

I Jornada Al·lèrgia cutània Taller Dermatitis de Contacte



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Dra. Anna Sala Cunill

Doctora especialista en Al·lèrgologia
Cap d'Innovació Hospital Vall d'Hebron

Dra. Àngels Casaldàliga Solà

EAP Sant Joan de Vilatorrada
GdT Dermatologia CAMFiC

Barcelona, 23 de març de 2026

CAS CLÍNIC 1

La Maria té 48 anys, té antecedents de dermatitis atòpica, és infermera en un CAP i consulta perquè des de fa uns dies han aparegut plaques eritematoses a zones interdigitals de la mà que s'estenen cap a cara ventral i dorsal i són pruriginoses.

Com a desencadenant a destacar, explica que últimament s'aplica força gel hidroalcohòlic a la consulta.



Font: Dr. Francisco J. Fernandez Segura

Quin creieu que és el diagnòstic més probable?

- Dermatitis de contacte al·lèrgica
- Dermatitis de contacte irritativa
- Dermatitis atòpica



Quin creieu que és el diagnòstic més probable?

- Dermatitis de contacte al·lèrgica
- **Dermatitis de contacte irritativa**
- Dermatitis atòpica



En relació a la dermatitis de contacte irritativa...

- Es tracta d'una reacció immunològica d'hipersensibilitat
- Per establir el diagnòstic, són útils les proves epicutànies, que són positives
- És més freqüent que la dermatitis de contacte al·lèrgica



En relació a la dermatitis de contacte irritativa...


- Es tracta d'una reacció immunològica d'hipersensibilitat
- Per establir el diagnòstic, són útils les proves epicutànies, que són positives
- És més freqüent que la dermatitis de contacte al·lèrgica



DERMATITIS DE CONTACTE IRRITATIVA (DCI)

- DCI representa el 80% dels casos de dermatitis de contacte i habitualment és causada per l'exposició repetida a substàncies irritants com l'aigua o el sabó
- Reacció inflamatòria desencadenada per l'exposició a un agent exògen irritant (físic, mecànic o químic) que provoca un efecte citotòxic a la pell a través d'un **mecanisme no immunitari**
- La clínica i la intensitat de la reacció està condicionada per diferents factors: agent irritant, concentració, regió anatòmica, fototip de pell, altres dermatosis concomitants com la dermatitis atòpica...
- Irritants freqüents: aigua, sabó, detergents, desinfectants, antisèptics, cosmètics...
- Freqüent DCI ocupacional en perruquers, neteja, mestresses de casa, hosteleria, sanitat...

- Lesions es localitzen a la zona de contacte de l'irritant amb la pell
- TIPUS:

AGUDA	CRÒNICA
Lesions des dels primers contactes amb l'agent irritant	Exposicions repetides de l'agent irritant a la pell
<p>Eritema, edema, dolor, vesícules, exsudació, erosions i crostes</p>  <p>DCI per contacte amb càustic. Font: La Forgia M. Dermatitis irritativa por contacto. <i>Dermatol Argent.</i> 2012;18(3):186-197. Disponible a: https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Dermatitis-irritativa-por-contacto.pdf</p>	<p>Eritema, sequedat, descamació, fissures</p>  <p>Font: Dra. Esquius</p>

	Dermatitis Contacte IRRITATIVA	Dermatitis Contacte AL·LÈRGICA
Mecanisme	Dany directe tòxic o irritatiu sobre la pell	Reacció immunològica d'hipersensibilitat tipus IV
Necessita sensibilització prèvia?	NO	SÍ
Temps d'aparició	Immediat o hores després del contacte	24-72h després del contacte
Relació amb la dosi	Depèn de la concentració i durada de l'exposició	Pot aparèixer amb quantitats molt petites
Localització	Limitada a la zona de contacte. Les mans són la localització més habitual	Es pot estendre fora de la zona de contacte
Clínica	Eritema, sequedat, fissures, descamació, sensació de cremor	Eritema, vesícules, edema, prurit intens
Diagnòstic	Clínic	Proves epicutànies positives

- El diagnòstic és **clínic**, important l'anamnesis i exploració física
- Les proves diagnòstiques: proves epicutànies (patch test), proves de punció (prick test), tests microbiològics i biòpsies → útils per descartar altres patologies

Anamnesis

- Historial personal y familiar de alergias y enfermedades cutáneas
- Historial laboral
- Patrón de EM (agudo, crónico, recurrente), con descripción de exacerbaciones y remisiones con respecto a trabajo (vacaciones, fines de semana), estaciones o hábitos de vida
- Exposiciones a irritantes o alérgenos (tipo, tiempo de exposición, frecuencia) en el trabajo o en casa del paciente
- Hábitos en lavado de manos, cuidado de la piel o uso de guantes
- Efectos en calidad de vida (relaciones sociales, trabajo, vida familiar)

Font: Silvestre Salvador JF, et al. Guía para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención del eccema de manos. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(1):26-4

Quin és el tractament més adequat?

- Mesures de prevenció i corticoides tòpics de baixa potència
- Mesures de prevenció i corticoides tòpics d'alta potència
- Mesures de prevenció i corticoides orals



Quin és el tractament més adequat?

- Mesures de prevenció i corticoides tòpics de baixa potència
- **Mesures de prevenció i corticoides tòpics d'alta potència**
- Mesures de prevenció i corticoides orals



- Evitar l'exposició a l'agent desencadenant
- Ús de **guants**:
 - Quan es realitzen feines amb humitat
 - No utilitzar durant llargs períodes. Si cal durant > 15 min: guants de cotó a sota
 - Han d'estar nets i secs per dins
 - Si s'utilitzen guants durant tota la jornada laboral, s'aconsella tenir 3 parells de guants de cotó i canviar-los
- Ús d'emolients

TRACTAMENT

- 1^a elecció: **Corticoesteroides tòpics d'alta potencia**
- Utilitzar durant períodes curts (< 6 setmanes), 1-2 vegades al dia
- 2^a elecció: inhibidors de la calcineurina tòpics: tacrolimus (Protopic[®]) o pimecrolimus (Elidel[®])
- Considerar corticoides orals en cas d'exacerbacions, si és molt invalidant o no es controla amb altres mesures
- Altres tractaments sistèmics: alitretinoïna, ciclosporina, metotrexat, azatioprina...

CLASIFICACIÓN DE LOS CORTICOSTEROIDES TÓPICOS SEGÚN SU POTENCIA

POTENCIA MUY ALTA

Clobetasol 0,05%
Fluocinolona acetónido 0,2 %

**DECLOBAN[®], CLOVATE[®]
SYNALAR FORTE[®]**

POTENCIA ALTA

Betametasona valerato unguento 0,1%
Betametasona dipropionato 0,05%
Beclometasona dipropionato 0,025 %
Beclometasona Salicilato 0,025 %
Desoximetasona 0,25 %
Diflucortolona valerato 0,05 %
Fluclorolona acetónido 0,025 %
Fluocinolona acetónido 0,025 %
Fluocortolona 0,2 %
Flupamesona
Metilprednisolona aceponato 0,1 %
Mometasona furoato 0,1% unguento
Prednicarbat 0,25 % unguento

**BETNOVATE[®], CELESTODERM[®] (ungüento)
DIPRODERM[®]
MENADERM[®]
DEREME[®]
FLUBASON[®]
CLARAL[®]
CUTANIT ULTRA[®]
SYNALAR[®], GELIDINA[®]
ULTRALAN M[®]
FLUTENAL[®]
ADVENTAN[®], LEXXEMA[®]
ELOCON UNGÜENTO[®]
BATMEN[®], PEITEL[®] (ungüento)**

POTENCIA MEDIA

Betametasona valerato 0,1 crema
Clobetasona butirato 0,05 %
Hidrocortisona butirato propionato 0,1 %
Hidrocortisona aceponato 0,1%
Mometasona furoato 0,1 %
Prednicarbat 0,25 % crema

**BETNOVATE[®], CELESTODERM[®]
EMOVATE[®]
ISDINIUM[®], CENEO[®]
SUNIDERMA[®]
ELOCOM CREMA[®]
BATMEN CREMA[®], PEITEL CREMA[®]**

POTENCIA BAJA

Hidrocortisona 1 %, 2,5 %
Fluocortina 0,75 %

**LACTISONA[®], SCHERICUR[®]
VASPIT[®]**

Adaptado de Miller JJ, Roling D, Margolis D, Guzzo C. Failure to demonstrate therapeutic tachyphylaxis to topically applied steroids in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol. 1999; 41:546-9.

POTÈNCIA DEL CORTICOIDE SEGONS LA ZONA D'APLICACIÓ

ZONA ANATÒMICA	POTÈNCIA
Mucoses, genitals, parpelles, cara i zona interna de cuixes	Baixa o intermitja o potencia alta durant períodes curts de temps
Plecs, àrees de flexió, zona interna de braços i cuir cabellut	Baixa - alta. Reduir tan aviat com sigui possible
Pit, esquena, braços i cames, dors de les mans i peus	Intermitja – alta o molt alta durant períodes curts de temps
Colzes i genolls, palmes i plantes	Alta – molt alta. Tenir en compte possibles efectes secundaris

Font: Alejandro Lázaro G, Moreno García F. Corticosteroides tópicos. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010;34(3):83-88

QUAN CAL DERIVACIÓ?

AL·LERGOLOGIA:

- Sospita de dermatitis de contacte al·lèrgica per realitzar proves epicutànies

DERMATOLOGIA:

- Múltiples brots o persistència de lesions que no milloren amb tractament tòpic

CAS CLÍNIC 2

La Mercè té 85 anys, té un deteriorament cognitiu lleu i és dependent per les activitats de la vida diària. Té una cuidadora durant 24h a domicili que l'ajuda en la higiene i vestir-se i la mobilitza amb cadira de rodes. Li fa la higiene al llit ja que és difícil poder-la dutxar i la neteja amb tovallolletes sabonoses.

La cuidadora ve a la consulta i ens ensenya una foto d'aquestes lesions a l'abdomen que té des de fa setmanes però que han anat augmentant.



Font: Dra Esquiús

Quin creieu que és el diagnòstic més probable?

- Dermatitis de contacte al·lèrgica per tovallolletes
- Dermatitis de contacte irritativa per tovallolletes
- Dermatitis atòpica



Quin creieu que és el diagnòstic més probable?

- Dermatitis de contacte al·lèrgica per tovallolletes
- **Dermatitis de contacte irritativa per tovallolletes**
- Dermatitis atòpica



Quin és el tractament més adequat?

- Evitar el desencadenant, emolients i corticoides orals
- Evitar el desencadenant, emolients i corticoides tòpics en crema
- Evitar el desencadenant, emolients i corticoides tòpics en pomada



Quin és el tractament més adequat?

