



Protocolos

The Pharmaceutical Letter

Lib. V; Pr. 1
Periodicidad quincenal

Septiembre de 2004

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS

Autor
Sara Herrero Rodríguez
Farmacéutica y Podóloga

INTRODUCCIÓN

La dermatitis es una inflamación de las capas superficiales de la piel que se acompaña de ampollas, enrojecimiento, inflamación, supuración, costras, descamación y, frecuentemente, picores. El rascado y el frotado continuo de la piel pueden provocar un engrosamiento y endurecimiento de la misma.

Se pueden distinguir diferentes tipos de dermatitis, entre las más características se encuentran:

1. Dermatitis atópica
2. Dermatitis de contacto
3. Dermatitis seborréica
4. Dermatitis herpetiforme
5. Dermatitis de estasis venosa
6. Dermatitis numular

1. DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea recurrente crónica que aparece con suma frecuencia durante las primeras etapas de la infancia o la adolescencia. A menudo se asocia con aumento de los niveles séricos de IgE y antecedentes personales o familiares de Dermatitis atópica, rinitis alérgica y/o asma. Los síntomas característicos de la Dermatitis Atópica son el picor intenso, piel seca y con descamación, lesiones con eritema de descamación, vesículas, exudación, fisuras, lesiones de rascado y zonas engrosadas (liquenificación).

La remisión, aunque de forma incompleta, es normal durante la infancia. Puede presentar recurrencias ocasionalmente durante la adolescencia y en algunos pacientes la enfermedad persiste durante la edad adulta. Las lesiones cutáneas pueden agravarse por determinados factores ambientales como la sudoración, sequedad cutánea, estrés, contacto con sustancias irritantes o tensoactivos (detergentes), contacto con lanas. etc.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la dermatitis atópica no es curativo, el objetivo terapéutico consiste en mejorar la sintomatología. Algunas medidas de carácter general son:

- Evitar el calor y la sequedad del ambiente, ya que suele ser mal tolerado por los pacientes con dermatitis atópica. La exposición solar suele ser beneficiosa, sin embargo, si la luz solar se recibe en un ambiente con alta temperatura y humedad, provoca una elevada transpiración y prurito, siendo esto perjudicial para los pacientes.
- Evitar el contacto directo de la piel con lana, plásticos, gomas, etc. La tolerancia de las fibras sintéticas es muy variable y deberá evaluarse en cada caso.
- Alimentos: algunos alimentos ácidos, como los cítricos o el tomate, pueden irritar la piel de los pacientes atópicos al ingerirlos o al manipularlos. Los excitantes como el café, el cacao y el alcohol, incrementan el prurito y son contraproducentes. Algunos alimentos, por su contenido en histamina o por liberar esta sustancia, sobre todo si se consumen en grandes cantidades (ej: fresas, mariscos) pueden desencadenar también prurito.
- Los aeroalérgenos como ácaros del polvo, los pelos de animales, el moho y el polen son exacerbantes de la DA.
- Higiene: los baños, especialmente con agua caliente y detergentes agresivos, incrementan la xerosis e irritan la piel de los pacientes atópicos. No obstante, debe mantenerse una higiene suficiente, combinando medidas poco lesivas y el uso de emolientes una o varias veces al día.
- Evitar el rascado ya que es un factor decisivo en el mantenimiento de las lesiones.

El tratamiento farmacológico de la dermatitis atópica se divide en el tópico y el sistémico.

Tratamiento tópico

El objetivo es lubricar la piel seca con emolientes o secar la piel eccematosa con pastas y fomentos secantes según sea necesario. Debe evitarse el uso de antihistamínicos tópicos por su baja acción y por su gran potencial de sensibilización cutánea.

Los antibióticos tópicos se reservarán para los pacientes con impétigo secundario o con una sobrecolonización por *S. Aureus*. (En los casos muy eccematosos es recomendable utilizar antibióticos sistémicos). En casos de sobreinfección por hongos se utilizarán antimicóticos tópicos.

Los esteroides tópicos deben ser usados con mesura, la potencia y la frecuencia de aplicación se decidirán según sea el caso del paciente, de preferencia se utilizarán los de baja y mediana potencia por periodos no mayores de 15 días, teniendo en cuenta que en niños la absorción es mayor y, por lo tanto, los efectos colaterales también lo serán. En niños la hidrocortisona al 0.5% o al 1% será el de primera elección, aplicándolo una o dos veces al día.

