MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Tratamiento de la DERMATITIS ATÓPICA

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-706-14

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL
IMSS
ISSSTE
DIF Nacional
PEMEX

Índice

1. CLASIFICACIÓN DE LA DERMATITIS ATÓPICA 3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA DERMATITIS ATÓPICA 3
3. HISTORIA NATURAL DE LA DERMATITIS ATÓPICA 3
5. ESCALA DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA 7
4. DIAGRAMAS DE FLUJO 10

1. Clasificación de la Dermatitis Atópica

CIE-10: L20 Dermatitis Atópica Tratamiento

GPC: Tratamiento de la Dermatitis Atópica

2. Definición y Contexto de la Dermatitis Atópica

La Dermatitis Atópica (DA) también conocida como: neurodermatitis diseminada infantil, prurigo de Besnier, eccema del lactante, eccema atópico o eccema endógeno; es una enfermedad crónica y recidivante de la piel, la cual se caracteriza por prurito intenso, piel seca, inflamación y en ocasiones de eccema.

3. Historia Natural de la Dermatitis Atópica

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica pruriginosa de la piel, afecta a todas las razas y puede presentarse a cualquier edad. Sin embargo, predomina en la infancia, siendo más frecuente en menores de 5 años de edad. Inicia en el primer año de edad hasta en el 60% de los casos y en un 85% de ellos antes de los 5 años de edad. Puede persistir hasta la edad adulta en un 60-70% de los casos. Tienen un mejor pronóstico aquellos pacientes que iniciaron con la DA en el primer año de vida. El cuadro clínico tiene un curso de exacerbaciones y remisiones. La DA se asocia frecuentemente a niveles elevados de IgE así como a una historia personal o familiar de alergias tipo I.

Clínicamente la dermatitis atópica presenta tres fases:

1. Fase del lactante. Inicia durante los dos primeros meses de edad, predominando en mejillas y respetando el triángulo central de la cara. Se caracteriza por eritema y pápulas, las cuales se pueden acompañar de exudado y costras hemáticas. Puede diseminarse a piel cabelluda, pliegues retroauriculares y de flexión, nalgas y tronco; llegando a ser en ocasiones generalizada.

2. Fase del escolar o infantil. Se presenta de los 2 años a los 12 años de edad. La dermatosis predomina en los pliegues antecubitales, huecos poplíteos, cuello, muñecas, párpados y región peribucal. Se caracteriza por eccema y liquenificación.

3. Fase del adulto: Se presenta después de los 13 años de edad. Se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, cuello, nuca, dorso de manos y genitales. Cursa con eccema y liquenificación.

Tratamiento de la Dermatitis Atópica

Durante la consulta médica de los pacientes con DA, se debe evaluar la gravedad de la DA y la calidad de vida para decidir el esquema terapéutico más efectivo. (Cuadro 1)

A todos los pacientes con DA se les debe aconsejar las siguientes medidas generales:

- Mantener la piel limpia mediante el baño diario.
- Mantener su dormitorio limpio, con una temperatura y humedad adecuadas.
- Vestir ropa de algodón que no friccione con la piel
- Cortar las uñas para evitar el daño por rascado
- Evitar el uso de detergentes enriquecidos con enzimas en caso de pacientes con hipersensibilidad conocida a proteínas enzimáticas.
- Consulta con el oftalmólogo en caso de lesiones faciales, por el riesgo de complicaciones como: cataratas y desprendimiento de retina.

Tratamiento No Farmacológico

1. Dieta: No se recomiendan restricciones dietéticas en pacientes con DA, excepto en pacientes con sospecha de alergia al huevo, colorantes y conservadores. En estos casos puede ser útil una prueba de desafío, suspenderlos de la dieta un mes y evaluar la respuesta clínica de la DA. En niños con antecedentes familiares de enfermedades alérgicas (asma, rinitis y atopia) evitar los alimentos alergénicos durante los primeros 8 años de vida puede disminuir el riesgo de presentar DA.
2. Vitamina D: Se recomienda la suplementación diaria de vitamina D en aquellos casos con sospecha de deficiencia, ya que se ha demostrado que disminuye la severidad del cuadro clínico de DA.
3. Lactancia Materna: Prolongar la lactancia materna exclusiva el mayor tiempo posible puede prevenir el desarrollo de la DA.
4. Educación del paciente: Brindar información sobre la enfermedad aumenta el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la DA y ayuda a controlar las exacerbaciones de la DA.