- Evitar el desencadenant, emolients i corticoides orals
- Evitar el desencadenant, emolients i corticoides tòpics en crema
- **Evitar el desencadenant, emolients i corticoides tòpics en pomada**



CORTICOIDES TÒPICS - FORMA GALÈNICA I

FORMA GALÈNICA	COMPOSICIÓ	INDICACIONS PER LOCALITZACIÓ	INDICACIONS PER PATOLOGIA	
UNGÜENT	↑↑↑ Grasses	Palmes i plantes Zones sense pèl	Pells: - seques i molt seques - descamatives	Lesions: - Liquenificades - crostoses - profundes - cròniques
POMADA	↑↑ Grasses ↓ Aigua	Palmes i plantes Zones sense pèl Tronc Zones d'extensió de les extremitats	Lesions: - Seques - Escamoses - Liquenificades - Profundes - Cròniques	
CREMA	↑↑ Aigua	Zones intertriginoses Cara Zones sense pèl Zones de flexió de les extremitats	Lesions: - Humides - Profundes - Inflammatòries agudes - Extenses	

Font: Alejandro Lázaro G, Moreno García F. Corticosteroides tópicos. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010;34(3):83-88

FORMA GALÈNICA	COMPOSICIÓ	INDICACIONS PER LOCALITZACIÓ	INDICACIONS PER PATOLOGIA
GEL	Substància gelatinosa	Cara Cuir cabellut Zones piloses	Lesions: - Sense solució de continuïtat - Dermatosis agudes
SOLUCIONS	No grassa Vehicle: aigua, alcohol, propilenglicol o polietilenglicol	Zones piloses Cuir cabellut Zones intertriginoses Cara	Aplicacions extenses Lesions: - Exudatives - Superficials - Inflammatòries agudes - Infectades
AEROSOLS I ESPUMES	Corticoide en solució amb gas propulsor	Zones piloses	Dermatosis extenses o disseminades Cremades solars
POLS		Plecs	Lesions superficials

Font: Alejandro Lázaro G, Moreno García F. Corticosteroides tópicos. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2010;34(3):83-88

BIBLIOGRAFIA

- Silvestre Salvador JF, Heras Mendaza F, Hervella Garcés M, Palacios-Martínez D, Sánchez Camacho R, Senan Sanz R, et al. Guía para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención del eccema de manos. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(1):26-4
- Bains SN, Nash P, Fonacier L. Irritant Contact Dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2019 Feb;56(1):99-109. doi: 10.1007/s12016-018-8713-0. PMID: 30293200.
- Bielsa I. *Ferrándiz. Dermatología clínica.* 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021
- DermNet
- Alejandro Lázaro G, Moreno García F. Corticosteroides tópicos. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2010;34(3):83-88

Cas clínic 3

Home de **68 anys**

Motiu de consulta

Eczema generalitzat des de fa 2 mesos
Prurit intens + insomni

Antecedents

- **X** Sense història atòpica (asma, rinitis,..)
- HTA, dislipèmia



Foto Dra. Sala amb permís de pacient

Quin creieu que és el diagnòstic més probable?

- Dermatitis de contacte al·lèrgica
- Dermatitis de contacte irritativa
- Dermatitis atòpica de l'adult



Quin creieu que és el diagnòstic més probable?

- Dermatitis de contacte al·lèrgica**
- Dermatitis de contacte irritativa**
- Dermatitis atòpica de l'adult**



criteris per sospitar de dermatitis de contacte al·lèrgica?

Característiques de l'eczema:

- Localizat ✗
- Asimètric ✗
- Empitjora en:
 - Treball ✗
 - productes concrets- ??
- Millora en:
 - Vacances ✗
- No respon a tractament habitual-- ok



Pacient:

Eczema:

- inicialment a zona localitzada
- posteriorment **generalitzat (autoeczematització)**

Lesions:

- eritema + descamació + excoriacions
- Sense resposta a tractament

Quina prova és la que faríem per arribar a diagnòstic?

- Biopsia cutània
- Proves epicutànies
- Analítica amb IgE i eosinòfils



Quan plantejem biòpsia cutània?

- **Sospita de malalties ampolloses autoimmunes**
- **Dermatitis resistent al tractament:** la biòpsia pot revelar condicions coexistents o alternatives.
- **Presentacions atípiques:** quan la distribució, morfologia o evolució no són típiques d'una dermatitis comuna, especialment si es sospita limfoma cutani de cèl·lules T (micosi fungoide), psoriasi o dermatitis herpetiforme.
- **Diferenciació psoriasi vs dermatitis:** tot i que el diagnòstic és generalment clínic, en casos ambigus (especialment en palmes i plantes), la biòpsia pot ajudar. La psoriasi mostra hipogranulosi, acantosi, microabscessos neutrofílics i proliferació capil·lar, mentre que l'èczema mostra espongiósi, vesiculació i eosinòfils perivasculars.



ORIGINAL STUDY

Histomorphology and Immunophenotype of Eczematous Skin Lesions Revisited—Skin Biopsies Are Not Reliable in Differentiating Allergic Contact Dermatitis, Irritant Contact Dermatitis, and Atopic Dermatitis

Frings, Verena G. MD^{*}; Böer-Auer, Almut MD[†]; Breuer, Kristine MD[‡]

[Author Information](#) 

The American Journal of Dermatopathology 40(1):p 7-16, January 2018. | DOI:
10.1097/DAD.0000000000000842

Quan fer biopsia?

És important reconèixer que **la histopatologia no diferencia de manera fiable entre dermatitis atòpica, dermatitis de contacte al·lèrgica i dermatitis de contacte irritativa**, ja que comparteixen característiques histològiques similars. No obstant això, la biòpsia és útil per excloure altres condicions que poden simular una dermatitis.

En relació a la dermatitis de contacte al·lèrgica...

- Es tracta d'una reacció immunològica d'hipersensibilitat tipus I
- Per establir el diagnòstic, són útils les proves epicutànies
- En pacients amb dermatitis de contacte generalitzada estant contraindicades les proves epicutànies



En relació a la dermatitis de contacte al·lèrgica...

- Es tracta d'una reacció immunològica d'hipersensibilitat tipus I
- **Per establir el diagnòstic, són útils les proves epicutànies**
- En pacients amb dermatitis de contacte generalitzada estant contraindicades les proves epicutànies



Dermatitis de contacte al·lèrgica: Proves epicutànies



Contact Dermatitis • Review Article

COD
Contact Dermatitis

European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing – recommendations on best practice

Jeanne D. Johansen¹, Kristiina Aalto-Korte², Tove Agner³, Klaus E. Andersen⁴, Andreas Bircher⁵, Magnus Bruze⁶, Alicia Cannavó⁷, Ana Giménez-Arnau⁸, Margarida Gonçalo⁹, An Goossens¹⁰, Swen M. John¹¹, Carola Lidén¹², Magnus Lindberg¹³, Vera Mahler¹⁴, Mihály Matura¹⁵, Thomas Rustemeyer¹⁶, Jørgen Serup³, Radoslaw Spiewak¹⁷, Jacob P. Thyssen¹, Martine Vigan¹⁸, Ian R. White¹⁹, Mark Wilkinson²⁰ and Wolfgang Uter²¹

Table 2. Reading criteria of the ICDRG (53, 57)

Symbol	Morphology	Assessment
–	No reaction	Negative reaction
?+	Faint erythema only	Doubtful reaction
+	Erythema, infiltration, possibly papules	Weak positive reaction
++	Erythema, infiltration, papules, vesicles	Strong positive reaction
+++	Intense erythema, infiltrate, coalescing vesicles	Extreme positive reaction
IR	Various morphologies, e.g. soap effect, bulla, necrosis	Irritant reaction

Recommendation:

The ROAT is used to clarify the relevance of selected positive and doubtful patch test reactions by testing (leave-on) cosmetics, topical drugs, and other suitable formulations.

Table 4 Proposals for Spanish Extended Series for 2022 and 2024.

Spanish Expanded Standard Series for 2022	Spanish Expanded Standard Series for 2024
1 Methyl dibromo glutaronitrile 0.5% vas	1 Methyl dibromo glutaronitrile 0.5% vas
2 Lactone mix 0.1% vas	2 Lactone mix 0.1% vas
3 Hydroxyisoheptyl 3-cyclohexene carboxaldehyde 5% vas	3 Hydroxyisoheptyl 3-cyclohexene carboxaldehyde 5% vas
4 Propolis 10% vas	4 Propolis 10% vas
5 Sodium metabisulfite 1% vas	5 Sodium metabisulfite 1% vas
6 2-bromo-2-nitropropane-1,3-diol (bronopol) 0.5% vas	6 2-bromo-2-nitropropane-1,3-diol (bronopol) 0.5% vas
7 Compound mix 2.5% vas	7 Compound mix 5% vas
8 Linalool hydroperoxide 0.5% vas	8 Linalool hydroperoxide 0.5% vas
9 Limonene hydroperoxide 0.2% vas	9 Limonene hydroperoxide 0.2% vas
10 Benzisothiazolinone 0.1% vas	10 Benzisothiazolinone 0.1% vas
11 Octyl isothiazolinone 0.1% vas	11 Octyl isothiazolinone 0.1% vas
12 Decyl glucoside 5% vas	12 Decyl glucoside 5% vas
13 Lauril polyglucoside 3% vas	13 Sorbitan sesquioleate 20% vas
14 Ethylenediamine dihydrochloride 1% vas	14 Sorbitan monooleate 5% vas
15 Clobetasol propionate 0.1% ethanol	
16 Clobetasol propionate 1% vaseline	
17 Propylene glycol 100%	
18 Propylene glycol 30% water	
19 Shellac 20% ethanol	
20 Galate mix 1% vas	
21 Octyl gallate 0.25% vas	
22 Dodecyl gallate 0.25% vas	
23 Propyl gallate 1% vas	

Table 5 Allergens that need to be added to the TRUE-Test® to complete the 2022 Spanish Standard Series (SSS).

MCI/MI^a 0.02% aq
 Formaldehyde 2%^a 2.0% aq
 Methylisothiazolinone 0.2% aq
 Fragrance mix II 14.0% vas
 Hydroxyethyl methacrylate 2.0% vas
 Textile dye mix 6.6% vas
 Linalool hydroperoxide 1.0% vas
 Limonene hydroperoxide 0.3% vas

^a Inadequate concentrations in TRUE-Test®. The remaining

industrial products, detergents, and paints.^{29,30-33} BIT sensitization data in 2022 was 3.5%,⁸ which justifies its possible inclusion in the SSB. Due to the low relevance of positive tests, it was decided to keep it in the ESB. The OIT sensitization rate to was very low, remaining in the ESB for consistency with the European battery only⁸ (tables 3 and 4).

