

Recomendaciones para el manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria

Ignasi Figueras Nart^{*1}, Laia Curto Barredo², Ángeles Flórez Menéndez³, Núria Gómez Bellvert⁴, Yolanda Hidalgo Calleja⁵, Coro Sánchez Hernández⁶, Rosa Senán Sanz⁷, Esther Serra-Baldrich⁸, Juan Francisco Silvestre⁹, Ricardo Suárez Fernández¹⁰, José Carlos Armario Hita¹¹

¹Especialista en Dermatología. Facultativo especialista. Hospital Universitari Bellvitge, Barcelona. ²Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Médico adjunto del Servei de Dermatologia. Hospital del Mar, Barcelona. ³Jefa de Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Profesora asociada de Ciencias de la Salud, USC. ⁴Médico adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salut Sant Vicent del Raspeig, Alicante. ⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torito. Tutora de residentes MFyC DASE. Madrid. ⁶Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen Peregrina, SERGAS, Pontevedra. ⁷Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP El Clot, Barcelona. ⁸Especialista en Dermatología. Excoordinadora del Grupo Español de Investigación en Dermatitis y Alergia Cutánea de la AEDV. Profesora colaboradora de la UAB. Médico adjunto del Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁹Médico adjunto del Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁰Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Profesor asociado y responsable de la asignatura de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. ¹¹Responsable de la Unidad de Enfermedades Inflamatorias e Inmunoalérgicas Cutáneas. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

*Autor para correspondencia (ignasifiguerasnat@gmail.com).

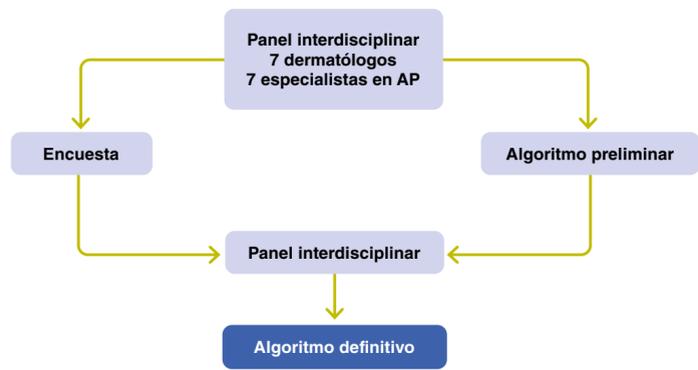
Antecedentes

La derivación del paciente con dermatitis atópica (DA) desde Atención Primaria (AP) sigue siendo un punto débil en el manejo de estos pacientes. Un panel interdisciplinar de siete dermatólogos y siete especialistas en AP ha constituido el Grupo de Trabajo de la DA en AP con el objetivo general de mejorar la interacción entre ambas especialidades en el manejo de este trastorno.

Método

- 1 Elaboración de un algoritmo preliminar por los dermatólogos del panel.
- 2 Reunión del panel para discutir el algoritmo preliminar.
- 3 Elaboración por parte del panel de una encuesta para especialistas en AP.
- 4 Reunión del panel para analizar los resultados de la encuesta, extraer conclusiones y generar el algoritmo definitivo.

Se invitó a participar en la encuesta a 49 especialistas en AP, seleccionados por sus compañeros de especialidad integrantes del comité interdisciplinar. En la selección, se procuró lograr la mayor dispersión geográfica posible en el territorio nacional.



Objetivo

Presentar un algoritmo de manejo de la DA en AP diseñado por un panel interdisciplinar de especialistas en AP y Dermatología.

Resultado

En su segunda reunión, el panel interdisciplinar generó:

- Un algoritmo final de actuación y derivación a Dermatología (para estudio o tratamiento) de pacientes con DA.
- Tablas para el diagnóstico diferencial de la DA en AP.

