

Los informes de la dermatitis atópica

La dermatitis atópica del adulto

Dr Daniel Wallach

La dermatitis atópica no es solo una dermatosis pediátrica. Si bien suele comenzar casi siempre durante la pequeña infancia, y a menudo antes de los dos años, no desaparece en todos los casos antes de la adolescencia y la edad adulta. Se estima que en torno al 10% de los pacientes sigue sufriendo manifestaciones de eccema durante la edad adulta. En algunos casos, este eccema sigue siendo un motivo de preocupación y puede plantear serios problemas^{1,2}.

La dermatitis atópica del adulto suele ser una dermatosis grave. Se trata de placas de eccema crónico, rojas, gruesas y liquenificadas, acompañadas en ocasiones de pápulas aisladas de prurigo. En este contexto de eccema crónico se producen brotes agudos, vesiculosos o exudativos. El prurito siempre es intenso e influye en el día a día del paciente, su estado de ánimo, sueño y actividades. Su ubicación es distinta a la de la dermatitis atópica infantil. Las manos, el rostro y, en especial, los párpados suelen ser los más perjudicados, así como los grandes pliegues, aunque, en ocasiones, otras zonas del cuerpo también pueden verse afectadas. Los brotes inflamatorios pueden llegar a afectar la totalidad de la piel. En tal caso se habla de eritrodermia. Estos ataques generalizados son graves y pueden complicarse con infecciones y trastornos metabólicos, requiriendo una hospitalización.

¿Seguro que es una dermatitis atópica?

Ante un caso de eccema en un adulto, cabe preguntarse si se trata de una dermatitis atópica, de otro tipo de eccema o incluso de una dermatosis parecida al eccema.

Si la enfermedad viene de la infancia, se acompaña de manifestaciones respiratorias atópicas, o incluso de alergias digestivas, y es un caso típico clínicamente, en forma de eccema crónico grueso, liquenificado y con, a veces, brotes exudativos, puede estarse seguro del diagnóstico.

Pero si su aparición es reciente y los signos clínicos no son los típicos, cabe la posibilidad de encontrarse ante otra dermatosis (eccema de contacto, sarna o linfoma, entre otros tipos). Puede realizarse una biopsia cutánea para confirmar el eccema así como controlar los niveles de IgE o

efectuar pruebas de contacto para descartar el eccema alérgico de contacto, el cual trataremos más adelante.

Irritantes

La piel atópica es especialmente sensible y ciertos estímulos aparentemente banales pueden desencadenar crisis de picazón y brotes de eccema. Tal es el caso de los irritantes, concretamente de determinados productos de higiene o cuidado como los jabones convencionales o desinfectantes. Se recomienda utilizar solo productos destinados a las pieles atópicas, secas y sensibles, y probar por sí mismo su buena tolerancia, empezando por utilizarlos en una zona limitada, por ejemplo. Existen ciertas variables individuales que no se pueden prever.

También debe prestarse atención a la ropa, los detergentes y los aditivos. Los jerséis de lana de cuello vuelto constituyen un clásico detonador del prurito. Es aconsejable utilizar un suavizante y aclarar siempre la ropa después de lavarla.

Alergias de contacto

Cuando la dermatitis atópica no responde bien al tratamiento, hay que pensar si puede tratarse de un eccema alérgico de contacto sobreañadido.

Es un diagnóstico difícil, porque sobre un fondo de eccema crónico, el eccema de contacto puede pasar desapercibido. Sin embargo, puede resultar un diagnóstico muy práctico ya que, si se elimina la causa de la alergia de contacto, podrá mejorarse el eccema.

Las principales causas del eccema alérgico de contacto son:

- El níquel contenido en los metales de las joyas de fantasía, las patas de las gafas y los teléfonos móviles, principalmente;
- Los conservantes de las toallitas, de los cosméticos y de los productos de higiene (en especial, las isotiazolinonas);
- En raras ocasiones, otros componentes de los cosméticos como los perfumes o algunos filtros solares;
- Los aceites esenciales de algunos cosméticos conocidos como “bio”, que no ofrecen en absoluto una garantía de hipoalergenicidad;
- En raras ocasiones, ciertas prendas de vestir;
- Los zapatos (cromo del cuero, colas).
- Los propios dermocorticoides pueden llegar a ser alergizantes, una alergia que resulta particularmente engañosa.

Cuando existen sospechas de una alergia de contacto, se aconseja practicar las pruebas del parche o epicutáneas. Una prueba del parche positiva identifica con seguridad al responsable del eccema

alérgico de contacto. Pero un simple interrogatorio y una medida de evicción, seguida, en su caso, de una reintroducción, también pueden dar muy buenos resultados.

