

DERMATITIS ATÓPICA: CUIDADOS DE LA PIEL

María Salazar Nieves

Medicina

 **3ciencias**

DERMATITIS ATÓPICA: CUIDADOS DE LA PIEL

María Salazar Nievas

Médico especialista en Dermatología médico-quirúrgica y Venereología



Editorial Área de Innovación y Desarrollo,S.L.

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: Los autores

© difusión y reproducción: ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) info@3ciencias.com

Primera edición: octubre 2017

ISBN: 978-84-947803-4-9

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2017.42>

ÍNDICE

CAPITULO 1: ¿QUÉ ES LA DERMATITIS ATÓPICA? (DA)	9
Definición	9
Epidemiología	9
Causas de la dermatitis atópica	11
Marcha atópica	12
CAPITULO 2: TIPOS DE DERMATITIS ATÓPICA	15
Dermatitis atópica del lactante	15
Dermatitis atópica infantil	15
Dermatitis atópica del adulto.....	16
CAPÍTULO 3. CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL ATÓPICA	17
Ducha: ¿qué jabón usar?.....	17
Cremas emolientes	17
Baños de lejía: sus indicaciones	17
Ropa: ¿qué tejido usar?	18
Baños en la piscina y/o playa	18
CAPÍTULO 4: DIETA Y DERMATITIS ATÓPICA	19
Alérgenos frecuentes	19
Alimentación	19
Ingesta de agua	19
CAPÍTULO 5: TRATAMIENTO TÓPICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA	21
Tratamiento con corticoides tópicos (CSTs).....	21
Curas húmedas.....	22
Tratamiento con inhibidores de la calcineurina tópicos	23
CAPÍTULO 6: TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA	25
Corticoides orales.....	25
Ciclosporina.....	25
Metotrexate	26
Micofanolato mofetilo	26
Azatioprina	26
Ustekinumab	27
CAPÍTULO 7: FUTURO DE LA DERMATITIS ATÓPICA	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

CAPÍTULO 1: ¿QUÉ ES LA DERMATITIS ATÓPICA? (DA)

Definición

La dermatitis atópica se define como una enfermedad de la piel crónica, recurrente; es un trastorno de la piel caracterizado por una erupción eritema- eccematosa con un intenso prurito.

Suele presentarse fundamentalmente en la cara, manos y pliegues.

Es una patología que cursa a brotes, intercalando épocas de eccema con épocas sin eccema. No obstante, la piel del paciente atópico a menudo no es una piel totalmente normal si no una piel xerótica. La xerosis consiste en piel seca o rasposa secundaria a pérdida del manto hidrolipídico que recubre la piel del cuerpo y a otros factores que explicaremos a continuación.

Epidemiología

La prevalencia ha ido en constante aumento durante las últimas décadas debido a las condiciones cambiantes del estilo de vida. (1, 2)

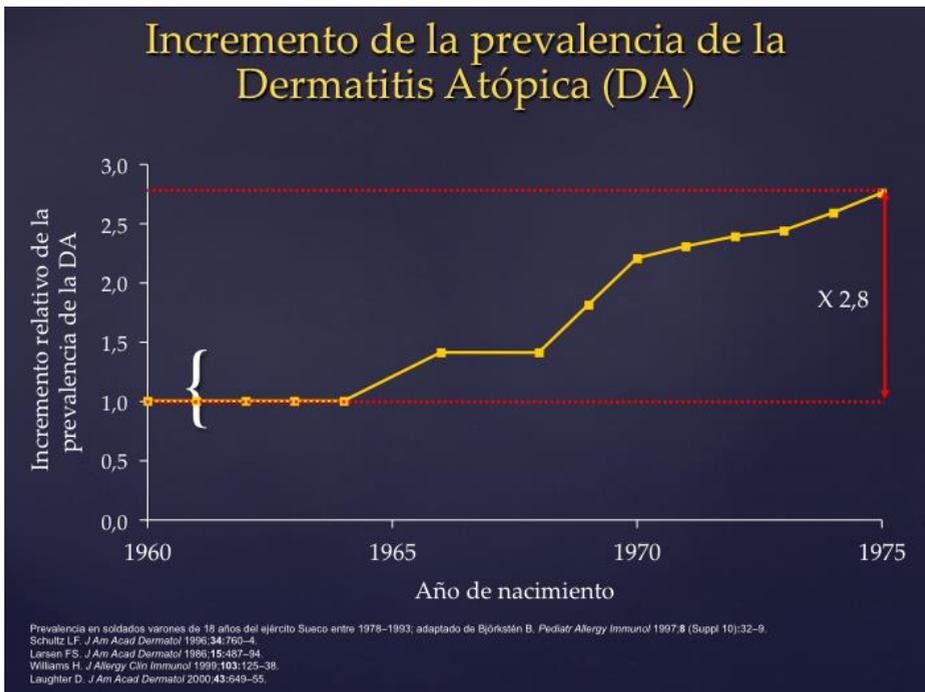
De hecho, afecta del 3 al 20 % de la población general y afecta a cualquier raza, no teniendo prevalencia sobre ninguna en particular.

