



Por un niño sano
en un mundo mejor

Lo nuevo en el tratamiento del Síndrome Eccema Dermatitis Atópica.

Dr. Victor Claudio Skrie.

Jornadas Nacionales Conjuntas de Alergia e
Inmunología en Pediatría.

Sociedad Argentina de Pediatría.

Comité Nacional de Alergia.

Buenos Aires 13, 14 y 15 de Mayo de 2010.

Tratamiento de la Dermatitis atópica

El objetivo del profesional debe ser la educación del grupo familiar y proveer un adecuado estándar de vida a los pacientes asegurándoles control del prurito, mejorar el descanso, hidratar la piel y evitar la infección.

Las decisiones terapéuticas dependerán del estadio de la DA, de la superficie corporal comprometida, el discomfort del paciente, de la presencia de infección secundaria y de la habilidad de los padres.

Tratamiento de la Dermatitis atópica

Dermatitis atópica crónica se caracteriza por zonas de la piel muy seca, liquenificada, eritematosa, con pápulas, escamas y excoriaciones debido al prurito.

Dermatitis atópica aguda puede ser la forma de iniciación del cuadro o bien aparecer durante la evolución de la Dermatitis atópica crónica.

Puede estar sobreinfectada o no.

Dermatitis atópica aguda se caracteriza por intenso prurito, excoriaciones, pápulas y eritema; si secundariamente se infecta se observan vesículas y costras.

Tratamiento del brote agudo de dermatitis atópica sin infección secundaria.

- Compresas húmedas antisépticas (agua de Alibour diluida al tercio) tres o cuatro veces al día.
- Corticoesteroides locales no fluorados: hidrocortisona (tres veces al día), mometasona, considerando la edad, la extensión y la localización .
- No oclusivos.
- No más del 25% de la superficie corporal total.
- No más de dos semanas de duración del tratamiento.
- Uso selectivo en cara, axilas y sitios de flexión.
- No se deben indicar corticoides por vía sistémica.
- Antihistamínicos orales de primera generación por su carácter sedativo:
- Hidroxicina: 2 mg/kg/d en tres o cuatro dosis.
- Carbinoxamina 0,2 mg/kg/d tres o cuatro dosis.
- Difenhidramina 5 mg/kg/d en tres o cuatro dosis.

Tratamiento del brote agudo de dermatitis atópica con infección secundaria.

Se debe pensar en infección secundaria siempre que un paciente con DA empeore su cuadro bruscamente, pudiendo aparecer vesículas, costras o pústulas y exudado.

Infección severa, con signos sistémicos como fiebre o linfadenopatías, muy extensa o el paciente está inmunocomprometido, antibióticos sistémicos por vía oral, siendo de primera elección las cefalosporinas de primera generación en dosis de 50 a 100 mg/kg/día en cuatro tomas. Infección localizada y sin sintomatología general en un niño inmunocompetente se pueden indicar antibióticos tópicos como la mupirocina o el ácido fusídico tres veces al día.

Brindar apoyo psicológico siempre que sea necesario.

Conductas Terapéuticas.

Identificación y eliminación de factores desencadenantes y de exacerbación.

Educación del Paciente.

Hidratación de la piel.

Emolientes.

Corticosteroides tópicos y sistémicos.

Antibióticos tópicos y sistémicos.

Antihistamínicos.

Terapia Inmunomoduladora.

Probióticos

Inmunoterapia

Fototerapia.

Edad de inicio de la Dermatitis atópica.

45% inicia durante los primeros 6 meses de vida.

60% inicia durante el primer año de vida.

85% inicia antes de los 5 años.

20% de los que iniciaron antes de los 2 años tendrá manifestaciones persistentes y el 17% síntomas intermitentes.

Adultos solo el 16,8% inició la dermatitis atópica después de la adolescencia.

80% de los pacientes adultos con dermatitis atópica tienen IgE sérica elevada, sensibilización a aeroalergenos y/o rinitis alérgica y asma.

20% de los pacientes que tienen IgE sérica normal a menudo iniciaron su dermatitis atópica a los 20 años de vida, pero tienen IgE específica para *Stafilococo aureus* y *Cándida albicans* o *Pitirosporun ovale*.

Dermatitis Atópica y aeroalergenos

IgE específica en niveles mayores que en alergia respiratoria.

