

Actualització terapèutica en **Dermatitis Atòpica (DA)** en l'adult



Autores:

Ana Margarida Fontes Silva

Metgessa de família. EAP Horta D
Grup de Dermatologia CAMFiC

Sonia Martínez Carmona

Metgessa de família. Adjunta a la direcció SAP Delta
Grup de Dermatologia CAMFiC

Mireia Massot Mesquida

Farmacèutica. Unitat de Farmàcia SAP Vallès Occidental
Vicepresidenta SEFAP



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



sefap
Sociedad Española de
Farmacéuticos de Atención Primaria



Introducció. Criteris diagnòstics

La dermatitis atòpica (DA) és una dermatosi inflamatòria crònica o recurrent. Es caracteritza principalment per la presència de pell seca, èczema amb una distribució característica i pruija intensa que porta a rascar-se les lesions. La prevalença de la DA és d'aproximadament el 20% dels infants fins als 6 anys i en un percentatge de pacients persisteixen en l'edat adulta, en què la prevalença de la DA es del 2-5%.

El diagnòstic és eminentment clínic. Els criteris següents afegits a la pruija recolzen el diagnòstic:

CRITERIS MAJORS

- Pruija
- Morfologia i distribució característiques:
 - Lliquenificació en plecs en adults
 - Afectació de cara, plecs i superfícies d'extensió en infants i joves
 - Combinació d'aquests patrons en infants i adults
- Caràcter crònic i recidivant
- Història personal i familiar d'atòpia

CRITERIS MENORS

- Xerosi
- Ictiosi, exageració de plecs palmars, queratosi pilar
- Reactivitat cutània immediata (tipus I) a les proves cutànies
- Elevació de valors sèrics d'immunoglobulina E
- Edat precoç d'inici
- Tendència a infeccions cutànies i dèficit de la immunitat cel·lular
- Tendència a les dermatitis inespecífiques de peus i mans
- Èczema de mugró
- Quilitis
- Conjuntivitis recidivant
- Plec infraorbitari de Dennie-Morgan
- Queratocon
- Cataracta subcapsular anterior
- Ulleres o enfosquiment periorcular
- Pal·lidesa facial o eritema a la cara
- Pitiriasi alba
- Plecs a part anterior del coll
- Pruija provocada per la sudoració
- Intolerància a la llana i els solvents dels greixos
- Accentuació perifol·licular
- Intolerància a alguns aliments
- Evolució influenciada per factors ambientals i emocionals
- Dermografisme blanc

Adaptada de: Hanifin JM, Raika G. *Acta Dermatovener.* 1980;S92:44-7.

Patró de distribució de les lesions segons l'edat



Infància de 3 mesos a 2 anys



Infància de 2 a 12 anys



Adolescents i adults > 12 anys



Taula de diagnòstic diferencial

ENTITAT	MORFOLOGIA/LESIONS ELEMENTALS	
Dermatitis atòpica	<p>Èczema (diferents fases)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesions agudes: eritema, edema i vesícules • Lesions subagudes: exsudat, crostes • Lesions cròniques: eritema, descamació, hiperqueratosi, liquenificació <p>Predomini flexural, bilateral, simètric</p> <p>Patró en portaretrats: cara, coll, tòrax. Parpelles, llavis, mugrons, mans</p>	
Èczema seborreic	<p>Plaques eritematodescamatives, ben delimitades. Sense prurigen</p> <p>Àrees seborrèiques (solc nasogenià, conducte auditiu extern, zona retroauricular...)</p>	
Psoriasis	<p>Plaques eritemodescamatives amb escates platejades, ben delimitades</p> <p>Afectació àrees d'extensió (cara externa dels colzes), clatell</p> <p>Afectació d'ungles característica</p> <p>Psoriasis invertida</p> <p>Pot acompanyar-se d'artritis</p>	
Dermatitis de contacte irritativa/al·lèrgica	<p>Èczema en les seves múltiples formes limitat a les zones exposades</p> <p>Distribució simètrica/asimètrica.</p> <p>Proves epicutànies per arribar al diagnòstic definitiu</p>	
Sarna	<p>Pàpules, solcs acarins, excoriacions de rascat. Espai interdigital, colzes, canells. Prurigen nocturn.</p> <p>Antecedents de contacte</p>	
Micosi fungoide	<p>Limfoma cutani del tipus T (epidermotropisme)</p> <p>Presentació en forma de plaques</p> <p>Plaques eritematoses i pruriginoses d'afectació de natges i zona dorsal</p>	

Font de les fotos: pròpia, istockphoto.com, *Actualización en Medicina de Familia* i dermatoweb.net.



