiva, en niños con dermatitis atópica que no han tomado huevo, pero se han sensibilizado por vía placentaria o a través de la lactancia materna a las proteínas de huevo. Es posible que estos niños toleren el huevo y deba realizarse una prueba de tolerancia controlada en un servicio de alergia o en el hospital antes de la introducción de este alimento.

En el apartado de profilaxis de las enfermedades alérgicas de los niños con dermatitis atópica se establecen las pautas de conducta para evitar la aparición de enfermedades alérgicas respiratorias, digestivas o alimentarias en edades posteriores de la vida, ya que la dermatitis atópica es una de las primeras manifestaciones de alergia en los niños, que pueden presentar en el futuro, con más frecuencia de la población que no padece dermatitis atópica, otras enfermedades alérgicas.

### ***Diets en niños con dermatitis atópica***

- En caso de demostración analítica y clínica de alergia alimentaria, se realizará dieta de exclusión del alimento identificado mediante historia clínica, pruebas complementarias (pruebas cutáneas y determinación de IgE total y específica) y pruebas de provocación/tolerancia al alimento sospechoso. La dieta se mantendrá hasta la comprobación de la disminución de la de IgE específica y las pruebas cutáneas, así como la comprobación en ambiente hospitalario de la tolerancia al alimento. La duración en el tiempo de la dieta de

exclusión es variable, entre 2 y 4 años, dependiendo del tipo de alimento.

- En los niños en los que no se ha comprobado la responsabilidad de un alimento determinado en los brotes de dermatitis atópica, no es preciso hacer ninguna dieta de eliminación ya que no se ha demostrado ningún beneficio en el curso clínico de la enfermedad.
- La prescripción de leches especiales (leche de soja, leches altamente hidrolizadas, leches elementales, leches enriquecidas en omega 3, etc.) no tienen indicación excepto en aquellos casos en los que se haya demostrado una sensibilización a las proteínas de leche de vaca y la responsabilidad de dicha alergia en la aparición de la dermatitis atópica.
- Los alimentos irritantes (especias, picantes, frutas ácidas, hortalizas ácidas, etc.), pueden irritar localmente la piel, aumentar el prurito, el rascado y el rebrote del eccema, pero no actúan más que de forma irritante local sin que exista un mecanismo de hipersensibilidad. En los brotes agudos de dermatitis atópica deben retirarse los alimentos que puedan producir irritación cutánea, que prodrán tolerarse en los momentos en que la inflamación cutánea esté controlada.

## Normas ambientales

Se recomienda tomar las medidas profilácticas oportunas relacionadas con el medio que rodea al niño atópico y que puedan suponer una fuente de irritación. Incluye una buena limpieza de la casa, evitar el polvo y los irritantes inespecíficos. Es importante mantener limpia la habitación, no aspirar el polvo en presencia del paciente y mantener la humedad ambiental mediante un humidificador casero.

Para evitar la aparición de enfermedades alérgicas se recomienda eliminar todos los muñecos de peluche, puesto que acumulan mucho polvo. En cuanto a las mascotas, si hay sensibi-



lización a un animal doméstico hay que quitarlo, y si no se ha demostrado, no hay ninguna recomendación. De todas maneras, mejor será no comprar una mascota si el niño no la tiene ya en casa.

Todas estas medidas se deben tomar no porque sean pacientes alérgicos a los ácaros del polvo o a proteínas de animales sino solamente por su efecto irritante sobre la piel.

# T ratamiento farmacológico de la dermatitis atópica

## TRATAMIENTO GENERAL

### *Antihistamínicos*

El uso de antihistamínicos en la dermatitis atópica tiene como finalidad disminuir y controlar en la medida de lo posible el prurito y aprovechar el efecto sedante general, que a su vez va a ser la causa de mejoría del prurito. La liberación de histamina en el contexto patogénico de la dermatitis atópica tiene una importancia menor, por lo que los antihistamínicos son utilizados en la dermatitis atópica aprovechando sus efectos secundarios de relajación y sedación.

Los antihistamínicos recomendados son los de primera generación: que tienen un efecto rápido, atraviesan la barrera hematoencefálica, disminuyen el prurito y tienen un efecto sedante. Los antihistamínicos de segunda generación que no atraviesan la barrera hematoencefálica no están indicados en la dermatitis atópica, dado que son mucho menos efectivos en el control de los síntomas.

Los antihistamínicos recomendados son la hidroxicina en los brotes agudos de dermatitis atópica a dosis de 1 mg/kg/día en dosis nocturna y durante el día se puede llegar a 2 mg/kg en dos tomas. La duración del tratamiento es mientras dure el prurito y el rascado y en cuanto esté controlado se debe suspender. La tolerancia es excelente. Algunos autores han observado

taquifilaxis cuando se utiliza de forma prolongada. La mayoría de los expertos coincide en que usándolos de la manera descrita no se presentan problemas. En alguna ocasión está descrito un efecto paradójico con irritabilidad. En los niños menores de 6 semanas la hidroxicina no está indicada por los efectos colinérgicos secundarios que puede producir.

La cetirizina es un antihistamínico utilizado como profiláctico del asma en niños con dermatitis atópica (con riesgo de presentar en el futuro asma bronquial extrínseca mediada por IgE). Puede utilizarse en niños a partir de los 12 meses y también tiene efecto sobre el prurito aunque menor que la hidroxicina. Se administra por vía oral en forma de gotas, jarabe o comprimidos y la duración del tratamiento puede ser de semanas o meses. Existen numerosos estudios de eficacia y seguridad en niños a partir de los 12 meses de edad y administrado durante 18 meses seguidos.

La asociación de dexclorfeniramina y betametasona, en solución oral o en comprimidos, se ha utilizado también. Combina los efectos antihistamínicos de la dexclorfeniramina, que mejora el prurito y los de la betametasona, que mejora la inflamación cutánea; sin embargo, no debe recomendarse en niños menores de 6 años y se utilizará sólo en casos especiales.

