



# DERMATITIS ATOPIKOA: EGUNERAKETA

## AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ DIAGNOSTIKOA
- ▶ TRATAMENDUA
  - Neurri orokorra
  - Tratamendu antiinflamatorio topikoa
  - Fototerapia
  - Tratamendu sistemikoa



## SARRERA

Dermatitis atopikoa (DA) edo ekzema atopikoa larruazaleko gaixotasun inflamatorio kroniko eta errepikatu bat da, eta prurito biziarekin eta larruazaleko lehortasunarekin azaltzen da. Askotan, gaixotasun atopikoak (elikaduragatiko alergia, bronkioetako asma edo errinokonjuntibitis alergikoa) dituzten familietan agertzen da<sup>1</sup>.

Adin pediatrikoan, larruazaleko gaixotasun kroniko ohikoena da; haurren artean %20rainoko prebalentziarekin eta helduen artean, % 2-10 arteko prebalentziarekin. Paziente gehienek intentsitate baxuko edo moderatuko DA izaten dute, eta lehen mailako arretan tratatu daiteke. Kasuen % 10ek bakarrik izaten dituzte larritzat jotzen diren lesio ekzematosoak<sup>1,2</sup>.

Etiopatogenia konplexukoa da; faktore hauek bultzatzen dute DA garatzen: genetikoeak (zenbait genetan mutazioak izatea, hala nola filagrina), ingurumenekoeak (ingurune-lehortasuna, uraren gogortasuna, detergenteen erabilera...) eta nahasmendu autoimmuneek (TH2 bidearen desoreka, IgEren ekoizpena eta inflamazioaren bitartekariak areagotzen dituela). Faktore horiek larruazalaren hesiaren eta immunitate-sistemaren disfuntzioa eragiten dute, eta horrek, berriz, komorbilitateak izatea errazten du (elikaduragatiko alergia, errinitisa, konjuntibitisa, asma estrinsekoa)<sup>1-3</sup>.

Dermatitis atopikoak eragin nabarmena izan dezake bizi-kalitatean eta ondorio psikosozial negatiboak izan ditzake. DA moderatu edo larriak beste gaitz hauek ere ekartzen ditu: depresioa, antsietatea, loaren erasana, bizi-kalitatea murriztea eta autoestimua hondatzea, besteak beste. Loaren erasana dermatitis atopikoaren sintoma oso arrunta izaten da adin pediatrikoan, eta haurren nahiz haien familien bizi-kalitatean eragiten du<sup>1,4</sup>.

INFAC honen helburua dermatitis atopikoa duten pazienteak maneiatzeko gomendioak berrikustea eta eguneratzea da.

## DIAGNOSTIKOA

Gaixotasunaren diagnostikoa klinikoa da, eta batez ere Hanifin eta Rajkaren irizpideetan oinarritzen da, 1980an diagnostikoa egiteko zenbait irizpide nagusi eta txiki ezarri baitzituzten. Atopiaren aurrekariak dituzten pazienteetan, funtsezkoa da pruritoa eta morfologia eta banaketa tipikoak dituzten ekzema-lesio kronikoak edo errepikariak izatea diagnostikorako. Lesioak, eboluzio-denboraren arabera, honela sailkatzen dira<sup>2,3,5</sup>:

- Akutuak: eritema, besikulazioa, exudatua, eskoriazioa.
- Azpiakutuak: eritema-papulak, ezkatatzea, eskoriazioa.
- Kronikoak: likenifikazioa, azala loditzea, papula fibrotikoak, tolesturak ugaritzea.

Lesioak leku batean edo bestean agertuko dira pazientearen adinaren arabera; hiru fase kliniko-ebolutibo daude. (ikusi 1. taula).

### 1. taula. DAren fase kliniko-ebolutiboak<sup>3,4,5</sup>

	Adina	Lesioak	Kokalekua
Bularreko haurra	0-2 urte	Ekzema exudatzailea; prurito bizia eragiten du	Masailak, buruko ile-larrua, gorputz-adarrak luzatzen diren inguruak.
Haur eta nerabeak	2-16 urte	Ekzema azpiakutua, exudazio gutxiagokoa	Tolestura kubitala eta popliteoa, betzulo- eta aho-inguruneak eta eskugaina.
Heldua	>16 urte	Ekzema kronikoa, likenifikazioa	Tolesturak, lepoa, eskugaina eta oinak.

Gaixotasunaren larritasuna baliozkotzat jotako puntuazio-sistemen bidez ezartzen da; puntuazio-sistema horiek, batetik, sintomen eta zeinuen intentsitatean eta gaixotasunaren hedapenean oinarritzen dira —hala nola [SCORAD](#) (Scoring of Atopic Dermatitis) eta [EASI](#) (Eczema Area and Severity Score)— eta, bestetik, medikuaren balorazioetan, hala nola PGA (Physician Global Assessment)<sup>2</sup>.

[NICE](#)k ekzemaren larritasuna ikusita ebaluatzeke gida praktikoa proposatu du; horren barruan sartzen da gaixotasunak bizi-kalitatean eta ongizate psikosozialean duen eragina ebaluatzea ere<sup>6,7</sup> (ikusi 2. taula).

## 2. taula. DAren larritasunaren ikusizko ebaluazioa<sup>6,7</sup>

	Arina	Moderatua	Larria
Larruazal-eremu lehorrak	Bai	Bai	Oso zabalak
Azkura	Ez askotan	Askotan	Etengabe
Gorriuneak	Gorriunerik ez edo gutxi	Gorriuneak (eskorazioarekin edo gabe, eta larruazala handiagotuta eremu jakin batzuetan)	Gorriuneak (eskorazioarekin edo gabe, larruazal eremu asko lodituta, odola dariola eta pigmentazioan alterazioak)
Eragina eguneroko jardueretan	Eskasa	Moderatua	Mugatze nabarmenak
Loaren erasana	Gutxitan	Maiz	Gaueko loa galtzea
Egoera psikosoziala	Ezin hobea	Ezin hobea	Kaltetua

## TRATAMENDUA

Tratamenduaren helburuak sintomak gutxitzea (pruritoa eta dermatitisa), exazerbazioak prebenitzea eta tratamenduak eragindako ondorio kaltegarri ahalik eta gutxien izatea dira. Dirudenez, larruazalaren hesiko nasmenduak onera etortzeko garaiz esku hartzeak gaixotasunaren bilakaera eragotzi dezake alergenoko larruazaletik sartzeari saihestuz<sup>6,7</sup>.