Testos de gravetat (EASI SCORAD) + IGA. Testos de Qualitat de Vida (DLQI)

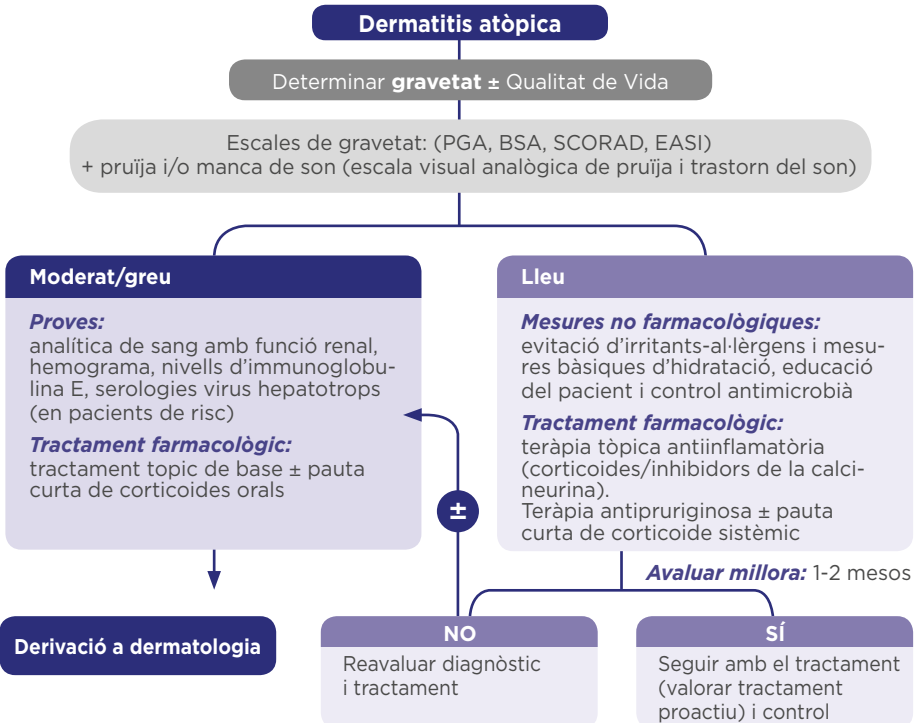


PGA/IGA (Physician/Investigator Global Assessment)

0: Clara	Sense signes d'inflamació de DA (sense eritema, sense liquenificació, sense supuració). Possible presència d'hiperpigmentació i/o hipopigmentació posterior a la inflamació
1: Quasi clara	Eritema molt poc perceptible, mínima liquenificació. Sense supuració o crostes
2: Lleu	Eritema lleu però definit (rosa), induració/papulació lleu i/o liquenificació lleu. Sense supuració o crostes
3: Moderada	Eritema clarament perceptible (vermell opac), induració/papulació clarament perceptible i/o liquenificació clarament perceptible. Pot haver-hi supuració o crostes
4: Greu	Eritema molt marcat, induració/papulació marcada i/o liquenificació marcada. Malaltia molt estesa. Pot haver-hi supuració o crostes

Amb l'app EASI SCORAD es poden valorar diferents escales de gravetat: IGA, EASI, SCORAD, NRS i escales que avaluen la qualitat de vida. Cal valorar el seu impacte en el son.

Actuació segons la gravetat



Taula resum amb tractaments segons localització i gravetat.

Punts clau

Punts clau: hidratació de la pell amb emol·lients. Es recomana l'aplicació d'emol·lients almenys dues vegades al dia. La seva aplicació diària proporciona una millora de la DA i redueix la freqüència dels brots, a més de potenciar l'acció dels tractaments antiinflamatoris tòpics i de reduir-ne l'ús. Evitar l'ús d'antihistamítics tòpics i orals per al tractament de la pruija per manca de l'evidència.