Otros antihistamínicos de segunda y tercera generación no están indicados en la dermatitis atópica.

### ***Corticoides sistémicos***

No tienen indicación habitual en la dermatitis atópica. Son fármacos para usarlos en casos excepcionales de brotes intensos y agudos de dermatitis atópica que no hayan respondido al tratamiento tópico correctamente administrado. En general, los corticoides por vía oral deberían indicarse sólo por los especialistas. En caso de uso, la dosis a administrar es entre 0,5 a 1 mg/kg/día de prednisona durante un tiempo corto, entre 5 y 7 días máximo, o mientras dura el brote de dermatitis atópica. La suspensión de los corticoides orales durante este período de tiempo no requiere disminución progresiva si no que pueden



**Figura 7.** Dermatitis atópica. Sobreinfección por *Staphylococcus aureus*.

suprimirse de forma brusca. La efectividad en estos casos es buena, pero hay que recordar los efectos secundarios de los corticoides orales en los niños, sobre todo en casos en que el tratamiento debe repetirse.

### **Antibióticos, antivirales, fungicidas**

En caso de sobreinfección bacteriana de la dermatitis atópica, generalizada o extensa, acompañada de fiebre o síntomas generales, debe realizarse, al igual que en cualquier otra enfermedad infecciosa, tratamiento antibiótico por vía oral. La sobreinfección bacteriana de la dermatitis atópica está producida habitualmente por *Staphylococcus aureus* (Fig. 7) y en segundo lugar por *Streptococcus pyogenes*. El antibiótico indicado en general, sin identificación del germen, es la amoxicilina-clavulánico o cefadroxilo. Amoxicilina-clavulánico se utilizará por vía oral a una dosis de 40 mg/kg/día, cada 8 horas, basado en el componente de amoxicilina. Se puede administrar a cualquier edad y la duración del tratamiento será hasta el control de la infección con un máximo de 2 semanas de tratamiento. El cefadroxilo puede utilizarse por vía oral a la dosis de 15 mg/kg cada 12 horas en niños mayores de 6 meses. El ácido fusídico puede también utilizarse por vía oral, pero sólo está indicado a partir de los 12 años.

En caso de resistencia al tratamiento antibiótico y persistencia de la infección después del tratamiento antibiótico propuesto, es obligado realizar cultivo y antibiograma para pautar tratamiento específico.

### ***Inmunomoduladores***

Son fármacos que pretenden modificar la respuesta inmunológica anómala que da lugar a la aparición de la dermatitis atópica. Se utiliza ciclosporina A, interferón gamma (INF-gamma), interferón alfa (INF-alfa). La utilización de estos fármacos inmunomoduladores por vía sistémica es excepcional en la dermatitis atópica y sólo deben utilizarse por los especialistas, dado que tienen efectos secundarios importantes que requieren controles hematológicos, de función renal, crecimiento, etc.

# T ratamiento tópico

## A. CORTICOIDES

Es el tratamiento habitual sintomático de la dermatitis atópica, hasta el uso de los inmunomoduladores tópicos. Actúan reduciendo la inflamación de la piel, con lo que disminuye también el prurito, el rascado y la irritación cutánea mecánica.

Existen diversas formulaciones de corticoides tópicos y distintos corticoides con potencia antiinflamatoria, desde baja hasta muy alta.

Los corticoides de baja potencia se pueden utilizar en cualquier zona de la superficie corporal, incluido pliegues, cara, comisuras bucales y a cualquier edad. Los corticoides tópicos de potencia intensa tienen limitaciones en cuanto a su aplicación y sobre todo en la zona de piel en la que se aplica.

Según el estadio evolutivo de la dermatitis atópica debe utilizarse un corticoide u otro, así como también varía el excipiente a utilizar. En la dermatitis exudativa debe usarse una crema como excipiente; en la dermatitis muy seca y liquenificada debe utilizarse pomada o ungüento, en el cuero cabelludo una loción o un gel y en los pliegues una crema o emulsión. Se ha de tener en cuenta que las pomadas y ungüentos al ser el excipiente graso produce el efecto de una cura oclusiva que no transpira y absorbe más el corticoide; el ungüen-

to produce una potencia antiinflamatoria doble que un excipiente en crema.

El momento de usar corticoides tópicos parece que es más efectivo después del baño, una vez se han eliminado las costras, la piel está limpia y bien hidratada.

La forma de aplicación de los corticoides tópicos podría especificarse en que los de baja potencia (hidrocortisona, prednisona) se utilizarán 2 veces al día y los de alta potencia una vez al día y en una capa fina. Se aplicarán una o dos veces al día según la ficha técnica del producto.

La duración de la aplicación es variable, pero debe ser limitada en el tiempo. Si la dermatitis responde bien en 2-3 días no habrá que prolongarlo más tiempo. La duración máxima del tratamiento con corticoides tópicos se estima en 4 semanas, a partir de este momento, si no responde correctamente, debe reevaluarse al paciente y probablemente cambiar de estrategia terapéutica.

La efectividad es excelente y los efectos secundarios descritos como atrofia, adelgazamiento de la piel, telangiectasias, hipertrichosis, rubeosis facial, acné, cambios en la pigmentación y prurito inicial, todos ellos pueden prevenirse con una correcta aplicación y una buena información a los padres.

El inicio del tratamiento, si se trata de lesiones leves aisladas, se hará con corticoides tópicos de potencia baja. En los casos habituales de moderada intensidad se empezará con corticoides de potencia media. En las formas intensas se iniciará con corticoides de potencia alta (Tabla 4).

Los corticoides de potencia alta y muy alta, no deben utilizarse por los pediatras, ya que son de reserva para uso por el especialista dados los efectos secundarios que pueden producir.

Las curas oclusivas locales con corticoides tópicos están indicadas sólo en casos graves que no han respondido al tratamiento habitual expresado antes. Se pueden utilizar en manos de personal especializado y en formas de dermatitis atópica con intensa liquenificación, sobre todo en palmas de las manos y plantas de los pies (Tabla 5).