Emolientes

Los emolientes son la piedra angular en el tratamiento de la DA, debido a que restauran la barrera de la piel. Se recomienda el uso de emolientes para el mantenimiento, prevenir recaídas y/o exacerbaciones del cuadro clínico. La aplicación de una crema no perfumada en todo el cuerpo varias veces al día.

Tratamiento Farmacológico

1. Esteroides Tópicos. Son el tratamiento de primera línea y deben prescribirse de la siguiente forma:

- Usar de baja potencia para DA leve, mediana para moderada y alta en casos graves.
- Usar de baja potencia para cara y cuello, sólo mediana potencia por 5 a 5 días para casos graves.
- Usar de mediana y alta potencia por periodos cortos (7-14 días) para brotes en sitios como inglés o axilas. No usar esteroides de alta potencia en niños sin consultar a un especialista (dermatólogo)

Retardar el tratamiento con esteroides tópicos puede provocar un empeoramiento de la DA, así como la calidad de vida del paciente. Los efectos adversos raramente ocurren si estos se aplican de forma correcta.

2. Inhibidores de Calcineurina. Son considerados tratamientos de segunda línea en DA de moderada a grave en adultos y niños mayores de 2 años de edad que no han sido adecuadamente controlados con esteroides tópicos, principalmente cuando exista un riesgo importante de efectos adversos por el uso de esteroides. Se deben prescribir de la siguiente forma:

- Tacrolimus (0.03%, 0.1%). La presentación de 0.03% es la indicada en niños y la de 0.1% en adultos. Su uso es seguro por periodos prolongados de hasta un año.
- Pimecrolimus (1%). Al igual que el tacrolimus su aplicación es cada 12 horas.

3. Antibióticos. Se recomienda la dicloxacilina como tratamiento de primera línea para la DA impetiginizada. En caso de resistencia o alergia puede administrarse eritromicina. El uso de esteroides tópicos combinados con antibióticos tópicos deben utilizarse por periodos cortos, 2 semanas.

4. Antivirales. El aciclovir vía oral está indicado cuando existe infección por virus de herpes simple (erupción varioliforme de Kaposi o eccema herpético).

Antihistamínicos. Los antihistamínicos sedantes están indicados en niños mayores de 6 meses de edad en el caso de un brote de DA con alteraciones del sueño e impacto negativo en la calidad de vida tanto del paciente como sus cuidadores. Se recomienda un esquema de 7 a 14 días con posibilidad de repetirlo en brotes subsecuentes si es que fue efectivo en el paciente. En casos de prurito intenso pueden indicarse antihistamínicos no sedantes por 4 semanas y continuar sólo si fue efectivo para el control de la sintomatología.

Dermatitis Atópica Refractaria

Se considera que la DA es refractaria cuando se clasifica como grave de acuerdo al SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) o al EASI (Eczema Area and Severity Index) y cuando no responde al tratamiento de primera y segunda línea. En estos casos se deben considerar otras opciones de tratamiento sistémico.

1. Ciclosporina. La dosis inicial es de 5 mg/kg/día dividida cada 12 horas y se debe disminuir 1 mg/kg/día cada uno a 3 meses. Otra alternativa es iniciar con 3 mg/kg/día seguido de un incremento de la dosis como se requiera para alcanzar una mejoría clínica y/o llegar a 5 mg/kg/día. Se debe suspender el tratamiento en aquellos pacientes que presenten los siguientes efectos adversos: infecciones, nefrotoxicidad, hepatotoxicidad, hipertensión, hipertricosis, convulsiones y neoplasias.

2. Azatioprina. Es otra opción terapéutica, pero queda a criterio del médico dermatólogo su uso, considerando el riesgo de mielotoxicidad.

3. Interferon recombinante. Al igual que la azatioprina, queda a criterio del médico dermatólogo su uso.

4. Alitretinoína. En casos de DA de manos refractaria, cuando esté disponible el medicamento y no se comprometa la seguridad del paciente en términos de efectos adversos.