DA gaitz kroniko bat denez, tratamendua epe luzera planifikatu behar da, eta segurtasunari arreta berezia jarri behar zaie<sup>1</sup>. Faktore asko kontuan hartuta heldu behar zaio gaixotasunari: faktore eragileak saihestu, higienaren eta hidratazioaren bitartez larruazalaren hesia bere onera ekarri eta mantendu, pazienteak eta senideak hezi eta inflamazioa farmakologikoki tratatu.

### 1. irudia. Dermatitis atopikoaren tratamendua (8 erreferentziatik moldatuta)

- Terapia eraginkorra ez izatekotan, kontuan izan tratamendua betetzen den edo diagnostikoa egokia den.
- Gaininfekziorik izanez gero, gehitu antiseptikoak edo mikrobioen aurkakoak.

LARRITASUNA	<b>Ekzema larria (SCORAD &gt;50) edo iraunkorra</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziklo laburrak ahotiko kortikoideekin.</li> <li>• Agente immunoezabatzaileak: A ziklosporina (&gt;16 urte)*.</li> <li>• Agente biologikoak: dupilumaba eta tralokinumaba**.</li> <li>• JAKaren inhibitzaileak: abrozitiniba, barizitiniba eta upadazitiniba**.</li> </ul> <p>* Metotrexatoa, azatioprina eta mofetilo-mikofenolatoa DA moderatu-larrietan erabiltzen dira, baina ez dute indikazio onarturik.</p> <p>** Finantzaketa mugatua; ospitalean dispensatzen dira.</p>
	<b>Ekzema moderatua (SCORAD 25-50) edo errepikaria</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia proaktibo topikoa, kaltzineurinarekin inhibitzaileekin edo potentzia moderatu-altuko kortikoideekin.</li> <li>• Bendaje hezeak.</li> <li>• Fototerapia (helduetan bakarrik).</li> </ul>
	<b>Ekzema arina (SCORAD &lt; 25) edo aldizkakoa</b>
	<b>Oinarrizko terapia. Neurri orokorrak</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pazienteen eta haien senideen heziketa.</li> <li>• Gaixotasuna eragiten duten faktoreak saihestea.</li> <li>• Larruazal hesia mantentzea, higienaren eta hidratazioaren bidez.</li> </ul>

## NEURRI OROKORRAK

### Pazienteen eta haien senideen heziketa

Guraso eta senideei dermatitis atopikoa zer den ongi adierazi behar zaie, gaixotasuna nolakoa den uler dezaten. Horrek, zeharka bada ere, familia-ingurunea hobetuko du eta, beraz, baita bizi-kalitatea ere. Jakin behar dute DA gaixotasun kroniko inflamatorio bat dela, agerraldiak izaten dituela eta, sendatzeko tratamendurik ez badu ere, adinarekin eta tratamenduaren betetze egokiarekin, hobera egiten duela. Horrenbestez, familiako eguneroko ohituren parte izan behar du tratamenduak, eta haurra gaixotasunaren zainketan inplikatu behar da<sup>5,9</sup>.

### Gaixotasuna eragiten duten faktoreak saihestea<sup>3,9</sup>

- Azala gehiegi bustitzea eta, ondoren, ez hidratatzea.
- Giro lehorra eta muturreko tenperaturak izatea. Etxebizitzan gehiegizko beroa izatea inflamazio-prozesuaren aktibatzaile garrantzitsu bat da.
- Estresa eta antsietatea.
- Narritagarri mekanikoak: arropa estuegia eta beroegia erabiltzea, transpiratzen uzten ez duena (ahal dela kotoizko jantziak erabili behar dira, eta artilezko eta zuntz sintetikoak ez erabiltzea).
- Narritagarri kimikoak: disolbatzaileak, detergenteak, xaboiak, formaldehidoa, azidoak, ur gogorra. Arropa lehen aldiz erabili aurretik garbitzea komeni da, ehunak mantentzeko erabiltzen den formaldehidoaren eragin narritagarria ezabatzeko. Pazientearen arropa garbitzeko, xaboi ez-detergenteak edo detergente leunak erabili behar dira, eta ez da leungarririk erabili behar.
- Alergenoak paziente sentibilizatuetan.

### Larruazal hesia mantentzea, higiearen eta hidratazioaren bidez

Hesi epidermikoa galtzea funtsezko faktorea da gaixotasunaren patogenian, eta, beraz, hura mantentzea da tratamenduaren oinarrietako bat. Produktu hidratatzaileak egunero erabiltzen badira, DAREN larritasuna hobetu egiten da, tratamendu antiinflamatorio topikoen ekintza areagotzen da eta agerraldien maiztasuna eta kortikoideen erabilera murrizten dira<sup>2</sup>.

Gomendatzen da **krema emolienteak** (glizerola) aplikatzea, azala leuntzen dutenak, **hezegarriak** (urea, azido laktikoa) ematea, ura erakarri eta atxikitzen dutenak, bainatu eta berehala, larruazala apur bat heze dagoela. Batzuetan, **agente oklusiboak** erabil daitezke (baselina, dimetikona), geruza korneoko ura lurruntzea eragozten baitute. Ez da gomendatzen larruazala handituta dagoenean erabiltzea (agerraldian), gaizki toleratzen baitira. Baina, agerraldi akutua tratatu ondoren, egunean bitan aplikatzea gomendatzen da, mantentze-tratamendu gisa<sup>3</sup>.