**Tabla 4.** Potencia de los corticoides tópicos (De Martindale)**BAJA**

Dexametasona 0,1%-0,2%  
Fluocinolona acetónido 0,0025%  
Hidrocortisona acetato 1%-2,5%  
Metilprednisolona acetato 0,25%

**MEDIANA**

Prednicarbato 0,25%  
Dipropionato alclometasona 0,05%  
Valerato betametasona 0,025%  
Butirato clobetasona 0,05%  
Desoximetasona 0,05%  
Acetónido fluocinolona 0,00625%-0,01%  
Butilo de fluocortina 0,75%  
Aceponato hidrocortisona 0,1%  
Butirato hidrocortisona 0,1%

**ALTA**

Dipropionato betametasona 0,05%  
Dipropionato beclometasona 0,025%  
Valerato betametasona 0,1%  
Budesónido 0,025%  
Diflorasone diacetato 0,05%  
Butirato hidrocortisona 0,1%  
Aceponato metilprednisolona 0,1%  
Furoato nometasona 0,1%  
Triamcinolona acetónido 0,1%

**MUY ALTA**

Propionato clobetasol 0,05%  
Halcinónido 0,1%



**Tabla 5.** Normas de aplicación de los corticoides tópicos

- **Uso de corticoides de potencia adecuada:**
  - Brote agudo:
    - Corticoide de mediana potencia
    - En cara, pliegues y área del pañal evitar corticoides de alta potencia
- **Uso de corticoides en vehículo apropiado:**
  - Eczema agudo y exudativo: corticoides en loción o crema
  - Eczema seco o liquenificado: corticoides en pomada o ungüento
- **Seguir bien la pauta:**
  - Cantidad adecuada y tiempo correcto:
    - Dos veces al día inicialmente y después una vez al día en los de potencia baja y media. Una vez al día en capa fina en los de potencia alta. 1-2 veces al día según ficha técnica
    - Duración máxima 4 semanas consecutivas
    - Suspender cuando se controle el eccema
- **Aplicar el corticoide después del baño, con la piel húmeda**

## B. ANTIBIÓTICOS Y ANTIVIRALES DE USO TÓPICO

### 1. Antibióticos

Pueden utilizarse antibióticos tópicos cuando hay sospecha clínica de sobreinfección bacteriana, que generalmente estará producida por *Stafilococcus aureus*. El antibiótico se administrará en forma de pomada o crema, hasta que se esté seguro de que la infección está controlada. El tratamiento puede durar varios días.

Los antibióticos tópicos recomendados, por su actividad antiesfilocócica, son el ácido fusídico, que se presenta en crema y pomada, y la mupirocina, que se presenta sólo en pomada. El ácido fusídico no debe utilizarse en lactantes pequeños.

La gentamicina tópica es de uso muy limitado ya que crea resistencias con mucha rapidez y tiene efectos secundarios. En caso de sospecha de infección por gram negativos con cultivo



**Figura 8.** Dermatitis atópica. Sobreinfección por virus herpes. Erupción variceliforme de Kaposi.

positivo y lesiones localizadas en zona perianal, ombligo y retroauricular, podría estar indicado el uso de gentamicina tópica.

## **2. Antivirales**

En general no hay indicación de uso de antivirales tópicos en la dermatitis atópica. La sobreinfección de la dermatitis atópica por herpes virus está descrita, cuando ocurre es grave (se denomina erupción variceliforme de Kaposi) (Fig. 8). El tratamiento de esta complicación infecciosa es sistémico, con aciclovir por vía endovenosa.

## **Mezclas de antibióticos con corticoides tópicos**

En la patogenia de la inflamación cutánea que ocurre en la dermatitis atópica, está implicado el efecto de los alérgenos, la infección estafilocócica y los superantígenos. Es conocido que la colonización estafilocócica de la piel de niños con dermatitis atópica es habitual, aún cuando no se detecten clínicamente signos de infección estafilocócica. En este sentido, algunos autores utilizan mezclas tópicas de antibióticos con corticoides intentando conseguir una disminución de la infla-

mación cutánea y de la colonización bacteriana estafilocócica, que reduce el efecto del superantígeno estafilocócico en la inflamación de la piel.

La experiencia de la mayoría de los expertos es buena. Se propone utilizar la mezcla de antibióticos y corticoides cuando hay una dermatitis atópica activa con sospecha clínica de sobreinfección (costras amarillentas o muy exudativas). Si no hay sospecha clínica de sobreinfección se utilizarán únicamente corticoides. Si la evidencia de la infección es muy clara o se ha aislado un germen, se utilizará solamente tratamiento antibiótico.

La mezcla de antibiótico y corticoide para uso tópico más aconsejable es la asociación de ácido fusídico con hidrocortisona o betametasona al 1%.

## C. INMUNOMODULADORES TÓPICOS: PIMECROLIMUS. TACROLIMUS

### *Pimecrolimus*

Está indicado en la dermatitis atópica leve-moderada y se debe aplicar a partir de los 2 años de edad. Existen numerosos estudios que avalan la eficacia y tolerancia a partir de los 3 meses, pero no existe en la actualidad autorización legal, en menores de 2 años, por lo que el pediatra deberá ser sumamente cuidadoso con la indicación en relación a la edad.

La aplicación de pimecrolimus se realizará dos veces al día en forma de capa fina ante los primeros signos y síntomas. El tiempo máximo de aplicación del pimecrolimus es de 6 semanas consecutivas, si después de las 6 semanas no se ha obtenido el efecto deseado, se deben considerar otras opciones terapéuticas. Cuando ya se ha utilizado el fármaco y se ha controlado el brote de dermatitis, en caso de nuevo rebrote puede iniciarse nuevamente su aplicación y el control puede obtenerse en 2-3 días y no precisará más tratamiento.

