

Sumario

■ TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

- TRATAMIENTO CON CORTICOIDES TÓPICOS
- TABLA DE POTENCIA DE LOS CORTICOIDES TÓPICOS
- TRATAMIENTOS ASOCIADOS
- COMPLICACIONES
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

■ ACLARACIONES EN TORNO A LA PROTECCIÓN SOLAR

- PREVENCIÓN DE QUEMADURAS SOLARES EN MENORES DE 6 MESES
- LIMITACIONES DE LAS CREMAS SOLARES

TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel caracterizada por una erupción cutánea e intenso prurito. Con frecuencia, se da en individuos con antecedentes personales o familiares de asma y rinitis alérgica. La causa que la origina es desconocida, pero se sabe que tiene una base genética y que están implicados numerosos mecanismos celulares. La DA es fundamentalmente una enfermedad pediátrica que comienza habitualmente antes de los 5 años y que afecta a un 15-20% de los niños en edad escolar en el Reino Unido. La prevalencia ha aumentado mucho en los últimos 30 años, así como la de la rinitis alérgica y asma. Las razones no están claras, pero se han implicado múltiples factores como los contaminantes internos, aereoalergenos (ácaros del polvo, polen, epitelios animales), contaminación externa, clima, estrés emocional, dieta y factores prenatales o perinatales como infecciones (1,2).

La DA suele comenzar en los primeros meses de vida con lesiones rojas, exudativas y costrosas en cara, cuero cabelludo, tronco y cara externa de extremidades. En los niños mayores o en los adultos puede adoptar una forma crónica y más localizada. El curso es impredecible, aunque se estima que el 60 % no presenta lesiones en la adolescencia (3,4).

La base del tratamiento de la DA son los corticoides tópicos.

No existen pruebas de laboratorio para establecer el diagnóstico; éste suele ser totalmente clínico. Se basa en la distribución de las lesiones, su duración y frecuentemente, en el antecedente familiar de atopia (2,3). Aunque actualmente no tiene cura, existen diversas intervenciones que ayudan a controlar sus síntomas y a disminuir el número de brotes, mejorando así la calidad de vida del paciente atópico (1,2).

TRATAMIENTO CON CORTICOIDES TÓPICOS

La base del tratamiento de la DA son los **corticoides tópicos**. Su elección debe ajustarse a la gravedad de la enfermedad. La dermatitis leve o moderada habitualmente puede controlarse con corticoides tópicos de baja o media potencia y medidas preventivas y coadyuvantes, tanto en niños como en adultos. Se pueden usar corticoides más potentes para el tratamiento de los brotes agudos. Se reserva la vía oral sólo para los casos más graves y/o brotes rebeldes que no se resuelven tras la administración tópica del corticoide (2). Otros fármacos útiles en DA y reservados para los casos más rebeldes son los inmunosupresores (ciclosporina, metotrexato, azatioprina, tacrolimus,...) (2,5).

En pequeños ensayos clínicos randomizados, controlados frente a placebo y a corto plazo, se ha observado que la aplicación tópica de corticoides durante 1-4 semanas mejora la DA. No existe suficiente información sobre sus efectos a largo plazo: no se han descrito efectos sistémicos ni atrofia cutánea en ensayos clínicos breves ni en un estudio de cohortes de 14 pacientes durante 6,5 años. Se desconoce si los corticoides tópicos tienen algún efecto sobre la historia natural de la DA. Algunos estudios han permitido observar que la aplicación de corticoides tópicos potentes

dos veces al día durante seis semanas produce una disminución del grosor de la piel, que se recupera al cabo de cuatro semanas tras finalizar el tratamiento. Se han observado otros efectos adversos leves y con una incidencia menor al 10% como: sensación de quemazón, irritación, foliculitis, hipertrichosis, dermatitis de contacto y alteraciones de la pigmentación (1).