Actualmente supone una de las diez primeras causas por la que un paciente acude a consulta dermatológica.

Es destacable que predomina en niños y adolescentes. El 60% de los pacientes inician la enfermedad en el transcurso del primer año de vida, y en un 85% de los casos se da en los primeros cinco años de edad.

Cabe reseñar que en los países Occidentales uno de cada cincuenta adultos padece de dermatitis atópica, mientras que en los niños la estadística crece hasta situarse en uno de cada cinco. Eso sí: la mayoría de los niños con DA tiene la enfermedad de forma leve a moderada (3, 4).

Figura 1. Prevalencia DA.



A lo largo de las últimas décadas se ha observado un aumento constante de la prevalencia en la mayor parte de países industrializados. (5)

Estudios epidemiológicos recientes llevados a cabo en los Estados Unidos, Europa y Japón indican que la incidencia mundial de DA ha aumentado, con una prevalencia actual del 7 al 21% en los niños en edad escolar. (6-8)

Además, la dermatitis atópica es una enfermedad que afecta de forma importante a la calidad de vida del que la padece y sus familiares, debido a:

- Carga de tratamiento diario.
- Afecta a las actividades cotidianas (por ejemplo, trabajo, colegio, relaciones sociales).
- Los afectados experimentan ansiedad, depresión y otros problemas psicológicos.
- Irritabilidad y falta de concentración debido a la alteración del sueño.
- Impacto en la vida familiar – para hacer frente a las demandas de una enfermedad crónica.

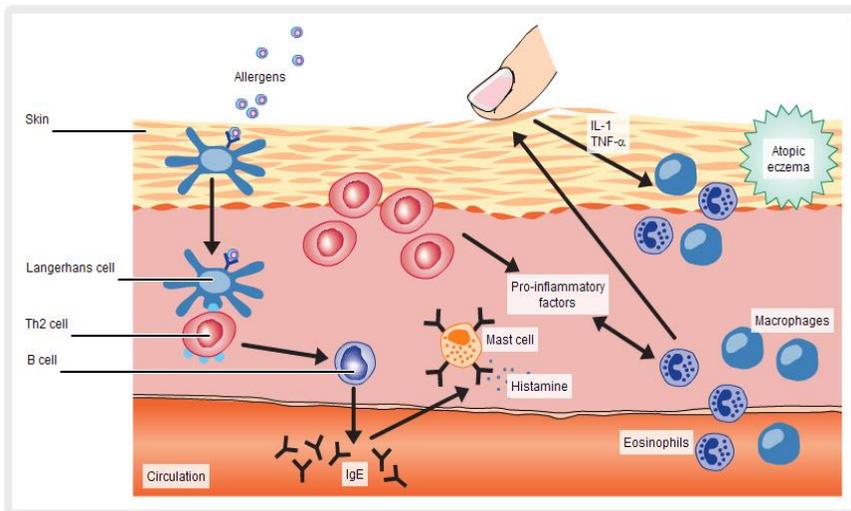
Causas de la dermatitis atópica

La patogénesis de esta enfermedad es multifactorial y compleja.

