

# Eczema

Eczema, también conocido como dermatitis atópica, es una afección inflamatoria crónica de la piel caracterizada por parches rojos, secos y con picazón intensa (prurito). A menudo comienza en la infancia, con la mayoría de los casos apareciendo dentro de los primeros 5 años de vida, especialmente en individuos con antecedentes familiares de enfermedades atópicas como el asma y la rinitis alérgica (fiebre del heno). Esta condición surge debido a una combinación de factores genéticos y ambientales que afectan la capacidad de la piel para retener la humedad, lo que lleva a sequedad, inflamación, picazón y, en algunos casos, infecciones secundarias.

## Fisiopatología

El eczema implica una respuesta inmunológica hiperactiva y una predisposición genética a la disfunción de la barrera cutánea. Se puede clasificar en agudo, subagudo o crónico según sus características:

- **Eczema agudo:** Se asocia con enrojecimiento, vesículas (ampollas), supuración y formación de costras.
- **Eczema subagudo:** Más seco, caracterizado por placas y pápulas escamosas.
- **Eczema crónico:** Provoca engrosamiento de la piel (liquenificación) y cambios en la pigmentación (hipo e hiperpigmentación).

Las áreas afectadas pueden variar según la edad. En algunas personas, el eczema suele aparecer en la cara, el cuero cabelludo y el torso, mientras que en niños y adultos es más común en las áreas flexurales (interior de los codos y detrás de las rodillas).

## Factores de Riesgo

El eczema es influenciado por factores internos y externos:

- **Factores internos:** Antecedentes familiares de enfermedades atópicas y mutaciones genéticas (como en el gen filagrina) que afectan la función de la barrera cutánea.
- **Factores externos:** Alérgenos (polen, ácaros del polvo), irritantes (jabones, detergentes), infecciones (*Staphylococcus aureus*) y condiciones climáticas extremas (frío o sequedad).

## Manejo y Opciones de Tratamiento

El tratamiento del eczema se basa en la identificación y minimización de los factores desencadenantes. Se enfoca en la hidratación de la piel, el control de la inflamación y la prevención de infecciones mediante emolientes, terapias tópicas y, en algunos casos, tratamientos sistémicos.

- **Hidratación y Cuidado de la Piel**  
Restaurar la barrera cutánea es esencial. Se recomienda baños con agua tibia (15-20 minutos, evitando el agua caliente), secar la piel suavemente con una toalla suave, y aplicar una crema o ungüento hidratante inmediatamente sobre la piel húmeda para retener la humedad.
- **Corticosteroides Tópicos**  
Son el pilar del tratamiento para controlar los brotes debido a sus propiedades antiinflamatorias y antipruríticas. Deben usarse con precaución para evitar efectos secundarios como adelgazamiento

de la piel (atrofia) y despigmentación. Se prefieren esteroides suaves (hidrocortisona) para lactantes y zonas delicadas como la cara y pliegues cutáneos.

➤ **Inmunomoduladores Tópicos**

Los inhibidores de calcineurina, como tacrolimus (Protopic) y pimecrolimus (Elidel), son opciones seguras para áreas sensibles como cara y párpados. Actúan inhibiendo la activación de células T y la liberación de citocinas inflamatorias sin causar adelgazamiento de la piel.

➤ **Inhibidores de PDE4 Tópicos**

Crisaborol (Eucrisa) y roflumilast (Zoryve) bloquean la enzima PDE4, reduciendo la inflamación en el eczema leve a moderado. Se pueden usar a partir de los 3 meses de edad.

➤ **Antihistamínicos**

Pueden ayudar con la picazón, especialmente cuando interfiere con el sueño. Los antihistamínicos sedantes como la difenhidramina y la hidroxizina pueden ser útiles por la noche, mientras que los no sedantes (cetirizina, loratadina) pueden tomarse durante el día.

➤ **Fototerapia**

La terapia con UVB de banda estrecha y PUVA (psoraleno más UVA) es efectiva en casos de eczema crónico resistente a otros tratamientos. Sin embargo, el uso prolongado aumenta el riesgo de daño cutáneo y cáncer de piel.

➤ **Inhibidores de JAK:** Estos medicamentos bloquean citocinas inflamatorias específicas y son útiles en casos moderados a graves:

- **Abrocitinib (Cibinqo):** Tableta oral para adultos.
- **Upadacitinib (Rinvoq):** Tableta oral para adultos y niños  $\geq 12$  años.
- **Ruxolitinib (Opzelura):** Crema tópica para adultos y niños  $\geq 12$  años.

➤ **Medicamentos Biológicos:** Son inyecciones subcutáneas para eczema grave. Pueden tener efectos adversos como conjuntivitis y reacciones en el sitio de inyección.

- Dupilumab (Dupixent): Bloquea IL-4 e IL-13. Aprobado desde los 6 meses de edad.
- Tralokinumab (Adbry): Inhibe IL-13. Aprobado desde los 12 años.
- Lebrikizumab (Ebglyss): Inhibe IL-13. Para pacientes  $\geq 12$  años y  $\geq 40$  kg.
- Nemolizumab (Nemludio): Inhibe IL-31. Para pacientes  $\geq 12$  años.

➤ **Medicamentos Sistémicos**

En casos severos, se pueden considerar fármacos inmunosupresores como ciclosporina, azatioprina o micofenolato mofetil. Los corticosteroides orales sólo deben usarse en brotes debido a su alto riesgo de efectos secundarios.

➤ **Terapias Complementarias**

Durante brotes severos, pueden ser necesarias hospitalizaciones para baños terapéuticos, hidratación intensiva y vendajes húmedos para potenciar la absorción de tratamientos tópicos..

## Conclusión

El eczema sigue siendo un desafío para pacientes y médicos. Sin embargo, los avances en tratamientos, incluyendo inmunomoduladores tópicos, biológicos e inhibidores de JAK, han proporcionado alternativas efectivas a los corticosteroides. Un enfoque personalizado con hidratación adecuada, restauración de la barrera cutánea y control de factores desencadenantes es clave para el manejo exitoso. Con una intervención temprana y estrategias adecuadas, la mayoría de los pacientes pueden lograr una mejora significativa en su calidad de vida.

## Referencias

- ❖ Beck, L. A., Thaçi, D., & Hamilton, J. D. (2020). Dupilumab treatment in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis. *The Lancet*, 395(10222), 2117-2128. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30911-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30911-0)
- ❖ Bieber, T. (2018). Atopic dermatitis. *New England Journal of Medicine*, 378(15), 1414-1424. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1615010>
- ❖ Hughes, A. P., & McMahon, J. M. (2021). Advances in the management of atopic dermatitis: A review of therapies and treatment approaches. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 84(5), 1371-1379. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.12.1074>
- ❖ Kakinuma, T., & Igawa, K. (2021). Pathophysiology of atopic dermatitis: The role of skin barrier dysfunction and immune responses. *Japanese Journal of Dermatology*, 131(2), 347-358. <https://doi.org/10.14924/dermatol.2019-0356>
- ❖ Leung, D. Y. M., & Bieber, T. (2020). Atopic dermatitis. *The Lancet*, 397(10274), 1109-1122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30322-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30322-3)