Sempre s'haurà de tractar amb emol·lients, independentment del tractament amb corticoides tòpics. És important recordar que les aplicacions de l'emol·lient i el corticoide tòpic han d'estar separades com a mínim entre 20 i 30 minuts. L'ordre d'aplicació pot ser preferit pel pacient, el que és important és mantenir el temps de separació entre les dues aplicacions. No obstant això, els emol·lients poden tolerar-se malament en fase inflamatòria molt activa, en aquest cas s'hauria d'evitar el seu ús a les zones afectades reservant la seva aplicació a la resta del cos.

La selecció de la potència del corticoide tòpic dependrà de l'edat del pacient, la part del cos afectada i el grau d'inflamació de la pell. D'aquesta manera els de molt alta potència s'utilitzaran en zones de plantes dels peus i mans, els de potència mitjana-alta en zones d'epidermis fina i àrees d'oclusió, mentre que els de mitjana-baixa quan s'ha de tractar una superfície gran amb l'objectiu de disminuir l'absorció sistèmica.

Les diferents formes farmacèutiques afectaran al grau d'hidratació de la pell. Les formes farmacèutiques més greixoses posseeixen majors característiques oclusives i per tant més hidratants. No obstant això, la seva aplicació és menys tolerada per la seva textura més greixosa. Cal tenir en compte que a igualtat de principi actiu, dosi i concentració, les presentacions amb excipients més greixosos posseeixen característiques més oclusives, s'absorbeixen més i tendeixen a ser més potents.

La capacitat oclusiva de les diferents formes farmacèutiques (de major a menor) és la següent!: **ungüent>pomada>crema>gel>loció>aerosol**.

	Condicionants				
	Adults	Embaràs	Lactància	Insuficiència renal	Insuficiència hepàtica
DA que NO afecta palmes, plantes ni cuir cabellut	Acetat d'hidrocortisona 1 aplicació c/12 h durant 7 dies (en cas necessari revalorar potència)				
DA al cuir cabellut	Dipropionat de betametasona (0,05% gel i loció) 1 aplicació c/12 h durant 7 dies. Solució capil·lar				
DA a tronc, extremitats sense resposta a corticoides de baixa potència o afectació de palmells o plantes.	Aceponat de metilprednisolona 0,1% 1 aplicació c/24 h durant 7 dies (fins a control de símptomes). Crema				



En general, els corticoides tòpics són segurs durant l'embaràs. No obstant això, malgrat que el risc és baix, pot haver-hi un augment de risc de baix pes al néixer, sobretot amb corticoides d'alta potència i a dosis altes i, per tant, serà preferible utilitzar corticoides de mitjana a baixa potència i el menor temps possible i evitant l'aplicació en zones que poden tenir una més alta absorció com poden ser l'aixella, plecs o vulva i en zones que tinguin tendència a estriar-se com l'abdomen, els pits o les cuixes².

Tractament de 2a línia:

En cas de manca de resposta als corticoides tòpics o problemes de seguretat.

Inhibidors de la calcineurina tòpics

1. Tacrolimús. Excipient pomada.
2. Pimecrolimús. Excipient crema.

S'han d'aplicar 2 cops al dia a les àrees afectades. Es recomana evitar la fototeràpia.

Tacrolimús

No s'hauria d'utilitzar durant l'embaràs a no ser que sigui estrictament necessari i no es recomana la lactància natural durant el seu tractament. En població pediàtrica de 2 a 16 anys només es pot utilitzar en la concentració de 0,03%. No utilitzar en infants en edats < 2 anys.

Pimecrolimús

No s'hauria d'utilitzar durant l'embaràs. Durant la lactància pot utilitzar-se, però s'ha d'evitar la seva aplicació sobre la mama. En població pediàtrica es pot utilitzar en infants lactants a partir dels 3 mesos.

Inhibidors de la calcineurina tòpics

La pomada de tacrolimús 0,1% ha demostrat una eficàcia similar als corticoides tòpics de mitjana potència mentre que la concentració del 0,03% ha demostrat una eficàcia similar als corticoides tòpics de mitjana-baixa potència. Pel que fa a la crema de pimecrolimús a l'1%, la seva eficàcia és comparable als corticoides tòpics de baixa potència i és menys efectiva que el tacrolimús al 0,03%^{3,4}.