Los corticoides son drogas de uso controvertido; por tener acentuados efectos clínicos tanto positivos como negativos. Básicamente son utilizados por su acción antiinflamatoria, antimitótica y antialérgica.

Tratamiento sistémico

Los antihistamínicos son utilizados para contrarrestar el prurito; existen antihistamínicos sedantes que se utilizan con gran beneficio para los pacientes, ya que ese efecto secundario ayuda a la relajación del paciente. La hidroxicina a dosis de 1mg/kg/día en niños es de gran utilidad. La clorfeniramina 0.35mg/kg/día es también bastante útil en el tratamiento de la DA.

Los antihistamínicos no sedantes de nueva generación como la terfenadina, el astemizol, la loratidina y la ceririzina se usan con confianza en niños pequeños. El ketotifeno es un eficaz protector de membrana del mastocito que en asociación con otro antihistamínico ofrece grandes beneficios al paciente.

Se administrarán antibióticos sistémicos en DA muy generalizadas, eritodérmicas o con grandes zonas ecematosas, se recomienda la dicloxacilina.

En pacientes de difícil control se utilizan los inmunorreguladores como la ciclosporina, interferón, factor de transferencia, timopentina y talidomida entre otros.

Otras terapéuticas:

PUVA terapia: Se utiliza en DA recalcitrantes de difícil manejo que no han respondido a otros medicamentos.

2. DERMATITIS DE CONTACTO

La dermatitis de contacto es una inflamación de la piel provocada por el contacto físico directo con una sustancia que causa una reacción alérgica. Generalmente el síntoma es una urticaria. Se presentan varios tipos de dermatitis de contacto:

2.1 Dermatitis de contacto irritativa

Se debe a la acción irritante directa de las sustancias desencadenantes, que provocan una reacción inflamatoria en la piel, sin que medie en mecanismos inmunológicos.

Las dermatitis por contacto se pueden dividir en agudas, que se desencadenan por un contacto poco duradero y crónicas o acumulativas, que son consecuencia de un contacto prolongado, en general con irritantes poco potentes. Las lesiones se circunscriben a la zona donde se produce el contacto de la piel con los irritantes.

En las formas agudas pueden verse pápulas o placas eritematosas y edematosas y, más adelante, vesículas o ampollas, exudación erosiones y costras. En las formas crónicas, además de las lesiones anteriores puede predominar un aspecto descamativo, liquenificación y formación de grietas o fisuras. Subjetivamente puede producir prurito, escozor, quemazón o incluso dolor.

Los irritantes pueden ser tanto químicos como ácidos fuertes, bases, agentes oxidantes y reductores, jabones y detergentes.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en evitar el contacto con la sustancia irritante y suprimir la erupción cutánea. En las dermatitis agudas puede ser útil el uso de compresas o baños húmedos con sustancias como el sulfato de cobre o de zinc, y el empleo de corticoides. Si la extensión o intensidad de las lesiones es elevada, se debe emplear corticoides sistémicos. El prurito puede ser tratado con antihistamínicos sistémicos. En la dermatitis crónica se emplean corticoides tópicos en pomada o ungüento y el empleo repetido de emolientes.

2.2 Dermatitis por contacto alérgica

Es una reacción inflamatoria a alérgenos que penetran en la piel mediada por un mecanismo inmunológico de tipo IV. Una vez que se ha producido la sensibilización las lesiones suelen desencadenarse en 24-48h tras nuevas exposiciones al alérgeno.

Las lesiones más características son las vesículas, ampollas, exudación y costras, suelen circunscribirse a las zonas en que se produce el contacto con los alérgenos, pero pueden producirse erupciones generalizadas. Algunos factores que frecuentemente causan sensibilización de la piel son:

- El níquel: Objetos de bisutería, relojes, botones y hebillas metálicos
- Mercurio: Los productos mercuriales se emplean con frecuencia como desinfectantes y tópicos y como conservantes en medicamentos.
- Goma y plásticos del calzado, correas y juguetes
- Productos cosméticos y de higiene pueden incluir perfumes, parabenos y lanolina.
- Los medicamentos tópicos pueden incluir etilendiamina, bálsamo del Perú, neomincina, quinoleínas, anestésicos y antihistamínicos, que también son sensibilizantes.