Infecciones

La dermatitis atópica mantiene una relación especial con los microbios que colonizan la piel, normalmente conocidos como la microbiota. El eccema exudativo provoca una alteración del equilibrio normal entre las bacterias inofensivas (comensales) y las bacterias patógenas.

Los estafilococos dorados causan infecciones e intervienen también en los brotes inflamatorios, aunque clínicamente no haya sobreinfección. Por este motivo, suele administrarse una terapia antiinfecciosa.

La infección por el virus herpes suele ser particularmente grave en las personas con atopia: adquiere un aspecto pustuloso y puede dejar cicatrices variceliformes o incluso varioliformes.

Un caso particular: la dermatitis de “cabeza y cuello”.

En los adultos con atopia, se ha individualizado una variante particular de eccema que se instala de forma exclusiva o predominante en la cara y el cuello. Los anglosajones la denominan “head and neck dermatitis”.

En presencia de una dermatitis atópica de “cabeza y cuello”, conviene buscar una fotosensibilización, lo que es raro en la dermatitis atópica (puesto que, al contrario, el sol suele ser beneficioso) pero se da a veces: sin embargo, hay que descartar primero el caso de una fotosensibilización provocada por ciertos medicamentos (antihistamínicos).

Sea como fuere, conviene también buscar una infección por levaduras del tipo *Malassezia* y, en ciertos casos, aplicar un tratamiento antifúngico.

¿El tratamiento se sigue correctamente?

Sabemos que el tratamiento estándar de la dermatitis atópica consiste en:

- unas medidas de higiene suave
- un tratamiento emoliente diario, el cual reviste una gran importancia (crema hidratante de composición conocida, con una eficacia probada y agradable de usar)
- un tratamiento antiinflamatorio tópico (dermocorticoides y, de vez en cuando, tacrolimus) durante los brotes y, ocasionalmente, con carácter preventivo frente a los brotes.

Este tratamiento local no es fácil de entender ni de aplicar y su prescripción debe ir acompañada de medidas de información-educación, explicadas de forma oral y por escrito.

Este tratamiento “estándar” es muy eficaz, siempre que haya sido bien acogido, se haya entendido correctamente y se haya llevado a cabo como es debido. Así que, al hablar de dermatitis atópica resistente al tratamiento, antes de considerar cambiar de indicación y pasar a la medicación “fuerte”, hay que asegurarse de que el tratamiento se sigue de un modo apropiado.

Los obstáculos son numerosos, siendo el más importante de ellos la mala comprensión del interés de los dermocorticoides. Por lo tanto, hay que asegurarse de que el paciente aplica las cantidades necesarias como es debido (como podría ser el caso, en un adulto durante un período de brote, hasta 100 g al mes de un poderoso dermocorticoide) y que a continuación disminuye progresivamente las dosis para mantener los buenos resultados con un bajo consumo de dermocorticoide. Resulta difícil ser más precisos porque todo depende de cada paciente, de la superficie afectada y de su estado clínico; lo principal es obtener un buen resultado clínico y un bajo consumo de antiinflamatorios. El abundante uso de un emoliente eficaz a diario, bien tolerado y agradable de usar es un valioso complemento para conseguir este resultado.

Las demostraciones prácticas o incluso las sesiones de educación terapéutica en el marco de los Talleres de la atopia resultan particularmente útiles. Del mismo modo, una breve hospitalización, o incluso una hospitalización de un día, pueden transformar completamente la evolución de la dermatitis atópica. Así, los pacientes pueden aprender bien las técnicas de cuidado cuando se indica la aplicación de tratamientos bajo oclusión (películas de plástico) en las lesiones importantes, por ejemplo.

¿La situación es lo bastante grave como para justificar un tratamiento general?

A pesar de todo, sigue habiendo casos y situaciones en los que este tratamiento no es suficiente, donde el SCORAD se mantiene elevado, donde el eccema afecta gravemente al estado de ánimo y las actividades diarias del paciente y donde resulta necesario hacer algo más³.

Fototerapias

En estos casos suele proponerse una fototerapia⁴. El principio de las fototerapias es exponer a los pacientes a rayos ultravioletas, los cuales ejercen un efecto antiinflamatorio sobre la piel, además de

su famosa acción pigmentógena. En el caso de la dermatitis atópica, a menudo se utilizan los UVB o la asociación de UVA + UVB, en vez de la clásica PUVAterapia. Con una primera serie de unas veinte sesiones en 6 a 8 semanas ya se obtienen buenos resultados y se puede continuar entonces espaciando las sesiones. Estas fototerapias practicadas por dermatólogos especializados son muy distintas de las “cabinas de bronceado”, cuyo uso está desaconsejado.

