



ADAPT2
ATOPIC DERMATITIS SESSIONS

DERMATITIS ATÓPICA

GUÍA PRÁCTICA

PARA EL MÉDICO DE

ATENCIÓN

PRIMARIA

ÍNDICE

01

¿Cómo se diagnostica la dermatitis atópica?

02

¿Qué exámenes deben llevarse a cabo en pacientes con dermatitis atópica?

03

¿Cómo evaluar la gravedad y el control de la dermatitis atópica?

04

¿Qué debe evitar el paciente con dermatitis atópica?

05

¿Cómo realizar los cuidados de la piel?

06

¿Cómo debe indicarse la farmacoterapia por vía tópica?

07

¿Cuándo enviar a un paciente con el especialista en dermatitis atópica?

08

¿Qué otros tratamientos están disponibles?

09

¿Cómo tratar a los grupos especiales?

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DERMATITIS ATÓPICA?

El diagnóstico de la dermatitis atópica es principalmente clínico, basado en la localización y el tipo de lesiones. Las características clínicas que ayudan a establecer el diagnóstico incluyen:

Localización y tipo de lesiones: Las lesiones suelen estar ubicadas en zonas de pliegues en niños mayores de 3 años y en zonas extensoras en menores de 3 años.

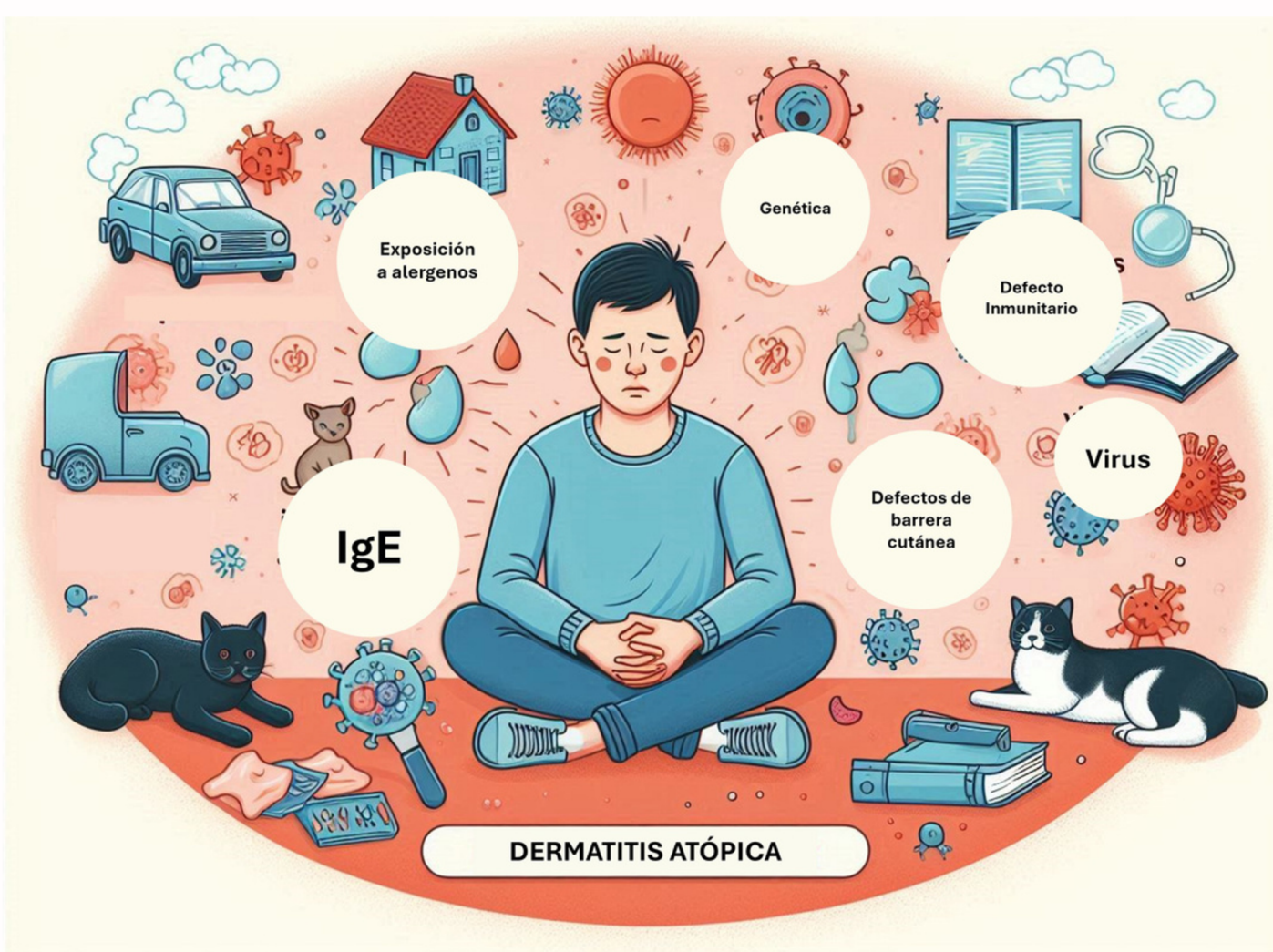
Prurito crónico: Es un síntoma clave, a menudo intenso y acompañado de sensación de ardor o dolor.