En una metaanàlisi de 4 assaigs clínics comparant tacrolimús amb pimecrolimús en més de 1.800 pacients amb dermatitis atòpica, la pomada de tacrolimús al 0,1% es va mostrar més efectiva que la crema pimecrolimús a l'1% després de 6 setmanes de tractament en pacients adults (risc relatiu: 0,58; IC 95% = 0,46-0,72)⁵. El tacrolimús també té la indicació de tractament de la dermatitis atòpica de moderada a greu per a la prevenció dels brots i la prolongació d'interval sense brots en pacients que pateixen amb elevada freqüència exacerbacions de la malaltia (és a dir, que tenen lloc 4 o més vegades a l'any) i que han tingut una resposta inicial a un tractament de màxim 6 setmanes amb tacrolimús pomada dues vegades al dia (desaparició de les lesions, pràcticament desaparició de les lesions o lesions lleument afectades)⁶.

Cal tenir en compte que des de dermatologia es poden fer servir tractaments sistèmics com el metrotexat, els anticossos monoclonals i els inhibidors JAK⁷.

Sobreinfecció bacteriana

Cloxacil·lina 500 mg c/6 h durant 7 dies en càpsules. En cas d'insuficiència renal moderada o insuficiència hepàtica, la dosi de la cloxacil·lina serà de 250 mg cada 6 h durant 7 dies. En cas d'al·lèrgia a la penicil·lina, el tractament recomanat és la clindamicina 300 mg c/6 h durant 10 dies en càpsules.



Formes farmacèutiques

Hi ha diferents tipus de formes farmacèutiques d'emol·lients: gel, crema, pomada o ungüent.

Pel que respecte a triar una forma farmacèutica o una altra, podem dir que no hi ha evidència entre les diferents formes quant a l'eficàcia en la simptomatologia, signes d'eczema, qualitat de vida o impacte en la família i/o els cuidadors de 16 setmanes de tractament. D'acord amb aquests resultats, els pacients haurien d'escollir entre les diferents formes farmacèutiques d'emol·lient d'acord amb les seves preferències.

Un altre criteri de selecció que es podria considerar és la freqüència d'utilització o l'època de l'any, d'aquesta manera formes de textura més lleugera (tipus crema) s'utilitzarien durant el dia o en èpoques de l'any més caloroses, mentre que les textures més greixoses (tipus pomades o ungüents) s'utilitzarien a la nit o en èpoques de l'any més fredes com pot ser l'hivern. També com a norma general, si hem d'aplicar els emol·lients a la cara o en els plecs, utilitzarem formes més fluides.

Els emol·lients que contenen àcid glicirètic, urea o glicerol han demostrat ser més efectius que aquells que no en contenen. No obstant això, s'ha de tenir en compte que el percentatge d'urea no hauria de ser superior al 2%.

Formulacions magistrals

La formulació magistral es recomana en casos de formulacions terapèutiques (p. ex., triamcinolona acetònid al 0,1%). En el cas d'hidratació corporal de la cura diària de la pell no es recomana pel cost superior respecte a productes comercials i la seva curta caducitat una vegada obert el recipient.

En determinats casos, tot just després del brot es pot fer servir la següent formulació magistral:

Component	%
Glicerina	5
<i>Borago officinalis</i> (oli)	3
Laureth-9	2
Vitamina E acetat	0,5
Resveratrol	0,250
Proteoglicans	0,5
Ceramides activades	0,5
Extracte de calèndula	0,5
<i>Milk peptides</i>	0,5
Excipient adequat csp	100 g

Formulació per aplicar sobre la zona de la pell on s'ha tingut el brot quan ja ha remés. Aquesta formulació es pot fer amb la forma farmacèutica i textura que més s'escaigui en funció d'on s'ha tingut el brot. La composició d'aquesta formulació està pensada per tal de retardar nous brots atès que la seva formulació conté un principi actiu inhibidor de les interleucines. L'envasat final s'aconsella que es faci amb un envàs *airless* per tal d'evitar l'ús de conservants.

