

Hospit-AD

Consejos sobre
Dermatitis Atópica
para Atención Primaria

CIERRE Y CONCLUSIONES

**DESMONTANDO
FALSOS MITOS
DE LA DERMATITIS
ATÓPICA**

Dr. José Juan Pereyra

Coordinador proyecto Hospit-AD

Dermatólogo del Hospital Universitario
Virgen del Rocío, Sevilla

FALSOS MITOS

1. “La Dermatitis Atópica (DA) es una alergia, se produce por alimentos”



2. “La DA se produce por estrés”



3. “Los pacientes atópicos no pueden bañarse en la piscina”



FALSOS MITOS

4. “Hay que evitar usar corticoides porque atrofian la piel y se acostumbra”



5. “Cualquier crema vale, son todas iguales”



6. “Para hidratar la piel lo mejor son duchas largas”



FALSOS MITOS

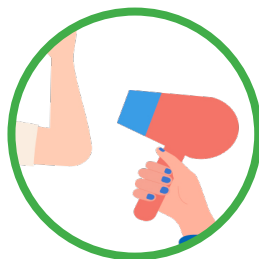
7. “La DA se hereda”



8. “La DA solo afecta a niños”



9. “Es bueno secar la piel con un secador de pelo”



10. “Hay que evitar practicar deportes porque empeoran la DA”



EL ORIGEN DE LA DA ES MULTIFACTORIAL¹⁻³

La DA es una enfermedad de la piel multifactorial, crónica y altamente pruriginosa que predispone a infecciones bacterianas y virales basadas en anomalías del sistema inmunitario innato y adquirido².

- Enfermedad muy prevalente
- Enfermedad en aumento
- Afecta a niños y adultos

Desencadenantes

Microbioma

Medio ambiente

Disfunción
inmune



Prurito

Alteración
barrera
epidérmica

Genética

LAS LESIONES CUTÁNEAS DE LA DERMATITIS ATÓPICA SON LA PUNTA DEL ICEBERG^{4,5}

La DA se asocia con una carga sustancial y con comorbilidades. Identificar las comorbilidades de la DA es esencial para el manejo adecuado de la enfermedad y para poder mejorar los resultados generales del paciente⁴.

Lesiones inflamatorias cutáneas

Comorbilidades atópicas, incluyendo rinitis alérgica, asma, pólipos nasales, alergia alimentaria...

Comorbilidades cardio-metabólicas, incluyendo obesidad e hipertensión.

La asociación con **el cáncer es controvertida.**

Alteraciones neuropsiquiátricas, incluyendo ansiedad, depresión, ideación suicida, déficit de atención, síndrome de hiperactividad y autismo.

Infecciones bacterianas y víricas

Enfermedades autoinmunes, incluyendo alopecia areata, vitíligo, lupus eritematoso y urticaria crónica.

TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN EL ADULTO⁶

Escalera de tratamiento para la dermatitis atópica en la persona adulta, desde el manejo de base con programas educativos, aceites de baño o emolientes, pasando por las dermatitis atópicas de grado leve o moderado hasta llegar a las dermatitis graves que pueden requerir tratamiento biológico e incluso hospitalización⁶.

GRAVE:
SCORAD >50 / o
Eccema persistente

Hospitalización; ciclo corto de ciclosporina A, dupilumab*, ciclo corto de glucocorticosteroides orales; ciclo más prolongado de inmunosupresor sistémico: metotrexato**, azatioprina**, micofenolato mofetilo**; PUVA; alitretinoína².

MODERADA:
SCORAD 25-50 / o
Eccema recurrente

Terapia proactiva con tacrolimus tópico o glucocorticoides tópicos clase II o clase III terapia en cura húmeda, terapia UV (UVB 311 nm, dosis media UVA), asistencia psicológica, terapia climática.

LEVE:
SCORAD <25 / o
Eccema transitorio

Terapia reactiva con glucocorticoides tópicos clase II 2 o dependiendo de las circunstancias locales: inhibidores tópicos de calcineurina, antisépticos que incluyen plata, textiles recubiertos de plata; crisaborol tópico***.

TRATAMIENTO DE BASE

Programas educativos, emolientes, aceites de baño, evitación de alérgenos clínicamente relevantes (si se diagnostican mediante pruebas de alergia)

En el momento actual, comercializados también tralokinumab, upadacitinib y baricitinib con mismas indicaciones de uso en España.

** Sin indicación en ficha técnica.

*** No disponible en España.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Odhiambo JA, Williams HC, Clayton TC, Robertson CF, Asher MI, ISAAC Phase Three Study Group. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three. *J Allergy Clin Immunol*. 2009. 124(6):1251-8. e23. doi: 10.1016/j.jaci.2009.10.009.
- 2.- Wollenberg A, Klein E. Current aspects of innate and adaptive immunity in atopic dermatitis, *Clin Rev Allergy Immunol*.2007;33(1-2):35-44. doi: 10.1007/s12016-007-0032-9.
- 3.- Weidinger S, Beck LA, Bieber T, Kabashimna K, Irvine AD. Atopic Dermatitis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018. 4; 1. doi.org/10.1038/s41572-018-0001-z.
- 4.- Silverberg JI. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2019;123(2):144-51. doi: 10.1016/j.anai.2019.04.020.
- 5.- Andersen YM, Egeberg A, Skov L, Thyssen JP. Comorbidities of Atopic Dermatitis: Beyond Rhinitis and Asthma. *Curr Dermatol Rep*. 2017;6(1):35-41. doi: 10.1007/s13671-017-0168-7.
- 6.- Wollenberg A, Christen-Zäch S, Tieb A, Paul C, Thyssen JP, De Bruin-Weller M, Vesterg C et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020;34(12):2717-2744. doi: 10.1111/jdv.16892.