Formaldehyde and formaldehyde releasers represent the second most important group of biocides.³¹ After changing patch concentration to 2% formaldehyde in water in 2014, many more cases of ACD can be established.^{12,32,33} Recent positivity data to formaldehyde reached 2.9% in the latest REIDAC analysis. Compared with the TRUE-Test, the latter detects only one-third of sensitization cases.³⁴ Of

Grupo GEIDAC 2024

Nova bateria estàndar Epicutànies

Més pes en:

- cosmètics
- acrilats (ungles)
- conservants emergents

Frutos FJ, et al. Standard and Expanded Series Patch Testing Update by the Spanish Contact Dermatitis and Skin Allergy Research Group (GEIDAC). Actas Dermosifiliogr. 2024 Jul-Aug;115(7):T712-T721.

Quin és el tractament més adequat que podem fer esperant visita en especialista?

- Evitar el desencadenant, emolients i corticoides orals
- Evitar el desencadenant, emolients i corticoides tòpics en pomada
- Evitar el desencadenant, emolients i antihistamínics



Quin és el tractament més adequat que podem fer esperant visita en especialita?

- **Evitar el desencadenant, emolients i corticoides orals**
- Evitar el desencadenant, emolients i corticoides tòpics en pomada
- Evitar el desencadenant, emolients i antihistamínics



Tractament de la Dermatitis de Contacte Al·lèrgica

1

Evitació de l'al·lergen — pedra angular

Identificació per patch test → informació al pacient → reactivitats creuades · **Base de dades CAMP** per trobar productes lliures de l'al·lergen identificat

2

Tractament farmacològic

Corticosteroides tòpics

1a línia — aguda i crònica

- Potència segons localització, severitat i fase
- Evitar fluorats potents en pell fina i nens

Corticosteroides sistèmics

Dermatitis extensa o severa

- DA extensa o severa (ex. Toxicodendron)
- Evitar ús prolongat en dermatitis crònica

Inhibidors calcineurina

Tacrolimus · Pimecrolimus

- Resistència a TCS · Zones sensibles
- Evidència limitada en DCA

3

2a línia — casos refractaris

- Fototeràpia
- Retinoides orals · Immunosupressors sistèmics

4

Teràpia bàsica

- Emol·lients i cremes barrera
- Restaurar barrera cutània · Reduir inflamació

5

Prevenció

Totes les estratègies centrades en la identificació dels al·lèrgens i la minimització del contacte

Primària

Evitar primers contactes

Secundària

Diagnòstic precoç

Terciària

Minimitzar contacte crònic

Tractament desde primària

✓ Què podem començar a fer?

- Corticoide tòpic en funció de la fase de l'ecceema
- Emolients
- Educació i evitació de l'al.lergè– EL MÉS IMPORTANT
- Si dermatitis generalitzada plantejar corticoides orals en pauta curta

✓ DERIVAR SI

- Crònic
- Refractari
- Sospita clara de DCA

Dona de **29 anys**

Motiu de consulta

Eczema a mans refractari a tractament tòpic

Molt prurit

Antecedents

- Antecedents atopia (asma, rinitis)
- No altres antecedents de interès



Foto Dra. Sala amb permís de pacient

? PREGUNTA 2

Para confirmar el diagnóstico de DCA, ¿cuál es la prueba de elección?

A Pruebas epicutáneas (patch test)

B Prick test a látex

C IgE específica a látex en sangre

Quin creieu que és el diagnòstic més probable?

- Dermatitis de contacte al·lèrgica
- Dermatitis de contacte irritativa
- Dermatitis atòpica



Quin creieu que és el diagnòstic més probable?

- Dermatitis de contacte al·lèrgica
- Dermatitis de contacte irritativa
- **Dermatitis atòpica**



Quina creieu que és la dada més orientativa de dermatitis atòpica d'aquesta pacient?

- Lesions limitades a mans
- Prurit intens i antecedents atòpics
- Refractarietat al tractament tòpic



Quina creieu que és la dada més orientativa de dermatitis atòpica d'aquesta pacient?

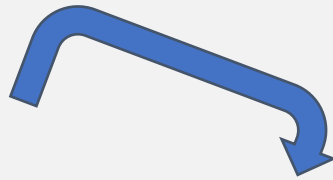
- Lesions limitades a mans
- **Prurit intens i antecedents atòpics**
- Refractarietat al tractament tòpic