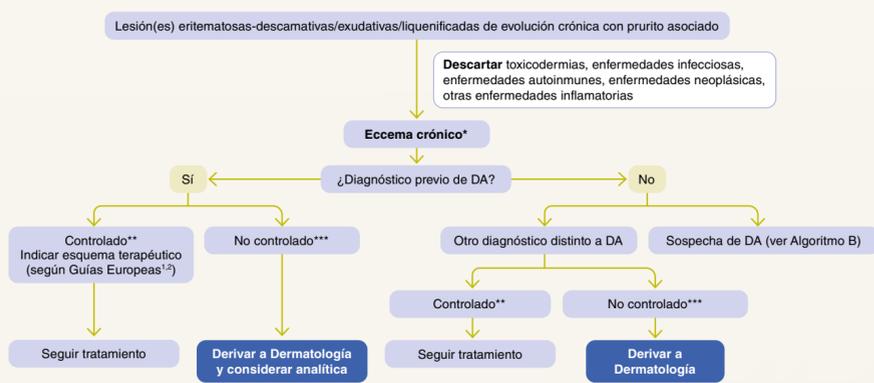
Conclusión

Se presentan los algoritmos A y B y las tablas de diagnóstico diferencial. Hasta donde llega nuestro conocimiento, esta es la primera iniciativa de estas características en España.

Cuestionario de la encuesta

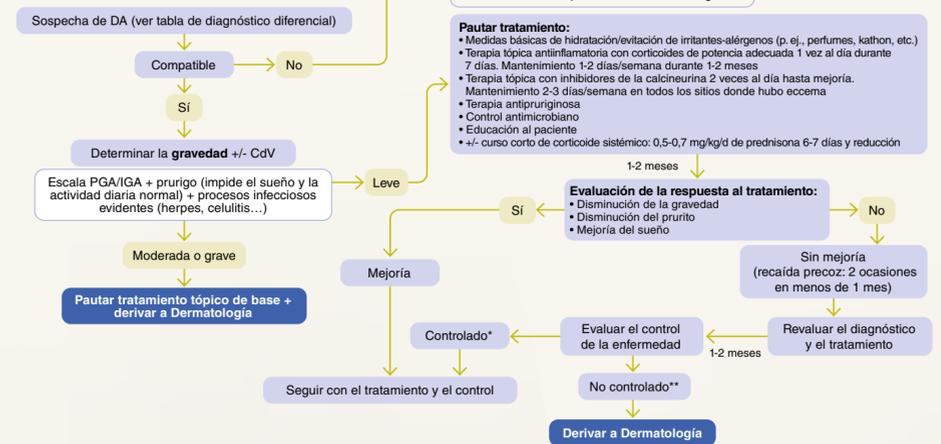
1. ¿Cómo de frecuentes son los problemas de salud de la piel en su práctica diaria?
 Mucho Bastante Poco Nada NS/NC
2. ¿Siente que el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica es una necesidad en salud no cubierta para los médicos de Atención Primaria?
 Mucho Bastante Poco Nada NS/NC
3. ¿Cuán numeroso es el total de pacientes en su consulta con eccema del adulto que no consigue controlar?
 Mucho Bastante Poco Nada NS/NC
4. ¿Tiene conocimiento de las novedades en el diagnóstico y tratamiento que se han producido en los últimos años para la dermatitis atópica del adulto?
 Mucho Bastante Poco Nada NS/NC
5. ¿Cuál es su fuente de información más importante para las novedades en dermatitis atópica?
 Mis pacientes
 Mi dermatólogo de referencia
 El delegado de la industria farmacéutica
 Un curso específico sobre Dermatología
 No dispongo de información sobre las novedades en dermatitis atópica
Otras:
6. ¿Cómo de necesaria considera la formación específica en dermatitis atópica y el diagnóstico diferencial de los eccemas difusos del adulto en su práctica clínica diaria?
 Mucho Bastante Poco Nada NS/NC
7. Si asistiera a un curso específico de dermatitis atópica, puntúe del 1 al 5 los temas que le parecerían más útiles (1 nada útil, 5 muy útil):
 Fisiopatología y mecanismos inmunológicos
 Clínica de la dermatitis atópica del adulto
 Diagnóstico diferencial de la dermatitis atópica del adulto
 Escalas de severidad de la dermatitis atópica del adulto
 Tratamiento de la dermatitis atópica del adulto
 Seguimiento y complicaciones de los tratamientos de la dermatitis atópica del adulto
 Criterios de derivación de los pacientes adultos con dermatitis atópica
Otras:
8. De las siguientes actividades, ¿cuáles creería realmente útiles para mejorar su conocimiento y aplicabilidad en su actividad diaria respecto a la dermatitis atópica? Puntúe de 1 a 5 cada una, siendo 1 nada útil y 5 muy útil.
 Un curso de actualización en dermatitis atópica realizado por expertos nacionales
 Un protocolo de derivación de dermatitis atópica
 Un proceso asistencial integrado en dermatitis atópica y eccema
 Una reunión de consenso y actualización en dermatitis atópica y otros eccemas realizado por el dermatólogo de mi centro de referencia
 Una aplicación móvil con criterios diagnósticos que ayuden al diagnóstico de dermatitis atópica del adulto
Otras:
9. ¿Cómo de necesaria considera la publicación de una guía de manejo internivel e integral del paciente atópico adulto, resultado del consenso entre atención especializada y atención primaria?
 Mucho Bastante Poco Nada NS/NC
10. ¿Cómo de necesaria considera la incorporación de la enfermería en la atención del paciente con dermatitis atópica del adulto?
 Mucho Bastante Poco Nada NS/NC
11. ¿Qué otros aspectos considera importantes y útiles para su conocimiento y abordaje de los pacientes con dermatitis atópica?
12. ¿Qué es para usted la dermatitis atópica?
13. ¿Cree que la dermatitis atópica es una enfermedad alérgica? Sí / NO
14. ¿Está familiarizado con el término dermatitis atópica del adulto *de novo*? Sí / NO
15. ¿Qué prueba diagnóstica considera que aporta mayor información para el diagnóstico de dermatitis atópica?
16. ¿Sabe lo que es el tratamiento proactivo de la dermatitis atópica? Sí / NO
17. ¿Podría indicar cuál es el tiempo de demora habitual en su área para que el dermatólogo visite a un paciente con una dermatitis atópica moderada-grave?