TRATAMIENTO

Además de evitar los contactos con el alérgeno y las sustancias capaces de dar reacciones cruzadas, el tratamiento de la DAC está dirigido a mejorar los síntomas.

Las erupciones vesiculares agudas supurantes se benefician con agentes astringentes como el sulfato de aluminio o el acetato de calcio tópico, las erupciones crónicas liquenificadas se tratan mejor con emolientes.

Los glucocorticoides y la radiación ultravioleta son los agentes de uso más difundido en la clínica.

2.3 Dermatitis por fotocontacto

Las dermatitis por contacto fototóxicas y fotoalérgicas se producen por la exposición a la luz tras la aplicación tópica de determinadas sustancias químicas.

La clínica más frecuente es eritema, edema, vesículas y, a veces, ampollas que causan prurito o quemazón en la zona de contacto con la sustancia fototóxica y expuesta a la luz. La reacción cutánea puede ser inmediata o aparecer varias horas tras el contacto.

Las dermatitis por contacto fototóxicas más frecuentes son provocadas por plantas que contienen furocumarians (higueras, naranjos, hinojo, geranios...)

Otra causa importante son los medicamentos (psoralenos, tetraciclinas, peróxido de benzoilo y antisépticos como el hexaclorofeno).

TRATAMIENTO

Se deberá evitar la sustancia fotosensibilizante o la exposición a la luz, y después seguir el tratamiento de la Dermatitis de contacto (irritativa o alérgica).

3. DERMATITIS SEBORREICA

La dermatitis seborreica también es llamada costra láctea, es una inflamación de las capas superficiales de la piel que afecta a lactantes y a adultos. Suele asociarse con un aumento de la producción de sebo del cuero cabelludo y las áreas ricas en folículos sebáceos de la cara y tronco. La piel comprometida presenta un aspecto rosado, edematoso y esta cubierta por escamas de color amarillo-marrón, y costras.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en desprender y eliminar las escamas y costras, inhibir la colonización de levaduras, controlar la posible infección secundaria y disminuir el prurito.

Para el cuero cabelludo: se utilizan champús con agentes queratolíticos como el sulfuro de selenio al 1-2'5%, antimicóticos (ketoconazol), peróxido de benzoilo, ac.Salicílico y piritona de zinc. Para la cara y el tronco: Se utilizan corticoides de baja potencia (Hidrocortisona al 1% suele ser suficiente), son útiles en las primeras etapas evolutivas de la enfermedad.

En la prevención de los brotes puede utilizarse un antifúngico tópico en especial imidazoles (ketoconazol, clotrimazol, miconazol)

En los lactantes se puede emplear el ácido salicílico al 2-3% en aceite de oliva o base hidrosoluble, así como la aplicación de corticoides de baja potencia en crema o loción, también útil para el tratamiento de la dermatitis del pañal. En el tratamiento de la dermatitis del pañal se usan también las cremas que contengan fármacos antifúngicos como la nistatina o miconazol en caso de candidiasis.

4. DERMATITIS PALMOPLANTAR JUVENIL

Los síntomas iniciales son enrojecimiento y dolor en la superficie plantar del antepié. Las lesiones tienden a respetar las zonas del empeine y los pliegues interdigitales. Son placas eritematosas brillantes, de superficie lisa, con fisuras y descamación. En casos intensos afecta a las manos. Suele aparecer en niños menores de 10 años. Resulta crónico con exacerbaciones y remisiones, aunque suele curar espontáneamente al llegar a la adolescencia.

TRATAMIENTO

Se recomienda el uso de cremas emolientes, el uso de calcetines de algodón y calzado abierto. Pueden ser útiles una gran variedad de productos tópicos, tales como esteroides, preparados de urea, pasta Lassar o alquitrán.

5. DERMATITIS NUMULAR

La dermatitis numular es una erupción persistente que por lo general produce picor, unido a una inflamación caracterizada por manchas con forma de moneda que presentan diminutas ampollas, costras y escamas, es más frecuente en invierno, aunque la erupción puede aparecer y desaparecer sin razón aparente. Su causa se desconoce.

TRATAMIENTO

La piel debe hidratarse mediante baños que contengan aditivos oleosos, seguidos de la aplicación de emolientes. Se emplearan Antiinflamatorios tópicos, y antibióticos en lesiones aparentemente infectadas o exudativas.