Concepte actual de la dermatitis atòpica



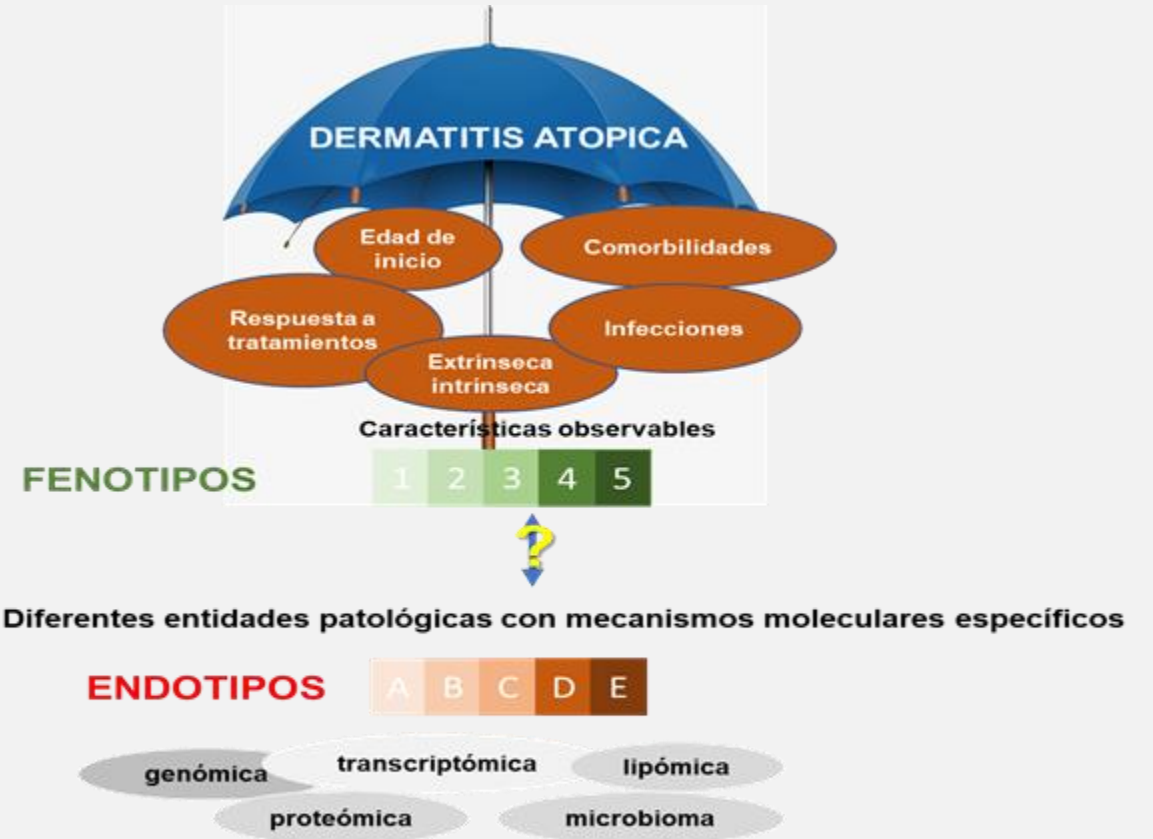
15–20%

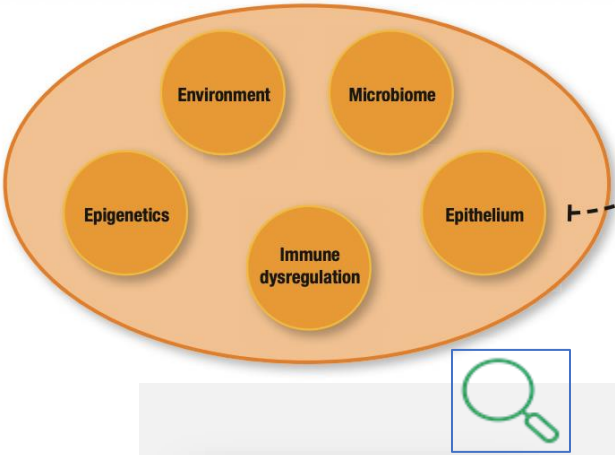


85% desenvolupen la DA entre els 0 i els 5 anys d'edat

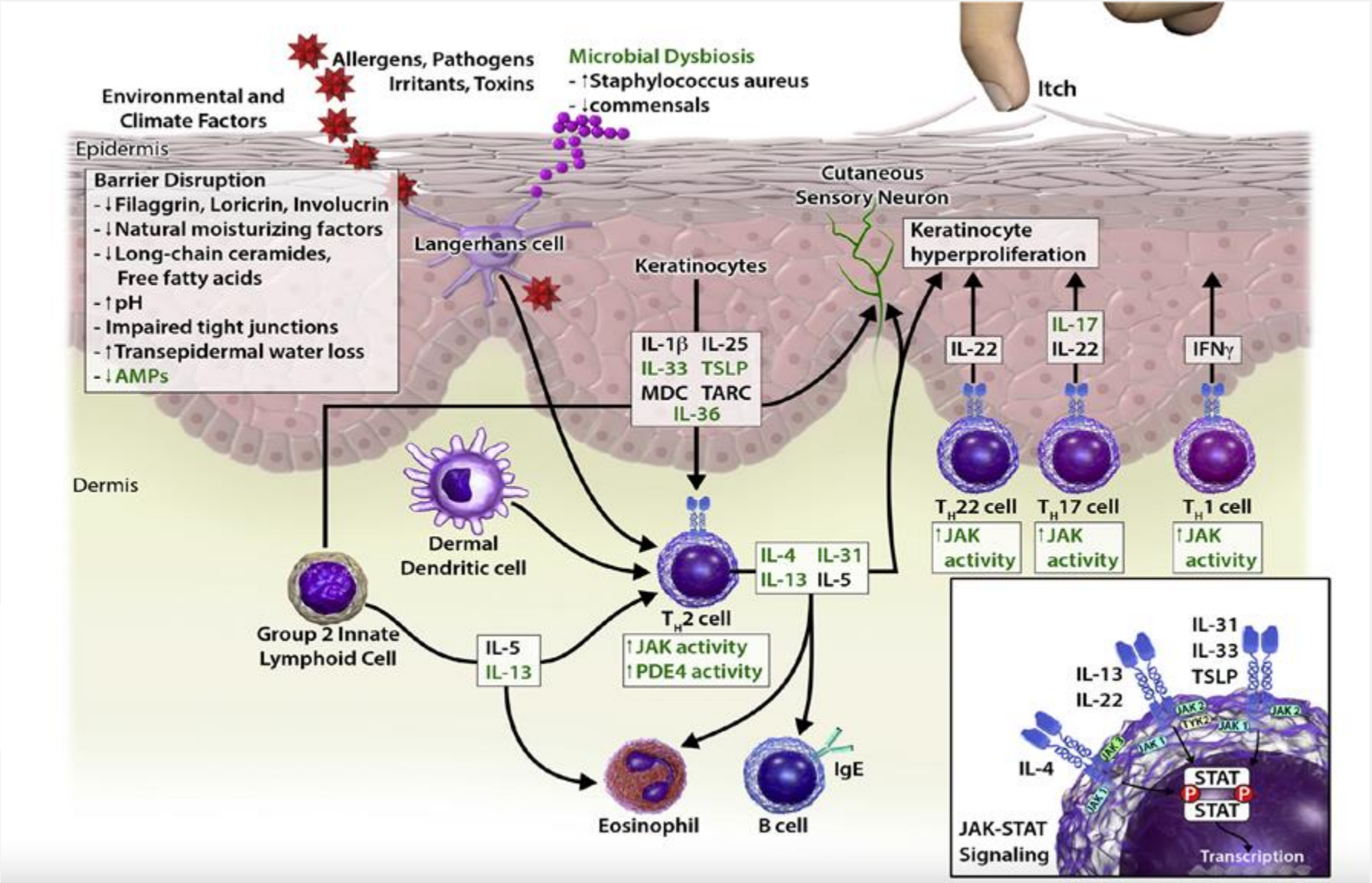


2–10%





La **Dermatitis atópica** es una enfermedad **inflamatoria crónica** de la piel que **curso con intenso prurito** y alteración barrera cutánea



Bakker D et al. Biomarkers in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2023 Feb 13:S0091-6749(23)00143-4.

Puar N et al. Ann Allergy Asthma Immunol 2021. 126: 21-31.

Com avaluar la dermatitis atòpica des de primària?

- Mesurar EASI, IGA, DLQI, prurit i ADCT
- Analítica amb IgE i eosinòfils en sang
- Biopsia cutània



Com avaluar la dermatitis atòpica des de primària?

- Mesurar EASI, IGA, DLQI, prurit i ADCT
- Analítica amb IgE i eosinòfils en sang
- Biopsia cutània



Com mesurar l'impacte, la gravetat i el control de la DA?

Utilitzar eines que avaluin totes
les àrees

Avaluar Carga malaltia (PRO)

DLQI (Dermatology Life Quality Index)

POEM (Patient Oriented Eczema Measure)

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

PO-SCORAD (Patient Oriented Scord)

VAS (Visual Analogue Scale) Prurito e insomnio



Avaluar gravetat

EASI (Eczema Area and Severity Index)

SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis)

IGA (Investigator's Global Assessment)

BSA (Body Surface Area)

Avaluar control

ADCT

(Atopic Dermatitis Control Test)



Escala avaluació prurit

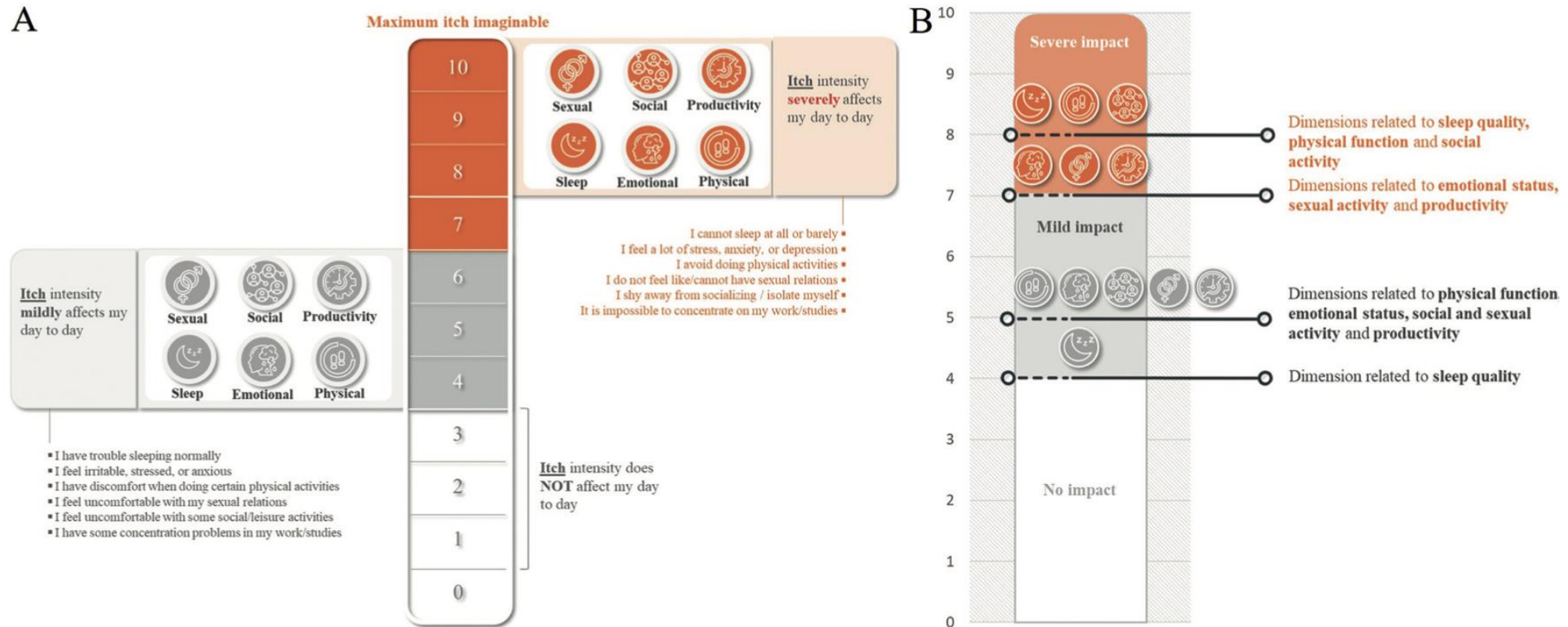


Fig. 4. Pruritus intensity scale for (A) patients and (B) healthcare professionals. Figure adapted and translated from the original version found in Appendix S1.

Figueras I et al. Qualitative Tool to Guide in the Interpretation of the Numerical Rating Scale for Pruritus Intensity in Patients with Atopic Dermatitis. Acta Derm Venereol. 2024 Apr 2;104:adv18255

ADCT: Atopic Dermatitis Control Test

ADCT – Herramienta de Control de la Dermatitis Atópica



Comprender su dermatitis atópica mediante la ADCT

La dermatitis atópica (DA) es una forma crónica de eccema. Es una enfermedad común y tratable, pero no siempre es fácil de manejar y puede afectar su calidad de vida en más de una manera.

Medir el control de la enfermedad en todas las áreas de la vida afectadas por su DA, incluidos los signos visibles en la piel, síntomas como picazón y dolor o la calidad de vida en general, puede ayudar a su médico a hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento, dirigir las conversaciones hacia una atención óptima adecuada para usted y establecer objetivos terapéuticos alcanzables.

La Herramienta de control de la dermatitis atópica (ADCT) se ha desarrollado para ayudar a los pacientes y a sus médicos a comprender la enfermedad de manera integral y eficaz. Para una autoevaluación del grado de control de su DA, responda a las siguientes preguntas. Sus respuestas en la ADCT ayudarán a su médico/a o enfermero/a a entender mejor sus necesidades terapéuticas.

ADCT (0-24)

= 0 >7 No controlada

O si aumenta más de 5 puntos desde la última visita

Paso 1: responda seis preguntas breves acerca de su DA

Responda las preguntas de abajo. Para usar correctamente la ADCT, debe responder las seis preguntas.

Herramienta de control de la dermatitis atópica


Piense en su experiencia con el eccema, a veces denominado "dermatitis atópica", para responder a las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo calificaría los síntomas relacionados con su eccema (por ejemplo, picor, sequedad de piel o sarpullido) durante la última semana?
0 Ninguno 1 Leves 2 Moderados 3 Graves 4 Muy graves
2. ¿Cuántos días ha tenido **episodios intensos de picor** debido a su eccema durante la última semana?
0 Ninguno 1 1-2 días 2 3-4 días 3 5-6 días 4 Todos los días
3. ¿Cuánto le ha **molestado** su eccema durante la última semana?
0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Extremadamente
4. ¿Cuántas noches ha tenido **problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido/a** debido a su eccema durante la última semana?
0 Ninguna 1 1-2 noches 2 3-4 noches 3 5-6 noches 4 Todas las noches
5. ¿Cuánto ha **afectado el eccema a sus actividades diarias** durante la última semana?
0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Extremadamente
6. ¿Cuánto ha **afectado el eccema a su estado anímico o emociones** durante la última semana?
0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Mucho 4 Extremadamente

© Atopic Dermatitis Control Tool_Version 1, 27 Nov 2018 Sanofi Group y Regeneron Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. ADCT – Spain/Spanish

És una Dermatitis atòpica greu?

ADCT – Herramienta de Control de la Dermatitis Atópica



Comprender su dermatitis atópica mediante la ADCT

La dermatitis atópica (DA) es una forma crónica de eccema. Es una enfermedad común y tratable, pero no siempre es fácil de manejar y puede afectar su calidad de vida en más de una manera.

Medir el control de la enfermedad en todas las áreas de la vida afectadas por su DA, incluidos los signos visibles en la piel, síntomas como picazón y dolor o la calidad de vida en general, puede ayudar a su médico a hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento, dirigir las conversaciones hacia una atención óptima adecuada para usted y establecer objetivos terapéuticos alcanzables.

La Herramienta de control de la dermatitis atópica (ADCT) se ha desarrollado para ayudar a los pacientes y a sus médicos a comprender la enfermedad de manera integral y eficaz. Para una autoevaluación del grado de control de su DA, responda a las siguientes preguntas. Sus respuestas en la ADCT ayudarán a su médico/a o enfermero/a a entender mejor sus necesidades terapéuticas.