Los pacientes con DA tienen una barrera cutánea comprometida y una predisposición genética a un desequilibrio de las células T (linfocitos). Es decir, el paciente tiene más células TH2 que células TH1. Los alérgenos o desencadenantes entran a través de la barrera cutánea deficiente y activan las células T.

Desencadenan la liberación de IgE, histamina y citoquinas. Esto sensibiliza la piel desembocando en los signos y síntomas de la DA. (9, 10)

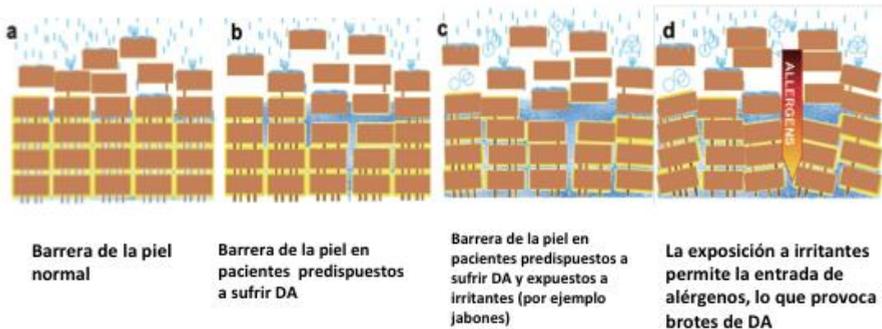
Figura 2. Fisiopatología de la DA.



Para explicar cómo se produce la dermatitis atópica asemejamos la piel a una pared de ladrillos. En el paciente atópico esta pared es defectuosa, sin cemento entre los ladrillos, lo cual facilita la entrada de alérgenos a la piel que finalmente desencadenarán el fenómeno inflamatorio, como se ve en la figura.

Figura 3. Pared de ladrillo.

Pared de ladrillo que representa el daño de la barrera cutánea en la DA



En la mayoría de los niños atópicos se ha descubierto la deficiencia de un gen que codifica la síntesis y formación de filagrina. Esta proteína sería el cemento de esta pared que acabamos de mostrar.

La filagrina es una proteína estructural fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la barrera cutánea. El elemento fundamental de la barrera cutánea es el estrato córneo, que es el que está principalmente alterado en las pieles atópicas.

Marcha atópica

Por lo general, la DA en la infancia está seguida por la rinitis alérgica y el asma en etapas posteriores (11).

De esta forma, aproximadamente el 50% de los pacientes con dermatitis atópica desarrollarán asma en algún momento de su vida.

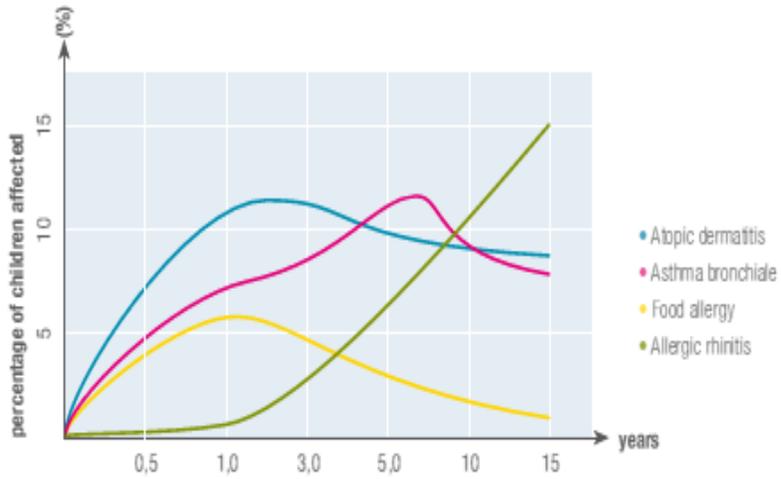
Por otro lado, aproximadamente dos de cada tres pacientes con esta enfermedad desarrollaran rinitis alérgica.