Probablemente la sensibilización sea transcutánea.

Relación directa entre la actividad de la dermatitis atópica y la exposición.

Afectan por contacto y/o inhalación.

Mejoría por internación y/o control ambiental exhaustivo.

Dermatitis atópica complicaciones y factores desencadenantes.

	Infancia	Niñez	Pubertad	Adulto
Alergia alimentaria				
Inhalantes aeroalergenos				
Infecciones bacterianas				
Infecciones virales				
Malassezia				

Antibióticos Sistémicos.

La infección con *S. aureus* es usualmente tratada con cefalexina, cefuroxima, cefadroxilo, eritromicina, amoxicilina-clavulánico.

No se encontró beneficio con flucloxacilina comparada con placebo por 4 semanas . En estos pacientes fue mas frecuente la colonización con cepas meticilino-resistentes.

Ewing CI, Ashcroft C, Gibbs AC, Jones GA, Connor PJ, David TJ. Flucloxacillin in the treatment of atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 98;138:1022-9.

Uso de combinaciones de corticoides tópicos y antibióticos, no existe evidencia que estos ofrezcan un beneficio adicional comparado con corticoides solos.

Hoare C, Li Wan Po A, Williams H. Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health Technol Assess* 2000;4:1-191.

Antibióticos tópicos

Mupirocina

Gentamicina

Eritromicina (buen perfil de seguridad, alta tasa de resistencia, 40%)

Acido fusídico (asoc o no con corticosteroides).

Lever R et al, Br J. Dermatol,1988.

A



42.5% of the family of children with atopic dermatitis had used alternative therapies, most commonly due to fears of topical steroid side-effects and dissatisfaction with conventional treatment.

Common questions, such as the potential utility of prenatal probiotics for prevention of atopic dermatitis, as well as the interplay of food allergies and eczema will be discussed.

New research continues to show the efficacy and safety of topical calcineurin inhibitors.

Atopic dermatitis impacts negatively the quality of life of both patients and their families.

General pediatricians play a pivotal role in the management of this chronic condition.

Anderson P.C., Dinulos J.G.
Atopic dermatitis and alternative management strategies.
Curr Opin Pediatr. 2009 Feb;21(1):131-8.

Se debe realizar un enfoque amplio para proteger a la barrera cutánea y dirigir la disregulación inmune para obtener buenos resultados clínicos.

Los pacientes con dermatitis atópica pueden presentar otras enfermedades alérgicas como asma o rinitis, estos tienen mayor predisposición a padecer enfermedad cutánea alérgica severa con infecciones por *Estafilococo aureus*, eczema herpético o molusco contagioso.

The management of the allergic child at school: EAACI/GA2LEN Task Force on the allergic child at school.

Allergy affects at least one-quarter of European schoolchildren, it reduces quality of life and may impair school performance; there is a risk of severe reactions and, in rare cases, death. Allergy is a multi-system disorder, and children often have several co-existing diseases, i.e. allergic rhinitis, asthma, **eczema** and food allergy.

A cooperative partnership between doctors, community and school nurses, school staff, parents and the child is necessary to ensure allergic children are protected.

Schools and doctors should adopt a comprehensive approach to allergy training, ensuring that all staff can prevent, recognize and initiate treatment of allergic reactions.

Subjects with AD in whom eczema herpeticum develops have more severe TH2-polarized disease with greater allergen sensitization and more commonly have a history of food allergy, asthma, or both. They are also much more likely to experience cutaneous infections with *S aureus* or molluscum contagiosum.

Beck, Lisa, Boguniewicz, Mark, Hata, Tissa, Schneider, Lynda, Hanifin, Jon, Gallo, Rich, MD, PhD, Paller, Amy, Lieff, Susi, Reese, Jamie, Zaccaro, Daniel, Milgrom, Henry, Barnes, Kathleen, Leung, Donald, MD, PhD.
Phenotype of atopic dermatitis subjects with a history of eczema herpeticum.
Journal of Allergy & Clinical Immunology. 124(2):260-269e7, August 2009.

Consumption of vegetables, fruit, and antioxidants during pregnancy and wheeze and eczema in infants.