ADCT (0-24)

= o >7 No controlada

O si aumenta más de 5 puntos desde la última visita

VSA Prurito: >6
VSA insomnio: >6

Para avaluar gravetat & Impacto

EASI >21

SCORAD >40

DLQI >11

IGA >3

BSA >10

Caso clínico 2



Los datos incluidos en esta presentación son de practica clínica del ponente. La información e imágenes son proporcionadas por el autor con todos los permisos

SCORAD:71

EASI: 41

POEM: 23

DLQI: 23

IGA:4

NRS:10

Caso clínico 4

DESCRIPCIÓ MICROSCÒPICA

Fragmento cutàneo con marcada hiperplasia de epidermis, espongiosis, presencia de exocitosis de histiocitos a nivel intraepidérmico y pequeñas vesículas de contenido eosinófilo. En parte de la muestra se observan también una marcada hiperparaqueratosis con cambios de rascado y presencia de pústulas en la capa córnea.
A nivel de dermis se observa un infiltrado inflamatorio perivascular, de predominio linfocítico con presencia focal de eosinófilos.

DIAGNÒSTIC

"PIEL PIERNA IZQUIERDA":
CAMBIOS MORFOLÓGICOS COMPATIBLES CON DERMATITIS ESPONGIÒTICA SUBAGUDA CON CAMBIOS DE RASCADO.

800 eosinófilos
en sangre
periférica



IgE Específica				
Generals				
Srm - Immunoglobulina E total	11	>5000.00	KU/L	0.00 - 117.00
Srm - Triptasa		3.64	ug/L	0.00 - 9.99
Àcars i pols de casa				
Srm - IgE específica anti-Dermatophagoides pteronyssinus	11	>100.00	KU/L	0.00 - 0.35

Componentes aeroalergenicos especie-especificos				
Hongos				
Alternaria	rAlt a 1	Glicoproteina acídica	2 ISU-E	█
Àcaros				
B. tropicalis (HDM)	rBlo t 5	Àcaros grupo 5	59 ISU-E	██████████
D. farinae (HDM)	nDer f 1	Cistein proteasa	>100 ISU-E	██████████
	rDer f 2	Familia NPC2	>100 ISU-E	██████████
D. pteronyssinus (HDM)	nDer p 1	Cistein proteasa	>100 ISU-E	██████████
	rDer p 2	Familia NPC2	>100 ISU-E	██████████
L. destructor (storage mite)	rLep d 2	Familia NPC2	0.5 ISU-E	█
Cucaracha				
Cucaracha	rBla g 2	Proteasa aspártica	0.6 ISU-E	█
Otros componentes especie-especificos				
Látex				
Látex	rHev b 5	Proteina acídica	27 ISU-E	██████████
Componentes marcadores de reactividad cruzada				
Tropomiosina				
D. pteronyssinus (HDM)	rDer p 10	Tropomiosina	0,3 ISU-E	
Proteina transportadora de lípidos (nsLTP)				

Los datos incluidos en esta presentación son de practica clínica del ponente. La información e imágenes son proporcionadas por el autor con todos los permisos

A Checklist to Aid in Identifying Patients with Atopic Dermatitis who are Candidates for Systemic Therapy

Jonathan Silverberg¹, Matthias Augustin², Lawrence Eichenfield³, Peter Lio⁴, Emma Guttman-Yassky⁵, Amber Reck Atwater⁶, Evangeline Pierce⁶, Maria Jose Rueda⁶, Alvin Li⁷, Yolanda Munoz Maldonado⁷, Eric Simpson⁸

¹George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA, ²University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany, ³Rady Children's Hospital, University of California, San Diego, USA, ⁴Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, USA, ⁵Cahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA, ⁶Eli Lilly and Company, Indianapolis, USA, ⁷CorEvitas LLC, Massachusetts, USA, ⁸Oregon Health & Science University, Oregon, USA

Jonathan Silverberg, et al. A checklist to aid in identifying patients with atopic dermatitis who are candidates for systemic therapy, *British Journal of Dermatology*, Volume 191, Issue Supplement_2, August 2024, ljae266.011, <https://doi.org/10.1093/bjd/ljae266.011>

Checklist for the Treatment of Atopic Dermatitis (AD) With Systemic Medication

1. General conditions for systemic treatment

Age ≥6 months

Diagnosis Clinical diagnosis of atopic dermatitis; other conditions considered to explain lack of response (allergic contact dermatitis, scabies, mycosis fungoides, immunodeficiency, etc.)

2. Eligibility criteria for systemic treatment

A Clinical Severity (see scales)

At least one or more of the following criteria is fulfilled: Yes No

- ▶ vIGA-AD™ or IGA = 3 or 4
- ▶ Body Surface Area ≥10%
- ▶ Treatment-refractory atopic dermatitis in sensitive/visible areas (e.g. head/neck, hands, feet, genitalia)
- ▶ Despite appropriate maintenance topical therapy, persistent AD or multiple AD flares over a 3-month time period (episodes requiring an escalation of treatment, or seeking additional medical advice) (a)

B Subjective Burden (see scales)

At least one or more of the following criteria is fulfilled: Yes No

- ▶ Patient Global Assessment of Atopic Dermatitis = Moderate or severe
- ▶ Itch ≥6
- ▶ Sleep ≥6
- ▶ Bother = Moderate, very, or extreme
- ▶ Patient indicates that AD has a major impact on their quality of life
- ▶ Patient indicates that there is an inadequate response to appropriate prescription topical therapy

C Lack of Treatment Response

All other therapeutic approaches are insufficient because at least one or more of the following criteria is fulfilled: Yes No

- ▶ Inadequate response to appropriate prescription topical therapy for moderate-to-severe AD
- ▶ No provider expectation of success with prescription topical therapy alone
- ▶ Prescription topical therapy, as needed for control, is not safe or feasible

3. Summary

Systemic treatment is indicated because one or more criterion from each of the sections A, B, and C is fulfilled (b) Yes No

Treatment to be initiated with:

a. Langan SM, Thomas KS, Williams HC. What is meant by a "flare" in atopic dermatitis? A systematic review and proposal. *Arch Dermatol*. 2006 Sep;142(9):1190-6.
b. There may be patients who meet only criterion C that are medically appropriate for systemic therapy. For example, criteria A and B were met at baseline, but topical therapy is not safe or feasible.

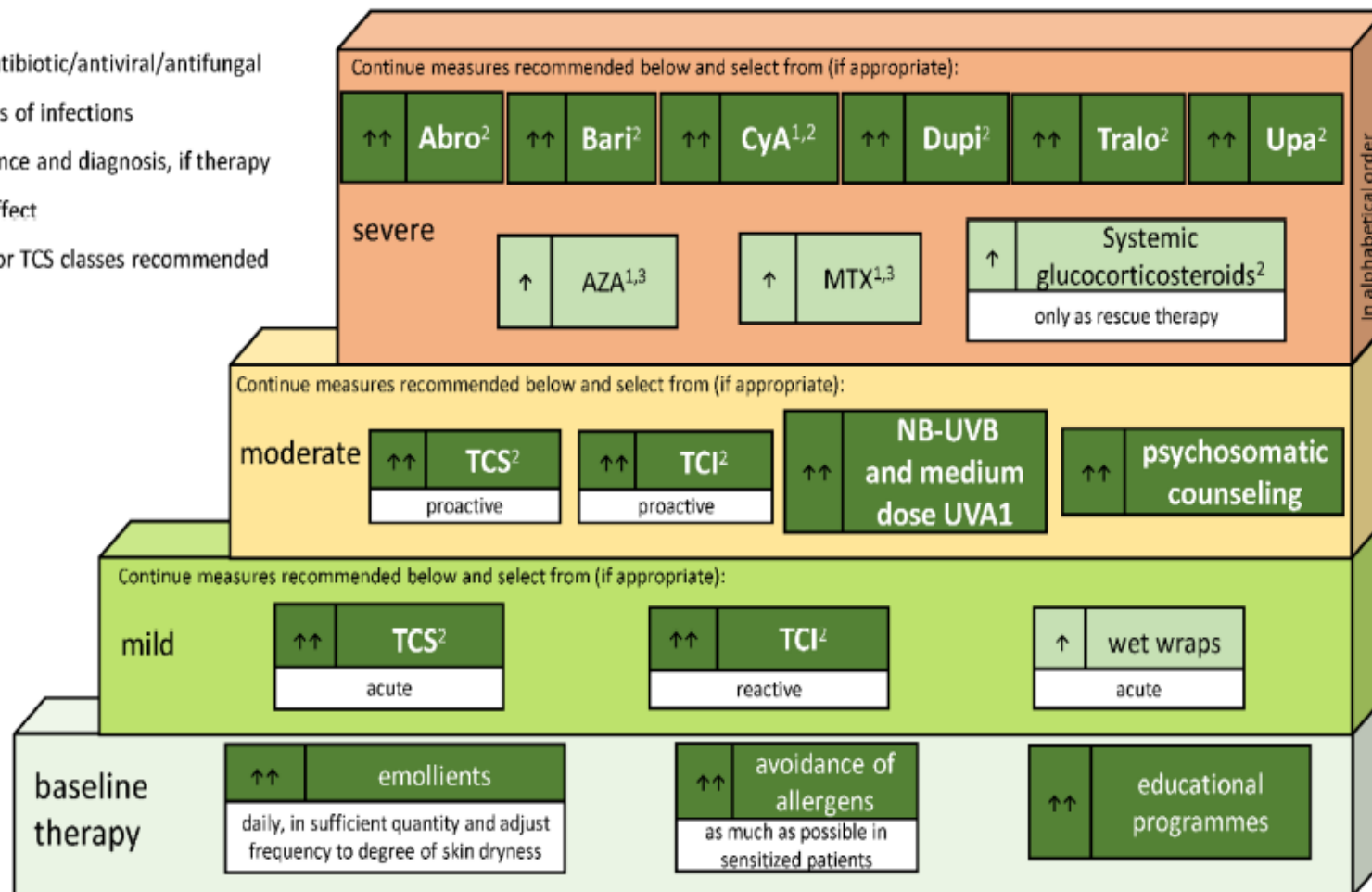


TABLA RESUMEN — DCA vs DA

	DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA	DERMATITIS ATÓPICA
Inicio	Adulto, nuevo contacto con alérgeno	Infancia (o adulto tardío)
Antec. atópicos	No	Sí (rinitis, asma...)
Localización	Zona de contacto con el alérgeno	Pliegues, cuello, cara, difusa
Diagnóstico	Patch test (gold standard)	Clínica + escalas (EASI, SCORAD, ADCT)
Pilar tto	⚠ Evitar el alérgeno	Control inflamación crónica
Sistémico avanzado	Dupilumab (2ª línea, si DCA atópica)	Dupilumab / JAK inhibidores
Derivar cuando	Siempre para patch test	DA grave no controlada

Què ens diuen les guies de la DA?