Los factores de riesgo para la progresión incluyen la aparición temprana y grave de la dermatitis atópica (12, 13).

Figura 4. Marcha atópica.

Atopic march: typical progress of atopy-associated diseases in childhood

(modified according from U. Wahn)



CAPÍTULO 2: TIPOS DE DERMATITIS ATÓPICA

Dermatitis atópica del lactante

Se inicia en la cara y se da durante los primeros meses de vida.

Predomina en mejillas, cuello y pliegues, respetando el triángulo central de la cara. Afecta también tercio al superior del tronco y superficies de extensión de las extremidades. Predomina el eccema agudo, con vesículas y exudado seroso que se seca sobre la piel formando costras que a menudo son confundidas con costras melicéricas de impétigo, pero que debemos recordar que no son infecciosas y por tanto no requieren tratamiento con antibióticos.

Figura 5. Dermatitis atópica del lactante.



Dermatitis atópica infantil

La dermatitis atópica infantil se da entre los 4 y los 14 años.

Las lesiones (placas eccematosas o liquenificadas) afectan pliegues de flexión de codos, huecos popliteos, cuello, muñecas, párpados o región peribucal. Predomina el eccema subagudo y crónico, donde la piel está característicamente áspera y engrosada (liquenificada).

Figura 6. Dermatitis atópica infantil.



Dermatitis atópica del adulto

Es menos frecuente. Se presente de los 15 a los 23 años.

Hay placas de liqenificación o eccema en superficies de flexión de extremidades, cuello, nuca, dorso de manos o genitales. En este tipo de dermatitis atópica es importante establecer un correcto diagnóstico diferencial para no confundirlo con otros procesos dermatológicos, algunos de ellos malignos como la micosis fungoide o linfoma T cutáneo primario.

Figura 7. Dermatitis atópica del adulto.



CAPÍTULO 3. CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL ATÓPICA

Ducha: ¿qué jabón usar?

Los baños prolongados se deben evitar, pues el agua altera la integridad de la barrera cutánea.

Es importante realizar una ducha rápida y usar geles de baño sin detergente o SYNDET. Los detergentes son sustancias tensioactivas por lo que dañarían aún más la barrera de la piel. Es por ello que una de las cosas más importantes en el cuidado de la piel atópica es el jabón que se usa. Siempre hay que comprobar que en la etiqueta indique que sea un jabón sin jabón (syndet), factor que es mucho más relevante que el ph del mismo.

Cremas emolientes

El uso de emolientes constituye un tratamiento básico para hidratar la piel y aliviar el picor en la dermatitis atópica.

Los efectos son de corta duración por lo que deben ser aplicados con frecuencia, al menos 3 ó 4 veces al día.

Las emolientes no son adecuados para el tratamiento de los brotes de dermatitis atópica.

Los brotes deben ser tratados con agentes antiinflamatorios tópicos (además del uso continuado de emolientes), incluso en ocasiones durante el brote se deben suspender los emolientes pues pueden irritar la piel inflamada. Hay que destacar que el principal papel de los emolientes es la prevención de los brotes y no su tratamiento.

En referencia a qué tipo de emoliente usar, lo mejor es individualizar el tratamiento según cada paciente. No a todo el mundo le siente igual cualquier crema, y finalmente es el propio paciente el que acaba encontrando la que a él le va mejor.

Baños de lejía: sus indicaciones

La lejía es hipoclorito sódico, el cual (¡siempre diluido!) ha sido utilizado con anterioridad como antiséptico o desinfectante; por ejemplo, para heridas o como antiséptico dental. Por este motivo, unos investigadores de Harvard pensaron hace

algunos años que quizá usar esta lejía diluida podría ser útil para las personas con dermatitis atópica.