Higher maternal consumption of green and yellow vegetables, citrus fruit, and [beta]-carotene during pregnancy may be protective against the development of eczema. Higher maternal vitamin E intake during pregnancy may reduce the risk of infantile wheeze.

Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Hirota Y.
Consumption of vegetables, fruit, and antioxidants during pregnancy and wheeze and eczema in infants.
Allergy 2010; 65: 758-765.

Systematic review of randomized controlled trials to assess the effects of dietary exclusions for the treatment of established atopic eczema.

Nine trials (421 participants).

Despite their frequent use, we find little good quality evidence to support the use of exclusion diets in atopic eczema.

Bath-Hextall F., Delamere F.M., Williams H.C. Dietary exclusions for improving established atopic eczema in adults and children: systematic review.

Allergy. 2009 Feb;64(2):258-64.

Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Nottingham, Nottingham, UK.

Probiotics are defined as live microorganisms that, when administered in adequate amounts, confer a health benefit on the host, including the gastrointestinal tract. While this beneficial effect was originally thought to stem from improvements in the intestinal microbial balance, there is now substantial evidence that probiotics can also provide benefits by modulating immune functions.

Promising results have been obtained with probiotics in the treatment of human inflammatory diseases of the intestine and in the prevention and treatment of atopic eczema in neonates and infants.

Borchers A.T., Selmi C., Meyers F.J., Keen C.L., Gershwin M.E.
Probiotics and immunity *J Gastroenterol.* 2009;44(1):26-46.

Department of Nutrition, Allergy and Clinical Immunology, University of California at Davis, Davis, CA, USA.

Satisficieron los criterios estipulados 12 ensayos clínicos, con 781 pacientes.

-- Cinco ensayos clínicos no demostraron reducciones significativas de los síntomas de eccema en los pacientes que recibieron probióticos comparados con placebo (diferencia media de 0,90 puntos en una escala de 20 puntos; intervalo de confianza (IC) del 95% entre 2,84 y 1,04).

-- Siete ensayos clínicos no evidenciaron diferencias significativas en la severidad del eccema entre los pacientes que recibieron probióticos y quienes recibieron placebo.

-- Los análisis de subgrupos por gravedad de la condición o presencia de atopía no identificaron una población específica en la cual los tratamientos con probióticos fueran más efectivos.

-- Los estudios fueron muy heterogéneos entre sí. Sin embargo, los resultados de los 3 ensayos que utilizaron la misma cepa de probiótico fueron concordantes.

-- Los efectos adversos reportados fueron **sepsis e isquemia intestinal** causados por probióticos.

Conclusión: Los probióticos no pueden ser recomendados para el tratamiento del eccema. Los resultados heterogéneos de los diferentes ensayos clínicos probablemente se deban a los efectos particulares de las distintas cepas utilizadas, lo cual sugiere que nuevos probióticos podrían tener un rol en el manejo del eccema, lo que debe ser explorado en forma adecuada.

The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE.
The search yielded 84 citations.

The use of the parcialmente Hidrolizada Formula compared to SF is effective in allergy prevention in children at high risk for allergy at most time points. These results should be interpreted with caution due to a lack of methodological rigor in many trials.

Szajewska H, Horvath A.
Meta-analysis of the evidence for a partially hydrolyzed 100%
whey formula for the prevention of allergic diseases.
Curr Med Res Opin. 2010 Feb;26(2):423-37.

La alimentación con leche de fórmula con proteínas de suero de leche de vaca parcialmente hidrolizadas se relaciona con una menor incidencia de dermatitis atópica en lactantes.

Debe estimularse la lactancia materna exclusiva al menos hasta los 6 meses de edad.

Los lactantes que no reciban lactancia exclusiva, debe alentarse la alimentación con leche de fórmula con proteínas parcialmente hidrolizadas.

Alexander DD, Cabana MD. Fórmula infantil con proteínas de suero 100% de leche parcialmente hidrolizadas y reducción del riesgo de dermatitis atópica metaanálisis. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2010; 50(4): 422-30.





En el manejo óptimo de la DA no basta con conocer el tratamiento farmacológico de los brotes, sino que es necesario también evitar los desencadenantes de la enfermedad, mantener una higiene cuidadosa e hidratar correctamente la piel.

No existe ningún tratamiento curativo para la DA, y hasta el momento no es posible modificar el curso de la enfermedad.

