

## DERMATITIS ATOPICA: LO NUEVO EN TRATAMIENTO

**Autor:** Dra. Moyra Villarroel F., Residente Medicina Familiar PUC

**Editor:** Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

**Resumen Portada:** En el contexto de Atención Primaria, la consulta por dermatitis atópica en niños es bastante frecuente. En el siguiente artículo revisaremos los pilares del tratamiento para esta condición y los nuevos tratamientos que han surgido en los últimos años.

Fecha: 06 de diciembre de 2018

Palabras claves: Dermatitis atópica, tratamiento

### INTRODUCCIÓN

La base clínica e histológica de la Dermatitis Atópica (DA) es la inflamación. Este proceso es el que determina el prurito excesivo y finalmente el malestar del paciente.

El tratamiento de la DA consta de varios pilares, los cuales son sencillos, pero pueden ser bastante complejos de seguir para un paciente y su familia. En este artículo se revisarán esos pilares y se profundizará en los nuevos tratamientos de la inflamación.

### PILARES DEL TRATAMIENTO

El tratamiento de la DA se basa en <sup>(1), (2)</sup>:

- Educación del paciente y su familia en relación a:
  - Comprensión de la enfermedad, gatillantes, y pronóstico
  - Necesidad de tratamiento como rutina diaria.
- Evitar factores exacerbantes:
  - factores inespecíficos (ejm. sudor, uso de lana y tejidos sintéticos, etc)
  - factores específicos (ejm. Alimentos, aeroalergénos)
- Reducir la sequedad cutánea: Uso diario de emolientes, ocluyentes o hidratantes.
- Control del prurito: a través del uso de antihistamínicos
- Tratamiento de la inflamación: implica tratar los brotes agudos
- Tratamiento de la infección: con el uso de antibióticos

## NUEVOS TRATAMIENTOS EN USO:

### 1. WET WRAP (PAÑOS HÚMEDOS) <sup>(3)</sup>:

**Características:** Es un tratamiento que se basa en el uso de un agente tópico, que es cubierto por una primera capa húmeda seguido por una segunda capa seca. La primera capa podrían ser vendajes tubulares, gasas o ropa de algodón. Este tratamiento se sustenta en el hecho que los paños húmedos aumentan la penetración de los agentes tópicos, y a su vez disminuyen la pérdida de agua de la piel y el prurito asociado.

**Evidencia:** Una Revisión Sistemática (RS) publicada en 2016 evaluó la eficacia y seguridad del *Wet Wrap* en pacientes con DA. La RS incluyó 6 estudios primarios, los cuales fueron realizados con corticoides de baja, moderada y alta potencia, en conjunto con el uso de *Wet Wrap*. Los resultados mostraron que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la severidad clínica de la DA al comparar ambos grupos, ni tampoco diferencias en los efectos adversos locales. Los autores concluyen que la evidencia disponible no puede ser utilizada para tener conclusiones definitivas de esta terapia.

**Recomendación actual:** Pese a la evidencia en contra, tanto las guías clínicas americanas como Europeas de DA recomiendan el uso de *Wet Wrap*, el cual podría ser utilizado con corticoides tópicos.

- Guía Americana<sup>(4)</sup>: Fuerza de la recomendación B, Nivel de Evidencia: II. (Recomendación basada en evidencia inconsistente o de calidad limitada).
- Guía Europea<sup>(5)</sup>: Fuerza de la recomendación A, Grado de evidencia: Ib. (Podría ser utilizado, la decisión depende de la situación específica).

### 2. TERAPIA PROACTIVA DE MANTENCIÓN (TP) <sup>(6)</sup>:

**Características:** Consiste en una terapia antiinflamatoria tópica intensiva hasta que las lesiones se hayan resuelto, seguido por el uso continuo de agentes tópicos antiinflamatorios en las zonas previamente afectadas. La terapia implica el uso de un tratamiento tópico bisemanal en combinación con el uso libre de emolientes en todo el cuerpo y controles médicos seriados. Los estudios han determinado un uso máximo de 20 semanas para corticoides tópicos y 52 semanas para inhibidores de calcineurina.

**Evidencia:** Existe una RS publicada en 2010, cuyo objetivo fue determinar la eficacia y tolerabilidad del uso de corticoides e inhibidores de calcineurina tópica en la prevención de reagudizaciones en DA. La RS, de buena calidad metodológica, incluyó 9 ensayos clínicos randomizados, e incluyó placebo versus:

- tacrolimus al 0.03% (3 estudios)
- tacrolimus al 0,1% (1 estudio)
- fluticasona propionato al 0.005% (3 estudios)
- fluticasona propionato al 0.05% (1 estudio)
- metilprednisolona aceponato (1 estudio)

Los resultados de esa RS se presentan en la tabla 1<sup>(6)</sup>:

