

Eccema Xerótico

El eccema xerótico, también conocido como eccema asteatótico, es una forma común de dermatitis caracterizada por piel seca, agrietada e inflamada, que a menudo se debe a una pérdida de humedad cutánea. Está frecuentemente asociado con una combinación de factores intrínsecos y extrínsecos que alteran la función de barrera natural de la piel. El eccema xerótico típicamente se manifiesta durante los meses más fríos, debido a la reducción de la humedad y a las bajas temperaturas, pero también puede afectar a individuos durante todo el año. Es especialmente prevalente en adultos mayores, aunque puede presentarse en individuos de cualquier edad.

Etiología y Fisiopatología

El eccema xerótico es causado principalmente por una alteración en la barrera natural de la piel, lo que lleva a un aumento de la pérdida de agua transepidérmica (TEWL, por sus siglas en inglés). Varios factores contribuyen a este proceso, incluyendo factores ambientales (p. ej., clima frío, baja humedad), predisposición genética y síntesis lipídica deteriorada en el estrato córneo. El estrato córneo, la capa más externa de la epidermis, desempeña un papel clave en el mantenimiento de la hidratación de la piel al prevenir la pérdida excesiva de agua. En el eccema xerótico, esta barrera se ve comprometida y la piel se vuelve seca, agrietada y más propensa a la irritación e inflamación.

La condición también está influida por vías inflamatorias que implican al sistema inmunológico. La activación de células T-helper y la liberación de citocinas, como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), contribuyen a la respuesta inflamatoria, lo que provoca eritema, picazón e incomodidad. Las mutaciones de filagrina, una proteína crucial para mantener la integridad de la barrera cutánea, están comúnmente asociadas con el eccema xerótico, particularmente en individuos con antecedentes de dermatitis atópica.

Características Clínicas

Los signos distintivos del eccema xerótico incluyen:

- **Piel Seca y Escamosa:** La piel se vuelve áspera y carece de humedad, lo que conduce a la descamación. Estos cambios son más prominentes en áreas del cuerpo expuestas a factores ambientales, como los brazos, las piernas y las manos.
- **Prurito (Picazón):** La picazón suele ser intensa y puede llevar al rascado, lo que exacerba la condición y puede conducir a infecciones secundarias.
- **Eritema e Inflamación:** La piel afectada a menudo está roja, inflamada y puede desarrollar fisuras o grietas, especialmente en áreas de sequedad extrema. Esto se debe a la pérdida de humedad y la subsecuente inflamación de la piel.
- **Liquenificación:** El rascado y el frotamiento crónicos pueden llevar a un engrosamiento de la piel, conocido como liquenificación, que puede ocurrir en áreas como los antebrazos, las piernas o las manos.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar eccema xerótico incluyen:

- **Edad:** Los adultos mayores son más propensos debido a la disminución de la hidratación de la piel y a una disminución natural de la función de barrera.
- **Condiciones Cutáneas Preexistentes:** Los individuos con antecedentes de dermatitis atópica, psoriasis u otras afecciones de la piel pueden ser más susceptibles al eccema xerótico.
- **Exposición Ambiental:** La exposición al aire frío y seco, y el baño frecuente con agua caliente o jabones agresivos, pueden exacerbar la condición.
- **Factores Genéticos:** Las mutaciones genéticas, en particular las relacionadas con la producción de filagrina, están asociadas con una predisposición al eccema xerótico.
- **Factores Ocupacionales y de Estilo de Vida:** Los individuos que trabajan en profesiones que involucran lavado frecuente de manos o exposición a químicos (p. ej., trabajadores de la salud, limpiadores) están en mayor riesgo.

Diagnóstico

El eccema xerótico se diagnostica típicamente mediante una evaluación clínica. Un historial detallado de los síntomas, desencadenantes ambientales y apariencia de la piel es crucial para el diagnóstico. Las características diagnósticas clave incluyen piel seca y escamosa con eritema localizado y prurito, generalmente exacerbado por cambios estacionales o ambientales. Una biopsia de piel generalmente no es necesaria para el diagnóstico, pero puede utilizarse para descartar otras condiciones, como la psoriasis o las infecciones fúngicas.

Manejo y Opciones de Tratamiento

El tratamiento del eccema xerótico se enfoca en restaurar la barrera de humedad de la piel, controlar la inflamación y aliviar síntomas como el prurito. Las estrategias de manejo pueden clasificarse en medidas preventivas, tratamientos tópicos y terapias sistémicas.