El objetivo del tratamiento de la DA es la reducción de los síntomas, disminuir el número de recurrencias y controlar a largo plazo la enfermedad.

El tratamiento debe individualizarse según la gravedad de la dermatitis.

El cuidado de la piel atópica

Higiene cuidadosa de la piel, evitando la irritación, y aplicando diariamente emolientes que constituyen un pilar fundamental en el tratamiento de la DA independientemente de su gravedad.

La necesidad de baño en niños atópicos es evidente pero el agua excesivamente caliente, la fricción y los detergentes pueden irritar la piel. Se recomienda baño breve o ducha a diario, seguido de la aplicación inmediata de emolientes, para evitar la evaporación del agua de la piel. Utilizar jabones de pH ácido.

Se recomienda evitar las fuentes de calor y recurrir a toallas suaves, sin frotar la piel.

Mantener las uñas cortas y limpias.

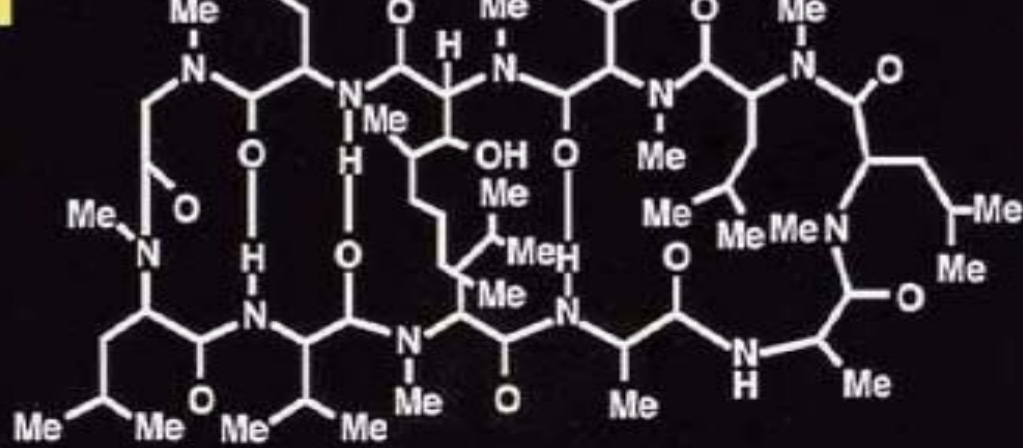
Tabla I. Hidratantes y emolientes disponibles

Principio	Nombre comercial	Excipiente
Parafina	Oliatum*	Aceite de baño
	Exomega*	Crema
Vaselina	Cetaphil*	Crema, loción
Glicerina	Nuvo dermo*	Crema, <i>syndet</i>
	Derm up*	Crema
	Exomega*	Crema, loción
	Ictyane*	Loción
Ácido láctico	Lactum*	Crema
	Xeralaude lactato*	Crema
	Lacticare*	Crema
	Lactacid*	Loción
Avena 2,5%	Avena Isdin* 2%, 5%	Crema
Manteca de karité	Mustela*	Crema, loción
	Topialyse*	Crema
	Lipikar*	Crema, <i>syndet</i>
	Xeramance*	Loción
	Xeramance plus*	Crema
Ácido gammalinoleico	Gammanol intense*	Crema
	Topialyse*	Crema
Ácidos grasos 3/6	Steleatopia*	Emulsión
	Exomega*	Crema, loción
	Xeralaude*	Crema
	Leti AT4*	Crema, emulsión
	Trixera plus*	Crema
Urea (3, 5, 10, 20 y 30%)	Ureadin*	Crema
Lanolina	Ph 5 Eucerin*	Loción
	Nivea*	Crema
Niacinamida	Atoderm PP*	Crema
Acido glicirretínico	Dersura*	Crema
	Zarzenda*	Crema
	Atopises*	Crema