Emolienteen eraginkortasunari buruzko azterketa konparatibo batean, ez zen desberdintasunik aurkitu haurren ekzemarako erabiltzen diren lau emoliente-formulazioen artean (lozioa, krema, gela eta ukendua). Pazienteek eta zaintzaileek hautatzeko aukera izan beharko lukete eskura dituzten emoliente-formulazioen artean, nahiago dituztenak eta modu erregularrean eta eraginkorrean ematea bermatzen dutenak<sup>7,10</sup>.

## TRATAMENDU ANTIINFLAMATORIO TOPIKOA

Inflamazioa da gaixotasunaren oinarri kliniko eta histologikoa, zeinak pruritoa eta pazientearen ondoeza eragiten baititu. Horrela, inflamazio-prozesua egoki maneiatzen bada, arindu egingo da pazientearen egoera.

Kortikoide eta kaltzineurinarekin inhibitzaile topikoak eraginkorrak gertatu dira inflamazioa eta pruritoa gutxitzeko. Horiek emolienteen erabileraren osagarri gisa erabili behar dira, eta aplikazioa aldi desberdinetan egin behar da<sup>2,7,9</sup>.

### Kortikoide topikoak (KT)

Aukerako tratamendua dira DAREN agerraldietarako. Agerraldi akutua izaten denean erabiltzen dira, egunero behin edo bitan (terapia errektiboa). Agerraldia arintzen denean, mantentze-tratamendua egin daiteke KT astean bitan emanda (terapia proaktiboa), berriz gaixotzeak gutxitzen eta pazienteen bizi-kalitatea hobetzen saiatzeko<sup>2,5</sup>.

Formulazio eta presentazio desberdinak dituzten printzipio aktiboak daude. KTen potentziaren eta formulazio galenikoaren, pazientearen adinaren eta kaltetutako eremu anatomikoaren arabera hautatuko da bat edo beste (ikusi 3. taula)<sup>2,5,9</sup>.

### 3. taula. DAn kortikoideen bidezko tratamendua hautatzeko gomendioak<sup>11</sup>

Kaltetutako inguru anatomikoa
<p>Epidermis mehea duten aldeek (betazalak, barrabil-zorroak) larruazal lodiko eremuek baino potentzia txikiagoko KTak beharko dituzte, iragazkortasun eta KTak xurgatzeko potentzia handiagoa dutelako.</p> <p>Eremu zabaletan potentzia txikiko KTak erabili beharko lirateke, efektu sistemikoak saihesteko.</p>
KTen potentzia (ikus 5. taula)
<p><b>Potentzia txikiko KTak (I. multzoa):</b> DA arinen eta haurren DAre kasuan. Egokiak dira larruazaleko eremu zabaletan, aurpegian, genitaletan, iztaietan, izterren eta besoen barrualdean eta larruazaleko tolesturetan.</p> <p><b>Potentzia ertaineko KTak (II. multzoa):</b> DA moderatuetan edo potentzia txikiagoko KT bidezko tratamenduari erantzun ez dioten kasuetan. Egokiak dira enborrerako, besoetarako eta hanketarako; ez, ordea, hanka barnealdetarako.</p> <p><b>Potentzia handiko KTak (III. multzoa) eta potentzia oso handikoak (IV. multzoa):</b> DA larrien kasuan edo potentzia txikiagoko KT bidezko tratamenduari erantzun ez dioten kasuetan. Egokiak dira esku-ahur, hankazpi, ukondo eta belauetarako. Ez erabili pediatrian, batez ere urtebete baino gutxiagoko umeekin, ondorio kaltegarri nabarmenak eragin ditzaketelako.</p> <p>Potentzia edozein dutela ere, kortikoide esterifikatuak —«esteroide leun» edo <b>laugarren belaunaldiko</b> esteroide ere esaten zaie— larruazalean degradatu egiten dira eta metabolito ez-toxiko bihurtu; horrenbestez, efektu sistemiko gutxiago sortzen dituzte, eta potentziari eutsi egiten diote.</p>
Pazientearen adina
<p>Bularreko hurrek, hurrek eta adinekoek geruza korneo meheagoa dute, eta ondorio kaltegarri lokal eta sistemikoak izateko arrisku handiagoa dute. Horregatik, ahal dela potentzia eta kontzentrazio txikiena duten KTak erabili behar dituzte. Laugarren belaunaldiko KTak edo esterifikatuak aukera seguruagoa izan daitezke paziente horientzat, potentzia-moderatu edo handiko KTak behar direnean.</p>
Erabilitako garraiatzailea/Formulazio galenikoa
<p>Garraiatzaile desberdinak dituzten presentazioak daude, larruazaleko lesioaren egoeraren arabera xurgapena optimizatzeko. Egokia ez den garraiatzaile bat erabiltzen bada, okerragotu egin daiteke erantzun terapeutikoa, kasu batzuetan. <b>Garraiatzaile koipetsuak</b> haien ezaugarri oklusiboengatik <b>errazago xurgatzen dira eta potentzia handiagoa izaten dute, ordena honetan: ukendua&gt;pomada&gt;krema&gt;gela&gt;lozioa&gt;aerosola.</b></p> <p><b>Ukenduak eta pomadak:</b> lesio kronikoetarako edo likenifikatuetarako gomendatzen dira. Ez eman pomadarik larruazaleko tolesturetan, eremu intertriginosoetan eta iledunetan. Ez eman ukendurik lesio heze baten gainean, propietate oklusiboak dituzenez, folikulitis sekundarioa sor baitezake. Kontraindikaturak daude infekzio-zantzuak badaude (babak, pustulak).</p> <p><b>Kremak:</b> lesio exudatzaileetarako gomendatzen dira. Aurpegiko larruazal finean, larruazaleko tolesturetan (besapeak, iztaiak, oina), barrabil-zorroan, eremu intertriginosoetan eta iledunetan emateko dira egokiak.</p> <p><b>Lozioak (emultsioak, disoluzioak, aerosoletan datozen aparrak, gelak):</b> dermatosi handietarako eta buruko ile-larruko eta ilea dagoen larruazalerako egokiak.</p>
Tratamendu-pauta eta -iraupena
<p>Oro har, hau da pauta: egunean behin, potentzia handiko edo oso handiko KTak badira, edo egunean bitan, potentzia ertaineko edo baxuko KTak badira. Geruza fin bat eman behar da, ahal dela larruazala heze dagoela. Larruazaleko lesioa hobetu edo desagertu arte jarraitu beharko da tratamenduarekin, honako hauek kontuan hartuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begi-ingurunean, aurpegian eta tolesturetan, ez erabili 1-2 aste baino denbora luzeagoan.</li> <li>• Gorputzeko gainerako lekuetan, ez erabili 3-4 aste baino denbora luzeagoan. Tratamendu luzeagoak behar izanez gero, kontuan hartzekoa da aldizkako terapia (asteburuetan ematea edo ziklo batetik bestera 1-2 asteko atsedendialdiak egitea).</li> <li>• Tratamendua pixkanaka joan behar da uzten, errebote-fenomenoa saihesteko; izan ere, KTaren potentzia pixkanaka jaitsiz eta pautak bi asteko tarteetara aldentuz saihestu daiteke fenomeno hori.</li> </ul>