Medidas Preventivas:

- **Hidratación de la piel:** La aplicación frecuente de emolientes y humectantes es esencial para prevenir la pérdida de agua de la piel. Los humectantes oclusivos (p. ej., vaselina) y humectantes (p. ej., glicerina, urea) pueden ayudar a retener la humedad.
- **Modificaciones Ambientales:** Evitar el uso de agua caliente y los jabones agresivos es crucial para prevenir una mayor sequedad de la piel. Se pueden usar humidificadores en el hogar, especialmente durante los meses de invierno, para aumentar los niveles de humedad del aire.
- **Protección Solar:** Aunque no es una causa directa del eccema xerótico, la exposición al sol puede empeorar la condición. Se recomienda el uso de protectores solares de amplio espectro, especialmente si las actividades al aire libre exacerban los síntomas.

Tratamientos Tópicos:

- **Esteroides Tópicos:** Los corticosteroides tópicos leves a moderados (p. ej., hidrocortisona, betametasona) se usan comúnmente para controlar la inflamación. Estos deben aplicarse con moderación y durante períodos limitados para evitar efectos secundarios, especialmente en áreas de piel sensible.

- **Inhibidores de Calcineurina Tópicos:** Opciones no esteroideas, como tacrolimus y pimecrolimus, pueden ser efectivas para reducir la inflamación y la picazón sin los efectos secundarios asociados a los corticosteroides.
- **Alquitrán de hulla tópico u otros queratolíticos:** Para piel engrosada (liquenificación), los productos que contienen alquitrán de hulla u otros agentes queratolíticos pueden ayudar a ablandar y eliminar las escamas.

Tratamientos Sistémicos:

En casos en que los tratamientos tópicos resultan insuficientes, los antihistamínicos orales (p. ej., difenhidramina) pueden emplearse para controlar la picazón. En casos más severos, los corticosteroides orales pueden prescribirse para uso a corto plazo para reducir la inflamación.

En casos refractarios, los agentes inmunosupresores sistémicos como metotrexato o ciclosporina pueden considerarse para manejar el eccema severo o generalizado.

Tratamientos Emergentes:

Los inhibidores de quinasas Janus (JAK), como baricitinib y upadacitinib, están emergiendo como tratamientos efectivos para varias formas de eccema, incluyendo el eccema xerótico, al dirigirse a vías inmunológicas específicas involucradas en la inflamación.

Pronóstico y Complicaciones

El pronóstico del eccema xerótico es generalmente favorable, especialmente con un manejo adecuado. Sin embargo, en casos severos, la sequedad persistente, el agrietamiento y la inflamación pueden llevar a complicaciones como infecciones secundarias (bacterianas o fúngicas) o angustia psicosocial debido al impacto de los cambios visibles de la piel y la picazón persistente. El rascado y la inflamación crónicos también pueden llevar al engrosamiento de la piel (liquenificación), que puede persistir incluso después de que la condición inicial mejore.

Conclusión

El eccema xerótico es una condición dermatológica común caracterizada por piel seca e inflamada, a menudo empeorada por factores ambientales y disfunción subyacente de la barrera cutánea. Aunque la condición es típicamente autolimitada, el manejo continuo mediante humectación, protección solar y terapias tópicas apropiadas es esencial para prevenir brotes y complicaciones.

Referencias

- ❖ Bieber, T. (2010). Atopic dermatitis. *New England Journal of Medicine*, 362(23), 2314-2323. <https://doi.org/10.1056/NEJMr0808239>
- ❖ Eichenfield, L. F., Tom, W. L., & Chamlin, S. L. (2014). Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(2), 338-351. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.10.010>
- ❖ Gittler, J. K., Shemer, A., & Gallo, R. L. (2012). The immunologic and genetic basis of eczema. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 130(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.04.043>
- ❖ Kozhaya, L., & Golembesky, E. (2020). Emerging therapies in atopic dermatitis: Janus kinase inhibitors. *Dermatology Clinics*, 38(3), 367-373. <https://doi.org/10.1016/j.det.2020.02.003>
- ❖ Silverberg, J. I., & Silverberg, N. B. (2016). Topical treatment of eczema. *Dermatologic Therapy*, 29(3), 194-205. <https://doi.org/10.1111/dth.12343>