· Xerosis y liquenificación: La piel seca y la formación de pliegues cutáneos son comunes.

Antecedentes familiares: Historia de asma, rinitis, conjuntivitis o alergia alimentaria apoya el diagnóstico.

Si el paciente no presenta lesiones visibles durante la consulta, se recomienda solicitar fotos para ayudar en el diagnóstico. Además, se pueden evaluar pruebas como IgE total para apoyar la presencia de atopia.

Figura 1: Factores determinantes del inicio de la dermatitis atópica, destacando la interacción entre factores genéticos y ambientales.



Adaptado de: Sanchez et. al. Rev Alerg Mex 2024; 71 (4): 248-259

Características esenciales

- Prurito crónico
- Presencia de eccema, liquenificación o lesiones residuales
- Distribución típica (<3 años: cara y zonas extensoras. >3 años: zonas de pliegues)
- Persistente en el tiempo (> 6 meses)

Características de las lesiones cutáneas

- Lesiones tipo eccema, generalmente ubicado en pliegues.
- Evolución crónica, con periodos de exacerbación y remisión.
- Duración de varios días
- Pueden dejar lesiones residuales
- Se suele acompañar de liquenificación, xerosis, escoriaciones

Características del prurito

- Crónico, puede ser intenso
- A veces se acompaña de sensación de ardor, en ocasiones dolor.
- Suele ocurrir en lesiones, pero también en piel sin lesiones evidentes

Adaptado de: Sanchez et. al. Rev Alerg Mex 2024; 71 (4): 248-259

¿QUÉ EXÁMENES DEBEN LLEVARSE A CABO EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA?

Dermatitis atópica leve

Generalmente no requieren exámenes paraclínicos para el diagnóstico, ya que este es predominantemente clínico. Sin embargo, la evaluación de la sensibilización a IgE puede ser útil como prueba de apoyo.



Hemograma

- **Indicación:** Un conteo elevado de eosinófilos apoya la presencia de inflamación T2. El conteo de leucocitos y otros componentes del examen ayudan a la elección de los tratamientos sistémicos. En el trópico latinoamericano, un valor > 250 células/mL suele considerarse elevado.
- **Recomendación:** Su precisión diagnóstica es limitada, porque los valores pueden alterarse por diferentes procesos (asma, rinitis, parasitosis, infecciones).



IgE total

- **Indicación:** Las concentraciones elevadas de IgE apoyan el diagnóstico de dermatitis atópica. Las concentraciones normales varían de acuerdo con la población de estudio. Para múltiples países Latinoamericanos, las concentraciones >200 UI/mL se consideran elevadas.
- **Recomendación:** La utilidad de la IgE total para confirmar el diagnóstico es limitada, debido a que hasta en 20% de los pacientes con dermatitis atópica los valores pueden ser normales.