KTek larruazalaren morfologian anormaltasunak eragiten dituzte: atrofia, telangiektasiak, pseudoorbainak, ekimosiak, hipertrikozia eta ildaskak, besteak beste. Efektu horien intentsitatea KTaren potentziaren eta pazientearen adinaren arabera izaten da. Esate baterako, edadetuen larruazalean errazago agertu ohi dira telangiektasia, purpura eta atrofia, eta haur eta nerabeetan, berriz, maizago, ildaskak. Azal fina duten gorputzeko eremuetan —esate baterako, tolesturetan, aurpegian eta genitaletan— maizago ager daitezke ondorio kaltegarri horiek. Iraupen luzeko tratamenduetan, alterazio horien agerpena zaintzea komeni da<sup>2</sup>.

Egia bada ere maila sistemikoan potentzia handiko eta oso handiko KTek, gorputz-eremu zabaletan aplikatzen direnean, adrenalak ezabatzea eragin dezaketela, lehenago ekartzen dute bere onera hesi epidermikoa, eta horrek xurgapen sistemikoa mugatzen du, eta, beraz, ondorio kaltegarri hori izateko arriskua gutxitzen<sup>2,7</sup>.

### Kaltzineurinen inhibitzaile topikoak: takrolimusa eta pimekrolimusa

Agerraldiak tratatzeko indikatuta daude; egunean bitan aplikatu behar dira kaltetutako eremuetan. Pimekrolimusa 3 hilabetetik gorakoentzat indikatuta dago; takrolimusa % 0,03an, 2 urtetik gorakoentzat, eta takrolimusa % 0,1ean, 16 urtetik gorakoentzat<sup>12,13</sup>.

Potentzia baxu edo moderatuko kortikoide topikoen antzeko efikazia dutela erakutsi dute. Takrolimus pomada % 0,1ean pimekrolimus krema baino eraginkorragoa izan daiteke, baina azken hori hobeto toleratzen dela dirudi<sup>2,7</sup>.

**Bigarren aukerako** tratamenduzat jotzen dira, kortikoide topikoak eraginkorrak izan ez direnerako, kontra-indikatuta daudenerako edo segurtasun-arazoak dituztenarako. Ez da gomendatzen KTak eta kaltzineurinen inhibitzaile topikoak batera aplikatzea, nahiz eta baliagarria izan daitekeen kaltzineurinen inhibitzaile topikoak eremu sentiberetarako lesioak tratatzeko erabiltzea —hala nola, aurpegia—, eta gorputzeko gainerrako lesioak KTekin tratatzea, azken horiek larruazaleko atrofia eragin baitezakete<sup>2,5,7</sup>.

Behin agerraldia arindu edo intentsitatea murriztu denean, mantentze-tratamendu bat egin daiteke administrazioak tarte handiagoarekin eginez edo dosi txikiagoak emanez (takrolimusa, adibidez, % 0,03ko kontzentrazioan)<sup>2</sup>.

Gehien ikusi diren ondorio kaltegarriak, aplikazio-eremuan erredura-sentsazioa eta larruazalaren narritadura dira (handiagoa takrolimusarekin), nahiz eta efektu horiek automugatuak izan eta tratamendua hasi eta 5-7 egunera desagertzen diren. Gainera garrantzitsua da larruazala eguzkitatik babestea eta tratamenduan fototerapia saihestea gomendatzen da<sup>5,12,13</sup>.

2005ean, [AEMPSek segurtasun-ohar bat argitaratu zuen, 2006an eguneratuta](#), zeinetan kaltzineurinen inhibitzaile topikoen eta larruazaleko minbiziaren edo linfomen artean loturaren bat egon zitekeela ohartarazten baitzen. Hala ere, gaur egun, ez da behin betiko kausa-erlaziorik ezarri, eta farmako seguruak dirudite heldu eta haurrentzat<sup>7,14</sup>.

### Bilgarri hezearen terapia (wet-wrap terapia) / Bendaje hezeak

Bilgarri hezeekin egindako terapia aukera eraginkorra izan liteke DAREN agerraldiak kontrolatzeko eta gaixotasun errepikatua arintzeko. Agente topiko bat ematen zaio larruazalari (eskuarki, potentzia txikiko edo ertaineko kortikoide bat), eta estali egiten da kotoizko arropekin, gazekin edo bendaje hezeekin (lehenengo geruza), ondoren, gainetik, beste geruza lehor bat jartzen da (bigarren geruza). Bilgarri hezeak egiten duen efektu oklusiboaren bidez, batetik, aplikatutako medikamentua gehiago barneratzea eta, bestetik, ur gutxiago galtzea eta horrela larruazala gehiago hidratatzea lortzen da. Kaltetutako eremua 1-24 orduz eduki behar da bilduta. Aste batzuetan egin daiteke, beharrezkoa dela ikusten bada.