Un estudio en que se veía que los pacientes que se bañaban con lejía diluida mejoraban respecto a los que se bañaban solo con agua. Observaron que, aunque no eliminaba por completo los *Stafilococos Aureus* de la piel, sí reducía el número de bacterias y que esta podía ser la causa de que esas personas presentaran menos brotes y a su vez, menos graves

¿Cómo realizar un baño de lejía correctamente? Hay que seguir una serie de pasos e indicaciones, que se detallan a continuación:

- Utilizar lejía normal de uso en casa concentración 6% o inferior. No usar lejía concentrada ni con detergente ni con otras cualidades o combinaciones (habitualmente se denomina lejía normal todo uso)
- Nunca aplicar directamente sobre la piel. El niño debe permanecer en la bañera 10 minutos.
- Posteriormente se seca sin frotar e inmediatamente se aplica la crema hidratante o de tratamiento.

Ropa: ¿qué tejido usar?

Respecto a qué tejido usar, lo fundamental es evitar la ropa de lana. Lo recomendable es usar ropas con máxima proporción de algodón en su composición. Además, las personas atópicas tienen alterado el mecanismo de transpiración de la piel por lo que toleran peor el calor y es importante que no vayan excesivamente abrigadas.

Baños en la piscina y/o playa:

Los baños en piscinas cloradas son perjudiciales para las personas con dermatitis atópica.

No obstante, siempre hay que ser lo más cercano al paciente que sufre esta enfermedad e intentar ayudarle para que pueda llevar una vida normal sin que su enfermedad empeore. Para ello recomendamos el uso de cremas barreras antes de sumergirse en el agua, que aíslan parcialmente del efecto irritativo del cloro.

Además, es importante enjuagar la piel con agua de la ducha tras el baño y aplicar lo antes posible un emoliente corporal. Respecto a la playa, en general los atópicos mejoran por la humedad ambiental y por la exposición solar, que de forma moderada supone un factor favorecedor para la piel.

CAPÍTULO 4: DIETA Y DERMATITIS ATÓPICA

Alérgenos frecuentes

La dermatitis atópica empeora con alérgenos frecuentes: pelos de gatos y/o perros, ácaros del polvo, cacahuetes, huevos, lana, bacterias como *Stafilococo Aureus*, jabones, rascado, etc. No hay que olvidar que no se trata de una enfermedad alérgica como se postulaba antiguamente. Estas sustancias actúan como irritantes locales que estimulan el sistema inmune de la piel y desencadenan finalmente la cascada inflamatoria.

Alimentación

No existe evidencia científica en que haya que evitar ciertos alimentos en los pacientes con brotes de dermatitis atópica. Se han elaborado a lo largo de la historia múltiples estudios e hipótesis, pero no se ha podido realizar un consejo general sobre la alimentación en los pacientes atópicos. Lo que sí sabemos es que debido a las alteraciones genéticas que afectan al sistema inmunológico de los pacientes atópicos es frecuente que antes o después de la dermatitis desarrollen ciertas alergias alimentarias. En ese caso sí se recomendaría de forma individualizada evitar esos alimentos en la dieta. También existen pacientes que ellos mismos observan que al ingerir ciertos alimentos empeora su dermatitis, por lo que en esos casos les indicaremos que eviten esos alimentos.

Ingesta de agua

Lo que sí resulta muy importante para todas las personas con dermatitis atópica es la ingesta diaria abundante de agua. Esto de forma indirecta mejorará la calidad e hidratación de la piel mejorando y previniendo el brote.

En algunas ocasiones los dermatólogos indicamos suplementos de ácidos grasos omega 3, que mejorarán la barrera cutánea y la retención hídrica de la misma.

CAPÍTULO 5: TRATAMIENTO TÓPICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Tratamiento con corticoides tópicos (CSTs)

En el brote es preciso usar antiinflamatorios tópicos (corticoides) para reducir el eccema. Las cremas emolientes se usan de forma preventiva o coadyuvante pero nunca como único tratamiento de la dermatitis pues incluso pueden empeorar (irritación y aumento de picor).

Los corticoides se deben usar en intervalos de 7-14 días en zonas localizadas y siempre controlando que la cantidad usada para el control no es excesiva.

En cara y pliegues se deben usar de potencia baja: hidrocortisona y en el resto de potencia moderada como metilprednisolona aceponato.