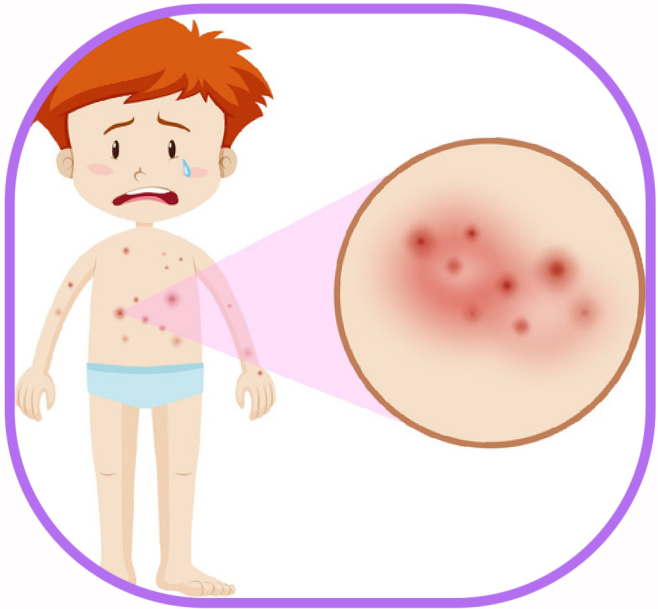
Otros exámenes a considerar incluyen pruebas cutáneas o IgE específicas para identificar detonantes ambientales y pruebas para descartar diagnósticos diferenciales como infecciones, dermatitis de contacto, psoriasis, entre otros.

Dermatitis atópica moderada o grave

Se debe considerar la evaluación de atopia mediante pruebas cutáneas y/o IgE específica, un hemograma para evaluar el conteo de eosinófilos, IgE total, función renal y hepática. Estos exámenes tienen como objetivo evaluar la inflamación tipo 2 y el estado basal del paciente, en caso de requerir un tratamiento sistémico a futuro.



¿CÓMO EVALUAR LA GRAVEDAD Y EL CONTROL DE LA DERMATITIS ATÓPICA?



Lesiones



Prurito



Calidad de Vida

SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis)

Combina la evaluación objetiva (extensión y morfología de las lesiones) con la subjetiva (prurito y calidad del sueño).

Clasifica la DA en leve (<25 puntos),

moderada (25-50 puntos) o grave (>50 puntos).

POEM (Patient-Oriented Eczema Measure)

Cuestionario que mide los síntomas desde la perspectiva del paciente.

Útil para evaluar el control percibido por el paciente.

EASI (Eczema Area and Severity Index)

Evalúa la extensión y severidad de las lesiones en diferentes áreas del cuerpo. Principalmente utilizada en estudios clínicos y en atención especializada.

ADCT (Atopic Dermatitis Control Tool)

El ADCT es una herramienta validada para evaluar el control de la dermatitis atópica desde la perspectiva del paciente. Consiste en un cuestionario breve y sencillo que mide la frecuencia e intensidad de los síntomas, el impacto en la calidad de vida y la respuesta al tratamiento.

Recomendaciones para médicos de atención primaria

- Utilizar herramientas sencillas como SCORAD, POEM o ADCT para evaluar regularmente a los pacientes.
- Identificar factores desencadenantes y ajustar el tratamiento según la respuesta clínica.
- Derivar al especialista si persisten síntomas graves o si el control no es adecuado tras aplicar tratamientos iniciales.

¿QUÉ DEBE EVITAR EL PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA?

Irritantes



- **Jabones fuertes y detergentes:** Utilizar limpiadores suaves, sin fragancias ni sulfatos.
- **Tejidos ásperos:** Evitar la lana y las fibras sintéticas en contacto directo con la piel. Preferir el algodón suave.
- **Productos químicos:** Evitar el contacto con disolventes, productos de limpieza agresivos y otros irritantes.

Alérgenos

- **Alimentos:** Identificar y evitar alimentos que desencadenen brotes en pacientes con alergia alimentaria confirmada.
- **Aeroalérgenos:** Minimizar la exposición al polvo, polen, caspa de mascotas y moho.