Bilgarri hezeen eraginkortasunari buruzko datu gutxi dago eta funsgabeak dira, tratamendu-modalitate desberdinekin egindako azterlan ugari dagoelako. Bilgarri hezeen erabilerari buruz eskuragarri dauden datu gehienak paziente pediatrikoenak dira, eta badirudi kortikoide topikoak, emolientedunak edo gabeak, hobeak direla emolienteak bakarrik dituzten bilgarriak baino<sup>3,5,15,16</sup>.

Esfortua eta denbora eskatzen dituen terapia bat da, eta pazienteari/senideari behar bezala aplikatzen erakutsi behar zaio. Horregatik, DA arinaren kasuetan, zalantzan jartzen da nolako onura dakarren eskatzen duen ahaleginaren aldean. DA moderatu-larria duten pazienteentzat baliagarria izan daiteke, baina kontuan hartu behar da eskura dauden efikazia-datuak mugatuak direla<sup>15</sup>.

## FOTOTERAPIA

DA moderatu-larria duten paziente heldu eta nerabeentzat, tratamendu topikoarekin bakarrik kontrolatu ezin badira, B motako banda estuko izpi ultramoreekin egindako fototerapia (UVB-NB/NB-UVB) edo dosi ertaineko A1 izpi ultramoreekin egindakoa (UVA1) aukera terapeutikoak izan daitezke. Astean 2 edo 3 aldiz ematen da, eta saio bakoitzean dosia handitu egiten da pixkanaka. Beharrezkoa bada, tratamendua kortikoide topikoekin konbina daiteke, eta emolienteak erabiltzea ere beharrezko gerta daiteke, fototerapiak larruazaleko lehertasuna areagotu egiten duelako<sup>7</sup>. Fototerapiari, kaltzineurinen inhibitzaile topikoak ez erabiltzea gomendatzen da.

Paziente pediatrikoetan fototerapiak epe ertain eta luzera duen segurtasunari buruzko datu gutxi daude. Egia esan, 12 urtetik beherakoentzat ez dago gomendatuta, salbuespenak salbuespen. Beste patologia batzuk dituzten (psoriasis) pediatriko pazienteekin eta helduekin egindako kartzinogenizitate-azterlanek adierazten dutenez, UVB-NB/NB-UVB izpiekin egindako fototerapiak ez dirudi melanomaren eta larruazaleko beste minbizi batzuen arriskua areagotzen duenik. Hala ere, urtero azterketa dermatologikoa egitea gomendatzen da<sup>5,16</sup>.



## TRATAMENDU SISTEMIKOA

DA tratamendu topikoekin edo fototerapiarekin behar bezala kontrolatzen ez denean edo fototerapiarik eskura ez dagoenean, tratamendu sistemikoak beharrezkoa izan daitezke. Kortikoide topikoaren kantitate handiak behar dituzten pazienteentzat, gorpuz-eremu handietan eta denbora luzean eman behar denerako ere izan daiteke baliagarria tratamendu hau<sup>1,2</sup>.

Tratamenduaren beste maila batzuetara pasatu aurretik, egiaztatu behar da gaixotasun larri eta errefraktarioa ez dela saihestu edo tratatu daitezkeen faktoreen ondorioz gertatu. Hala nola, sendagaiekiko atxikidura txarragatik edo erabilera desegokiagatik, ingurumeneko faktore eragileengatik, infekzio sekundarioengatik, tratamendu topikoekiko edo beste alergenoko batzuekiko hipersentikortasunagatik (ikus 4. taula)<sup>2,16</sup>.

### 4. taula. DA errefraktario edo larriaren balizko kausak<sup>16</sup>

<b>Sendagaien atxikidura txikia edo erabilera desegokia</b>
DA duten pazienteen % 50 inguruk ez ditu tratamendu-gomendioak betetzen, tratamenduak/emolienteek duten kostuagatik, prestakin topikoak gorroto dituztelako, larruazala egoki zaintzeko informazioa falta dutelako eta izan daitezkeen ondorio kaltegarrien beldur direlako («kortikofobia»).
<b>Inguruneko faktore eragileak</b>
Hezetasun gutxiko giroak, xerosia (larruazal lehorra), larruazala gainberotzea, estres emozionala eta substantzia narritagarrien eraginpean egotea, hala nola produktu kimiko agresiboak edo xaboiak.
<b>Infekzioak</b>
DA duten pazienteek arrisku handiagoa dute bakterioek ( <i>Staphylococcus aureus</i> ), birusek ( <i>Herpes simplex</i> ) edo dermatofitoek eragindako larruazaleko infekzio sekundarioak izateko. Kontuan hartu behar da larruazaleko lesioak dituzten eta terapia konbentzionalekiko errefraktarioak diruditen pazienteek infekzio sekundarioa izateko aukera dutela.
<b>Alergenoezko esposizioa (elikagaietakoak edo ingurumenekoak)</b>
Erreaktibotasun klinikoa baieztatzea bereziki garrantzitsua da elikaduragatik alergiak daudela susmatzen diren pazienteetan.
<b>Azala zaintzeko sendagai edo produktuekiko erreakzio alergikoa (ukipen-dermatitis alergikoa)</b>
Emolienteetako garraiatzaile edo osagai aktiboek (adibidez, lanolina, propilen glikola, lurrinak, kontserbanteak) sendagai immunoezabatzaile topikoek (esaterako, kortikosteroideak, kaltzineurinaren inhibitzaileak) eta antibiotiko topikoek (adibidez, bazitrazina eta neomizina) eragin dezakete ukipen-dermatitis alergikoa.