## **Tacrolimus**

Está indicado en la dermatitis atópica moderada-grave. La aplicación en las lesiones activas, se realizará 2 veces al día en forma de capa fina durante 3 semanas como máximo. El tratamiento será intermitente con períodos de descanso, y si existe un rebrote se aplicará de nuevo en cuanto aparezca el más mínimo síntoma, lo que permitirá un control rápido de la dermatitis atópica. El hecho de utilizar de forma continuada el tratamiento más de 3 semanas, no produce un aumento de la efectividad del tratamiento.

Está indicado a partir de los 2 años. Desde los 2 años a los 16 años, la presentación a utilizar es al 0,03% y para los mayores de 16 años es al 0,1%, dos veces al día. En los mayores de 16 años se inicia con dos aplicaciones al día a la concentración del 0,1% y luego se continúa con la del 0,03%.

La prolongación del tratamiento más de 3 semanas no mejora la efectividad del mismo, y debe revisarse al paciente para elegir otra opción terapéutica.

## **Forma de aplicación de los inmunomoduladores tópicos**

La aplicación de pimecrolimus se realizará dos veces al día en forma de capa fina ante los primeros signos y síntomas. Puede utilizarse en todas las zonas de la piel, incluyendo cara y cuello, excepto sobre mucosas. Se puede aplicar emolientes inmediatamente después de aplicar pimecrolimus. No aplicarlo si hay sospecha de infección bacteriana o fúngica. Se puede tomar el sol sin problemas después de su aplicación, aunque se recomienda utilizar las medidas habituales de fotoprotección.

La aplicación de tacrolimus debe realizarse una hora, antes o después, de la aplicación de cualquier crema o emoliente. Puede utilizarse en cualquier zona de la superficie cutánea (no debe aplicarse en las mucosas). La aplicación se hará preferentemente 2 horas después del baño y de haber

secado bien la piel, es importante aplicarlo sobre la piel seca y no aplicarlo si hay sospecha de infección bacteriana, viral o fúngica (según la ficha técnica del tacrolimus). Se recomienda aplicar primero el fármaco sobre la piel y después de una hora aplicar el fotoprotector. El uso de cremas antes de la aplicación disminuye la penetración del producto.

### **Efectos secundarios de los inmunomoduladores tópicos**

**Efectos locales.** Se puede presentar prurito, eritema y escozor. El escozor puede durar entre 3 y 4 días, así como la sensación de quemazón que a pesar de ser más intensa al inicio del tratamiento, tiene una duración de sólo entre 5-10 minutos. Estos síntomas son menos frecuentes con pimecrolimus. Si se inicia el tratamiento muy pronto, en cuanto surge el prurito, cuando la inflamación es muy leve, la sensación de escozor y quemazón es mucho menor, por lo que es recomendable empezar cuanto antes el tratamiento para evitar estos efectos secundarios.

La sobreinfección bacteriana micótica o viral, es otro de los efectos secundarios descritos. Está contraindicada en este caso, la aplicación de los inmunomoduladores tópicos. En caso de sospecha de infección cutánea, o evidencia de infección como impétigo, herpes, molusco contagioso o verrugas no debe aplicarse ningún inmunomodulador tópico. Algunos niños sin infección evidente tras la aplicación de los inmunomoduladores tópicos, han tenido sobreinfección cutánea herpética, debido a un contagio posterior a la aplicación del fármaco. Por tanto, si en el ambiente familiar o escolar existen infecciones herpéticas no es recomendable utilizar los inmunomoduladores tópicos hasta que el riesgo haya pasado.

No se han descrito otros efectos secundarios locales, como despigmentación, atrofia cutánea o taquifilaxia.

**Efectos generales.** Hasta el momento no se ha podido demostrar en ningún caso la relación causa-efecto entre la

aplicación de inmunomoduladores tópicos y la aparición de neoplasias de estirpe linfoide (linfomas, leucemias).

La supresión inmunológica en un niño se manifiesta clínicamente en forma de infecciones de repetición, que alertan al médico, sobre la necesidad de explorar la inmunidad y aplicar el tratamiento adecuado en caso de que proceda. Los inmunomoduladores tópicos se absorben en cantidades ínfimas a través de las zonas de piel inflamada. Además no se ha demostrado la producción de inmunosupresión a través de la aplicación tópica, en ningún estudio experimental.

### ***Calendario vacunal en los niños con dermatitis atópica y que reciben tratamiento tópico con pimecrolimus o tacrolimus***

Se han planteado dudas sobre si el tratamiento tópico con pimecrolimus o tacrolimus puede alterar la respuesta inmunológica frente a las vacunas del calendario vacunal, o producir reacciones no esperadas frente a las vacunas. La evidencia hasta el momento actual indica que:

- Los niños con dermatitis atópica deben recibir las vacunaciones del calendario vacunal del niño sano.
- Si hay un brote agudo de dermatitis atópica, se debe retrasar durante días o semanas la vacuna que le corresponda según el calendario hasta que el brote de dermatitis atópica esté controlado.
- Dada la complicación posible de sobreinfección por virus herpes, en los niños con dermatitis atópica se recomienda especialmente la vacuna de la varicela. En el calendario oficial del año 2006, la vacuna de la varicela se contempla a partir de los 10-14 años. En los niños con dermatitis atópica se recomienda, al igual que lo hace la Academia Americana de Pediatría, vacunarlos entre los 12 y 24 meses. En caso de brote agudo se debe posponer, igual que en los demás casos, la vacuna de varicela hasta que el brote esté controlado. Se recomienda la aplicación de la vacuna por vía subcutánea en zonas donde no haya lesiones activas de

dermatitis atópica y, por tanto, donde no se hayan aplicado corticoides ni inmunomoduladores tópicos.

- La respuesta inmunitaria frente a las vacunas administradas en los niños con dermatitis atópica, y en general en los niños con enfermedades alérgicas, es igual que la respuesta obtenida en los niños sanos. La aparición de complicaciones vacunales tampoco se ha visto que sean mayores ni más graves que las de los niños sanos.