Factores ambientales



- **Cambios bruscos de temperatura:** Evitar la exposición a temperaturas extremas y mantener un ambiente con humedad adecuada.
- **Sudoración excesiva:** Mantener la piel fresca y seca, especialmente durante la actividad física.

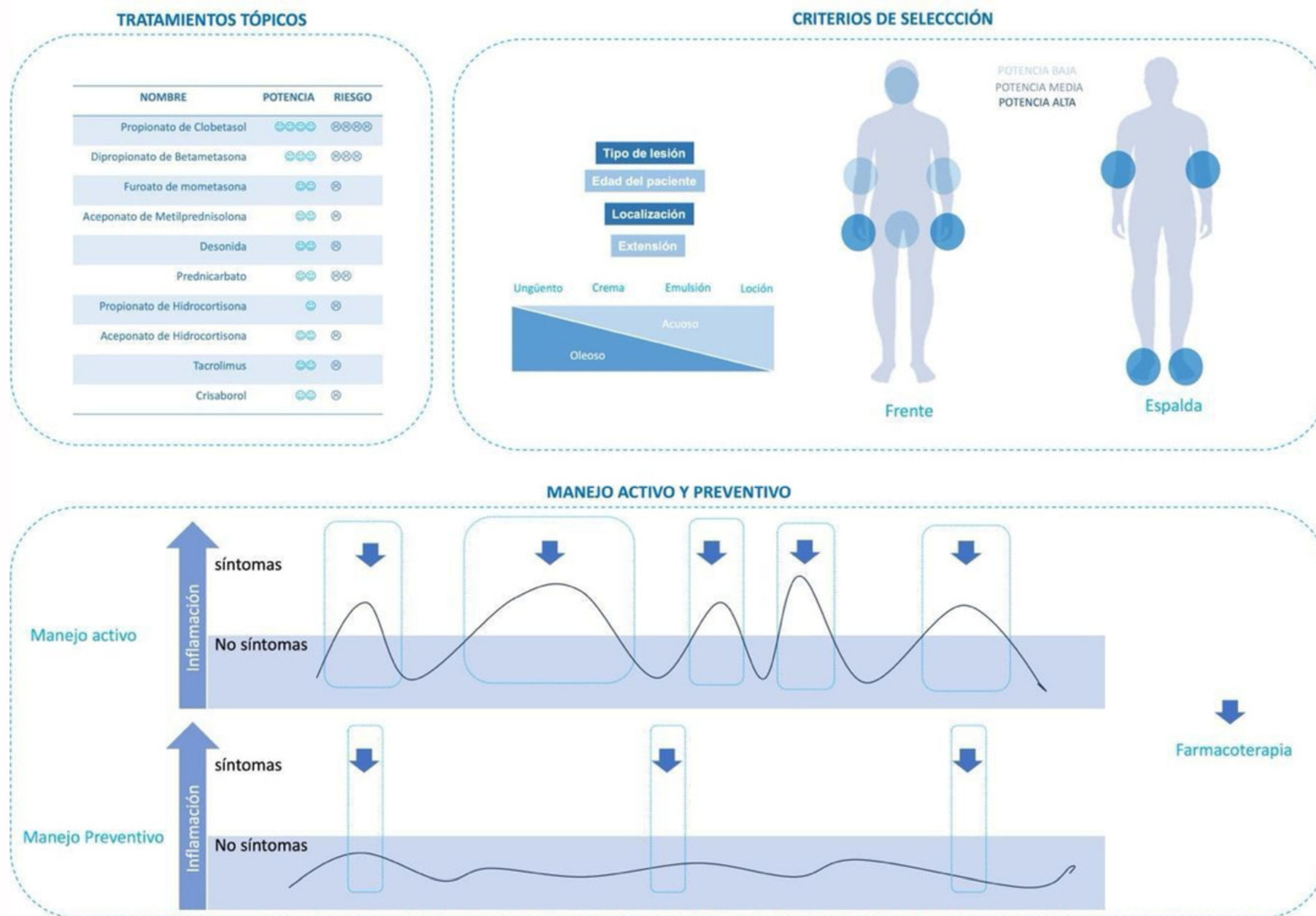
Otros factores

- **Estrés:** Manejar el estrés a través de técnicas de relajación y actividades placenteras.
- **Rascarse:** Evitar rascarse, ya que esto puede empeorar la inflamación y aumentar el riesgo de infección. Mantener las uñas cortas y limpias.



¿CÓMO DEBE INDICARSE LA FARMACOTERAPIA POR VÍA TÓPICA?

Figura 2: Farmacoterapia por vía tópica en pacientes con dermatitis atópica.



Tomado de: Sanchez et. al. Rev Alerg Mex 2024; 71 (4): 248-259

Corticoesteroides tópicos (CET)

- **Indicación:** Para el tratamiento de brotes agudos y control de la inflamación.
- **Potencia:** Seleccionar la potencia del corticoesteroide según la edad del paciente, la gravedad del brote y la zona del cuerpo afectada. En general, se prefieren los de baja potencia para niños y áreas sensibles como la cara y los pliegues.
- **Frecuencia y duración:** Aplicar una o dos veces al día durante un período limitado (generalmente 1-2 semanas) para evitar efectos secundarios.
- **Técnica de aplicación:** Aplicar una capa fina sobre la piel afectada, extendiéndola suavemente. Utilizar la unidad de la yema del dedo (FTU) como guía para la cantidad adecuada.
- **Descanso:** Considerar períodos de descanso entre ciclos de tratamiento para prevenir la taquifilaxia y los efectos adversos.

Emolientes

- **Indicación:** Hidratación diaria de la piel, incluso en ausencia de brotes, para mejorar la función de barrera cutánea.
- **Frecuencia y duración:** Aplicar generosamente varias veces al día, especialmente después del baño.
- **Tipo de emoliente:** Elegir emolientes sin fragancias ni irritantes. Las cremas y ungüentos suelen ser más eficaces que las lociones para pieles muy secas.

¿CÓMO DEBE INDICARSE LA FARMACOTERAPIA POR VÍA TÓPICA?

Inhibidores de la calcineurina tópicos (ICT)

- **Indicación:** Para el mantenimiento y control a largo plazo de la dermatitis atópica, especialmente en áreas donde los corticoesteroides pueden causar efectos secundarios (cara, cuello, pliegues). **Frecuencia y duración:** Aplicar dos veces al día durante períodos prolongados, según sea necesario. **Técnica de aplicación:** Similar a los corticoesteroides, aplicar una capa fina sobre la piel afectada.
- **Consideraciones:** Pueden causar ardor o picazón transitoria al inicio del tratamiento.
-



Consejos adicionales

- **Educación del paciente:** Explicar claramente cómo y cuándo aplicar cada medicamento, así como los posibles efectos secundarios.
- **Cumplimiento:** Fomentar la adherencia al tratamiento a través de un plan sencillo y realista.
- **Seguimiento:** Evaluar la respuesta al tratamiento y ajustar la farmacoterapia según sea necesario.
- **Evitar irritantes:** Recomendar evitar el uso de jabones fuertes, detergentes y otros irritantes que puedan exacerbar la dermatitis atópica.

¿CUÁNDO ENVIAR A UN PACIENTE CON EL ESPECIALISTA EN DERMATITIS ATÓPICA?

1

Existen dudas respecto del diagnóstico

2

No control con el tratamiento tópico.

3

Hospitalización o eritrodermia (más del 80% de la piel afectada)

4

Más de un ciclo anual de esteroide sistémico

5

Las lesiones limitan la movilidad o afectan su calidad de vida, con tratamiento

6

Más de dos miembros de la familia sufren dermatitis atópica

¿CUÁNDO ENVIAR A UN PACIENTE CON EL ESPECIALISTA EN DERMATITIS ATÓPICA?

7

Manifestación de síntomas atípicos (dolor abdominal, fiebre, etc.)

