

Dermatitis atópica

Fecha de la última revisión: **04/01/2011**

Índice de contenidos

1. [¿Qué cuidados generales deben recomendarse a los pacientes?](#)
2. [¿Cómo se trata la dermatitis atópica?](#)
3. [Criterios de derivación al segundo nivel](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿Qué cuidados generales deben recomendarse a los pacientes?

Con carácter general se evitarán todas aquellas circunstancias que producen prurito en condiciones normales, efecto que suele ser mucho mayor en los atópicos. Estas medidas incluyen:

1. Temperatura ambiental: el calor es mal tolerado por los pacientes con dermatitis atópica. Debe evitarse la temperatura ambiental elevada y el uso de ropa de abrigo excesiva.
2. Humedad ambiental: la sequedad del ambiente incrementa la xerosis y el prurito en la dermatitis atópica. Las calefacciones por aire caliente (ej. las de los coches) pueden ser un factor agravante importante. La humidificación ambiental con instalaciones adecuadas es beneficiosa; en cambio, las medidas caseras con pequeños humidificadores o recipientes de agua son poco eficaces.
3. Exposición solar: suele resultar beneficiosa en la dermatitis atópica, pero debe evitarse siempre la quemadura solar. Algunos pacientes tienen mala tolerancia al sol e incluso pueden sufrir agravamiento de sus lesiones.
4. Ropa: 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.
5. Alimentos: algunos alimentos ácidos (ej. cítricos, tomate) pueden irritar la piel del atópico al ingerirlos o ser manipulados. 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, marisco), pueden desencadenar también prurito. Exceptuando estas circunstancias, no es necesario efectuar restricciones dietéticas en la dermatitis atópica.
6. Vacunas: los niños con dermatitis atópica deben recibir el calendario vacunal completo y a su debido tiempo, si no existen otras contraindicaciones. Durante los tratamientos con corticoides sistémicos no deben realizarse vacunas con virus vivos (poliomielitis, sarampión- parotiditis-rubéola, varicela).
7. Enfermedades asociadas: otros procesos que forman parte de las manifestaciones de la constitución atópica pueden desencadenar prurito (ej. crisis asmáticas, urticaria). Su correcto control es esencial para lograr el de la dermatitis atópica.
8. Higiene: los baños, especialmente con agua muy caliente y detergentes agresivos, incrementan la xerosis e irritan la piel del atópico. No obstante, debe mantenerse una higiene suficiente, combinando medidas poco lesivas y el uso de emolientes (ver emolientes). Es preferible la ducha al baño, con agua templada y gel de pH ácido.
9. Emolientes: la aplicación una o varias veces al día de una crema emoliente ("hidratante") en todo el cuerpo es una medida esencial en el tratamiento de la dermatitis atópica. El momento más adecuado para aplicar la crema es inmediatamente tras la ducha o el baño. Debe tenerse en cuenta que muchos pacientes atópicos tienen mala tolerancia a algunos de los compuestos de uso más habitual en este grupo, como la urea.
10. Rascamiento: es esencial convencer al paciente o a sus familiares que el rascamiento y el frotamiento son factores decisivos en el mantenimiento de las lesiones y de la necesidad de evitarlos.

¿Cómo se trata la dermatitis atópica?

Tratamiento de las formas leves:

1. Puede ser suficiente el empleo de las medidas generales.
2. En fases de agudización o en lesiones eccematosas persistentes añadir un corticoide tópico de potencia baja o media durante 5-10 días.
3. En niños mayores de 2 años y adultos con mala respuesta o intolerancia a los corticoides, puede aplicarse crema de **pimecrolimus** al 1%, 2 veces al día.

Tratamiento de las formas de intensidad moderada:

1. Las medidas generales deben seguirse de forma constante.
2. Combinar el uso de corticoides de potencia baja y media según la evolución. Puesto que estos pacientes requerirán el empleo repetido de estos fármacos, debe prestarse atención a su perfil de seguridad y absorción.
3. En casos de mala respuesta o intolerancia a los corticoides puede empelarse **tacrolimus** pomada al 0,03% en niños mayores de 2 años y al 0,1% en adultos. Inicialmente se aplicará 2 veces al día, para espaciarla a medida que se obtiene respuesta. También puede utilizarse **pimecrolimus** en crema al 1%, 2 veces al día.
4. Administrar antihistamínicos anti-H1 por vía oral mientras exista prurito intenso. Los antihistamínicos de primera generación son más eficaces con este propósito. No deben emplearse antihistamínicos por vía tópica.
5. En lesiones localizadas y muy cronificadas pueden emplearse breas y derivados.

Tratamiento de las formas graves:

1. Las medidas generales deben seguirse de forma constante.
2. Se aplicarán **corticoides tópicos** de potencia baja, media o alta, según evolución. Estos últimos deben reservarse para períodos cortos y áreas limitadas, siguiendo las medidas de precaución indicadas en las formas de intensidad moderada. El clobetasol no debe utilizarse en la infancia.

- Formas muy graves:**

- ### Formas rebeldes al tratamiento:

1. Utilización de psicofármacos para control del prurito (**antidepresivos tricíclicos**).
2. Fototerapia (mayores de 13 años). Este procedimiento exige consentimiento informado por escrito para su realización.
3. **Metotrexato** (adultos) 12,5-25 mg IM/semana o 2,5 mg/día, 4 días/semana p.o. Requiere monitorización de parámetros hematológicos y hepáticos.
4. **Azatioprina** oral (adultos) 100-200 mg/día p.o. Precisa al menos 2 meses para ser efectiva. Requiere monitorización de parámetros hematológicos.
5. **Ciclosporina** oral (adultos). Dosis inicial 5 mg/kg/día p.o.; al obtener respuesta disminuir a 3 mg/kg/día y a continuación a 3 mg/kg/días alternos. Precisa monitorización de tensión arterial, parámetros hematológicos y función renal. No mantener más de 3-6 meses.

1. Confirmación diagnóstica.
2. Valoración de otros procesos dermatológicos asociados (ej. dermatitis alérgica por contacto).
3. Formas graves o muy graves y rebeldes al tratamiento.

- Bielsa Marsol I. Eccemas II. En: Ferrándiz C, ed. *Dermatología Clínica*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009, p. 131-144.
- Fonseca E. Dermatitis atópica en la infancia. *Salud Rural* 1997;14(4):92-105.
- Guerra Tapia A. Dermatitis atópica. En: Fonseca Capdevila E, ed. *Dermatología Pediátrica*. Tomo I. Madrid: Aula Médica; 1997, p. 83-180.

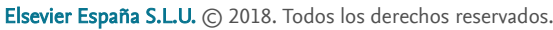
NICE. Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. Clinical guidelines CG57 2007 [\[Texto completo\]](#) [\[Resumen BMJ\]](#)

Saeki H, Furue M, Furukawa F, Hide M, Ohtsuki M, Katayama I, Sasaki R, Suto H, Takehara K; Committee for guidelines for the management of atopic dermatitis of Japanese dermatological association. Guidelines for management of atopic dermatitis. *J Dermatol*. 2009 Oct;36(10):563-77. [\[PMID: 19785716\]](#)

Eduardo Fonseca Capdevila Especialista en Dermatología. Jefe de Servicio de Dermatología.

Hospital Universitario de A Coruña - SERGAS - A Coruña

Conflicto de intereses: No disponible.



Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