Los CSTs no deben ser usados en áreas sensibles de la piel debido al adelgazamiento de la piel. Tampoco deben usarse alrededor de los ojos debido al riesgo de glaucoma y cataratas.

El uso de CST aumenta el riesgo de sufrir infecciones en la piel y está asociado con muchas reacciones adversas incluyendo telangiectasias, hipopigmentación, acné esteroideo y rosácea.

Los tratamientos CSTs tienen el potencial de causar supresión del eje HPA (hipotálamo-hipofiso- adrenal). Aunque el 70-80% de padres de niños con AD están preocupados por los efectos secundarios de CST. Los pacientes a menudo no utilizan CSTs debido a la ansiedad de que se produzcan los eventos adversos

No obstante, no hay que temer excesivamente a los corticoides. A menudo los padres presentan miedo irracional o infundado por creencias populares a los corticoides.

Nunca se debe olvidar que los corticoides tópicos son un PILAR BÁSICO en el tratamiento de la dermatitis atópica y que si se hace un uso correcto no producen ningún efecto secundario.

Además, en estudios se ha visto que existe menos susceptibilidad en la piel atópica a desarrollar estos efectos secundarios vs otras dermatosis.

Figura 8. Problemas que pueden inducir el exceso de uso de corticoides tópicos.



Atrofia de la piel



Telangiectasia



Hipopigmentación



Acné esteroideo



Rosacea



Sensibilización al contacto



Glaucoma



Cataratas



Síndrome de Cushing

Por tanto, lo principal es educar bien a los cuidadores del niño y/o al adulto con dermatitis atópica y eliminarles lo que denominamos corticofobia o miedo irracional a los corticoides.

Curas húmedas

La aplicación de curas húmedas constituye un procedimiento con muy buenos resultados clínicos y baja tasa de efectos adversos.

Su éxito se basa en la gran hidratación de la piel, que favorece mantenerla humedecida e hidratada permanentemente, lo cual fomenta la absorción de fármacos y evita el rascado y la agresión cutánea, la penetración de alérgenos y microorganismos patógenos y la liberación de mediadores inflamatorios que perpetúen el ciclo inflamación-rascado.

Se realizan administrando corticoides tópicos de moderada-alta potencia (como dipropionato de beclometasona) o incluso de cuarta generación (como furoato de mometasona), que aseguran efecto local potente con baja absorción sistémica, diluidos al 5-10% en emolientes como la vaselina, aplicados bajo dos capas de vendaje ajustado. Pueden utilizarse en cualquier parte del cuerpo, incluida la cara mediante realización de una máscara. En los últimos años se han comercializado prendas para la aplicación específica de esta técnica.

Algunos dermatólogos hemos modificado parcialmente este tratamiento para que sea más fácil de realizar por el paciente y lo hemos denominado “pijama húmedo”. Consiste en **extender crema sobre la piel, vestir después al niño con un pijama usado de algodón, húmedo** (pero bien escurrido) y vestir por encima con otro seco también de algodón.

La FORMULA que yo utilizo se compone de ACÉTONIDO DE TRIAMCINOLONA AL 0.01% MÁS UREA AL 3% en VASELINA FILANTE. Es importante que está fórmula sea prescrita y supervisada por un dermatólogo y la composición variará según la gravedad de la dermatitis y edad del paciente, para evitar toxicidad.

Tratamiento con inhibidores de la calcineurina tópicos

Los ICTs son agentes inmunomoduladores no esteroideos. Son la terapia de primera línea para áreas sensibles de la piel (por ejemplo, cara, cuello, pliegues de la piel). Además, son especialmente adecuados para su uso en niños debido a su excelente relación beneficio riesgo.

Los ICTs se utilizan después del uso inicial de CST para controlar el brote de DA, y podrán utilizarse hasta la remisión completa del brote. Se emplean de forma intermitente a largo plazo para prevenir brotes de DA lo que reduce el uso global de CST en el manejo de la DA.