5. Micofenolato de mofetilo. Alternativa con una eficacia similar a la ciclosporina. Se recomienda sólo en caso de que no esté disponible la ciclosporina.

6. Metotrexato. Alternativa a la azatioprina, con una eficacia similar. Queda a criterio médico su uso como alternativa a al azatioprina.

7. Corticosteroides sistémicos. Sólo en caso de exacerbaciones, durante periodos de tiempo menores a 15 días y debe considerarse el riesgo potencial de rebote al suspenderlos.

8. Talidomida. La dosis pediátrica es de 3-5 mg/kg/día y la de adultos es de 200 mg/día, pudiéndose disminuir a 50-100 mg/día como dosis de mantenimiento. En mujeres en edad reproductiva debe indicarse un método anticonceptivo debido a su efecto teratogénico. Debe vigilarse la aparición de neuropatía periférica en pacientes que alcancen una dosis acumulada de

20 g. (200 mg/día durante 100 días de forma continua).

9. Inmunoglobulina intravenosa. La dosis recomendada es de 2g/kg con aplicaciones mensuales por 3 meses consecutivos.

10. Fototerapia. Se recomiendan:

- Fototerapia con UVA1 con dosis media de 50J/cm2 para los brotes o exacerbaciones de la DA refractarios a tratamiento convencional.
- Fototerapia UVB de banda estrecha para la DA en fase crónica.
- PUVA en caso de no existir contraindicación para la administración de 5-metoxipsoraleno.

11. Vendajes con esteroides tópicos. Debido a que el riesgo de los efectos adversos de los esteroides aumenta con la oclusión y es proporcional a la superficie corporal tratada, la duración del tratamiento debe estar limitada de 7 a 14 días. Este tratamiento debe estar indicado y supervisado por un dermatólogo. No deben usarse en pacientes con datos de infección agregada. En casos de liquenificación, se pueden emplear el vendaje sólo con emolientes.

Los pacientes y sus padres deben ser precavidos con el uso de medicinas herbales en cuya etiqueta no se mencionen los ingredientes y la forma de uso. El médico les debe informar que existen productos herbales a los cuales se les agrega deliberadamente corticosteroides. Y que se ha observado toxicidad hepática con algunas medicinas herbales de origen chino.

Los médicos deben preguntarles a los pacientes, a sus padres o cuidadores si están utilizando alguna terapia complementaria. También deben informarles que deben continuar con el uso de emolientes de manera independiente al resto de estas terapias.

5. Escala de Clasificación Clínica

Cuadro 1. Clasificación de la Gravedad de la Dermatitis Atópica

Estadio	Cuadro Clínico	Impacto en la calidad de vida y bienestar psicosocial
Asintomático	Piel normal, sin evidencia de dermatitis activa	Sin impacto en la calidad de vida
Leve	Áreas de piel seca, prurito infrecuente (con o sin áreas pequeñas de enrojecimiento)	Impacto leve en las actividades de la vida cotidiana y en el bienestar psicosocial.
Moderada	Áreas de piel seca, prurito frecuente con enrojecimiento con o sin escoriación y localizada en piel engrosada	Impacto moderado en la calidad de vida y en el bienestar psicosocial, con alteraciones en el sueño.
Grave	Áreas extensas de piel seca, prurito incesante con enrojecimiento (eritema) con o sin escoriación y extensa en piel engrosada, sangrado, eccema, fisuras y alteración de la pigmentación	Limitación grave para las actividades de la vida cotidiana, incapacidad para conciliar el sueño por las noches debido a la dermatosis y al prurito.

Adaptado de: National Institute for Clinical Excellence. Atopic eczema in children: Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. Clinical Guideline. Londres: NICE; 2004