A la hora de seleccionar el corticoide más apropiado se deben valorar (2):

- las **características de las lesiones** (localización, superficie afectada, grado de humedad de la zona, gravedad del brote)
- la **edad del paciente** (los niños, los ancianos y los pacientes con enfermedad diseminada son más susceptibles a los efectos locales y sistémicos de los corticoides)
- el **vehículo**. Los vehículos grasos (**ungüentos y pomadas**) son de elección para el tratamiento de lesiones secas y escamosas por su capacidad oclusiva, que

incrementa la penetración del principio activo en las capas más profundas de la piel. Muchos pacientes consideran desagradable su uso por lo que el cumplimiento del tratamiento suele ser inferior que con otras formulaciones. Son altamente hipoalergénicos. Las **cremas** se deben utilizar en lesiones húmedas o en áreas intertriginosas en las cuales las pomadas podrían causar maceración y foliculitis. Debido a su carácter menos graso son mejor aceptadas por el paciente, pero son menos emolientes. Las emulsiones O/A (fase externa acuosa) se absorben más rápido pero son menos hidratantes que las emulsiones A/O (fase externa oleosa). Los **geles y lociones** son útiles para aplicar en regiones pilosas. Los **aerosoles** son prácticos para tratar zonas muy amplias (6).

La **potencia de los preparados** tópicos de corticoides depende de 3 factores: las características de la molécula, la concentración a la que se halla y el vehículo utilizado. En Europa, los corticoides se clasifican según su potencia en 4 grupos:

CLASE	MOLÉCULA DE CORTICOIDE TÓPICO	NOMBRE COMERCIAL
POTENCIA BAJA (CLASE IV)	HIDROCORTISONA(1%-2,5%)	LACTISONA1% 60ML LOCIÓN
		LACTISONA2.5% 60ML LOCIÓN
	HIDROCORTISONA ACETATO (0,25-2,5%)	DERMOSA HIDROCORTISONA1% 30G POMADA
		DERMOSA HIDROCORTISONA 2.5% 30G POMADA
POTENCIA MEDIA (CLASE III)	BECLOMETASONA SALICILATO (0,025%)	DEREME 0,025% 60G CREMA, GEL DEREME 0,025% 30ML, 60ML LOCIÓN, LOCIÓN CAPILAR
	CLOBETASONA BUTIRATO (0,05%)	EMOVATE 0,05% 15G, 30G CREMA
	FLUMETASONA PIVALATO (0,02%)	LOCORTENE 30G, 60G CREMA
	FLUOCINOLONA ACETÓNIDO (0,01%)	SYNALAR 0,01% 30ML, 60ML SOLUCIÓN CAPILAR SYNALAR GAMMA 0,01% 30G, 60G CREMA
	FLUCORTINA (0,75%)	VASPIT 0,75% 30G, 60G CREMA, POMADA
	FLUCORTOLONA (0,25%)	ULTRALAN-M 0,2% 30G, 60G, CREMA, POMADA
	FLUPAMESONA (0,15% Y 0,3%)	FLUTENAL 0,3% 30G, 60G, CREMA, POMADA
		FLUTENAL FUERTE 0,3% 60ML LOCIÓN
		FLUTENAL PEDIÁTRICO LOCIÓN 0,15% 60ML
	HIDROCORTISONA ACEPONATO (0,1%)	SUNIDERMA 0,127% 30G, 60G CREMA, POMADA
	PREDNICARBATO (0,25%)	BATMEN 0,25% 30G, 60G CREMA, POMADA, UNGÜENTO
		BATMEN 0,25% 60ML SOLUCIÓN
		PEITEL 0,25% 30G, 60G CREMA, POMADA, UNGÜENTO
PEITEL 0,25% 60ML SOLUCIÓN		
POTENCIA ALTA (CLASE II)	BECLOMETASONA DIPROPIONATO (0,025%)	BECLOSONA 0,1% 20G CREMA
		MENADERM SIMPLE 0,025% 30G, 60G POMADA, UNGÜENTO
		MENADERM SIMPLE 0,025% 60ML LOCIÓN
	BETAMETASONA DIPROPIONATO (0,05%)	DIPRODERM 0,05% 30G, 60G CREMA, UNGÜENTO
		DIPRODERM 0,05% 30ML, 60ML SOLUCIÓN