Fármacos generales

Los corticoides por vía oral, los inmunosupresores, son muy eficaces en la dermatitis atópica. Pero se trata de unos medicamentos que, cuando se utilizan durante un largo período, exponen al paciente a efectos secundarios que pueden resultar más graves que la propia enfermedad en sí.

Según la opinión general, **los corticoides orales** están realmente contraindicados en la dermatitis atópica, ya que los efectos secundarios y la corticodependencia son inevitables. Además, actualmente se pueden obtener unos resultados inmediatos igual de buenos con una corticoterapia local fuerte.

La ciclosporina puede indicarse en casos raros de dermatitis atópica especialmente grave. La dosis habitual gira en torno a los 2 a 3 mg/kg/d⁵. Conviene controlar atentamente la tensión arterial y la función renal, y comprobar que las constantes biológicas se mantienen normales. El tratamiento solo se recetará durante unos meses y, desde el principio, habrá que prepararse para afrontar la “post-ciclosporina” retomando el tratamiento estándar con asiduidad. La ciclosporina permite por tanto “dar un salto adelante” pero, desgraciadamente, no cura definitivamente la DA, un objetivo por ahora fuera del alcance.

Algunos prescriptores y pacientes prefieren **el metotrexato**⁶ a la ciclosporina. La dosis habitual gira en torno a los 15 mg por semana, por vía oral o parenteral. En este caso, debe supervisarse fundamentalmente el hígado. Aquí también pueden preverse unos meses de tratamiento para superar un brote intenso, antes de retomar el tratamiento estándar.

También puede recurrirse a otros inmunosupresores como la azatioprina. Sin embargo, la experiencia con este fármaco es más limitada.

A la vanguardia de la investigación

Como hemos visto, el tratamiento de la dermatitis atópica, especialmente de las formas graves en los adultos, no resulta satisfactorio.

De ahí que las investigaciones continúen y sea de esperar que en un futuro próximo dispongamos de nuevos tratamientos que resulten más eficaces y sean seguros de usar.

Recientemente se ha demostrado que un anticuerpo monoclonal dirigido contra las interleuquinas 4 y 13, importantes mediadores de la inflamación atópica, era capaz de mejorar la dermatitis atópica⁷, así como ciertos tipos de asma. Pero, al parecer, no se trata de un tratamiento “milagro” sino, probablemente, de una nueva manera de superar una fase difícil.

Ilustraciones

Figura 1: la afección de los párpados es frecuente en la dermatitis atópica del adulto. Es una zona en la que hay que ser particularmente prudentes al utilizar los dermocorticoides. Se debe llevar un control oftalmológico. Las complicaciones son, sin embargo, muy raras.



Figura 2: dermatitis atópica del rostro con una queilitis importante.



Figura 3: eccema crónico, liquenificado y agrietado en un anciano que ha interrumpido todos los tratamientos por motivos esencialmente psicológicos.



Figura 4: eccema crónico típico con liquenificaciones cuarteadas y brote agudo exudativo, posiblemente sobreinfectado.



Figura 5: aspecto típico del eccema crónico.



Referencias

-
- ¹ de Bruin Weller MS, Rockmann H, Knulst AC, Bruijnzeel-Koomen CA. Evaluation of the adult patient with atopic dermatitis. *Clin Exp Allergy*. 2013 Mar;43(3):279-91.
- ² Ellis CN, Mancini AJ, Paller AS, Simpson EL, Eichenfield LF. Understanding and managing atopic dermatitis in adult patients. *Semin Cutan Med Surg*. 2012 Sep;31(3 Suppl):S18-22.
- ³ Simon D, Bieber T. Systemic therapy for atopic dermatitis. *Allergy*. 2014 Jan;69(1):46-55.
- ⁴ Garritsen FM, Brouwer MW, Limpens J, Spuls PI. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with implications for practice and research. *Br J Dermatol*. 2014 Mar;170(3):501-13.
- ⁵ Schmitt J, Schmitt N, Meurer M. Evaluation Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema - a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 May;21(5):606-19.
- ⁶ Deo M, Yung A, Hill S, Rademaker M. Methotrexate for treatment of atopic dermatitis in children and adolescents. *Int J Dermatol*. 2014 Aug;53(8):1037-41.
- ⁷ Beck LA, Thaçi D, Hamilton JD, et al. Dupilumab treatment in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. *N Engl J Med*. 2014 Jul 10;371(2):130-9.



La Fondation pour la Dermatite Atopique

Recherche & Éducation

Hôtel-Dieu Saint Jacques, 2 rue Viguerie, 31000 Toulouse, France