Solamente en caso de niños con alergia demostrada a proteínas de huevo (ovoalbúmina y ovomucoide) y clínica de anafilaxia tras contacto con proteínas de huevo, no se pondrá la vacuna de la gripe ni la de la fiebre amarilla. La vacuna triple vírica se pondrá en un hospital para su correcto control, dado que esta vacuna contiene trazas de proteínas de huevo, aunque la experiencia es de perfecta tolerancia y efectividad. Si se está administrando tacrolimus se debe suspender su aplicación 15 días antes de la aplicación de vacunas de virus muertos y 30 días antes si se trata de vacunas de virus vivos atenuados. Si se está aplicando pimecrolimus se puede vacunar sin suspender su administración, pero poniendo la vacuna fuera de la zona en la que se ha administrado pimecrolimus.

## **D. UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES DE APLICACIÓN TÓPICA, EN LOS NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA**

Las fórmulas magistrales se utilizan poco en la actualidad, puesto que los preparados comerciales presentan garantía suficiente y variedad, en cuanto a su presentación según las necesidades y las indicaciones del médico.

Algunas preparaciones pueden tener interés y según los dermatólogos pediatras serían las siguientes:

- Soluciones astringentes: permanganato potásico al 1:10.000, preparar entre 20 y 100 sobres, cada sobre contiene 0,1 g de permanganato potásico que se diluye en un litro de agua

y se aplica una o dos veces al día para tratar las lesiones exudativas. Estas soluciones astringentes tienen la característica de ser además antipruriginosas, antisépticas y eliminan las costras y la acumulación de células en la piel. Una vez que la piel está seca y limpia se deja de utilizar.

- Preparación de sulfato de cobre, sulfato de zinc, alumbre potásico y sílice, se presenta como fórmula comercial con el nombre de Septomida® en dos concentraciones: 12,5 g y 9 g, para disolver en un litro de agua. Debe aplicarse en las zonas de dermatitis y evitar el contacto con los ojos.
- Citelium, preparado comercial que se utiliza como astringente para zonas localizadas. Puede aplicarse directamente en la gasa que cubrirá la lesión activa de dermatitis atópica.



# Esquema terapéutico según la gravedad de la dermatitis atópica

## Esquema terapéutico según el estadio clínico de la dermatitis atópica

### *Dermatitis atópica aguda (eccema exudativo)*

- Fomentos o baños astringentes con solución acuosa de permanganato potásico al 1:10.000, solución acuosa de sulfato de zinc al 1:1.000. Se aplicarán 2/3 veces al día
- Corticoides tópicos de baja potencia en loción o crema

### *Dermatitis atópica subaguda*

- Corticoides tópicos en crema de mediana potencia
- Cremas o pomadas hidratantes

### *Dermatitis atópica crónica*

- Corticoides tópicos en pomada o ungüento. Pueden usarse en cura oclusiva
- Cremas o pomadas hidratantes

## Esquema terapéutico según la gravedad

### *Formas leves*

- Corticoides tópicos de potencia baja-media
- Pimecrolimus tópico

*Formas moderadas*

- Corticoides tópicos de potencia baja-media
- Antihistamínicos orales
- Antibióticos tópicos, solos o en asociación con corticoides tópicos
- Pimecrolimus - Tacrolimus

*Formas graves*

- Corticoides tópicos de potencia media-alta
- Tacrolimus
- Antihistamínicos orales
- Antibióticos tópicos, solos o en combinación con corticoides tópicos
- Antibióticos orales (con las indicaciones antes comentadas)
- Corticoides orales

*Cuidados generales en todas las formas clínicas*

En casos refractarios a los tratamientos anteriores puede utilizarse por el especialista: ciclosporina, azatioprina, micofenolato y fototerapia.

# Criterios de derivación de un niño con dermatitis atópica al especialista

## Alergólogo pediatra

El pediatra debería remitir para estudio a los niños con dermatitis atópica menores de 2 años, con antecedentes familiares o personales de otra enfermedad alérgica (asma, rinitis, alergia alimentaria demostrada), y en los que además hay evidencia clínica de relación causa-efecto del brote de dermatitis atópica con algún alérgeno (alimentos, ácaros, proteínas animales). También aquellos niños en los que el tratamiento propuesto por el pediatra no ha dado resultado. El fracaso terapéutico se estima cuando se supera la cantidad de 30 g semanales de corticoides o inmunomoduladores tópicos.

## Dermatólogo pediatra

Se remitirán los niños con formas graves o moderadas que no respondan al tratamiento bien aplicado en un período de tiempo prudencial.

Las formas graves de dermatitis atópica en el lactante pequeño también deben ser remitidas al dermatólogo pediatra.

Dada la evolución y la variable respuesta terapéutica de la dermatitis atópica, siempre que el pediatra o la familia solicite consulta con el dermatólogo, debe realizarse para dar seguridad a las familias, lo que contribuirá al mejor cumplimiento terapéutico.

## Otros tratamientos

### Fototerapia

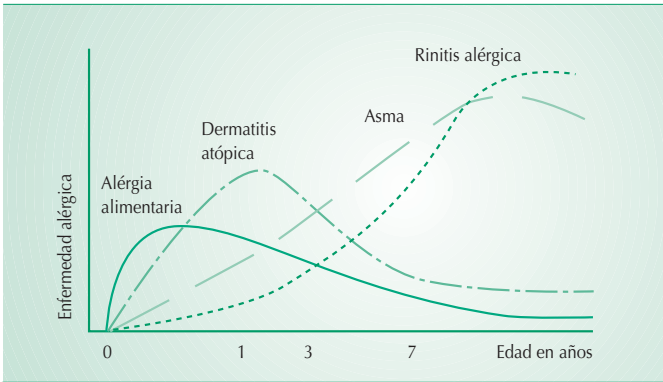
Consiste en la aplicación natural (sol) o artificial de rayos ultravioleta de banda estrecha, que tienen un efecto antiinflamatorio y mejoran por tanto las lesiones de la dermatitis atópica. La fototerapia es un tratamiento selectivo para niños con dermatitis atópica grave, mayores de 7 años, que no han respondido al tratamiento convencional.