CLASE	MOLÉCULA DE CORTICOIDE TÓPICO	NOMBRE COMERCIAL	
	BETAMETASONA VALERATO (0,1%)	BETAMATIL 0,1% 15G, 30G CREMA, GEL	
		BETAMATIL 0,1% 20MLSOLUCIÓN	
		BETNOVATE 0,1% 15G, 30G CREMA	
		BETNOVATE CAPILAR 0,1% 30G, 60G SOLUCIÓN	
		BETTAMOUSSE 0,1% 100G ESPUMAUSO CUTÁNEO	
		CELESTODERM 0,1% 30ML SOLUCIÓN CAPILAR	
		CELESTODERM V 0,1% 30 G, 60G CREMA	
		CELESTODERM V 0,05% 30G, 60G CREMA	
	BUDESONIDA(0,025%)	DEMOTEST 0,025% 30G, 60G CREMA, POMADA	
		OLFEX 0,025% 30G, 60G CREMA, UNGÜENTO	
	DESOXIMETASONA (0,25%)	FLUBASON 20G CREMA	
	DIFLORASONADIACETATO (0,05%)	MURODE 0,05% 30G CREMA, GEL	
	DIFLUCORTOLONA VALERATO (0,1%)	CLARAL 0,1% 30G,60G CREMA, POMADA, UNGÜENTO	
	FLUOCINOLONAACETÓNIDO (0,025%)	CORTIESPEC 0,025% 30G CREMA	
		FLUOCORTAN 0,025% 30MLSOLUCIÓN	
		GELIDINA0,025% 30G, 60G GEL	
		SYNALAR CREMA0,025% 30G, 60G; 60G ESPUMA	
	FLUOCINONIDA(0,05%)	CUSIGEL 0,05% 30G, 60G GEL	
		KLARIDERM 0,05% 30G CREMA	
		NOVOTER 0,05% 30G, 60G CREMA	
	FLUPREDNIDENO ACETATO (0,1%)	DECODERM 0,1% 20G, 40G CREMA	
	HIDROCORTISONABUTIRATO PROPIONATO (0,1%)	ISDINIUM 0,1% 30G, 60G CREMA, POMADA	
		CENEO 0,1% 30G, 60G CREMA, POMADA	
	METILPREDNISOLONAACEPONATO (0,1%)	ADVENTAN 0,1% 30G, 60 G CREMA,POMADA,UNGÜENTO	
		ADVENTAN 0,1% 20, 50G EMULSIÓN USO CUTÁNEO	
	MOMETASONAFUROATO (0,1%)	ELICA 0,1% 30ML, 60MLSOLUCIÓN	
		ELICA0,1% 30G, 60G CREMA, UNGÜENTO	
		ELOCOM 0,1% 30G, 60G CREMA, UNGÜENTO	
		ELOCOM 0,1% 30ML, 60MLSOLUCIÓN FRASCO	
	POTENCIA MUYALTA (CLASE I)	CLOBETASOLPROPIONATO (0,05%)	CLOVATE 0,05% 15G, 30G CREMA
			DECLOBAN 0,05% 15G, 30G POMADA
		DIFLUCORTOLONA VALERATO (0,3%)	CLARAL FUERTE 0,3% 30G POMADA, UNGÜENTO
FLUCLOROLONAACETÓNIDO (0,2%)		CUTANIT ULTRA0,2% 15G, 30G CREMA	
FLUOCINOLONAACETÓNIDO (0,2%)		ALVADERMO FUERTE 0.2% 15G POMADA	
		CO-FLUOCIN FUERTE 0,1% 15G, 30G CREMA	
		FLUODERMO FUERTE 0,2% 5G, 15G CREMA	
		FLUOCID FORTE 0,2% 30G CREMA	
		OXIDERMIOL FUERTE 0.2% 5G, 15G CREMA	
		SYNALAR FORTE 0,2% 15G, 30G CREMA	
HALCINONIDA(0,1%)	HALOG 0,1% 30G CREMA		
HALOMETASONA MONOHIDRATO (0,05%)	SICORTEN 0,05% 30G, 60G CREMA, POMADA		

(Adaptado de Martindale)

En función de todos estos factores se optará por un corticoide tópico de la potencia adecuada, y en la forma farmacéutica más apropiada, para obtener el máximo beneficio terapéutico y la menor incidencia de reacciones adversas.