6. DERMATITIS HERPETIFORME

La Dermatitis herpetiforme es una erupción crónica, extremadamente pruriginosa que consiste en la formación de pápulas y vesículas que se localizan preferentemente en codos, rodillas y glúteos. Esta dermatitis suele estar asociada con la sensibilidad del intestino al gluten en la dieta (enfermedad celíaca).

TRATAMIENTO

La administración de sulfota oral (Dapsona) o de sulfapiridina, junto a dieta exenta en gluten, suele controlar las manifestaciones clínicas del paciente.

7. DERMATITIS DE ESTASIS

La dermatitis de estasis es un enrojecimiento crónico con descamación, calor y tumefacción que afecta a la parte inferior de las piernas, cuya piel al final adquiere un color marrón oscuro.

TRATAMIENTO

Consiste en mantener las piernas elevadas por encima del nivel del corazón ayudando a evitar la acumulación de sangre en las venas y de líquidos en la piel.

En la fase aguda son útiles soluciones astringentes como el óxido de zinc, permanganato potásico y las cremas con corticosteroides. Se aconseja también el uso de medias y vendas elásticas para evitar las recidivas así como tratar la enfermedad venosa de base.

CORTICOIDES TÓPICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DERMATITIS

Como hemos visto, para el tratamiento de los distintos tipos de dermatitis los corticoides tópicos son el tratamiento sintomático más utilizado. Se clasifican según su potencia inflamatoria en cuatro clases: Clase I (actividad muy fuerte), clase II(actividad fuerte), clase III (actividad moderada), clase IV (actividad débil).

| Potencia | Nombre genérico y % |
|------------|---|
| Baja | Hidrocortisona 1% Fluocortina 0,75% |
| Intermedia | Clobetasona, butirato 0,05% Flumetasona 0,02% Fluocinolona, acetónido 0,01% Triamcinolona 0,04% |
| Alta | Betametasona, valerato 0,1% Betametasona, dipropionato 0,05% Beclometasona, dipropionato 0,025% Budesonida 0,025% Diflucortolona 0,1% Fluclorolona, acetónido 0,025% Fluocinolona, acetónido 0,025% Fluocinonido 0,05% Fluocortolona, monohidrato 0,2% Metilprednisolona 0,1% Mometasona 0,1% |
| Muy alta | Clobetasol 0,05% Diflurasona 0,05% Diflucortolona, valerato 0,3% Fluocinolona, acetónido 0,2% Halcinónido 0,1% Halometasona 0,05% |

Un mismo corticoide puede tener una actividad farmacológica más o menos intensa dependiendo de su propia farmacocinética, dosis y concentración utilizada, excipientes, naturaleza de la patología tratada, edad del enfermo y forma de empleo. Cuanto más graso el excipiente más se absorben en la piel (ungüento>pomada>gel>crema>loción).

El espesor de la piel es variable en las distintas regiones del cuerpo, por lo que la absorción de un corticoide tópico será diferente dependiendo del lugar de aplicación. Por este motivo, en el recién nacido, la absorción es muy elevada siendo alto el riesgo de aparición de efectos sistémicos. La integridad de la piel también debe ser tenida en cuenta, ya que la penetración de los corticoides es muy fácil en zonas alteradas (eczemas, psoriasis...). Este efecto se utiliza con fines terapéuticos en el tratamiento de estas patologías.

Los corticoides tópicos son un tratamiento sintomático, pero no curativo de la enfermedad. Los efectos secundarios son similares para todos y en general son debidos a una excesiva duración del tratamiento o potencia inadecuada. El efecto secundario local más frecuente es la atrofia cutánea; otros efectos menos frecuentes son la hipertriosis, despigmentación y retraso de la cicatrización.