La exposición al sol debe hacerse con los cuidados conocidos solo en niños mayores de 2 años. Debe ser por la tarde, durante poco tiempo y aumentar la exposición de forma progresiva.

La fototerapia en las unidades especializadas estaría indicada antes de utilizar fármacos más agresivos como los inmunosupresores o inmunomoduladores sistémicos. Se administra 3 veces a la semana, a días alternos, durante 1 o 2 minutos por sesión y durante un máximo de 3 meses. Las unidades hospitalarias de fototerapia son muy escasas, por tanto es un tratamiento de difícil aplicación, tanto por las excepcionales indicaciones como por la escasa disponibilidad de centros.

### Inmunoterapia frente a alérgenos

La dermatitis atópica es una de las primeras manifestaciones de alergia en los niños atópicos (Fig. 9). Más de la mitad de



**Figura 9.** Evolución típica de las enfermedades alérgicas en el niño.

los niños con dermatitis atópica grave, tienen sensibilización, es decir, anticuerpos IgE específicos frente a neumoalergenos o alimentos (polen, ácaros, hongos, huevo, leche) sin clínica respiratoria, digestiva o general. Si un niño con dermatitis atópica tiene además manifestaciones clínicas de alergia respiratoria (asma) y se detecta alergia a neumoalergenos (ácaros, pólenes, hongos), debe hacerse inmunoterapia específica frente al alérgeno responsable de la clínica respiratoria.

En el momento actual no hay indicación de inmunoterapia frente alérgenos, en la dermatitis atópica aislada.

---

# Profilaxis de la dermatitis atópica

La profilaxis de las enfermedades alérgicas en general se estructura en:

- *Profilaxis primaria:* consiste en evitar la aparición de las enfermedades alérgicas desde el momento del nacimiento. Esto es sumamente difícil dado que no es posible predecir, dada la herencia poligénica de las enfermedades alérgicas, qué niños nacerán con esta predisposición. La dieta de la madre gestante durante el segundo trimestre de la gestación parece que podría prevenir la sensibilización alimentaria prenatal del feto. En el momento actual no hay evidencia de poder realizar una profilaxis con seguridad mediante dietas en la madre gestante, por lo que se recomienda durante el embarazo una dieta sana, equilibrada y sin abusar de ningún alimento en concreto.
- *Profilaxis secundaria:* consiste en evitar la sensibilización precoz a alergenios alimentarios y neumoalergenios. En este sentido, la lactancia materna protege de la aparición de enfermedades alérgicas y de enfermedades infecciosas. El niño genéticamente predispuesto en un ambiente con estímulos adecuados, que recibe lactancia materna, estará protegido durante un tiempo de la aparición de enfermedades alérgicas, pero más adelante presentará estas enfermedades, por lo que la lactancia materna alarga el período de aparición de las enfermedades alérgicas.

En un niño con componente hereditario de riesgo atópico, que aún no ha presentado lesiones de dermatitis atópica, las

recomendaciones aceptadas por los expertos son: introducir tarde los alimentos ricos en proteínas (el huevo después del año, los frutos secos y mariscos a partir de los 3-4 años y de forma lenta, y un alimento cada vez y con observación de la tolerancia).

A pesar de lo expuesto no hay evidencias ni estudio randomizados que demuestren que el retrasar los alimentos ricos en proteínas prevenga de la aparición de dermatitis atópica. Se especula que cuando la inmunidad es más inmadura, antes de los 2 años, las proteínas alimentarias alergénicas pasan fácilmente la barrera digestiva, en el niño genéticamente predisuesto estimula la desviación del sistema inmunológico hacia la producción de anticuerpos de clase IgE y facilita la presentación clínica de las enfermedades alérgicas. Una vez que la inmunidad del niño madura, el paso de antígenos alimentarios y la estimulación del sistema inmunológico es más difícil.

En conjunto, si no hay evidencias clínicas de relación causa-efecto, de la ingesta de un alimento con el rebrote de la dermatitis atópica, se recomienda una dieta normal con observación de las reacciones tras la ingesta de nuevos alimentos, sobre todo de aquellos que tienen un alto contenido proteico (frutos secos, pescados, marisco, etc.).

---

# Bibliografía

1. *J Am Acad Dermatol* 2006;**54**:1-15.
2. Conference de consensus. *Am Dermatol. Venereal* 2005 Francia.
3. Hulstsch T, Kapp A, Spergel J. Immunomodulation and safety of topical calcineurin inhibitors for the treatment of atopic dermatitis. *Dermatology* 2005;**211**:174-187.
4. Wahn U, Bos JD, Goodfield M, Caputo R, Papp K, Manjra A, Dobozy A, Paul C, Molloy S, Hulstsch T, Graeber M, Cherill R, Prost Y. Efficacy and safety of pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in children. *Pediatrics* 2002;**110**(1):1-8.
5. González Enseñat MA, Vicente Villa MA. *Tratamiento de la dermatitis atópica*. Módulo 3. Programa docente de actualización en dermatitis atópica. M.A. Martín Mateos Editorial Ergon. Barcelona 2003.
6. Ficha técnica Rizan. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.
7. Ashcroft DM, Dimmock, Garside R, et al. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopic dermatitis. Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;**330**:516-24.
8. Ring J, Darsow U, Jakob T, Behrendt H. Eczema and dermatitis. *Allergy Clin Immunol Inter* 2005;**17**(1):19-29.







**DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO** Rizan® 1% crema. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 1 g de crema contiene 10 mg de pimecrolimus.

Ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA.** Crema. Blanquecina y homogénea. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de pacientes de 2 o más años de edad con dermatitis atópica leve o moderada en los que no se aconseja o no es posible el tratamiento con corticosteroides tópicos. Esto puede ser debido a: Intolerancia a corticosteroides tópicos. Falta de efecto de corticosteroides tópicos. Uso en la cara y cuello donde el tratamiento intermitente prolongado con corticosteroides tópicos puede ser inadecuado. **Posología y forma de administración.** Rizan debe ser iniciado por médicos con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica. Rizan puede utilizarse a corto plazo para el tratamiento de los signos y síntomas del ecema atópico e intermitentemente a largo plazo para la prevención de la progresión de brotes. El tratamiento con Rizan debe iniciarse ante la primera aparición de signos y síntomas de la dermatitis atópica. Rizan debe aplicarse únicamente en las áreas afectadas con dermatitis atópica. Rizan debe utilizarse durante un período lo más corto posible en los brotes de la enfermedad. El paciente o cuidador deberán interrumpir el uso de Rizan cuando los signos y síntomas desaparezcan. El tratamiento debe ser intermitente, a corto plazo y discontinuo. Rizan debe aplicarse dos veces al día en las áreas de piel afectadas y mediante una fina capa de crema. Datos de ensayos clínicos apoyan el tratamiento intermitente con Rizan durante 12 meses. Si después de 6 semanas de tratamiento no se observa mejoría, o en caso de exacerbación de la enfermedad, deberá interrumpirse el tratamiento con Rizan. Deberá evaluarse de nuevo el diagnóstico de la dermatitis atópica y considerarse otras opciones terapéuticas. **Adultos.** Aplicar una capa fina de Rizan en la zona de la piel afectada dos veces al día y friccionar suavemente hasta su completa absorción. Cada zona de la piel afectada debe ser tratada con Rizan hasta que se produzca el aclaramiento de la lesión, momento en el cual deberá interrumpirse el tratamiento. Rizan puede utilizarse en todas las zonas de la piel, incluidas la cabeza y la cara, el cuello y las zonas intertriginosas, excepto sobre las membranas mucosas. Rizan no debe aplicarse bajo oclusión (ver apartado "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En el tratamiento a largo plazo de la dermatitis atópica (ecema), el tratamiento con Rizan debe iniciarse ante la primera aparición de signos y síntomas de la dermatitis atópica para prevenir los brotes de la enfermedad. Rizan debe utilizarse dos veces al día. Se pueden aplicar emolientes inmediatamente después de utilizar Rizan. **Pacientes pediátricos.** No se recomienda el uso de Rizan en pacientes menores de 2 años de edad hasta que no se disponga de datos adicionales. La posología y forma de administración para niños (2-11 años) y adolescentes (12-17 años) es igual a la de los adultos. **Pacientes de edad avanzada.** La dermatitis atópica (ecema) se observa raramente en los pacientes de 65 años o más. En los ensayos clínicos con Rizan no se incluyó el suficiente número de pacientes de ese rango de edad para determinar si responden de forma distinta a los pacientes más jóvenes. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a pimecrolimus, otros macrolínicos o a cualquiera de los excipientes. Para los excipientes, ver "Lista de excipientes". **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Rizan no debe utilizarse en pacientes con inmunodeficiencias congénitas o adquiridas o en pacientes bajo terapia que cause inmunosupresión. Se desconoce el efecto a largo plazo sobre la respuesta inmune de la piel a nivel local y sobre la incidencia de enfermedades malignas de la piel. Rizan no debe aplicarse en lesiones potencialmente malignas o premalignas de la piel. Rizan no debe aplicarse sobre superficies afectadas por infecciones víricas agudas cutáneas (herpes simple, varicela). No se ha estudiado la eficacia y seguridad de Rizan en el tratamiento de la dermatitis atópica infectada clínicamente. Antes de iniciar el tratamiento con Rizan deberán curarse las infecciones clínicas en las zonas de tratamiento. Los pacientes con dermatitis atópica presentan una predisposición a padecer infecciones superficiales de la piel incluyendo ecema herpético (erupción variceliforme de Kaposi), por ello, el tratamiento con Rizan puede estar asociado con un mayor riesgo de infección de la piel por el virus del herpes simple, o ecema herpético (manifestándose como una propagación rápida de las lesiones vesiculares y erosivas). En presencia de infección de la piel por herpes simple, deberá interrumpirse el tratamiento con Rizan en el lugar de la infección hasta curación de la misma. Los pacientes con dermatitis atópica severa pueden presentar un riesgo incrementado de infecciones bacterianas de la piel (impétigo) durante el tratamiento con Rizan. El uso de Rizan puede causar reacciones leves y transitorias en la zona de aplicación, tales como, sensación de calor y/o quemazón. Si la reacción en la zona de aplicación es severa, deberá volver a evaluarse la relación riesgo-beneficio del tratamiento. Deberá tenerse precaución para evitar el contacto con los ojos y membranas mucosas. Si accidentalmente se aplica sobre estas zonas, deberá quitarse la crema frotando a fondo y/o lavando con agua. Los médicos deberán advertir a los pacientes sobre la conveniencia de adoptar medidas de protección solar, tales como la minimización del tiempo de exposición solar, utilizar productos con pantalla solar y cubrir la piel con ropa adecuada (ver apartado "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Rizan contiene alcohol cetílico y alcohol estearílico que pueden causar reacciones locales en la piel. Rizan también contiene propilenglicol que puede causar irritación de la piel. Rizan contiene el principio activo pimecrolimus, un inhibidor de la calcineurina. En pacientes trasplantados, la exposición sistémica prolongada a inmunosupresión intensa seguida de la administración sistémica de inhibidores de la calcineurina, se ha asociado con un riesgo incrementado de desarrollar linfomas y procesos malignos de la piel. Se han notificado casos de enfermedades malignas, incluyendo linfomas cutáneos y de otros tipos, así como cáncer de piel, en pacientes que han utilizado la crema de pimecrolimus (ver reacciones adversas). Sin embargo, no se han encontrado niveles significativos de pimecrolimus sistémico en pacientes con dermatitis atópica tratados con Rizan. **Poblaciones con riesgo potencialmente elevado de exposición sistémica.