Recomendaciones de uso:

- Algunos autores recomiendan comenzar el tratamiento con corticoides potentes y pasar a preparados de menor potencia una vez controlado el brote, mientras otros autores prefieren iniciar los tratamientos con preparados de la menor potencia posible. En la actualidad no existe suficiente evidencia para decantarse por una de estas alternativas (4,6). Los corticoides más potentes están contraindicados en niños menores de un año (6,7).
- **No existe evidencia clara de que la aplicación dos veces/día de corticoides tópicos sea superior a una única aplicación diaria.** Debido a ello, sería justificable el uso de corticoides una vez al día como primer paso en la DA (incluidos los corticoides tópicos clásicos) (4).
- Se ha sugerido que periodos de descanso de al menos 2 semanas, cada 2 ó 3 semanas de tratamiento con corticoides tópicos, serían convenientes en los niños para dar tiempo a que la piel recupere el grosor perdido y mantenga su función barrera (6).
- Se deben usar corticoides de baja o media potencia en cara, pliegues, párpados, escroto o dermatosis muy extensas, así como en niños. Conviene reservar los de potencia alta para aplicar en palmas y plantas, en dermatosis liquenificadas o cuando preveamos que el tiempo de aplicación será corto. Evitar el uso prolongado y/o la aplicación en áreas extensas durante el embarazo y la lactancia (2,7).
- La aplicación de los corticoides se hará suavemente, en finas capas, preferentemente tras un baño (6). La cantidad de producto que cubre la yema del dedo índice (aprox. 500 mg) es suficiente para aplicar sobre un área igual al doble de la palma de la mano de un adulto (7).

Sería justificable el uso de corticoides tópicos una vez al día, como primer paso en la DA.

TRATAMIENTOS ASOCIADOS

Aunque la evidencia de asociar **emolientes** a los corticoides en la DA es muy limitada, su uso está plenamente extendido en la práctica diaria (4). Entre cada aplicación de corticoides se utilizan emolientes, con el fin de hidratar la piel y facilitar así la absorción del corticoide. Incluso se sugiere que la falta de actividad de los corticoides tópicos (taquifilaxia) podría

evitarse interrumpiendo su aplicación continuada y utilizando emolientes sencillos durante una semana o más, después de la cual los corticoides volverían a ser eficaces (3). Debido a que la aceptación y eficacia de los emolientes difiere de un paciente a otro, el emoliente más adecuado es aquel que el paciente vaya a utilizar regularmente, y por ello debe ser elegido y probado individualmente (4,8).

El prurito es uno de los síntomas más comunes y molestos de la DA. A pesar del frecuente uso de los **antihistamínicos H1** por vía oral en el tratamiento del prurito en la DA, existen pocos estudios clínicos de calidad que hayan evaluado su eficacia, por lo que su uso necesita aún de investigación adecuada. Los antihistamínicos sedantes se usan frecuentemente, especialmente antes de acostarse, para facilitar el sueño. Debido a que la intensidad del picor a menudo aumenta por la noche, el efecto somnífero de estas formulaciones sedantes puede ser bastante útil. Por otro lado, no existe ninguna evidencia que apoye la efectividad de los antihistamínicos no sedantes en el tratamiento de la DA (9).

Los adultos pueden beneficiarse de los **psoralenos más rayos UVA** de alta intensidad (PUVA). Debido a sus potenciales efectos secundarios a largo plazo, raramente está indicado en niños y adultos jóvenes (3).