Existen en el mercado dos ICTs: Elidel® (pimecrolimus) y Protopic® (tacrolimus)

- Protopic® pomada está disponible en dos concentraciones: 0.03% y 0.1%. Sólo la concentración 0.03% está indicada para niños (≥ 2 años de edad). La concentración 0.1% está indicada para adultos y adolescentes mayores de 16 años.
- Protopic® pomada está recomendada para el tratamiento de la dermatitis atópica de moderada-grave en pacientes de 2 años de edad o mayores que no responden adecuadamente o que son intolerantes a las terapias convencionales tales como los corticoesteroides tópicos (tratamiento de brotes). También está indicada para la prevención de brotes y la prolongación de intervalos sin brotes en pacientes que experimentan una alta frecuencia de dichos brotes.

- Pimecrolimus es un inhibidor tópico de la calcineurina actualmente aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica (Elidel® 1% crema). Aprobado para su uso en Tratamiento de pacientes de 2 o más años de edad con dermatitis atópica leve o moderada en los que no se aconseja o no es posible el tratamiento con corticosteroides tópicos. Esto puede ser debido a:
 - Intolerancia a corticosteroides tópicos.
 - Falta de efecto de corticosteroides tópicos.
 - Uso en la cara y cuello donde el tratamiento intermitente prolongado con corticosteroides tópicos puede ser inadecuado.

Los inhibidores de la calcineurina tópicos inhiben la síntesis y liberación de las citocinas inflamatorias en los linfocitos T. De esta forma, reducen el picor y eritema asociados a la dermatitis atópica. Su uso es seguro, y permiten usar con menor frecuencia el corticoide tópico en pacientes con brotes frecuentes de dermatitis atópica.

CAPÍTULO 6: TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

Corticoides orales

Los esteroides orales como prednisona o deflazacort oral son utilizados en pacientes con brote grave de dermatitis atópica no controlable con terapia tópica por la intensidad y la extensión de las lesiones.

Deben ser utilizados a dosis de 1 mg por kg de peso y día, distribuidos preferentemente en desayuno y almuerzo para no alterar los ritmos de vigilia-sueño. Los corticoides orales son indicados en pautas cortas descendentes, nunca como terapia de uso continuo.

La retirada del fármaco debe ser paulatina para evitar problemas de la función suprarrenal y para evitar efecto rebote de la enfermedad.

No hay que tener miedo a ciertos efectos secundarios de los corticoides cuando estos son usados durante poco tiempo y no con mucha frecuencia. No obstante, si se debe tener en cuenta que aumentan la glucemia por lo que deben ser empleados con precaución en pacientes diabéticos.

Ciclosporina

La ciclosporina es fármaco inmunosupresor, derivado de un hongo (*Tolypocladium inflatum*) que se utiliza principalmente en los pacientes trasplantados para evitar el rechazo.

Se puede usar como tratamiento de la dermatitis atópica, produciendo unos excelentes resultados y teniendo una acción muy rápida. Es preciso antes de iniciar el tratamiento realizar una analítica completa incluyendo hemograma, glucosa, creatinina, perfil hepático y lipídico y sistemático de orina.

Está contraindicada en pacientes hipertensos. Es preciso indicar al paciente los posibles efectos secundarios entre los que se encuentran: náuseas, vómitos, fotosensibilidad, hiperplasia gingival, aumento de tensión arterial, alteraciones hematológicas y/o bioquímicas, aumento de vello o infecciones.

Es preciso hacer un seguimiento estrecho del paciente para ver su tolerancia, eficacia y realizar una analítica mensual. El tratamiento se puede mantener una media de 12 meses y máximo en algunos casos 24 meses.

La dosis recomendada es de 3-5 mg/kg de peso al día repartido en dos tomas, una cada 12 horas. Aunque según ficha técnica no está indicado en niños, se usa

ampliamente off-label por los dermatólogos y de hecho los efectos secundarios de este fármaco son menos frecuentes en niños que en adultos.

Metotrexate

Se trata de un fármaco que posee actividad anti proliferativa e inmunosupresora por inhibir competitivamente a la enzima dihidrofolato reductasa (DHFR), enzima clave en el metabolismo del ácido fólico. Esto influye en las células que se encuentran en la fase S del ciclo celular, como son células del sistema inmune encargadas de los fenómenos inflamatorios que suceden en la dermatitis atópica.