Tabla II. Corticoides tópicos clasificados según la potencia

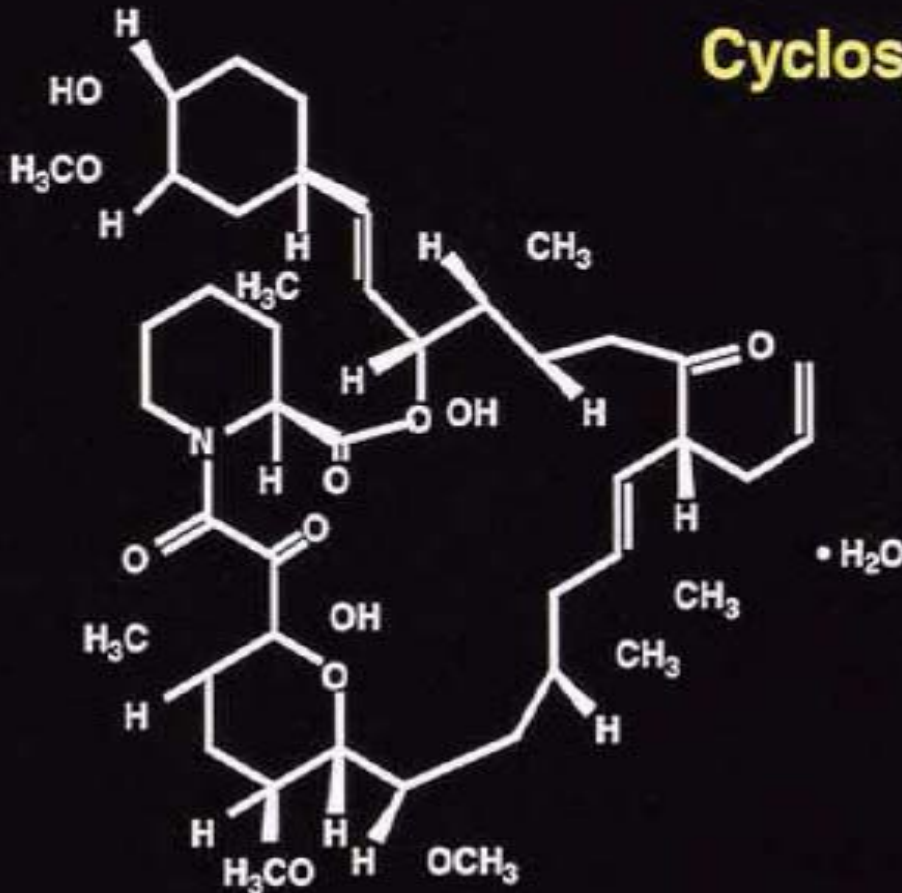
Clase 1 o potencia muy alta	Clase 2 o potencia alta	Clase 3 o potencia intermedia	Clase 4 o potencia débil
– Betametasona dipropionato 0,05 %	– Betametasona dipropionato 0,05%	– Alclometadona dipropionato 0,05%	– Desonida 0,05%
– Clobetasol propionato 0,05 %	– Betametasona valerato 0,1 %	– Beclometasona dipropionato 0,025 %	– Dexametasona 0,1-0,2 %
– Difluocortolona valerato 0,3 %	– Budesonida 0,025 %	– Betametasona valerato 0,1 %	– Fluocortina 0,75 %
– Halcinónido 0,1 %	– Desoximetasona 0,25 %	– Clobetasona butirato 0,05 %	– Hidrocortisona acetato 0,1-2,5 %
	– Flucortolona valerato 0,1 %	– Desoximetasona 0,05 %	– Metilprednisolona acetato 0,25 %
	– Fluocinolona acetónido 0,2 %	– Flucortina butilesterato 0,75 %	
	– Fluocinónido 0,05 %	– Fluocortolona	
	– Fluticasona propionato 0,05 %	– Flumetasona pivalato 0,025 %	
	– Halometasona 0,05 %	– Fluorcinolona acetónido < 0,01 %	
	– Hidrocortisona butirato 0,1 %	– Flurandrenolona 0,0125 %	
	– Metilprednisolona aceponato 0,1 %	– Hidrocortisona aceponato 0,1 %	
	– Mometasona furoato 0,1 %	– Hidrocortisona valerato 0,2 %	
	– Prednicarbato 0,25 %		
	– Triamcinolona acetónido 0,1 %		

La potencia relativa de algunos productos depende de la forma galénica utilizada (ungüento, pomada, crema, gel, loción).