**TABLA 1: Eficacia del uso de corticoides e inhibidores de calcineurina tópica en la prevención de recaídas en DA**

Comparador	Outcome: Recaídas durante el tratamiento proactivo de mantención:		
	RR* (95%CI)	RRR**	NNT***
Tacrolimus al 0.03% en niños y al 0.1% en adultos v/s placebo	0.775 (0.602-0.998)	22% (39-0.2%)	4
Fluticasona propionato al 0.005% (no disponible en Chile) v/s placebo	0.456 (0.382-0.545)	54% (61- 45%)	2
Fluticasona propionato al 0.05% v/s placebo	0.361 (0.287-0.454)	63% (71-54%)	
Metilprednisolona aceponato v/s placebo	0.36 (0.21-0.62)	64% (79-38%)	2

\*RR: Riesgo Relativo; \*\*RRR: Reducción riesgo relativo \*\*\*NNT: Número Necesario para Tratar (Número necesario para evitar un evento)

Fuente: *Elaboración propia a partir de la referencia citada*

La RS no incluyó metanálisis con relación a los outcomes de tolerabilidad y seguridad. Se describe, sin embargo, que con Tacrolimus al 0.03% se podría presentar sensación de “quemazón de la piel” y otras reacciones locales en el sitio de aplicación; con fluticasona propionato al 0.05% y al 0.005% se describen infecciones virales del tracto respiratorio superior e infecciones gastrointestinales leves (no se reportaron efectos adversos severos), y con Metilprednisolona no estaban reportados los efectos adversos. Se hace especial énfasis en que no se reportaron efectos adversos como atrofia de piel o telangiectasias.

Los autores concluyen que la terapia proactiva de mantención con corticoides tópicos e inhibidores de la calcineurina son más efectivos que placebo en prevenir recaídas en pacientes con DA.

**Recomendación actual:** Las guías clínicas americanas y europeas de DA recomiendan lo siguiente:

- Guía Americana <sup>(4)</sup>:
  - TP con corticoides tópicos: Fuerza de la recomendación B, nivel de evidencia II (Evidencia de calidad limitada, basada en evidencia inconsistente o calidad limitada).
  - TP con inhibidores de Calcineurina: Fuerza de la recomendación A, Nivel de evidencia I (Recomendación basada en evidencia consistente y de buena calidad).
- Guía Europea <sup>(5)</sup>:
  - TP 2 veces por semana podría reducir las recaídas: Fuerza de la recomendación A, Grado de evidencia 1B (Podría ser utilizado, depende del caso específico).
  - TP con corticoides tópicos podría ser utilizado con seguridad por al menos 20 semanas, máxima duración de los estudios: Fuerza de la recomendación A, Grado de evidencia 1B.
  - TP 2 veces por semana con tacrolimus podría reducir las recaídas. Fuerza de la recomendación A, Grado de evidencia 1B.

## RESUMEN:

El tratamiento de la DA incluye varios pilares del tratamiento. Es importante recordar la especial importancia que juega la familia en el cumplimiento de estas recomendaciones.

Se presentan 2 nuevos tratamientos para las exacerbaciones de DA.

El tratamiento con Wet Wrap tiene evidencia inconsistente, pero aún así las guías lo recomiendan como una opción de tratamiento, teniendo en consideración cada caso en particular.

En cuanto a la terapia proactiva de mantención, las guías clínicas americana y europea de DA lo recomiendan con un máximo de 20 semanas para el uso de corticoides y 52 semanas para los inhibidores de calcineurina. Ambos tratamientos debieran ser considerados como una opción terapéutica en aquellos pacientes con DA en los cuales, pese a haber implementado de las medidas generales y control de gatillantes, persisten con exacerbaciones recurrentes.

## REFERENCIAS

1. Martorell Aragonés A, Martorell Calatayud A. Actitud ante el niño afecto de dermatitis atópica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2013; 1:25-36
2. Dra. M. Luisa Pérez-Cotapos, Dra. M. Soledad Zegpi, Dra. M. Luisa Sáenz. (2011). Dermatitis Atópica. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 22, 197-203.
3. G.Gonzalez-Lopez, R.M Ceballos-Rodriguez; J.J Gonzalez-Lopez; M. Feito Rodriguez; P.Herranz-Pinto. (2017). Efficacy and safety of wet wrap therapy for patients with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*, 177, 688-695.
4. American Academy of Dermatology. (2013). Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *J AM ACAD Dermatol*, 70, 2.
5. European Dermatology Forum. (2018). EDF- Guidelines for treatment of atopic eczema (Atopic dermatitis) Part I. EDF Guideline AE part I and II, -, 1-117.
6. J. Schmitt, L. von Kobyletcki, A. Svensson, C. Apfelbacher. (2010). Efficacy and tolerability of proactive treatment with topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for atopic eczema: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *British Journal of Dermatology*, 164, 415-428.