Este medicamento se puede administrar vía oral o vía subcutánea, una vez en semana y al día siguiente se debe tomar un suplemento de ácido fólico para evitar posibles efectos secundarios. Es un fármaco algo más lento de acción que la ciclosporina, pero seguro y ampliamente utilizado en dermatología.

Micofanolato mofetilo

Es un agente inmunosupresor aislado de un cultivo de *Penicillium* en 1898. Inhibe la síntesis de las purinas en los linfocitos al inhibir la enzima inosina monofosfato deshidrogenasa. El micofanolato mofetilo se debe utilizar con precaución en pacientes con una enfermedad digestiva, ya que sus principales efectos secundarios son sobre el aparato digestivo. Otros posibles problemas son alteraciones hematológicas y bioquímicas e infecciones debido a la inmunosupresión.

Azatioprina

Se trata de un antimetabolito inmunosupresor que se administra vía oral de forma diaria. Su efecto es lento, pero se puede mantener la terapia mayor tiempo que por ejemplo la ciclosporina, debido a su buena tolerancia y menor toxicidad. No obstante, como el resto de fármacos es importantes realizar un seguimiento clínico y analítico estricto del paciente. Antes de iniciar su utilización es preciso determinar la actividad de la persona a tratar del enzima tiometil-purín-transferasa (TMP-T) para predecir la dosis máxima que será tolerada por el paciente sin efectos tóxicos.

Ustekinumab

Es un agente biológico que inhibe las IL-12 e IL-23, de forma que bloquea la cascada inflamatoria mediada por linfocitos T de la inmunidad. Su indicación es la psoriasis en placas y la artritis psoriásica, pero se ha usado fuera de ficha técnica para el tratamiento de la dermatitis atópica grave con mejorías relativas.

CAPÍTULO 7: FUTURO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica, como hemos visto, es una enfermedad de la piel muy frecuente, especialmente en niños.

Altera de forma importante la calidad del sueño, el estado anímico y en general la calidad de vida. No existen actualmente tratamientos que se puedan mantener a largo plazo en pacientes con una dermatitis atópica grave, pero el futuro parece más esperanzador.

En algunos países ya se están usando nuevos fármacos que pronto llegarán a España y que prometen un tratamiento seguro y eficaz. Estas terapias son: TOFACITINIB POMADA, CRISABOROLE (APREMILAST) CREMA y DUPILUMUMAB subcutáneo. Esperemos que supongan un antes y un después en esta enfermedad y sean de utilidad para el dermatólogo en el manejo de la dermatitis atópica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee YL, Li CW, Sung FC, et al. Increasing prevalence of atopic eczema in Taiwanese adolescents from 1995 to 2001. *Clin Exp Allergy* 2007;37:543-51.
2. Kay J, Gawkrödger DJ, Mortimer MJ. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:35-9.
3. Emerson RM, Williams HC, Allen BR. Severity distribution of atopic dermatitis in the community and its relationship to secondary referral. *Br J Dermatol* 1998;139:73-6.
4. Olesen AB, Bang K, Juul S, Thestrup-Pedersen K. Stable Incidence of Atopic Dermatitis among Children in Denmark during the 1990s. *Acta Derm Venereol* 2005;85:244-7.
5. Schultz LF et al. The occurrence of atopic dermatitis in North Europe: an international questionnaire study. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:760-4.
6. Larsen FS et al. A genetic-epidemiologic study in a population-based twin sample. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:487-94.
7. Williams H et al. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Children. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:125-38.
8. Laughter D et al. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon schoolchildren. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:649-55.
9. Kondo et al *Eur J Immunol* 1998;28:769-779;
10. Bieber *NEJM* 2008;358:1483-94
11. Spergel. *AAAI* 2010;105:99-106;
12. Spergel & Paller *JACI* 2003;112:S118-S127;
13. Spergel *IACNA* 2010;105:99-106

Medicina