### Immunoezabatzaileak

Ziklosporina da DA larria duten pazienteak tratatzeko baimenduta dagoen immunoezabatzaile bakarra. 16 urtetik beherakoentzat gomendatuta ez badago ere, DA larriaren lehen aukerako tratamendu sistemikotzat ere hartzen da, terapia sistemikoa behar denean<sup>2,5,17</sup>.

Tratamendu topikoa ziklosporinarekin batera egin behar da, emaitza klinikoak hobetzen dituelako eta beharrezkoa den ziklosporina-dosia murrizten duelako<sup>3</sup>.

Normalean, 8 asteko terapia lesioak argitzeko nahikoa izan badaiteke ere, urtebete bitarteko tratamendua eraginkorra eta ondo toleratua dela ikusi da, betiere ondorio kaltegarriak kontrolatzeko monitorizazio-jarraibideak betetzen badira (bereziki, nefrotoxikotasuna eta hipertentsio arteriala)<sup>7,17</sup>. Tratamendua eten ondoren, ohikoak dira errezidibak, ziklosporinaren efektua berehala gutxitzen delako<sup>2,18</sup>.

Ez da gomendatzen ziklosporina eta fototerapia-pautak batera erabiltzea<sup>3,17,19</sup>.

Metotrexatoa, azatioprina eta mofetil mikofenolatoa immunoezabatzaileak dira, zeinak DA moderatua edo larria tratatzeko ere erabiltzen diren, nahiz eta indikazio onarturik ez izan.

### Kortikoide sistemikoak

Agerraldi akutuak berehala arintzeko edo kasu oso larrietarako, ahotiko kortikoideen zikloak aukera terapeutiko bat izan daitezke beste tratamendu sistemiko batzuetara jo aurretik. Haur eta nerabeen kasuan, adituek ahal den guztietan kortikoide sistemikoak saihestea gomendatzen dute, ondorio kaltegarriak dituztelako (ezabatze adrenalak eta hazkunderan ondorioak izatea, besteak beste). Hala ere, batzuetan erabil daitezke denbora-tarte laburretan, beste aukera batzuk eskuragarri ez daudenean, edo kontraindikaturak badaude, bai eta beste tratamendu sistemiko batzuetarako edo fototerapiarako zubi-terapia gisa ere<sup>16,20</sup>.

Agerraldi berriak saihesteko, dosia pixkanaka murriztea gomendatzen da. Kasu larri kroniko batzuetan, erretiratze-prozesurako beste tratamendu sistemiko bat hastea azter daiteke (immunozeabataileak edo agente biologikoak). Ez da zehaztu kortikoide sistemikoen tratamendu labur baten dosia, ezta iraupena ere. Ohiko erregimena hau izan daiteke: metilprednisolona 0,5 mg/kg egunean, aste batean edo bitan, eta ondoren, dosia pixkanaka murriztu, hilabete batean zehar<sup>1,3,16,18</sup>.

### Agente biologikoak: dupilumaba eta tralokinumaba

Dupilumaba eta tralokinumaba agente biologikoak dira, eta paziente helduetan eta 12 urtetik gorako nerabeetan DA moderatu-larria tratatzeko baimenduta daude. Dupilumaba 6-11 urteko umeen DA larria tratatzeko baimenduta ere badago<sup>21,22</sup>.

Larruzalpetik administratzen dira, eta kortikoide topikoekin eta kaltzineurinarekin inhibitzaile topikoekin batera erabil daitezke. Tratamendua etetea gomendatzen da 16 asteko tratamenduaren ondoren erantzunik eman ez duten pazienteei<sup>21,22</sup>.

Ospitalean dispentsatzen diren farmakoak dira, eta larritasun-irizpide jakin batzuk betetzen dituzten eta aurretik ziklosporinarekin tratatuak izan eta erantzun desegokia izan duten edo ziklosporina erabiltzea kontraindikaturak duten pazienteen DA larriaren tratamendurako finantzatzen dira soilik<sup>23,24</sup>. Finantzaketa-baldintzei buruzko informazio gehiago esteka honen bidez kontsulta daiteke: [BIFIMED](#).

Ondorio kaltegarri ohikoenen artean konjuntibitisa (ziurrenik begi-lehortasuna eragiten dutelako) eta, gutxiagotan, keratitisa nabarmentzen dira. Bi horien tratamendurako, aldi berean malko artifizialak erabiltzea gomendatzen da, eta tratamendu estandarrarekin konpontzen ez den konjuntibitiserako, azterketa oftalmologikoa egitea. Konjuntibitis kronikoen epe luzeko eragina ezezaguna da<sup>24</sup>. Dupilumaba tratamenduaren hasieran artritis seronegatiiboarekin eta oro har entesitis arinarekin lotu izan da, baina ez dago tratamendua eten beharrik<sup>18, 21-24</sup>.

### JAKaren (Janus kinasa) inhibitzaileak: abrozitiniba, barizitiniba eta upadazitiniba

Tratamendu sistemikorako hautagai diren paziente helduen DA moderatu eta larrietarako daude baimenduta. Upadazitiniba 12 urtetik gorako haurrentzat ere baimenduta dago. Monoterapiaren edo tratamendu topikoekin batera erabil daitezke<sup>25-27</sup>.

Ahotik administratzen dira, eta kortikoide topikoekin eta kaltzineurinarekin inhibitzaile topikoekin batera erabil daitezke. Aztertzea da tratamendua etetea onura terapeutikorik erakutsi ez duten pazienteei barizitinibarekin tratatzen hasi eta 8 asteren ondoren, upadazitinibarekin tratatzen hasi eta 12 asteren ondoren eta abrozitinibarekin tratatzen hasi eta 24 asteren ondoren.

Ospitalean dispentsatzen diren farmakoak dira, eta larritasun-irizpide jakin batzuk betetzen dituzten eta aurretik ziklosporinarekin tratatuak izan eta erantzun desegokia izan duten edo ziklosporina erabiltzea kontraindikaturak duten pazienteen DA larriaren tratamendurako finantzatzen dira soilik<sup>28,29</sup>. Finantzaketa-baldintzei buruzko informazio gehiago esteka honetan: [BIFIMED](#).