Algoritmo A^{1,2}



*Respuesta inflamatoria de la piel a agentes endógenos y exógenos: eritema, edema, vesícula, exudación, costra, descamación, liquenificación. Eccema agudo: predominan las lesiones exudativo-crostradas. Eccema crónico: lesiones rápidas que pasan casi desapercibidas y lo que se advierte es la etapa descamativa y de liquenificación. Eccema subagudo: situación intermedia. **Ausencia completa o casi completa de lesiones y reducción del picor con el tratamiento pautado. ***Necesarios >2 ciclos de terapia con CO durante el último año.

Algoritmo B



*Ausencia completa o casi completa de lesiones y reducción del picor con el tratamiento pautado. **Necesarios >2 ciclos de terapia con CO durante el último año.

Diagnóstico diferencial^{3,4}

	Morfología/lesiones elementales	Localización/distribución	Claves adicionales
Dermatitis atópica	• Eccema en sus múltiples formas. Lesiones agudas (eritema, edema, vesiculación), subagudas (exudado, costras) y crónicas (eritema, descamación, hiperqueratosis y liquenificación) • En general mal definidas, difícil distinguir dónde empieza la piel no afectada • Se suele acompañar de lesiones de rascado	• Predominio flexural, bilateral y simétrico, o • Patrón en portarretratos: cara, cuello, tórax superior (adultos), o • Formas localizadas: párpados, labios, pezones, manos... • Puede haber lesiones de prurigo nodular (a veces predominan)	• Otras comorbilidades atópicas: asma, alergia a alimentos, rinoconjuntivitis, esofagitis eosinofílica • Otros familiares con enfermedades atópicas • IgE total elevada
Eccema seborreico	Áreas mal definidas de eritema y descamación grasienta	Áreas seborreicas: línea de implantación del pelo, gabelas, cejas, pliegue nuchogeniano, conducto auditivo externo, retroauricular	
Psoriasis	Placas eritematosas-descamativas con escamas plateadas, bien delimitadas	• Difuso con predominio en áreas de extensión, cuero cabelludo, nuca... • Afectación ungueal característica • La psoriasis invertida afecta a pliegues	• Afectación ungueal • Puede acompañarse de artritis • Historia familiar de psoriasis
Dermatitis de contacto irritativa/alérgica	Eccema en sus múltiples formas	Lesiones limitadas al área de exposición	• Distribución artefacta, habitualmente asimétricas
Sarna	• Pápulas excoriadas. Surcos acarinos. Eccematización secundaria	• Difuso con afectación predominante de espacio interdigital, muñecas, codos, nalgas • Afectación de pezones y genitales característica • Siempre respeta la cara	• Prurito nocturno • Varios familiares y/o conocidos afectados
Erupción cutánea por fármacos	• Exantema maculopapular, en ocasiones urticariforme • En los casos crónicos se añaden liquenificación y lesiones de rascado	Generalizado, simétrico, con predominio flexural	• Instauración brusca • Preguntar sobre fármacos introducidos en las 2-6 semanas previas al inicio del cuadro