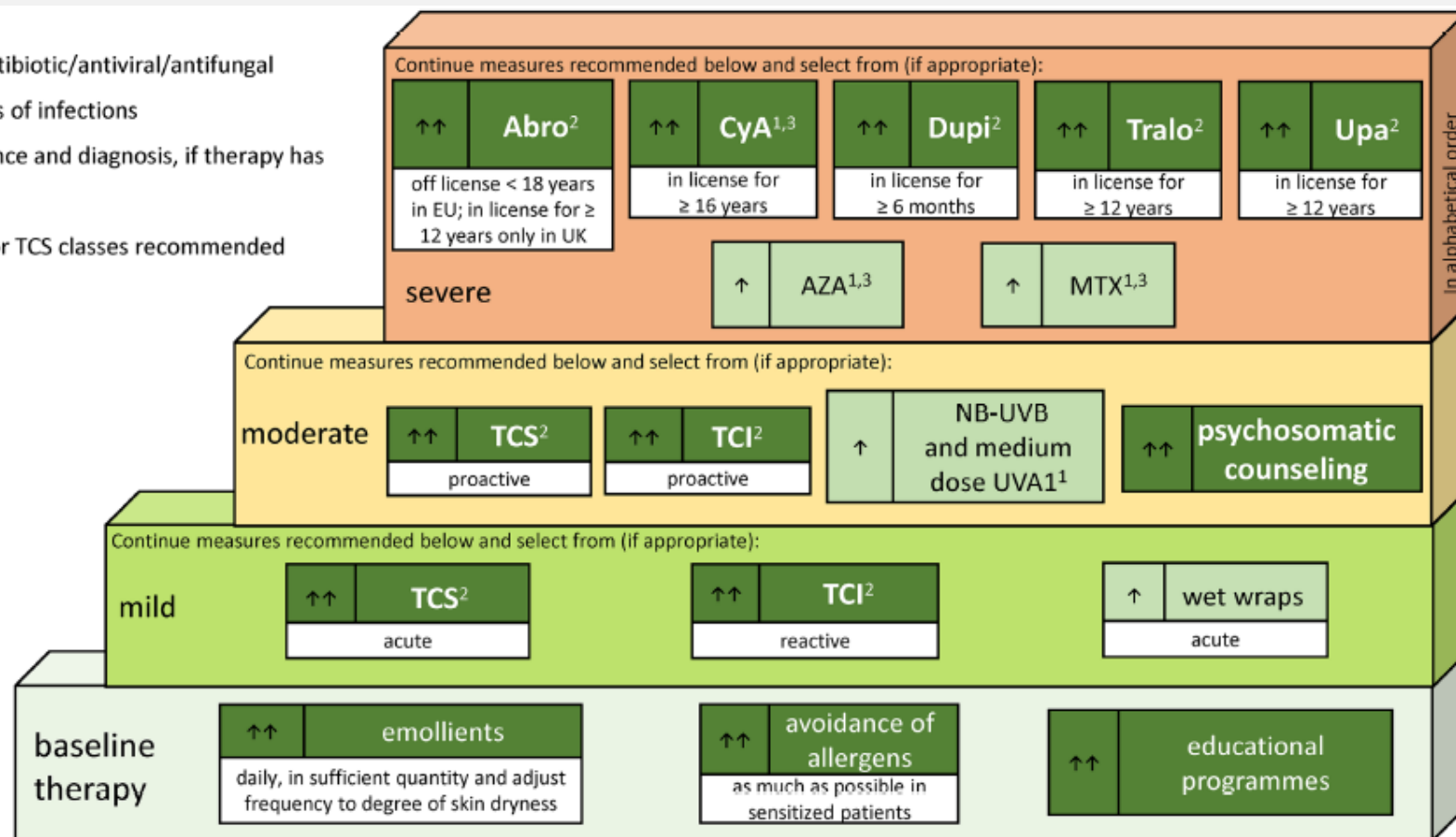
- Add antiseptic/antibiotic/antiviral/antifungal treatment in cases of infections
- Consider compliance and diagnosis, if therapy has insufficient effect
- Refer to table 3 for TCS classes recommended



- ^aABRO is not included in the guideline as this approval came through after EuroGuiDerm consensus conferences had taken place ^bRefer to guideline text for restrictions. ^cLicensed indication. ^dOff-label treatment
 ABRO, abrocitinib; AZA, azathioprine; BARI, baricitinib; CyA, cyclosporin A; DUPI, dupilumab; MTX, methotrexate; NB-UVB, narrow-band ultraviolet B; TCI, topical calcineurin inhibitor; TCS, topical corticosteroid; TRALO, tralokinumab; UPA, upadacitinib; UVA1, ultraviolet A1

Tractament de la Dermatitis atòpica Nens i adolescents

- Add antiseptic/antibiotic/antiviral/antifungal treatment in cases of infections
- Consider compliance and diagnosis, if therapy has insufficient effect
- Refer to table 3 for TCS classes recommended



Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, et al. First update of the living European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema [published online ahead of print, 2023 Jun 16]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;10.1111/jdv.19269. doi:10.1111/jdv.19269



Table 2: General recommendations for systemic drugs for special AE patient populations (for details see corresponding chapter)

	Conventional systemic treatments			Biologics		JAK inhibitors			Rescue therapy
	Ciclosporin	Methotrexate	Azathioprine	Dupilumab	Tralokinumab	Abrocitinib	Baricitinib	Upadacitinib	Systemic corticosteroids
Children and adolescents with AE who are candidates for systemic treatment	↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑		↑↑	
Dose for children	licensed for ≥ 16 years commonly used dosage children: 2.5-5 mg/kg per day in two single doses	off-label; commonly used dosage children: 0.3-0.4 mg/kg per week	off label; commonly used dosage children: 1-3 mg/kg per day	licensed for ≥ 6 years; age 6-11: from 15kg <60kg, initially 300 mg s.c. day 1 &15 followed by 300 mg Q4W, when ≥60 kg, initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W age 12-17: <60 kg: initially 400 mg s.c. day 1 followed by 200 mg Q2W, when ≥60 kg: initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W	licensed for ≥ 12 years; initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W; consider Q4W dosing at week 16 in those achieving clear or almost clear skin	off-label; only in UK approved ≥ 12 years; commonly used dosage children: 100 mg per day	off-label	licensed for ≥ 12 years; age 12-17 (≥ 30 kg bw): 15 mg per day	general unspecific licence for children for steroid responsive skin disease;; dosage maximum: 1 mg/kg per day
Pregnancy (in candidates for systemic treatment)	↑	↓↓	↑	0	0	↓↓	↓↓	↓↓	↑ prednisolone (0.5mg/kg/d) only as rescue therapy for acute flares
Breastfeeding	↓	↓	↓	0	0	↓	↓	↓	↑ prednisolone (0.5mg/kg/d) only as rescue therapy for acute flares

* SmPC; Q2W - once every 2 weeks

Embarazo y lactancia

Molt important tenir en compte la fase de la dermatitis atòpica del pacient

Fase aguda (eritema, edema, vesiculació i exudació)	Fase subaguda (eritema i vesiculació mínima)	Fase crònica (liquenificació, xerosis intensa i escamas)
<ul style="list-style-type: none">• Si lesiones exudativas: Fomentos o baños astringentes con solución acuosa de permanganato potásico al 1:10000 o solución de zinc, cobre y sílice• Hidratación en forma de loción• En caso de precisar corticoides tópicos dar de baja potencia y en loción 	<p>Hidratación en forma de cremas o lociones En caso de precisar corticoides tópicos usar de mediana potencia y en forma de crema Inmunomoduladores tópicos en crema</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Hidratación cutánea en forma de cremas o pomadas• Realizar vendajes húmedos con suero fisiológico y añadir corticoides para aumentar el efecto antiinflamatorio. En zonas liquenificadas intensificar las curas oclusivas• En caso de precisar corticoides tópicos dar en pomada o ungüento• Inmunomoduladores tópicos en crema o pomada• Añadir urea como queratolítico en zonas con mucha liquenificación y escamas• Plantear añadir preparaciones con alquitrán en zonas muy secas o liquenificadas
<p>En todos los estadios realizar los cuidados básicos generales descritos en la tabla 2 para la DA</p>		

Sala-Cunill A et al. Skin Allergy Committee of Spanish Society of Allergy and Clinical Immunology (SEAIC). Basic Skin Care and Topical Therapies for Atopic Dermatitis: Essential Approaches and Beyond. J Investig Allergol Clin Immunol. 2018 Dec;28(6):379-391.

25 años con DA
grave, RC y AB



*Imagen propia con permiso de uso



*Imagen propia con permiso de uso



SCORAD:71

EASI: 52

POEM: 23

DLQI: 23

IGA:4

Tractaments bàsics tòpics

Hidratació cutànea con tratamientos emolientes

Aplicar emolientes, libres de conservantes y fragancias (SYNDETS), teniendo en cuenta el estado de la piel.

Actualmente disponibles emolientes ricos en ceramidas

Hidratació cutànea con baños con agua templada

- De unos 5-10 minutos con agua templada (30-33°).
- Evitar esponja.
- Evitar uso de detergentes.
- Limpiar con aceite con pH ácido o neutro (SYNDETS) o con jabones suaves (Glicerina 50% con agua de rosas®).
- Añadir avena coloidal.

Baños o fomentos para lesiones exudativas

- Solución acuosa de permanganato potásico (fórmula magistral) 1:10000, 2-3 veces/día con compresas mojadas durante unos 20 minutos hasta que se sequen las lesiones.
- Solución de sulfato de zinc, cobre y sílice: fórmula comercial Septomida®, disolver 1 sobre en 1 litro de agua. 1-2 aplicaciones/día hasta que se sequen las lesiones.

Sala-Cunill A et al. Skin Allergy Committee of Spanish Society of Allergy and Clinical Immunology (SEAIC). Basic Skin Care and Topical Therapies for Atopic Dermatitis: Essential Approaches and Beyond. J Investig Allergol Clin Immunol. 2018 Dec;28(6):379-391.

Roads to remission: evolving treatment concepts in type 2 inflammatory diseases

Marek Lommatzsch,^a Katharina Blumchen,^b Lisa A. Beck,^c Jean Bousquet,^{d,s} Guy G. Brusselle,^e Wytske J. Fokkens,^f Eckard Hamelmann,^g Susanne Lau,^h Hagen Ott,ⁱ Oliver Pfaar,^j Hugh A. Sampson,^k Josef S. Smolen,^l Christian Taube,^m Ingo H. Tarner,ⁿ Martin Wagenmann,^o Thomas Werfel,^p Margitta Worm,^q and Harald Renz^{r,*}

MDA: MINIMAL DISEASES ACTIVE
EASI 90 O EASI < 3 CON BUEN CONTROL

Lommatzsch M et al Roads to remission: evolving treatment concepts in type 2 inflammatory diseases. EClinicalMedicine. 2025 Jan 8;80:103050.