JAKaren inhibitzaileen eraginkortasun erlatiboa egungo tratamendu estandarrarekin konparatuta (ziklosporina) ez da ezagutzen. Dupilumabak eta tralokinumabak baino segurtasun-profil okerragoa dute. Hala ere, ahotik administratzen direnez, aukera bat izan daitezke dupilumabarekiko eta tralokinumabarekiko intolerantzia duten pazienteentzat<sup>7</sup>.

Duela gutxi, AEMPSek [segurtasun-ohar bat \(MUH\(FV\), 08/2022\)](#) argitaratu du. Ohar horretan, JAKaren inhibitzaileekin tratatutako artritis erreumatoidea duten pazienteek neoplasia gaiztoak, gertaera kardiobaskular larriak, infekzio larriak, tronboembolismo benosoak izateko arriskua eta hiltzeko arriskua dutela aipatzen da, eta, beraz, gomendatzen da banaka ebaluatzea farmako horiek beste gaixotasun inflamatorio kroniko batzuk dituzten pazienteengan zer onura-arrisku duten<sup>7,30</sup>.



## 5. taula. Dermatitis atopikoa tratatzeko kortikosteroide topikoak (2 eta 11 erreferentzietatik moldatuta)

	Merkataritza-markak	Kontzentrazioa	Forma farmazeutikoak
<b>POTENTZIA AHULA</b>			
Hidrokortisona azetatoa	Calmiox® (NF) Dermosa hidrocortisona® Hidrocisdin® (NF)	5 mg/g 10 mg/g 5 mg/g	Krema, larruazaleko aparra Pomada Krema
<b>POTENTZIA MODERATUA</b>			
Hidrokortisona butiratoa (E)	Nutrasona®	1 mg/g	Krema
<b>POTENTZIA HANDIA</b>			
Beklometasona	Menaderm simple®	0,25 mg/g	Krema, ukendua, larruazaleko emultsioa
Betametasona	Betnovate® Celecrem® Diproderm®	1 mg/g 0,5 mg/g eta 1 mg/g 0,5 mg/g	Krema, larruazaleko-soluzioa Krema Krema, pomada, larruazaleko disoluzioa
	<b>Beste kortikoide batzuekin dauden konbinazioak</b> Alergical® (+fluozinolona) (NF)	0,5 mg/g + 1 mg/g	Krema
Diflukortolona	Claral® (NF)	1 mg/g	Krema
Fluozinolona azetonidoa	Fluocid forte® Gelidina® Synalar® (NF) Synalar forte® (NF) Synalar gamma® (NF)	0,2 mg/g 0,25 mg/g 0,25 mg/g 2 mg/g 0,1 mg/g	Krema Gela Krema, larruazaleko aparra Krema Krema
	<b>Beste kortikoide batzuekin dauden konbinazioak</b> Alergical® (betametasona) (NF)	1 mg/g + 0,5 mg/g	Krema
Fluozinonida	Novoter®	0,5 mg/g	Krema
Flutikasona	Flunutrac® Fluticrem®	0,5 mg/g	Krema Krema
	Hidrokortisona azeponatoa (E)	Suniderma®	1,27 mg/g
Metilprednisolona azeponatoa (E)	Adventan® Lexxema®	1 mg/g	Krema, pomada, ukendua, larruazaleko soluzioa
Mometasona (E)	Elocom® Mometasona Viso farmacéutica Mometasona mede	1 mg/g	Krema, pomada, larruazaleko soluzioa Krema, pomada Larruazaleko soluzioa
	Prednikarbatoa (E)	Batmen® Peitel®	2,5 mg/g
<b>POTENTZIA OSO HANDIA</b>			
Klobetasola (E)	Clarelux® Clobisdin® Clovate® Clobex® Decloban®	0,5 mg/g	Larruazaleko aparra Krema, larruazaleko soluzioa Krema, xanpua Xanpua Pomada

**(E): kortikoide esterifikatuak;** «esteroide leun» edo laugarren belaunaldiko esteroide ere esaten zaie: larruazalean degradatu egiten dira eta metabolito ez-toxiko bihurtu; horrenbestez, efektu sistemiko gutxiago sortzen dituzte, eta potentziari eutsi egiten diote.

**(NF)** Osasun Sistema Nazionalak ez du finantzatzen.

AEMPSen Medikamentuen Informazio Zentroko (<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>) eta BOTPLUSeko datuetan oinarrituta egindako zerrenda; 2023ko otsailean kontsultatua. Baliteke taula eguneratu behar izatea.

6. taula. Kaltzineurinarene inhibitzaile topikoak dermatitis atopikoa tratatzeko<sup>2</sup>

	Merkataritza-markak	Kontzentrazioa	Forma farmazeutikoak
Takrolimusa	Cellmune® Protopic 0,03%® Protopic 0,1%® Takrozem®	1 mg/g 0,3 mg/g 1 mg/g 1 mg/g	Pomada
Pimekrolimusa	Elidel®	10 mg/g	Krema

AEMPSen Medikamentuen Informazio Zentroko (<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>) eta BOTPLUSeko datuetan oinarrituta egindako zerrenda; 2023ko otsailean kontsultatua. Baliteke taula eguneratu behar izatea.

## ESKERRAK

Eskerrak eman nahi dizkiogu Mikel Lizarraga Azparren Uribe ESiko Erandioko Osasun Zentroko pediatriari, testua berrikusteagatik, bai eta egindako iruzkin eta iradokizun egokiengatik ere.