El tratamiento con corticoides tópicos normalmente dura algunos días y en función del resultado, éste se prolonga con un corticoide de más o menos potencia. Generalmente se aplican una o dos veces al día, durante los tres primeros días en dermatitis muy agudas. El aumento del número de aplicaciones suele ser inútil terapéuticamente y aumenta el riesgo y la gravedad de efectos secundarios. El tratamiento que dura menos de una semana se puede retirar de golpe. Sin embargo, si el tratamiento ha sido más prolongado, la detención debe ser progresiva, siendo lo más indicado, ir espaciando cada vez más las aplicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews: "Tratado de Dermatología" 4ª edición Editorial Masson- Salvat
- Arthur Rook y col: "Tratado de Dermatología" Vol II 4ª edición, Ediciones Doyma S.A Barcelona.
- Barberá JA. "Los corticoides tópicos" Panorama Actual del medicamento 1994;18:pag.409-410.
- Bourke J, Coulson I, English J. "Guidelines for care of contact dermatitis" British Journal of Dermatology 2001;145:877-885.
- De Moranga Jose Mª, Pérez M: "Lesiones elementales cutáneas". Masson 1995
- Freedberg Irwin M, Fitzpatrick Thomas B.. "Dermatología en medicina general" Tomo II.5ª edición. Editorial medica Panamericana 2001.
- Geraci A, Crane J, Cunha B "Topical steroids: Dosing forms and general considerations" Hospital pharmacy, vol.26, August 1991.
- González de Olano D, Roan J, Amaruch N.: "Tacrolimus como tratamiento de la dermatitis atópica" Alergol Inmunol Clin 2003;18:269-273
- Iglesias Diez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero P.L: "Tratado de dermatología" 1ª edición. Ediciones Luzán S.A Madrid 1994.
- Lazaro Ochaitia P. "Dermatología. Texto y Atlas". Meditarranica SA 2ª edición 1993
- Mascaró JM. "Claves para el diagnóstico en Dermatología". Ediciones Doyma 1987
- Nasemann, Saverbrey, Calap. "Enfermedades cutáneas e infecciones venéreas". Editorial AC 1985
- Pimpinelli N, G "Topical Corticosteroids" Drugs 44(1):65-71, 1992.
- www.tuotromedico.com/temas/dermatitis_atopica.htm
- www.especialistasdermatologia.com/guias/atopica.asp
- "Enfermedades de la piel" disponible en www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar

Comité De Redacción de "The Pharmaceutical Letter":

Miguel Aguiló (FCC) · Glòria Alba (FCH) · Joan Altiramas (FCH) · Manel Ballester (Cardiólogo) · Josep Barrio (Infectólogo) · Salvador Benito (Intensivista) · Xavier Bonafont (FCH) · Joaquim Bonal (FCH) · Patricia Bravo (FCH) · Neus Caelles (FCC) · Daniel Cardonal (FCH) · Federico Castillo (FCH) · Isabel Castro (FCH) · Anna Clopés (FCH) · Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad Salamanca) · Jose Angel Expósito (FCH) · Rosa Farré (FCH) · Mª José Faus (Prof. Titular Universidad Granada) · Benet Fité (FCC) · Jordi Foncuberta (Hematólogo) · Miquel Franco (Internista) · Pilar Gascón (FCC) · Mª Rosa Güell (Neumólogo) · Gemma Guinovart · Eduard Idalgo (FCH) · Cristina de Irala Indart (FCH) · Francesc Jané (Farmatólogo Clínico) · Rosa Jordana (FCC) · Fernando Fernandez-Llimos (FCC) · Milagros Garcia (FCH) · Mª Antonia Mangues (FCH) · Francisco Martínez (FCC) · Lluís Mendarte (FCH) · Josep Monrde (FCH) · Rita Moreira (FCH) · Mª Estela Moreno Martínez (FCH) · Margarita Ramoneda (FCC) · Gemma Rodríguez Trigo (Neumóloga) · Mª Luisa Sala (FCH) · Joaquim Sanchis (Neumólogo) · Amparo Santamaría (Hematóloga) · Angel Sanz Granda (Consultor Farmacoeconomía) · Pablo Torredabella (Medicina y Cirugía) · Laura Tüneu (FCH) · Guillermo Vázquez (Internista e Intensivista)

(FCH) Farmatólogo Clínico Hospitalario. (FCC) Farmacéutico Clínico Comunitario.



DICAF, S.L.

Información y suscripciones:

DICAF, S.L. - C/ Martí, 44, Tda. 1ª - 08024 BARCELONA
Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 - E-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: http://www.dicaf.es

Edita: The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L.
c/ Martí, 44 Tda.1ª - 08024 BARCELONA
ISSN: 1575-3611 - N.I.F.: B-61640439
Imprime: Gráficas Gispert, S.A.- Depósito legal: GI-557/1999