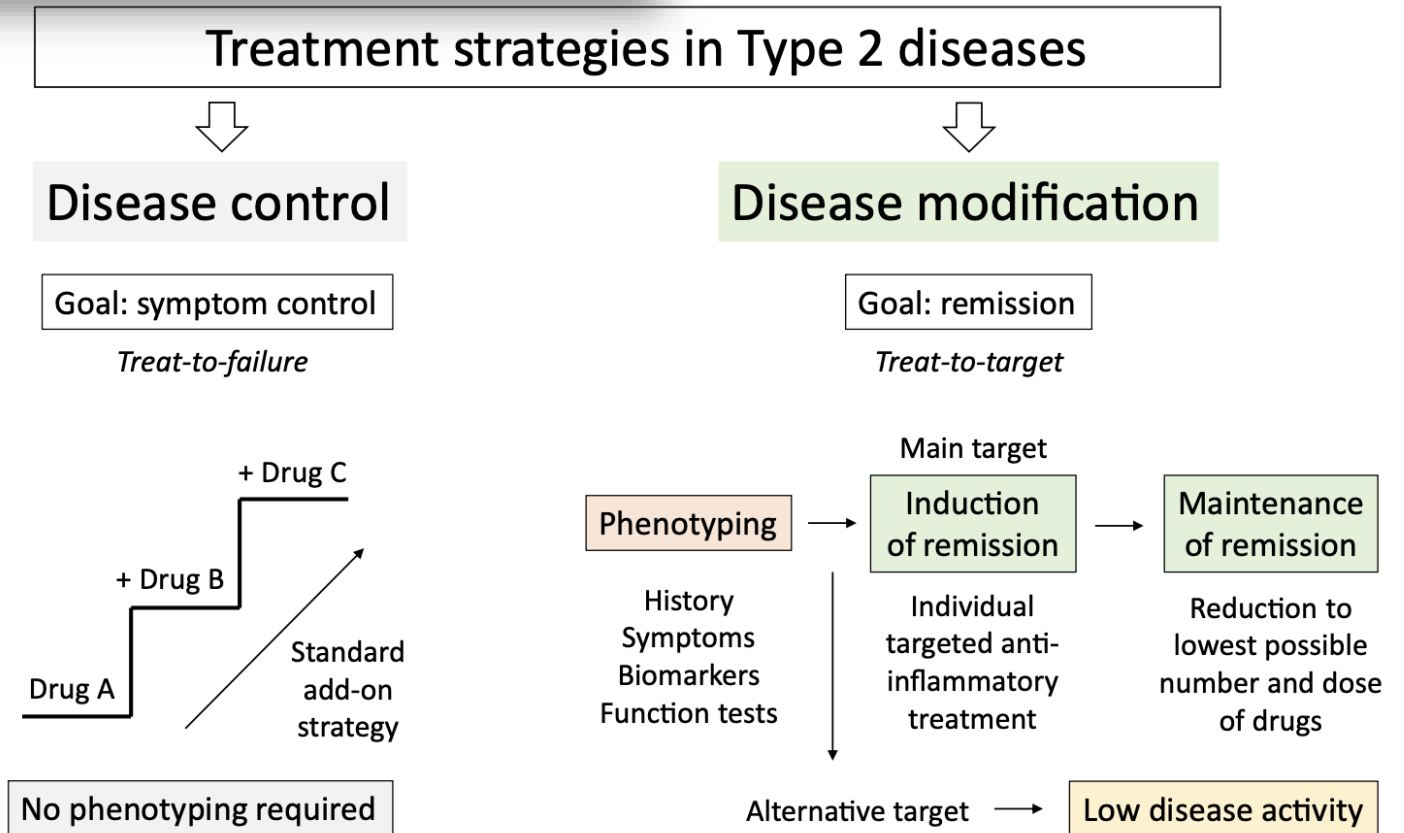


Fig. 2: Treatment strategies in type 2 inflammatory diseases: disease control versus disease modification.

Dermatitis en manos



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



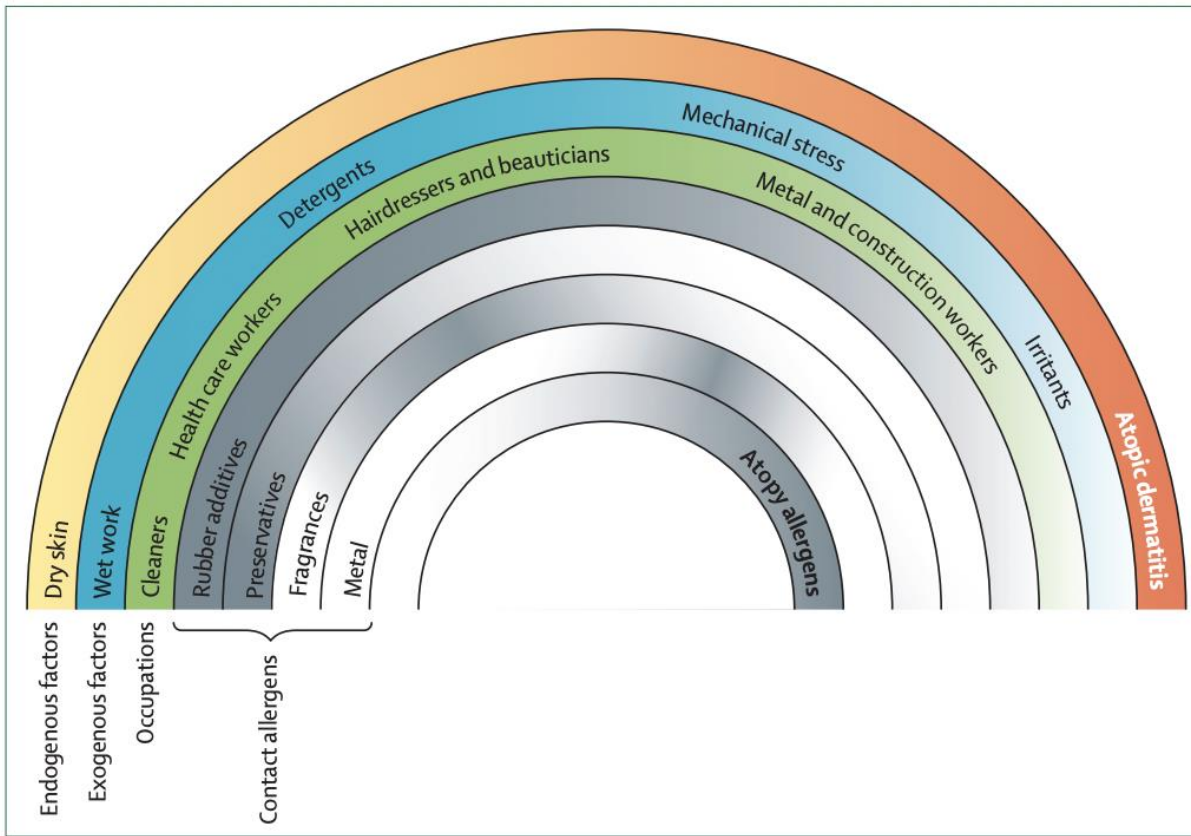


Figure 1: Risk factors for chronic hand eczema

Both endogenous and exogenous factors can increase the risk for chronic hand eczema, which often results from a combination of increased susceptibility and exposure to hazardous agents. The most well known intrinsic risk factor is atopic dermatitis, and exposure to irritants (eg, wet work or friction) and contact allergens are the most relevant exogenous factors. Some occupations are associated with an increased exposure to certain irritants and allergens, and have a higher risk for hand eczema.

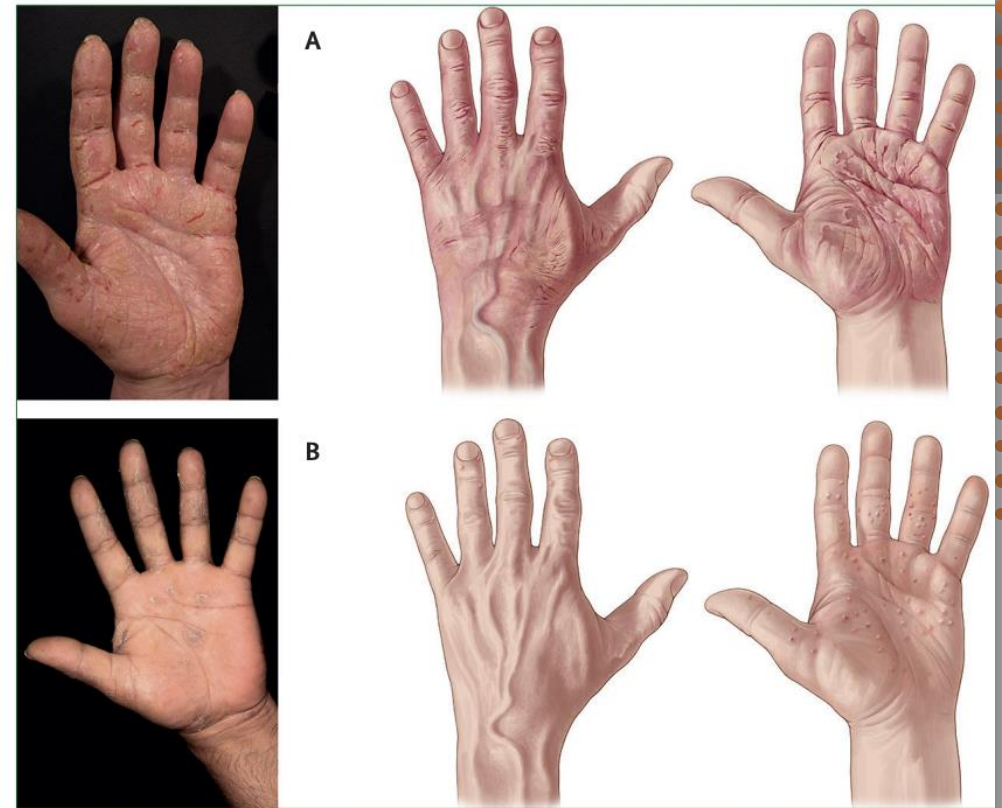


Figure 2: Major morphological subtypes of chronic hand eczema

(A) Hyperkeratotic-fissured type. Erythematous patches with scaling, possibly hyperkeratotic areas that can confluence to cover the whole palms, and fissures or rhagades. (B) Recurrent vesicular type. Itchy, recurrent symmetric eruption of small, deep-seated, 1–2 mm fluid-filled vesicles on the palms and the palmar and lateral aspects of the fingers, which burst quickly and resolve after several weeks with scaling. Vesicles often have no or little surrounding erythema.