Existe cierta evidencia de que la no ingestión durante la lactancia de alimentos alergénicos por parte de la madre o el empleo de fórmulas de leche de vaca muy hidrolizadas en el lactante son factores beneficiosos en la prevención y/o tratamiento de la enfermedad. Asimismo, la aspereza de la ropa parece ser un factor más importante, que el tipo de tejido en los pacientes con DA. No hay estudios clínicos bien diseñados que apoyen otras intervenciones habituales como: evitar jabones, exposición intencionada a alérgenos, evitar el contacto con animales y ácaros del polvo y/o utilizar leche de soja en lugar de la de vaca (4).

COMPLICACIONES

La piel de un paciente con DA no ejerce su función barrera adecuadamente, por no estar en condiciones idóneas y porque su función inmunológica está alterada. Además, el rascado frecuente de las zonas facilita las erosiones de la piel y las sobreinfecciones bacterianas, víricas y/o fúngicas (8).

Staphylococcus aureus y/o Streptococcus beta-hemolíticos colonizan e infectan secundariamente la piel de los pacientes con DA frecuentemente, lo que se evidencia por la aparición de pústulas y exuda-

ción (2,4,5). En las formas localizadas la terapia tópicamente ha demostrado ser eficaz. Los antibióticos más utilizados son ácido fusídico (2%) y mupirocina (2%) aplicados 3-4 veces al día durante 5-10 días. Para evitar la aparición de resistencias no deberían utilizarse durante más de diez

días. No se recomienda utilizar preparados tópicos de neomicina por su alto poder sensibilizante (7,10). En las formas generalizadas debe realizarse tratamiento sistémico, para lo cual se puede emplear cloxacilina, amoxicilina/clavulánico, eritromicina u otros macrólidos. La cloxacili-

na se emplea por vía oral a dosis de 500mg/6 horas en adultos y 50mg/Kg/día divididos en 4 tomas en niños; la eritromicina se recomienda a dosis de 500mg/6 horas en adultos y 40 mg/kg/día en 4 tomas en niños, y la amoxicilina/clavulánico 500/125mg/8 horas en adultos y 25-50 mg/kg/día (de amoxicilina) en 3 tomas en niños (10,11). A pesar de su amplia utilización, no hay evidencia de que el uso conjunto

El emoliente más adecuado es aquel que el paciente vaya a utilizar regularmente.

de corticoides y antibacterianos tópicos mejore la eficacia del corticoide solo en el tratamiento de la DA infectada y no infectada (4).

El eccema herpeticum es una seria complicación viral cuyas vesículas monomorfas dolorosas se desarrollan repentinamente con exudado, costra y erosión. Otras complicaciones víricas, especialmente en niños, son las verrugas y el molluscum contagiosum (5).

También las infecciones fúngicas superficiales son más habituales en los pacientes atópicos y pueden contribuir a la exacerbación de la DA. Los hongos más habituales son *Trichophyton rubrum* y *Pityrosporum ovale*. Cuando se tratan con antifúngicos (p.ej.: ketoconazol) se reduce la severidad de la DA (2).

CONCLUSIONES

Los corticoides tópicos son la base del tratamiento de la DA. La evidencia disponible para el uso de otros tratamientos coadyuvantes como emolientes, o antihistamínicos sedantes es muy escasa, y está basada principalmente en la experiencia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Charman C. Atopic eczema. *Clinical Evidence* 2000; 4: 944-956.
2. Martin RW, Popovich NG. Atopic Dermatitis. *US Pharmacist* 2000; 89-99.
3. El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica 1994; 9ª edición española. Barcelona: Doyma Libros S.A.; 1994.
4. Hoare C, Li Wan Po A, Williams H. Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health Technol Assess* 2000; 4(37).
5. Rudikoff D, Lebwohl M. Atopic Dermatitis. *Lancet* 1998;351: 1715-21.
6. Parfitt K, Editor. Martindale The Complete Drug Reference. 32th edition. London: Pharmaceutical Press; 1999.
7. British Medical Association and The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Eds. *British National Formulary* 2000, nº39. London: British Medical Association and The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2000.
8. Przybilla B, Eberlein-Konig B, Rueff F. Practical management of atopic eczema. *Lancet* 1994; 343: 1342-46.
9. Klein PA, Clark RAF. An Evidence-Based Review of the Efficacy of Antihistamines in Relieving Pruritus in Atopic Dermatitis. *Arch Dermatol*. 1999;135: 1522-25.
10. Veien NK. The clinician's choice of antibiotics in the treatment of bacterial skin infection. *British J Dermatol* 1998; 139: 30-36.
11. Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA. *The Sanford guide to antimicrobial therapy*. 30th edition. Vienna: Antimicrobial Therapy Inc; 2000.