8

Causa o empeoramiento con mascotas, alimentos o medicamentos

9

Causa o empeoramiento probable con contacto (ej. perfumes)

10

Asociación probable con la actividad laboral

11

Comorbilidad de salud mental (ansiedad, depresión, etc)



ADAPT2

¿QUÉ OTROS TRATAMIENTOS ESTÁN DISPONIBLES?



Fototerapia: Utilización de radiación ultravioleta (UVB o UVA) para reducir la inflamación y el prurito.

Antihistamínicos: No se recomienda su uso de DA, pueden ser usados cuando hay comorbilidades como rinitis alérgica.

Corticosteroides sistémicos: Se reservan para casos graves y agudos que no responden a otras terapias. Su uso debe ser limitado debido a los efectos secundarios.



Inmunosupresores sistémicos: Medicamentos como la ciclosporina, el metotrexato y el azatioprina pueden ser utilizados en casos severos y refractarios, manejados por el especialista en DA.



Biológicos: El dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la vía de la IL-4/IL-13, utilizado en pacientes con dermatitis atópica moderada a grave que no responden a otros tratamientos, con alta eficacia en el manejo de las lesiones, el prurito y la mejoría de la calidad de vida, manejado por el especialista en DA.

Inhibidores JAK: Existen varios inhibidores JAK disponibles (Baricitinib, Abrocitinib y Upadacitinib). Se tratan de medicamentos inmunosupresores de nueva generación, con alta eficacia y control de prurito. En atención primaria se debe vigilar la presentación de eventos adversos.



Inmunoterapia alergo-específica: Se considera útil en el manejo de la dermatitis atópica, este protocolo debe ser iniciado solo por el especialista en alergología.

¿CÓMO TRATAR A LOS GRUPOS ESPECIALES?

Niños

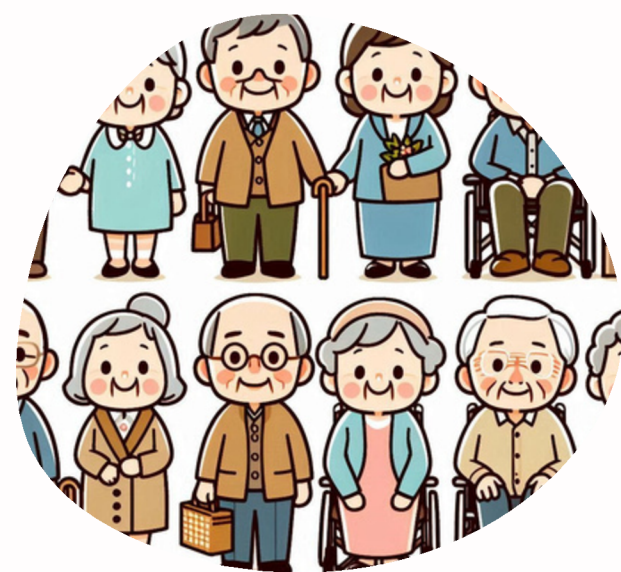
Diagnóstico temprano: Es crucial para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Tratamiento tópico: Utilizar corticoesteroides tópicos de baja potencia y emolientes para mantener la piel hidratada.

Educación familiar: Involucrar a los padres en el manejo de la enfermedad, incluyendo la identificación de factores desencadenantes y el uso adecuado de medicamentos.



Adultos Mayores



Consideraciones farmacológicas: Evitar el uso prolongado de corticoesteroides tópicos potentes debido al riesgo de atrofia cutánea. **Interacciones medicamentosas:** Tener en cuenta las posibles interacciones con otros medicamentos que el paciente pueda estar tomando. **Apoyo psicológico:** Ofrecer apoyo emocional, ya que la dermatitis atópica puede afectar significativamente la calidad de vida.

Mujeres Embarazadas o Lactantes

Seguridad del medicamento: Utilizar tratamientos tópicos seguros durante el embarazo y la lactancia, como los corticoesteroides tópicos de baja potencia. **Evitar**

medicamentos sistémicos: En lo posible, evitar el uso de medicamentos sistémicos que puedan afectar al feto o al bebé.

