

Dermatitis Atópica

Dermatitis atópica (DA), comúnmente conocida como eccema, es un trastorno inflamatorio crónico de la piel que se presenta principalmente con parches enrojecidos y pruriginosos (con picazón). Esta condición suele manifestarse en la primera infancia, especialmente en personas con antecedentes familiares de enfermedades atópicas como asma, rinitis alérgica, conjuntivitis o alergias alimentarias. La enfermedad se caracteriza por la incapacidad de la piel para retener la humedad, lo que provoca sequedad, inflamación, picazón e infecciones secundarias frecuentes. La DA es el resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales e inmunológicos. La enfermedad es heterogénea, con exacerbaciones desencadenadas por una variedad de factores externos e internos. Comprender estos factores e implementar estrategias adecuadas de manejo es crucial para un tratamiento eficaz.

Patogenia y Etiología

El desarrollo de la dermatitis atópica implica una interacción compleja entre predisposición genética, exposiciones ambientales y disfunción del sistema inmunológico. Los mecanismos principales incluyen:

- **Función de barrera cutánea alterada:** Las personas con DA a menudo presentan una función de barrera cutánea defectuosa, en parte debido a mutaciones en el gen de la filagrina. Este defecto reduce la capacidad de la piel para retener humedad, aumentando la susceptibilidad a irritantes y alérgenos.
- **Disregulación inmunológica:** Las células inflamatorias dominadas por los linfocitos T colaboradores tipo 2 (Th2) desempeñan un papel central en la patogenia de la DA. Este desequilibrio inmunológico provoca la liberación de sustancias que promueven la inflamación y la picazón característica de la enfermedad.
Factores desencadenantes ambientales: Irritantes y alérgenos comunes como jabones, detergentes, pólenes y caspa de mascotas pueden agravar la condición. Además, factores climáticos como el aire seco, temperaturas extremas y la alta humedad también pueden empeorar los síntomas.
- **Infecciones:** Las infecciones bacterianas, particularmente por *Staphylococcus aureus*, son comunes en personas con DA debido a la barrera cutánea comprometida y el rascado frecuente.

Presentación Clínica

La dermatitis atópica se presenta típicamente como parches de piel eritematosos, pruriginosos y secos, con lesiones prominentes ubicadas en las superficies flexoras (por ejemplo, codos, rodillas) en los niños, y frecuentemente en las manos, el cuello y la cara en los adultos. La gravedad de la condición puede variar desde una afectación leve y localizada hasta una enfermedad extensa y crónica, con posibles infecciones secundarias.

Estrategias de Manejo

El manejo de la dermatitis atópica requiere un enfoque multifacético, que incluya hidratación, terapias

tópicas y tratamientos sistémicos para los casos más graves. El tratamiento debe ser individualizado, ya que los desencadenantes y las respuestas a las terapias varían ampliamente entre los pacientes.

Hidratación y Cuidado de la Piel

Mantener la hidratación de la piel es la base del manejo de la dermatitis atópica. La incapacidad de la piel para retener humedad se corrige mediante:

- Remojar las áreas afectadas en agua tibia durante 15-20 minutos para rehidratar la piel.
- Aplicar hidratantes (por ejemplo, Eucerin, Cetaphil) inmediatamente después de secar la piel con palmaditas. Las cremas emolientes que contienen tanto agua como agentes oclusivos (por ejemplo, petrolato) son más eficaces para retener la humedad.
- Es frecuente que sea necesario reaplicar los hidratantes varias veces al día para mantener una hidratación óptima y reparar la barrera cutánea.

Corticosteroides Tópicos

Los corticosteroides tópicos son el tratamiento principal para los brotes agudos debido a sus efectos antiinflamatorios e inmunosupresores. Se aplican directamente sobre la piel afectada, típicamente después del remojo. La pomada o crema de hidrocortisona es adecuada para lactantes y niños pequeños, así como para zonas de piel fina como la cara y los pliegues cutáneos. Los esteroides de potencia media son eficaces para otras áreas, pero deben utilizarse bajo supervisión de su Dermatólogo para evitar efectos adversos como adelgazamiento de la piel (atrofia), despigmentación y erupciones similares al acné.