ACLARACIONES EN TORNO A LA PROTECCIÓN SOLAR

PREVENCIÓN DE QUEMADURAS SOLARES EN MENORES DE 6 MESES

Toda exposición al sol puede causar daños en la piel, pero se debe tener especial precaución con los niños, en los que el daño solar es máximo y acumulativo (1). **La prevención evitando o minimizando la exposición solar es fundamental, especialmente en los niños menores de 6 meses.**

El uso de filtros solares en niños menores de 6 meses ha sido un tema controvertido. La FDA no recomienda

la utilización de filtros solares en niños menores de 6 meses por las diferentes caracte-

rísticas de absorción de su piel, e inmadurez de los sistemas de metabolismo y de eliminación.

A pesar de estas consideraciones, actualmente la Asociación de Cáncer de Australia, apoyada por el Colegio de Dermatólogos de Australia concluye

que no hay ninguna evidencia

que sugiera que el uso de filtros solares sobre pequeñas áreas de la piel de los bebés se asocie con efectos a largo plazo. Recomiendan que cuando la protección física, mediante ropas, sombreros y sombra sea inadecuada, se usen filtros solares en niños menores de 6 meses en las zonas expuestas al sol. Es importante recordar que cuando existen superficies reflectantes, las sombrillas sólo reducen un 50% de la radiación ultravioleta (1).

La prevención es fundamental, especialmente en los niños menores de 6 meses.

LIMITACIONES DE LAS CREMAS SOLARES

Factores ambientales como el viento, el calor, la humedad y la altitud pueden reducir la eficacia de las cremas solares (2). Además, existe cierta polémica en torno al uso de valores numéricos del Factor de Pro-

tección Solar (FPS), ya que se suele realizar una mala interpretación que puede llevar a prolongar la exposición solar excesivamente (2,3).

El FPS se calcula utilizando una cantidad de 2 mg/cm² de producto, sin embargo, numerosos estudios muestran que la aplicación habitual oscila entre 0,5-1 mg/cm² (2,3). En este caso, una crema etiquetada como de factor de protección 15, corresponderá realmente a un factor de protección entre 3 y 7. También hay que tener en cuenta que aunque las cremas más modernas son más permanentes y más resistentes al agua, siguen siendo necesarias aplicaciones múltiples para mantener la protección durante una exposición prolongada (2).

Por lo tanto, es aconsejable recomendar a la población:

- una disminución de la exposición al sol, especialmente durante las horas de mayor intensidad.
- utilizar un producto con FPS 15 o superior.
- aplicar el protector solar generosamente al menos media hora antes de la exposición.
- no olvidar zonas clave a proteger como el cuello, orejas y sienes.
- renovar la aplicación del producto cada 2-3 horas, y siempre después de un baño o una gran sudoración.
- estos productos deben renovarse cada verano, no es adecuado utilizar el envase del año anterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Ultraviolet light: a hazard to children. Pediatrics 1999;104(2):328-33.
2. The Medical letter (ed española) 1999; XXI(13):57-8
3. Diffey B. Has the sun protection factor had its day?. BMJ 2000;320:176-7.

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáriz, Maite Callén, Aritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itsasne Lekue, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Oloquegui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde, Javier Urraca.

ISSN: 1575054-X
D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud