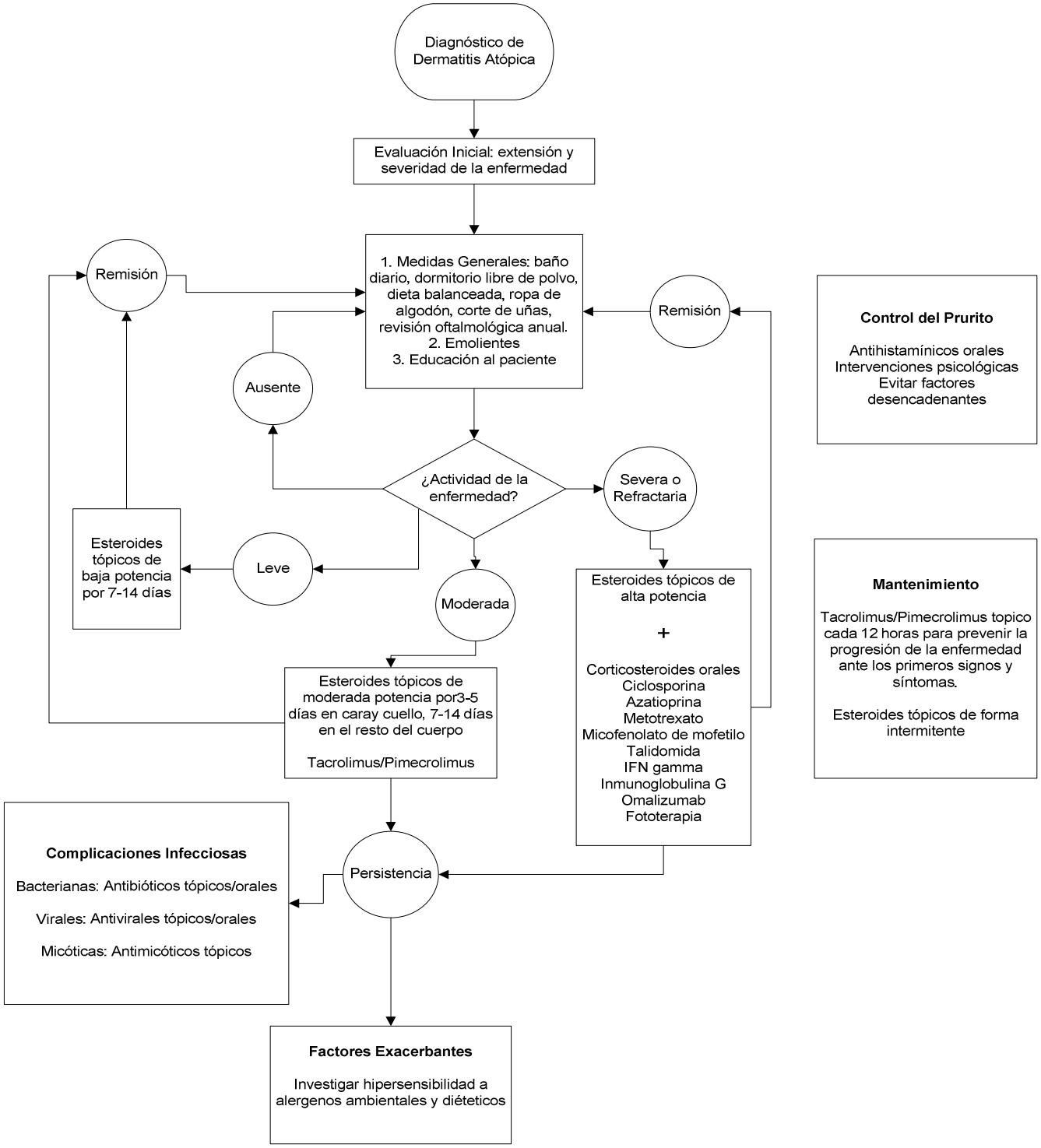
Cuadro 2. Clasificación de la potencia de los corticoides tópicos

Potencia/Grupo	Corticosteroide	Tipo de vehículo/forma	Concentración disponible/%
Grupo 1 Potencia muy alta	Dipropionato de Betametasona	Ungüento	0.05%
		Loción	0.05%
		Gel	0.05%
	Propionato de Clobetasol	Ungüento	0.05%
		Crema	0.05%
		Crema a base de emolientes	0.05%
		Gel	0.05%
		Loción	0.05%
		Espuma en aerosol	0.05%
		Espuma en aerosol (para piel cabelluda)	0.05%
		Shampoo	0.05%
		Solución (para piel cabelluda)	0.05%
		Spray aerosol	0.05%
	Propionato de Halobetasol	Ungüento	0.05%
		Crema	0.05%
	Fluocinonida	Crema	0.1%
	Flurandrenolida	Cinta (rollo)	4 mcg/cm^2
	Diacetato de Diflorasona	Ungüento (petrolato)	0.05%
Grupo 2 Potencia alta	Amcinonida	Ungüento	0.1%
	Dipropionato de Betametasona	Ungüento	0.05%
		Crema	0.05%
	Halcinonida	Ungüento	0.1%
		Crema	0.1%
		Solución	0.1%
	Fluocinonida	Ungüento	0.05%
		Gel	0.05%
		Crema	0.05%
		Solución	0.05%
	Diacetato de Diflorasona	Ungüento emoliente	0.05%
		Crema emoliente	0.05%
	Desoximetasona	Ungüento	0.25%
		Crema	0.25%
		Gel	0.05%
	Acetónido de Triamcinolona	Ungüento	0.5%
Grupo 3 Potencia alta baja	Amcinonida	Crema	0.1%
		Loción	0.1%
	Dipropionato de Betametasona	Crema hidrofílica emoliente	0.05%
		Loción	0.05%
	Valerato de Betametasona	Ungüento	0.1%
		Espuma	0.12%
	Propionato de Fluticasona	Ungüento	0.005%
	Fluocinonida	Crema acuosa emoliente	0.05%
	Furoato de Mometasona	Ungüento	0.1%
	Desoximetasona	Crema	0.05%
	Diacetato de Diflorasona	Crema	0.05%
	Acetónido de Triamcinolona	Ungüento	0.5%
		Crema	0.5%
		Ungüento	0.1%
Grupo 4 Potencia alta baja			
	Acetónido de Triamcinolona	Crema	0.1%
		Ungüento	0.1%
		Aerosol spray	0.2 mg por 2 segundos
	Flurandrenolida	Ungüento	0.05%
	Acetónido de Fluocinolona	Ungüento	0.025%
	Fluroato de Mometasona	Crema	0.1%
		Loción	0.1%
		Solución	0.1%
	Valerato de Hidrocortisona	Ungüento	0.2%

	Pivalato de Clocortolona	Crema	0.1%
Grupo 5 Potencia media baja	Acetonido de triamcinolona	loción	0.1
		ungüento	0.025
	Dipropionato de betametasona	Loción	0.05%
	Flurandrenolida	crema	0.05%
		Loción	0.05%
	Propionato de fluticasona	Crema	0.05%
		Loción	0.05%
	Prednicarbato	Crema emoliente	0.1%
		Ungüento	0.1%
	Denoside	Ungüento	0.05%
		gel	0.05%
	Valerato de betametasona	Crema	0.1%
	Valerato de hidrocortisona	Crema	0.2%
	Butirato de hidrocortisona	Ungüento	0.1%
		Crema	0.1%
		Loción spray	0.1%
	Probutato de hidrocortisona	Crema	0.1%
	Acetónido de fluocinolona	Crema	0.025%
Grupo 6 Potencia baja	Dipropionato de alclometasona	Ungüento	0.05%
		crema	0.05%
	Acetónido de triamcinolona	Crema	0.025%
		Loción	0.025%
	Desonide	Crema	0.05%
		Loción	0.05%
		espuma	0.05%
	Valerato de betametasona	Loción	0.1%
	Acetónido de fluocinolona	Crema	0.01%
		Solución	0.01%
		Shampoo	0.01%
		Aceite	0.01%
Grupo 7 Potencia mínima	Hidrocortisona (base)	Ungüento	2.5%
		Crema	2.5%
		Loción	2.5%
		Solución	2.5%
	Combinación de acetato de hidrocortisona con pramoxine al 1%	Ungüento	1 - 2.5%
		Crema	1 – 2.5%
		Loción	1 – 2.5%
		Espuma spray	1
	Hidrocortisona (base)	Ungüento	1
		Crema	1
		Loción	1
		Spray	1
		Solución	1

Adaptado de: Lacy, CF et al (Eds) Lexi-Comp's Drug Information Handbook, 18th ed. Lexi-Comp Inc, Hudson OH. Copyright © 2010 and Tadicherla, S, Ross, K, Shenefelt, D, Topical corticosteroids in dermatology; Journal of Drugs in Dermatology 2009; 12:1093.

4. Diagramas de Flujo



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13.
Colonia Juárez. Delegación Cuauhtémoc.
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2014

ISBN en trámite