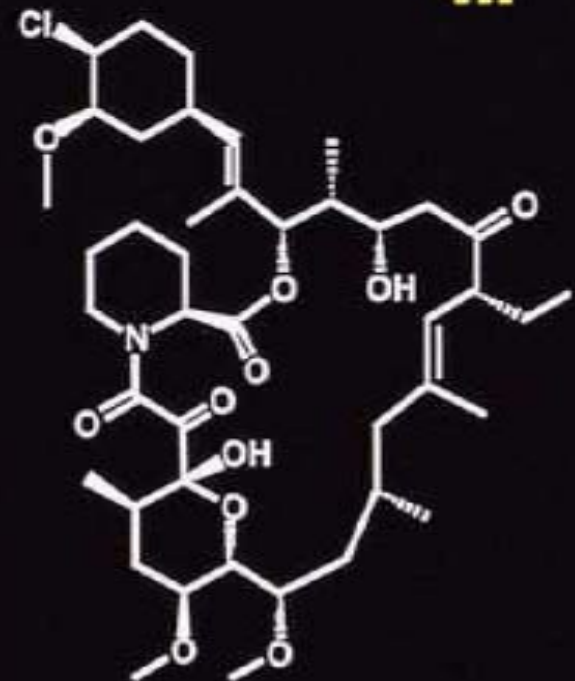
Cyclosporin A

II



FK506

III



SDZ ASM 981

Inmunosupresores.

Ciclosporina.

Macrólido capaz de inhibir la activación de las células T y modular la respuesta inmune mediada por células.

Tratamiento rápido y eficaz, debiendo plantearse en pacientes con DA grave, recalcitrante y refractaria a otros tratamientos.

Eficaz en adultos como en niños, a dosis de 2,5 a 5 mg/kg/día. Puede utilizarse de forma discontinua en tratamiento de 3-4 meses con suspensión posterior, o de forma más prolongada a dosis más bajas para prevenir recurrencias.

Los efectos adversos son dosis-dependiente, debiéndose monitorizar la tensión arterial y los niveles de creatinina.

Se han descrito casos aislados de trastornos linfoproliferativos en niños, sin embargo no se ha establecido una relación causal con el tratamiento.

Tacrolimus

No produce atrofia local.

Permite uso en áreas sensibles.

Disponible en ungüento al 0,03% y 0,1%.

Evento adverso más frecuente, ardor local autolimitado.

Riesgo potencial de Inmunosupresión local, pero más bajo que con tratamientos esteroideos tópicos.

No se determinó en humanos el riesgo de fotocarcinogénesis.

Pimecrolimus

Actividad antiinflamatoria cutánea potente con baja actividad inmunosupresora sistémica.

Inhibe la activación de células T y de mastocitos, suprimiendo citoquinas inflamatorias y otros mediadores de la inflamación alérgica.

Bajo nivel de absorción sistémica por la actividad lipofílica de su molécula y por el alto peso molecular.

Seguro y efectivo en el tratamiento de la dermatitis atópica leves a moderadas , en áreas de piel altamente sensibles tanto en niños como en adultos.

The **Food and Drug Administration** has issued a public health advisory regarding cancer risk from topical calcineurin inhibitors.

Exposure to topical tacrolimus or pimecrolimus was not associated with an increase in the overall cancer rate. Use of topical tacrolimus may be associated with an increased risk of T-cell lymphoma.

Hui R.L., Lide W., Chan J., Schottinger J., Yoshinaga M., Millares M.
Association between exposure to topical tacrolimus or pimecrolimus and cancers.
Ann Pharmacother. 2009 Dec;43(12):1956-63.

Tacrolimus 0.03% ointment is licensed for second-line treatment of children with atopic dermatitis (AD).

This double-blind, study compared tacrolimus 0.03% and fluticasone 0.005% ointments in children with moderate-to-severe AD, who had responded insufficiently to conventional therapies.

Children (aged 2-15 yr) were randomized to tacrolimus ointment (n = 240) or fluticasone ointment (n = 239).

Efficacy of tacrolimus 0.03% ointment as second-line treatment was not inferior to that of fluticasone 0.005% ointment, with similar benefits on global disease improvement.

Doss N., Kamoun M.R., Dubertret L. Cambazard F., Remitz A.
Efficacy of tacrolimus 0.03% ointment as second-line treatment for children with moderate-to-severe atopic dermatitis: evidence from a randomized, double-blind non-inferiority trial vs. fluticasone 0.005% ointment.
Pediatr Allergy Immunol. 2010 Mar;21(2 Pt 1):321-9.