** No se ha estudiado el uso de Rizan en pacientes con síndrome de Netherton. No se recomienda el uso de Rizan en este tipo de pacientes, debido al potencial para incrementar la absorción sistémica de pimecrolimus. Debido a que no se ha establecido la seguridad de Rizan en pacientes eritrodérmicos, no se puede recomendar el uso del producto en esta población de pacientes. No se ha estudiado en pacientes el uso de Rizan bajo oclusión. No se recomienda el uso de vendajes oclusivos. Las concentraciones sistémicas pueden ser más elevadas en pacientes con inflamación y/o lesión grave de la piel. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Las posibles interacciones entre Rizan y otros fármacos no se han evaluado de forma sistemática. Pimecrolimus se metaboliza exclusivamente por el CYP 450 3A4. Debido a su mínima absorción, es poco probable que ocurran interacciones entre Rizan y los fármacos de administración sistémica. Los datos actuales indican que Rizan puede utilizarse simultáneamente con antibióticos, antihistamínicos y corticosteroides (orales/nasales/inhalados). Teniendo en cuenta el grado mínimo de absorción, es improbable que se produzca una potencial interacción sistémica con las vacunas, aunque no se ha estudiado esta interacción. Por lo tanto, en pacientes con enfermedad extensa, se recomienda administrar las vacunas durante los intervalos libres de tratamiento. No existe experiencia con el uso concomitante de otros tratamientos inmunosupresores administrados para el ecema atópico, tales como, UVB, UVA, PUVA, azatioprina y ciclosporina A. Rizan no presenta potencial fotocarcinogénico en animales. Sin embargo, dado que se desconoce su efecto en el hombre, durante el tratamiento con Rizan deberá evitarse la exposición excesiva de la piel a la luz ultravioleta incluyendo la luz solar o el tratamiento con PUVA, UVA o UVB. **Embarazo y lactancia. Embarazo.** No existen datos suficientes sobre el uso de Rizan en mujeres embarazadas. Los estudios de aplicación dérmica en animales no evidenciaron efectos nocivos ni directos ni indirectos con respecto al desarrollo embrionario/fetal. Se ha observado toxicidad en la reproducción en los estudios en animales después de una administración oral. Teniendo en cuenta el grado mínimo de absorción de pimecrolimus tras la aplicación tópica de Rizan, el posible riesgo para los seres humanos se considera limitado. No obstante, Rizan no debe ser utilizado durante el embarazo. **Lactancia.** No se realizaron estudios de excreción láctea en animales tras la aplicación tópica y no se ha estudiado el uso de Rizan en mujeres lactantes. Se desconoce si pimecrolimus se excreta en la leche tras la aplicación tópica. No obstante, teniendo en cuenta el grado mínimo de absorción de pimecrolimus tras la aplicación tópica de Rizan, el posible riesgo para los seres humanos se considera limitado. Deberá tenerse precaución cuando se administre Rizan a mujeres lactantes. En madres lactantes puede utilizarse Rizan pero éste no debe aplicarse sobre los senos para evitar la ingestión oral no intencionada por el recién nacido. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Rizan carece de efectos conocidos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** Las reacciones adversas más comunes fueron reacciones en la zona de aplicación, comunicadas aproximadamente por el 19% de los pacientes tratados con Rizan y el 16% de los pacientes de los grupos control. Estas reacciones se produjeron generalmente al inicio del tratamiento y fueron de intensidad leve a moderada y de corta duración. Estimación de frecuencias: muy habitual ( $\geq 1/10$ ); habitual ( $\geq 1/100$ ,  $<1/10$ ); no habitual ( $\geq 1/1.000$ ,  $<1/100$ ); rara ( $\geq 1/10.000$ ,  $<1/1.000$ ); muy rara ( $<1/10.000$ , incluidos los informes aislados), muy habitual: quemazón en la zona de aplicación, habitual: reacciones en la zona de aplicación (irritación, prurito y eritema), infecciones cutáneas (folliculitis), no habitual: forúnculo, impétigo, herpes simple, herpes zoster, dermatitis por herpes simple (ecema herpético), molusco contagioso, papiloma cutáneo, trastornos en la zona de aplicación, tales como, erupción, dolor, pruritis, descamación, sequedad, edema, y empeoramiento de las lesiones. - rara: intolerancia al alcohol (en la mayoría de los casos se produjo rubefacción, rash, quemazón, picor o hinchazón poco después de la ingesta de alcohol), reacciones alérgicas cutáneas (p. ej, dermatitis, urticaria). Postcomercialización: Se han notificado casos de enfermedades malignas, incluyendo linfomas cutáneos y de otros tipos, así como cáncer de piel, en pacientes que han utilizado la crema de pimecrolimus (ver apartado "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Sobredosis.** No existe experiencia de sobredosis con Rizan. No se han registrado incidentes de ingestión accidental. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Triclorídeos de cadena media, Alcohol oleílico, Propilenglicol, Alcohol estearílico, Alcohol cetílico, Monoglicéridos y diglicéridos, Cetostearyl sulfato de sodio, Alcohol benílico, Ácido cítrico anhídrido, Hidróxido de sodio, Agua purificada. **Incompatibilidades.** No procede **Período de validez.** 2 años. Una vez abierto el envase: 12 meses. **Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 25°C. No congelar. **Naturaleza y contenido del recipiente.** Tubo de aluminio con revestimiento interno protector de fenol-epoxi y tapón de resina de polipropileno, tubos 30 y 60 gramos. **Precauciones especiales de eliminación.** Se pueden aplicar emolientes junto con Rizan (ver apartado "Posología y forma de administración"). **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Farmacéutica, S.A. Gran Vía de les Cortes Catalanes, 764 Barcelona. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 65.055 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** 6 noviembre 2002. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Mayo 2006. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud. Tubo de 30 gramos. PVP+IVA: 38,68 €. Tubo de 60 gramos. PVP+IVA: 68,38 €. Comercializado por Laboratorios Dr. Esteve, S.A. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221 - 08041 - Barcelona EQ PAGE 6 EQ PAGE 1

ESTEVE

Rizan<sup>®</sup>

Resistencia al dolor  
en pacientes oncológicos  
Esteroidal - Opioides