(Fórmula magistral elaborada pel Dr. Miquel Carreras Coma, farmacèutic)



Recomanacions

1. Mantenir la pell neta i hidratada.
2. Emprar solucions olioses per a higiene.
3. Aplicar l'emol·lient tan aviat com sigui possible després de la dutxa o el bany mentre l'aigua encara cobreix la pell, per aconseguir una major hidratació. Aplicar-ne amb tanta freqüència com es necessiti.
4. Aplicar el corticoide en les àrees eczematoses i l'emol·lient en la resta de la pell sense barrejar-los ja que podria diluir l'efecte del corticoide. Aplicar les dues cremes separades com a mínim de 20 a 30 min entre elles per facilitar l'efecte del corticoid. No és important l'ordre de l'aplicació sinó que es deixi temps entre ambdues aplicacions.
5. Per prevenir la sobreinfecció bacteriana cal evitar gratar-se les lesions.
6. Evitar l'ús d'antihistamínics tòpics i orals per al tractament de la pruija per manca d'evidència.
7. Evitar les temperatures extremes.
8. Es recomana la pràctica de qualsevol tipus d'esport. Cal tenir en compte la necessitat d'una bona hidratació després de les dutxes, i d'una manera més intensa en el cas de la natació (piscines).
9. Fomentar l'ús de fotoprotecció.
10. El més adient és prendre una decisió conjunta amb el pacient a l'hora de començar un tractament.
11. Davant del dubte, cal derivar a dermatologia de zona.



Bibliografia

1. Lexicomp®. Drug information, tools and databases. Copyright 1978-2023. Sobre corticoides tòpics i embaràs.
2. Robert L, Diego L, Díez C, Pellicer A. Uso seguro de medicamentos tòpicos I: corticosteroides. FMC.2022;29(2):94-100.
3. Nakagawa H. Comparison of the Efficacy and Safety of 0.1% Tacrolimus Ointment with Topical Corticosteroids in Adult Patients with Atopic Dermatitis. Clin Drug Investig. 26: 235-46 (2006). <https://doi.org/10.2165/00044011-200626050-00001>
4. Paller AS, Lebwohl M, Fleischer AB Jr, Antaya R, Langley RG, Kirsner RS, et al. US/Canada Tacrolimus Ointment Study Group. Tacrolimus ointment is more effective than pimecrolimus cream with a similar safety profile in the treatment of atopic dermatitis: results from 3 randomized, comparative studies. J Am Acad Dermatol. 2005;52(5):810-22. doi: 10.1016/j.jaad.2004.12.038. PMID: 15858471.
5. Yin Z, Xu J, Luo D. Efficacy and tolerance of tacrolimus and pimecrolimus for atopic dermatitis: a meta-analysis. J Biomed Res. 2011;25(6):385-91. doi: 10.1016/S1674-8301(11)60051-1. PMID: 23554715; PMCID: PMC3596717.
6. Fitxa tècnica de Protopic 0,1% pomada. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
Disponible a:
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/02201003/FT_02201003.html
7. Agencia Europea de Medicamentos. Comunicación dirigida a profesionales sanitarios. Cibinqo® (abrocitinib), Jyseleca® (filgotinib), Olumiant® (baricitinib), Rinvoq® (upadacitinib) y Xeljanz® (tofacitinib): Recomendaciones actualizadas para minimizar los riesgos de eoplasias malignas, acontecimientos adversos cardiovasculares mayores, infecciones graves, tromboembolismovenoso y mortalidad con el uso de inhibidores de Janus quinasa (JAK). 2023.
Disponible a:
<https://www.aemps.gob.es/informa/boletin-mensual-de-seguridad-de-la-aemps-sobre-medicamentos-de-uso-humano-del-mes-de-marzo-de-2023/>
8. Vives Vilagut R, Montserrat Gasol B, Carrascosa Carrillo M., M. Dermatitis Atòpica: com la tractem? Butlletí d'informació terapèutica.
Disponible a:
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5063/dermatitis_atopica_com_la_tractem_2020_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Gui@ terapèutica dermatitis atòpica. Actualització 2022. Salut/Institut Català de la Salut.
10. Barbarot S, Aubert H, Bernier C, Stalder JF. Dermatitis atòpica. EMC - Dermatologia 2016;50(4):1-22 [Article E - 98-150-A-10].
11. Méndez-Cabeza Velázquez J. Alache Zúñiga H. Cerrada Cerrada E. Manejo de la dermatitis atòpica en Atención Primaria. Medifam [Internet]. 2003 [citad 30-8-2023];13(2)23-32.
Disponible a: a:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000200003&lng=es





Actualització terapèutica en **Dermatitis Atòpica (DA)** en l'adult



Document digital



Full per a pacients



Aquest document ha estat finançat per Leo Pharma. Les conclusions, interpretacions i opinions expressades en ell corresponen exclusivament a les seves autores.



www.camfic.cat