Eficacia y seguridad del tacrolimus para el tratamiento de la dermatitis atópica en niños.

El tratamiento tópico con tacrolimus resultó efectivo en niños menores de 2 años con dermatitis atópica sin evidenciar efectos adversos ni absorción sistémica importante de la droga.

El tacrolimus (FK 506) es un ungüento de aplicación tópica con actividad inmunomoduladora recientemente desarrollado y aprobado para el tratamiento de DA en personas mayores de 2 años de edad. Se destaca la necesidad de estudios prospectivos, controlados y aleatorios para confirmar estos datos.

Reitamo S, Allsopp R.
Treatment with twice-weekly tacrolimus ointment in patients
with moderate to severe atopic dermatitis:
Results from two randomized, multicentre, comparative studies.
J Dermatolog Treat. 2010; 21: 34-44.

Inmunosupresores.

Azatioprina.

escasos ensayos clínicos aleatorizados controlados valorando la eficacia de la azatioprina.

Indicada en casos graves y refractarios a los tratamientos previos. Se utiliza en dosis de 50 a 200 mg/día.

Sus principales efectos secundarios son la depresión medular, intolerancia gastrointestinal y hepatotoxicidad.

Metotrexate.

Antagonista del ácido fólico con actividad antiinflamatoria e inmunosupresora. Existe un estudio abierto de ajuste de dosis con mejoría tras administrarlo en dosis de 7,5 a 25 mg semanales durante 3 meses en pacientes adultos con formas graves y resistentes. Sin embargo, son necesarios más estudios controlados para poder evaluar su eficacia en el tratamiento de la DA.

Interferon γ

Citoquina que inhibe la producción de IgE y la proliferación de células Th2 productoras de IL-4 y 5. Existen 2 ensayos aleatorizados controlados durante 12 semanas, valorando la eficacia de la administración subcutánea. En ambos la respuesta fue superior a placebo. Sin embargo ambos estudios han sido criticados por la mala calidad del diseño. Como efectos secundarios puede producir síntomas pseudogripales, así como leucopenia y trombopenia.

Micofenolato mofetilo.

Inhibidor de la síntesis de purinas que parece también eficaz en la atopia grave. Existen 2 estudios no controlados sobre su uso en DA, con un total de 20 pacientes, en los que se produjo una mejoría del 55 y 68% a las 10 semanas de tratamiento.

Inmunoglobulinas intravenosas.

Existen escasos estudios, con resultados contradictorios. Puede ser eficaz en monoterapia en algunos pacientes, especialmente niños, siendo necesario en adultos inmunosupresión concomitante. Se podría plantear en pacientes en los que hubieran fracasado todas las anteriores medidas terapéuticas.

Inhibidores de los leucotrienos.

Zafirlukast y Montelukast.

Se utilizan en la rinitis alérgica y el asma, siendo su papel en la DA actualmente controvertido. Existe un estudio doble-ciego con montelukast a dosis de 10 mg/día en el que resultó superior a placebo. Sin embargo otros autores no han encontrado eficacia, por lo que no es posible actualmente extraer conclusiones.

Son fármacos con un excelente perfil de seguridad, por lo que podrían resultar útiles especialmente en pacientes con asma concomitante.

Tratamientos biológicos.

Los anticuerpos monoclonales se han utilizado ampliamente en psoriasis, comunicándose su uso en DA en casos aislados con **infliximab**, **etanercept** y **efalizumab**. También existe un estudio de 9 pacientes con **alefacept**. De entre ellos el que parece haber dado mejor resultado es el **efalizumab**, un anticuerpo monoclonal humanizado contra el CD 11a, que se ha utilizado a dosis de 1 mg/kg en un estudio prospectivo con 10 pacientes con buen resultado.

Efalizumab is a recombinant humanized murine monoclonal antibody against CD11a, approved for the treatment of plaque psoriasis. Suggest that it also may be effective in the treatment of severe atopic dermatitis (AD).

A systematic retrospective study of the medical files of patients treated with efalizumab for AD in Danish dermatology departments. Positive outcome was defined as improvement of the disease registered in the patient's file over a period exceeding 6 months.