Monitoreo estrecho: Realizar un seguimiento cuidadoso para ajustar el tratamiento según sea necesario.



9 PUNTOS CLAVE PARA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DE LA DERMATITIS ATÓPICA

- 1 Diagnóstico clínico:** La dermatitis atópica se diagnostica principalmente por la localización y tipo de lesiones, junto con características como prurito crónico, xerosis y antecedentes familiares de alergias. Solicitar fotos si no hay lesiones visibles durante la consulta.
- 2 Clasificación de gravedad:** Evaluar la gravedad de la enfermedad (leve, moderada o grave) utilizando herramientas como SCORAD, EASI o ADCT para guiar el tratamiento y seguimiento.
- 3 Tratamiento inicial:** Iniciar el manejo con emolientes para hidratar la piel y corticoesteroides tópicos según la potencia requerida por la zona afectada y la severidad del brote.
- 4 Evitar irritantes:** Recomendar evitar jabones fuertes, detergentes, tejidos ásperos y factores ambientales como cambios bruscos de temperatura o sudoración excesiva.
- 5 Exámenes complementarios:** En casos moderados o graves, considerar pruebas como hemograma (conteo de eosinófilos), IgE total y específica, así como pruebas cutáneas para evaluar atopia y descartar diagnósticos diferenciales. Medicamentos a evitar: No se recomienda utilizar antihistamínicos para aliviar el prurito, antibióticos profilácticos de rutina, ni corticoides sistémicos para el mantenimiento.
- 6 Identificación de comorbilidades:** Investigar otras enfermedades alérgicas asociadas, como asma, rinitis o alergias alimentarias, que puedan influir en el manejo integral del paciente.
- 7 Derivación al especialista:** Enviar al paciente al especialista si hay diagnóstico incierto, falta de respuesta al tratamiento inicial, síntomas graves o necesidad de terapias sistémicas.
- 8 Grupos especiales:** Ajustar el tratamiento en niños, adultos mayores, mujeres embarazadas y lactantes considerando su seguridad y necesidades específicas.
- 9 Educación del paciente:** Informar sobre la naturaleza crónica de la enfermedad, los factores desencadenantes y las pautas de cuidado diario para mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir exacerbaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez J, Arenas C, García E, Ocampo J, Gaitán-Rozo JD, Hamann O, et al. Consenso de tratamiento de la dermatitis atópica en atención primaria: resolviendo mitos y leyendas a partir de la evidencia. *Rev Alerg Mex.* 2024;71(4):248-259. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v71i4.1425>
2. Lakis G, Torrelo A. Atopic dermatitis in children: recent advances and future directions. *Curr Opin Pediatr.* 2022;34(4):295-303.
3. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(8):1045-60.
4. Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, Simon D, Szepietowski JC, van Luijk R, et al. ETFAD/EADV Eczema task force consensus statement on diagnosis and management of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(4):619-34.
5. Del Rosso JQ, Kircik L, Werschler WP, Stein Gold L, Lain T, Baum EW, et al. Optimizing the tactical sequential use of topical therapies for atopic dermatitis: a Delphi panel approach. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2022;15(11):15-24.
6. Arenas CM, et al. Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. Actualización de la guía de práctica clínica. *Rev AsoColDerma.* 2024.
7. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, et al. American Academy of Dermatology Guidelines: Awareness of comorbidities associated with atopic dermatitis in adults. *J Am Acad Dermatol.* 2022 June;86(6):1336.e1-1336.e18. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.01.009>
8. Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, Drucker AM, et al. American Academy of Dermatology Guidelines: Management of atopic dermatitis in adults with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2023 July;89(1):e1-e20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.12.029>
9. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, Eichenfield LF, Frazer-Green L, Paller AS, Schwarzenberger K, Silverberg JI, Singh AM, Wu PA, Sidbury R. American Academy of Dermatology Guidelines: Management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol.* 2023 Nov;89(5):929-953. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.05.029>
10. Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, Drucker AM, Eichenfield LF, Frazer-Green L, Paller AS, Schwarzenberger K, Silverberg JI, Singh AM, Wu PA, Davis DMR. American Academy of Dermatology Guidelines: Management of atopic dermatitis in adults with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2023 Jul;89(1):e1-e20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.12.029>
11. Ijaz T, Cohen AD. Systemic treatment of atopic dermatitis: an updated review. *Life.* 2021;11(11):1192.
12. Drucker AM, Wang AR, Li WQ, Seité S, Vather R, Remenyik E, et al. The global burden of atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2017;176(3):636-43.
13. de Bruin-Weller M, Oranje AP, Garrelts A, Hughes D, Simonart T, Akdis CA, et al. Management of atopic dermatitis: European Task Force on Atopic Dermatitis position paper. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(8):1175-95.
14. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(2):338-51.
15. Leung DYM, Guttman-Yassky E. New insights into atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2023;151(3):589-97.
16. Kim BS, Leung DYM. Significance of skin barrier dysfunction in atopic dermatitis. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2018;10(3):207.
17. Czarnowicki T, Krueger JG, Guttman-Yassky E. Novel concepts of prevention and treatment of atopic dermatitis through targeted therapy. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139(6):1723-34.
18. Beck LA, Boguniewicz M, Czarnowicki T, Guttman-Yassky E, Leung DYM. Atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;134(5):1061-79.
19. Hsu C-C, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Pract Assess Res Eval.* 2007;12(1):10.
20. Brunner NJ, Guttman-Yassky E, Leung DYM. The immunology of atopic dermatitis and psoriasis differences and similarities. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139(6):S47-S76.
21. van Os-Medendorp H, de Vries A, Darsow U, Werfel T, Mokhtari F, Spuls PI, et al. Diagnosis of atopic dermatitis in children and adults: Expert opinion generated by the European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD) and the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI). *Allergy.* 2022;77(1):175-89.
22. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2020;396(10247):345-60.
23. Bernal JA, Villaquirán JA, Sánchez J. Curso natural de la dermatitis atópica en niños: revisión sistemática y metaanálisis. *Alerg Asma e Inmunol Pediatr.* 2019;28(2):64-72.
24. Silverberg JI. Adult atopic dermatitis: what we have learned and where we are going. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140(5):1209-16.
25. Sánchez J, вестибюль MD, Gómez AM. Asma y otras enfermedades atópicas en niños de edad escolar: prevalencia acumulada y factores de riesgo asociados. *An Pediatr.* 2006;64(6):504-10.
26. Lee T, Leung D, Yu J, Kim H, Kim H, Jang Y, et al. Association between comorbidities and severity of atopic dermatitis in Korean adults. *J Dermatol.* 2021;48(1):3-11.
27. Sánchez J, вестибюль MD, Cardona R. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento del asma - GPC. *Alerg Asma e Inmunol Pediatr.* 2013;22(3):126-46.
28. Dharmage SC, Lowe AJ, Matheson MC, Burgess JA, Allen KJ, Abramson MJ. Current and future burden of allergic disease in Australia: a systematic review. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;141(6):1996-2007.
29. Goksugur SB, Karaman O, Cengizlier MR, Halis Demir AU, Erdeve O, et al. Cord blood total IgE levels in healthy term newborns: what is normal?. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2016;8(6):539-44.
30. Patel RS, Ponte A, Patel AR, Boudreaux J, Salo PM, Zeiger RS, et al. Reference values for serum IgE in US children and adolescents. *J Allergy Clin Immunol.* 2019;143(2):797-800.



Este material está dirigido exclusivamente a Profesionales de la Salud, con el propósito de brindar información científica y educativa. Esta información tiene fines únicamente de intercambio científico y no representa una promoción. SANOFI no recomienda indicaciones que no estén contenidas en la información para prescribir aprobada de sus productos por la Autoridad Regulatoria Local. El contenido de este documento representa un análisis, revisión bibliográfica y síntesis editorial. Las opiniones y conclusiones expresadas corresponden a los autores y no necesariamente reflejan la postura de SANOFI. La información puede ser preliminar y estar sujeta a cambios. Información para prescribir escaneando el Código QR.

MAT-CO-2501245 V1.0 04/2025