Tratamientos Tópicos No Esteroides

Una clase más reciente de medicamentos, los inmunomoduladores tópicos (IMT), ofrecen una alternativa a los corticosteroides, particularmente para el manejo a largo plazo. Estos agentes modulan la respuesta inmune sin causar adelgazamiento de la piel. El Tacrolimus (Protopic) y el Pimecrolimus (Elidel) están aprobados para su uso en niños mayores de dos años y adultos. El Crisaborol (Eucrisa) es otro tratamiento tópico no esteroideo, aprobado para el eccema leve a moderado. Se aplica dos veces al día y puede usarse en adultos y niños desde los 3 meses de edad.

Fototerapia

Para los pacientes con eccema crónico o grave que no responde a terapias convencionales, la terapia con luz ultravioleta (UV) puede ser beneficiosa. Los tratamientos con UVB o PUVA (psoraleno más UVA) se administran bajo supervisión Dermatológica, generalmente tres veces por semana. Aunque eficaz para reducir la inflamación, el uso prolongado de la fototerapia puede aumentar el riesgo de cáncer de piel y quemaduras solares.

Tratamientos Sistémicos

Para el eccema grave, pueden ser necesarias terapias sistémicas. Los corticosteroides orales deben utilizarse con moderación debido a sus posibles efectos secundarios a largo plazo, incluyendo absorción sistémica, inmunosupresión y supresión del crecimiento en niños. Además, los corticosteroides orales pueden causar un efecto rebote que empeora el eccema tras su suspensión.

Los inhibidores de la Janus quinasa (JAK), como Abrocitinib (Cibinqo), Upadacitinib (Rinvoq) y Ruxolitinib (Opzelura), son tratamientos orales más recientes que bloquean citoquinas específicas involucradas en la activación inmune. Estos agentes son particularmente eficaces en casos de eccema moderado a grave que no responde a otras terapias.

Los medicamentos biológicos como dupilumab (Dupixent) y tralokinumab (Adbry) ofrecen un tratamiento dirigido al inhibir factores clave de la inflamación en la dermatitis atópica. Estos biológicos se administran por inyección y están indicados para pacientes con eccema grave.

Antipruriginosos y Cuidados de Apoyo

El manejo del prurito es un aspecto fundamental del tratamiento de la dermatitis atópica. Los antihistamínicos (por ejemplo, hidroxizina) pueden ayudar a reducir el impulso de rascarse mediante sus efectos sedantes y tranquilizantes. Agentes tópicos como el mentol o la pramoxina (presentes en cremas como Aveeno o Pramasona) pueden ofrecer alivio localizado.

Brotes Agudos y Hospitalización

Durante exacerbaciones graves, puede requerirse un manejo intensivo, que incluya:

- Baños frecuentes (hasta 3-4 veces al día) para hidratar la piel y mejorar la penetración de los tratamientos tópicos.
- Terapia de envoltura húmeda después del baño para retener la humedad y aplicar medicamentos tópicos de forma más efectiva. Estas envolturas pueden usarse durante la noche para mantener la hidratación.
- La hospitalización puede ser necesaria para romper el ciclo de inflamación e infección, e iniciar un plan de tratamiento más riguroso, incluyendo pruebas de alergia.

Conclusión

La dermatitis atópica es una condición compleja y crónica que requiere un enfoque de tratamiento integral e individualizado. El manejo más efectivo incluye una hidratación adecuada, el uso de esteroides tópicos y tratamientos no esteroideos, junto con terapias sistémicas avanzadas en los casos más graves. La investigación continua sobre la modulación inmune y nuevas opciones terapéuticas sigue ofreciendo oportunidades para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen eccema.

Referencias

- ❖ Ghosh, S., Reddy, S. K., & Verma, D. (2022). Filaggrin mutations and their role in the pathogenesis of atopic dermatitis. *Journal of Dermatological Science*, 106(1), 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2021.12.003>
- ❖ O'Connor, J. K., Miller, S., & Liu, Y. (2021). Efficacy and safety of crisaborole in the treatment of atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(4), 913-920. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.04.070>
- ❖ Sullivan, M. (2023). Current treatment strategies for severe atopic dermatitis: Biologic and systemic approaches. *Dermatology Clinics*, 41(2), 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.det.2023.01.004>