Two of eleven patients had a positive outcome. Nine patients stopped treatment due to progression of AD or lack of effect.

Conclusions: Only a minority of patients with severe AD responded to efalizumab treatment in a standard dose.

Ibler K., Dam T. N., Gniadecki R.

J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009 Apr 2.

Efalizumab for severe refractory atopic eczema: retrospective study on 11 cases.

Department of Dermatology, University of Copenhagen, Roskilde Hospital, Roskilde, Denmark.

Omalizumab

Es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une a 2 moléculas de IgE, impidiendo la unión a sus correspondientes receptores en los mastocitos, basófilos y células presentadoras de antígenos.

La dosis se ajusta en función del peso y los niveles de IgE.

Se ha utilizado en la DA con resultados variables. Buenos resultados en pacientes con IgE moderadamente elevada, con muy buen perfil de seguridad.

Debe tenerse en cuenta esta posibilidad terapéutica en pacientes que no han respondido a otros tratamientos, especialmente si presentan asma concomitante.

Tratamiento del prurito.

El prurito de la DA no está mediado por histamina. Los antihistamínicos de primera generación como la **hidroxicina** o la **dexclorfeniramina**, son útiles por su efecto sedante en el tratamiento del prurito que aparece en los brotes graves de DA.

Los antihistamínicos no sedantes tienen un papel modesto en el tratamiento de la DA, son útiles si se asocia a rinitis alérgica o asma.

La **levocetirizina** es segura y de cómoda posología, por lo que en ocasiones, aun conociendo su limitada eficacia, lo asociamos en el tratamiento de los brotes.

Existen estudios evaluando el papel de la aplicación tópica de **doxepina**, **cromoglicato** y **naltrexona** en el prurito de la DA, pero no existe evidencia suficiente para extraer conclusiones.

Dermatitis atópica. Tratamiento según la gravedad

Formas leves:

- Puede ser suficiente con las medidas generales de aseo e hidratación.
- En fases de reagudización indicar un corticoide tópico de potencia baja o media entre 5-10 días.

Dermatitis atópica. Tratamiento según la gravedad.

Formas moderadas:

- Seguir de forma constante las medidas generales.
- Cuando se presenten reagudizaciones indicar un corticoide tópico de potencia baja, media o alta según la gravedad durante periodos breves. Puesto que los pacientes requerirán el empleo repetido de estos fármacos, debe prestarse atención a su perfil de seguridad y absorción.
- Indicar un inhibidor de la calcineurina tópico de mantenimiento, haciendo hincapié en su uso en brotes leves o moderados, o al principio del brote como ahorrador de corticoides.
- Administrar antihistamínicos antiH1 por vía oral mientras exista prurito intenso.

Dermatitis atópica. Tratamiento según la gravedad.

Formas graves:

-El brote grave aislado de DA debe tratarse inicialmente con corticoides orales. Se administrarán en ciclos cortos, con dosis iniciales de 0,5-1 mg/kg de peso/día de prednisona, disminuyendo esta de forma paulatina. Se seguirán las medidas de precaución y, en su caso, tratamientos complementarios para el uso de esteroides sistémicos.

-Si la enfermedad no se controla con el tratamiento tópico y el paciente requiere tratamiento con corticoides orales de manera continuada, se valorará iniciar tratamiento con inmunomoduladores, entre los cuales la ciclosporina resulta el más rápido y eficaz. Si la respuesta es escasa o está contraindicada, se valorará iniciar tratamiento con otros inmunosupresores.

Vacunas de alergenios en dermatitis atópica.

Efectos Adversos: 19,5% vía subcutánea y 14,6% vía sublingual.

Exacerbaciones severas de dermatitis atópica : 13-20% de los pacientes

Falta de eficacia: 22% sin cambios o empeorados.

La mayoría no son controlados con placebo, diferentes tipos de alergenios, naturaleza de los extractos, esquema de dosis, criterios de inclusión variados, duración del tratamiento, diferencia en el tipo de control ambiental recomendado, distintos criterios para evaluar eficacia, todos tienen insuficiente poder estadístico.

Bussmann et al. J Allergy Clin Immunol 2006 (23 estudios clínicos desde 1974 hasta 2006).

Muchas Gracias