Weidinger S, Novak N. Hand eczema. *Lancet*. 2024 Dec 14;404(10470):2476-2486. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01810-5. Epub 2024 Nov 29.

Clinical features	
Common	
Psoriasis	Can present as well demarcated erythematous scaly plaques similar to psoriasis at other locations, and generalised thickening and scaling without redness; no vesicles; often lesions over finger joints; psoriasis vulgaris also displays lesions elsewhere on the body; patients will often have a family history of psoriasis.
Uncommon	
Tinea manus	Dry, powdery palmar scaling without prominent signs of inflammation; round erythematous lesions with accentuated borders might be present on the back of the hands; typically, only one hand is affected, and is accompanied by foot or toenail fungal infection
Scabies	Small papules and papulovesicles mainly in the interdigital spaces and volar aspects of wrists; in childhood, palms might also be affected and pustular lesions might be present; typically, itchy papules also present on trunk and limbs
Palmoplantar pustulosis	Scattered yellow pustules, sometimes coalescing, with erythematous halo and yellow-brown macules affecting the palms or soles, or both; acrodermatitis continua of Hallopeau predominantly involves acral areas of the hands and feet and causes progressive destruction of the nail apparatus
Lichen planus	Sharply demarcated violaceous papules or plaques with reticular white striae or compact hyperkeratosis; often lesions on wrists and forearms; oral mucosa might be affected with erosions and white reticulated plaques
Pityriasis rubra pilaris	Red-orange to salmon colour thickened and shiny palms; follicular papules and yellowish-pink hyperkeratotic plaques across the body
Palmoplantar keratoderma	Inherited or acquired, thick symmetric hyperkeratosis of palms and soles

Table: Important differential diagnoses of chronic hand eczema

Weidinger S, Novak N. Hand eczema. Lancet. 2024 Dec 14;404(10470):2476-2486.
doi: 10.1016/S0140-6736(24)01810-5. Epub 2024 Nov 29.



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Tractament en dermatitis atòpica en mans

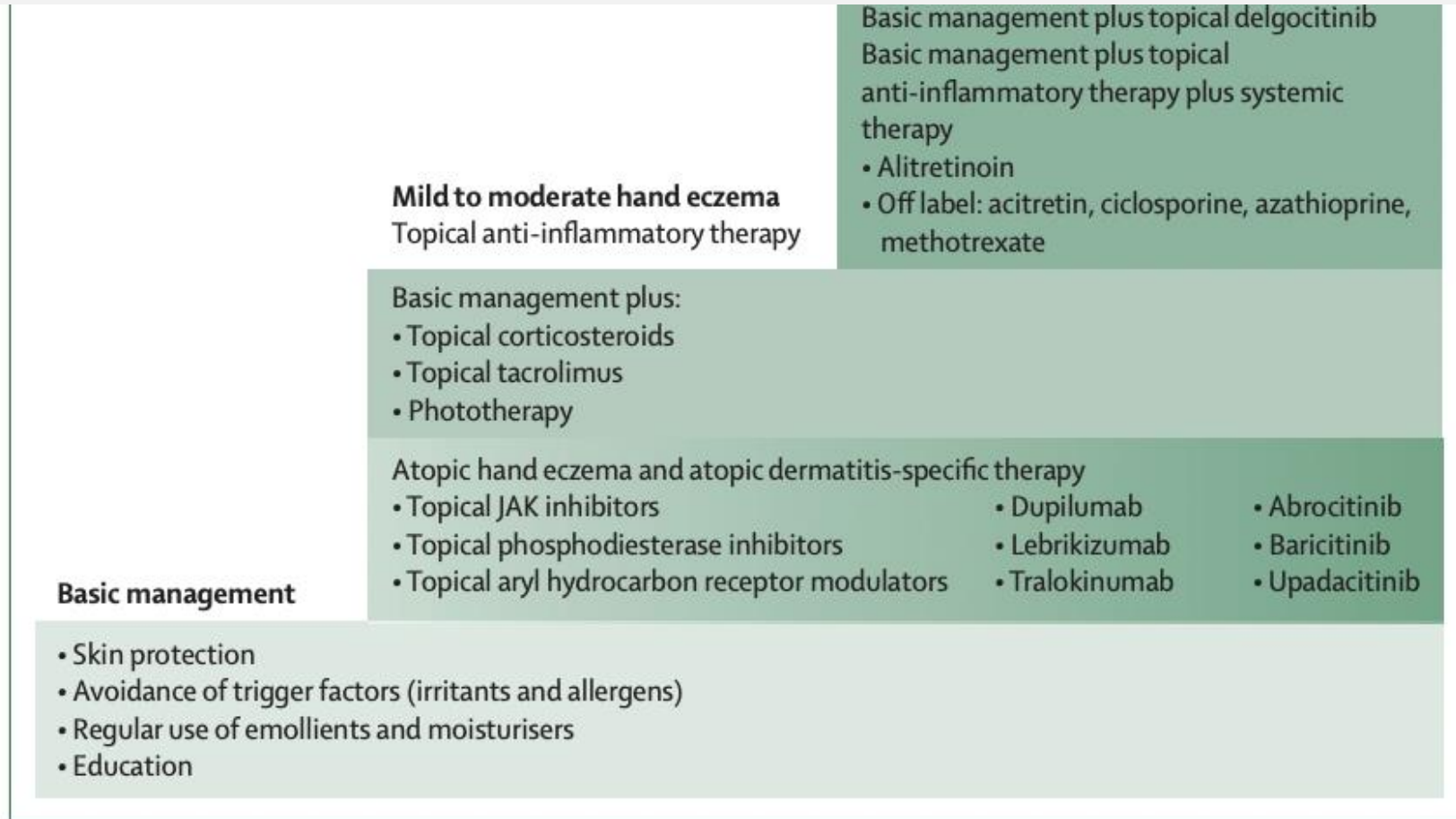


Figure 4: Key steps of chronic hand eczema management according to current guidelines and the expert

Weidinger S, Novak N. Hand eczema. Lancet. 2024 Dec 14;404(10470):2476-2486. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01810-5. Epub 2024 Nov 29.



A Review of Hand Eczema Subtypes: Clinical Features, Biomarkers and Treatment Strategies

David Pesqué^{1,2} | Juan Francisco Silvestre-Salvador³ | Ana Carolina Figueiredo^{4,5} | Ramon Maria Pujol^{1,6} | Margarida Gonçalo^{4,5} | Ana Maria Giménez-Arnau^{1,6}

¹Department of Dermatology, Hospital del Mar Research Institute, Barcelona, Spain | ²Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain | ³Department of Dermatology, Hospital General Universitario Dr Balmis, ISABIAL, Alicante, Spain | ⁴Department of Dermatology, Coimbra University Hospital, Coimbra, Portugal | ⁵Faculty of Medicine, University of Coimbra, Coimbra, Portugal | ⁶Departament de Medicina, Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona, Spain

Subtipos y criterios de clasificación

- Heterogeneidad clínica del eccema
- Clasificación **morfológica y etiológica**
Se clasifica el eccema según criterios morfológicos y etiológicos, que pueden coexistir en un paciente.
- Principales **subtipos** de eccema
Incluye eccema irritativo, alérgico por contacto, atópico e hiperqueratósico, cada uno con causas específicas.
- Necesidad de enfoques integrales



FIGURE 1 | Clinical pictures of aetiological subtypes (irritant contact dermatitis, allergic contact dermatitis and atopic hand eczema). (a) Acute irritant contact dermatitis with a well-demarcated erythema and vesicles on the dorsum of the hands after repetitive use of hand sanitiser. (b) Chronic irritant contact dermatitis in a cleansing worker with lichenification and fissures. (c) Palmar and finger involvement associating with residual vesicles, erythema and desquamation in a patient with allergic contact dermatitis due to carbamates in gloves. (d) Flare of eczematous papules and plaques on the wrists and arms as well as desquamation on the palm in a patient with atopic dermatitis.

Pesqué D, Silvestre-Salvador JF, Figueiredo AC, Pujol RM, Gonçalo M, Giménez-Arnau AM. A Review of Hand Eczema Subtypes: Clinical Features, Biomarkers and Treatment Strategies. Contact Dermatitis. 2025 Jun;92(6):421-435. doi: 10.1111/cod.14775. Epub 2025 Feb 24. PMID: 39994885.

Pesqué D, Silvestre-Salvador JF, Figueiredo AC, Pujol RM, Gonçalo M, Giménez-Arnau AM. A Review of Hand Eczema Subtypes: Clinical Features, Biomarkers and Treatment Strategies. Contact Dermatitis. 2025 Jun;92(6):421-435. doi: 10.1111/cod.14775. Epub 2025 Feb 24. PMID: 39994885.

Quality Of Life Hand Eczema Questionnaire (QOLHEQ)

Hand Eczema Severity Index (HECSI)

Rango total: 0 – 360

HECSI = (Intensidad de 6 signos) × (Extensión) en 10 áreas → suma total

AREAS QUE SE EVALÚAN

Se valoran **ambas manos** dividiéndolas en **5 regiones anatómicas por mano** (total: 10 áreas):

1. Puntas de los dedos
2. Dedos (excluyendo las puntas)
3. Palma
4. Dorso de la mano
5. Muñeca

SIGNOS CLÍNICOS A VALORAR

En cada una de las áreas se puntúan **6 signos clínicos**, según su **intensidad**:

Intensidad de cada signo:

•0 = Ausente

•1 = Leve

•2 = Moderado

•3 = Grave

→ Se suman los puntos de los **6 signos** para cada área

→ **Puntuación máxima por área = 18**

Signo

Eritema

Infiltración /
pápulas

Vesículas

Fisuras

Descamación

Edema

Descripción

Enrojecimiento

Engrosamiento,
pápulas

Presencia de
vesículas

Grietas

Escamas

Hinchazón

Quina de les següents és incorrecte sobre el següent pas a fer en aquesta pacient des de primària?

- Afegir antihistamínics orals donat que no es controla amb corticoids tòpics
- Assegurar que fa de forma correcta les mesures bàsiques tòpiques i que no hi ha al·lèrgens implicats en l'empitjorament
- Derivar a l'especialista per tractament sistèmic

Quina de les següents és incorrecte sobre el següent pas a fer en aquesta pacient des de primària?

- Afegir antihistamínics orals donat que no es controla amb corticoids tòpics
- Assegurar que fa de forma correcta les mesures bàsiques tòpiques i que no hi ha al·lèrgens implicats en l'empitjorament
- Derivar a l'especialista per tractament sistèmic

GRÀCIES