Diagnóstico diferencial adultos-niños^{5,6}

	Niños	Adultos
Infecciones	Escabiosis Micosis cutáneas Impétigo	Escabiosis Micosis cutáneas Impétigo
Enfermedades cutáneas inflamatorias	Otros eccemas Psoriasis Pitiriasis rosada Dermatitis seborreica Urticaria	Otros eccemas Psoriasis PRP Pitiriasis rosada Dermatitis seborreica
Neoplasias	Linfomas T cutáneos Histiocitosis de células de Langerhans	Linfomas T cutáneos
Trastornos inmunológicos	Inmunodeficiencias Síndromes hipereosinofílicos	EICH Dermatitis herpetiforme Enfermedades ampollasas
Alteraciones genéticas y metabólicas	Síndrome de Netherton Fenilcetonuria Acrodermatitis enteropática	Acrodermatitis enteropática Queratosis pilar familiar
Otras	Toxicodermias Fotodermatitis	Toxicodermias Fotodermatitis

AP: Atención Primaria; CdV: calidad de vida; CO: corticosteroides orales; DA: dermatitis atópica; EICH: enfermedad del injerto contra el huésped; IGA: *investigator global assessment*; PGA: *patient global assessment*; PRP: pitiriasis rubra pilaris.

Referencias

1. Wollenberg A, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32(5): 657-682. Fe de errata en: J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019; 33(7): 1436; 2. Wollenberg A, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32(6): 850-878; 3. Barrett M, et al. Immunol Allergy Clin North Am. 2017; 37(1): 11-34; 4. Siegfried EC, et al. J Clin Med. 2015; 4(5): 884-917; 5. Raimondo A, et al. Dermatol Pract Concept. 2021; 11(4): e2021146; 6. El Hachem M, et al. Ital J Pediatr. 2020; 46(1): 11.

Conflictos de interés: IFN ha realizado funciones de ponente y/o consultor de Abbvie, Almirall, Celgene, Eli Lilly, LEO Pharma, Novartis, Vifor Pharma, Sanofi y Pfizer; y ha recibido subvenciones de LEO Pharma. LCB ha recibido honorarios como consultora de Sanofi, Lilly, LEO Pharma y Abbvie. AFM ha recibido honorarios como consultora e investigadora de Sanofi. NGB ha participado como médico consultor para Sanofi. CSH ha recibido honorarios de Sanofi. ESB ha recibido honorarios por formación, consultoría e investigación para Novartis, Almirall, Genetec, Pierre Fabre, Pfizer, Abbvie, Lilly, LEO Pharma, Sanofi y Galderma. JFS ha recibido honorarios como consejero o ponente en eventos científicos de Sanofi Genzyme, Regeneron, AbbVie, Galderma, Eli Lilly, LEO Pharma, Pfizer y Novartis y ha colaborado como investigador principal en ensayos clínicos promovidos por AbbVie, Amgen, AstraZeneca, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, Galderma, Incyte, LEO Pharma, Novartis y Pfizer. JCAH ha colaborado con charlas, proyectos de investigación y asesorías con: Abbvie, Amgen, Almirall, Galderma, Gebro, LEO Pharma, Lilly, Sanofi, MSD, Mylan, Novartis, Pfizer, UCB Pharma, YHC, RSF y RSS no tienen conflictos de interés relevantes que declarar.

Financiación:

Este proyecto ha contado con la financiación de Sanofi.