## BIBLIOGRAFIA

- Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen J.P, de Bruin-Weller M, 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.
- Vives Vilagut R, Gasol Boncompte M. Carrascosa Carrillo M. *Dermatitis atópica: ¿Cómo tratarla?* Butlletí d'informació terapèutica, BIT. 2020;3(1).
- Montalvo A, Sols M, García E. *Dermatitis atópica*. Guías Fisterra. Fecha de revisión: 20/02/2019. Disponible en: Weston W. L, Howe W. Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Weston W. L, Howe W. *Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis*. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Escarrer Jaume M., Guerra Pérez MT. *Dermatitis atópica*. Protoc Diagn Ter Pediatr. SEICAP. 2019;2:161-75. Asociación Española de Pediatría.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Atopic eczema in under 12s: diagnosis and management (CG57)*. Clinical guideline NICE. Publicado: 12 de diciembre de 2007. Última actualización: 2 de marzo de 2021.
- Howe W., HD. *Treatment of atopic dermatitis (eczema)*. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. *Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(5):657-682.
- Martorell-Aragonés A., Martorell-Calatayud C. y Martorell-Calatayud A. *Avances en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica*. An Pediatr Contin. 2011;9(2):73-80.
- Ridd MJ, Miriam Santer M, et al. *Effectiveness and safety of lotion, cream, gel, and ointment emollients for childhood eczema: a pragmatic, randomised, phase 4, superiority trial*. Lancet Child Adolesc Health. 2022;6:522-32.
- Uso adecuado de los corticoides tópicos dermatológicos*. Boletín Canario de uso racional del medicamento del SCS (Bolcan). 2017;8(4).
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Protopic® 0,03% pomada*. [Consultado 17.03.2023].
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Elidel® crema*. [Consultado 17.03.2023].
- Nota Informativa de la AEMPS Ref: 2006/03. *Elidel® /Rizan® (Pimecrolimus) y Protopic® (Tacrolimus) y riesgo de tumores*. (Actualización de la Nota Informativa 2005/07 de abril de 2005).
- Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, Drucker AM, Eichenfield LF, et al. *Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with topical therapies*. J Am Acad Dermatol. 2023;89(1):e1-e17.
- Spergel J. M., MD, PhD, FAACAP, Lio P. A., MD. *Management of severe atopic dermatitis (eczema) in children*. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Sandimmun Neoral®*. [Consultado 17.03.2023].
- Berger T. G., MD. *Evaluation and management of severe refractory atopic dermatitis (eczema) in adults*. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
- Kulthanan K, Tuchinda P, et al. *Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of atopic dermatitis*. Asian Pac J Allergy Immunol 2021; 39:145-155.
- Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T., Christen-Zaech S., Deleuran M., Fink-Wagner A., et al. *Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32(5):850-878.
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Dupixent® 200 mg (dupilumab)*.
- Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. *Ficha técnica Adtralza® (tralokinumab)*.
- Informe de Posicionamiento Terapéutico de dupilumab (Dupixent®) en dermatitis Atópica*. AEMPS 2022.
- Informe de Posicionamiento Terapéutico de tralokinumab (Adtralza®) en Dermatitis Atópica*. AEMPS 2022.

«INFAC buletina argitalpen elektronikoa bat da, eta EAEko osasun profesionali dohain banatzen da. Buletin honen helburua **medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea** da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

25. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. [Ficha técnica Cibinqo® \(abrocitinib\)](#).
26. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. [Ficha técnica Olumiant® \(baricitinib\)](#).
27. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. [Ficha técnica RINVOQ® \(upadacitinib\)](#).
28. [Informe de Posicionamiento Terapéutico de upadacitinib \(Rinvoq®\) en Dermatitis Atópica](#). IPT/V1/31/2022. AEMPS 2022.
29. [Informe de Posicionamiento Terapéutico de baricitinib \(Olumiant®\) en Dermatitis Atópica](#). PT/V1/30/2022 AEMPS 2022.
30. Nota de Seguridad de la AEMPS MUH(FV), 08/2022. [Inhibidores de la quinasa Janus para enfermedades inflamatorias crónicas: recomendaciones para minimizar los riesgos de reacciones adversas graves](#).

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2023ko maiatza

Buletin hau horrela aipatu behar da: **Dermatitis atopikoa: eguneraketa**. INFAC. 2023;31(3):21-31.

Medikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDeren bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaram.es>

**Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu:** zure ESiko farmazialariei edo MIEZi edo [infac@osakidetza.eus](mailto:infac@osakidetza.eus) e-mailari.

**Idazkuntza Batzordea:** Iñigo Aizpurua<sup>1</sup>, Miren Albizuri<sup>2</sup>, Iciar Alfonso<sup>3</sup>, María Armendáriz<sup>4</sup>, Saioa Domingo<sup>4</sup>, Maitane Elola<sup>5</sup>, Arritxu Etxebarria<sup>4</sup>, Julia Fernández<sup>4</sup>, Isabel Fontán<sup>4</sup>, Leire Gil<sup>4</sup>, Ana Isabel Giménez<sup>4</sup>, Naroa Gómez<sup>4</sup>, Juan José Iglesias<sup>2</sup>, Josune Iribar<sup>4</sup>, Nekane Jaio<sup>4</sup>, Itxasne Lekue<sup>4</sup>, M<sup>a</sup> José López<sup>1</sup>, Javier Martínez<sup>4</sup>, Lorena Martínez<sup>7</sup>, Mónica Martínez<sup>4</sup>, Teresa Morera<sup>6</sup>, Carmela Mozo<sup>4</sup>, Elena Olloquiegi<sup>4</sup>, Elena Ruiz de Velasco<sup>4</sup>, Rita Sainz de Rozas<sup>4</sup>, Inés San José<sup>4</sup>, Elena Valverde<sup>4</sup>, Miren Zubillaga<sup>2</sup>.

1. CEVIMEko farmazialaria; 2. Familiako medikua; 3. Farmakologoa klinikoa; 4. Lehen mailako farmazialaria; 5. Farmakologiako irakaslea (EHU); 6. Barne medikuntzako medikua; 7. Lehen mailako pediatra.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

**Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia**

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

