

Puntos clave en el tratamiento de la dermatitis en Latinoamérica. El Consenso SLAAI

RESUMEN

La incidencia de la dermatitis atópica en Latinoamérica, al igual que en otras regiones del mundo, se incrementó en los últimos años. El Consenso SLAAI se basa en una búsqueda sistemática de artículos relacionados con la dermatitis, en cuanto a su fisiopatología, tratamiento y repercusión en Latinoamérica; en el consenso se revisó la metodología Delphi (Revista Alergia México 2014;61:178-211). En este artículo resaltamos los puntos clave del consenso y las consideraciones particulares en Latinoamérica.

Palabras clave: dermatitis atópica, consenso, tratamiento, Latinoamérica.

Jorge Sánchez¹
Bruno Páez²
Alejandra Macías-Weinmann³
Alicia De Falco⁴

¹ Grupo de Alergia Clínica y Experimental. IPS Universitaria, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Departamento de Pediatría, Universidad Estado de Pará, Brasil.

³ Centro Regional de Alergología e Inmunología Clínica, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México.

⁴ Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Key points for the management of dermatitis in Latin America. The SLAAI Consensus

ABSTRACT

The incidence of atopic dermatitis in Latin America, as in other regions, has been increasing in recent years. The SLAAI consensus is based on a systematic search for articles related to dermatitis, with focus in the pathophysiology and treatment and its impact on Latin America, and reviewed using the Delphi methodology (Revista Alergia Mexico 2014;61:178-211). In this article we highlight the key points of consensus and particular considerations in Latin America.

Key words: atopic dermatitis, consensus, treatment, Latin America.

Recibido: 9 de diciembre 2014

Aceptado: 17 de marzo 2015

Correspondencia: Dr. Jorge Sánchez
Cerrada 42 núm. 7A Sur 92
Medellín, Colombia
jotamsc@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Sánchez J, Páez B, Macías-Weinmann A, De Falco A. Puntos clave en el tratamiento de la dermatitis en Latinoamérica. El Consenso SLAAI. Revista Alergia México 2015;62:226-233.

ANTECEDENTES

El Comité de Dermatitis Atópica de la Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología (SLAAI) dio a conocer una guía para consulta rápida acerca del diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica. Este guía está basada en la información contenida en el Consenso de Dermatitis de la SLAAI,¹ con una revisión detallada acerca de la fisiopatología, epidemiología, tratamiento hospitalario, cuidados durante el embarazo y otros temas relacionados con el paciente con dermatitis. En este manuscrito se resaltan los puntos clave del consenso en cuanto al tratamiento de la dermatitis en Latinoamérica.

Diagnóstico

Los criterios mayores de Hanifin y Rafka^{2,3} plantean los principales puntos a tener en cuenta durante el diagnóstico de la dermatitis: prurito, distribución y morfología típicas (afectación facial y zonas de extensión en niños y principalmente en las áreas de flexión en adultos), cuadro crónico o recidivante, antecedente personal o familiar de asma, rinitis o dermatitis.

Para el diagnóstico es indispensable la existencia de prurito y al menos dos de los otros criterios. Otras síntomas o signos (criterios menores), como xerosis, pitiriasis alba, queilitis, hiperqueratosis folicular, dermatografismo blanco, ictiosis, IgE total elevada, etcétera, apoyan, pero no conforman el diagnóstico.

Consideraciones particulares en Latinoamérica: estos criterios son válidos para hacer el diagnóstico en Latinoamérica; en las poblaciones de raza negra, la distribución y la morfología de las lesiones pueden variar, con predominio en zonas extensoras y con mayor liquenificación.

Gravedad

Estadificar al paciente de acuerdo con la gravedad e intensidad de los síntomas permite evaluar de manera adecuada y eficaz la respuesta al tratamiento prescrito. Varias pruebas se desarrollaron con este objetivo y se validaron en diferentes poblaciones.⁴ Entre las aplicadas con mayor frecuencia están: SCORAD (*Severity Scoring of Atopic Dermatitis*), SCORAD objetivo, EASI (*Eczema Area and Severity Index*) y POEM (*Patient-Oriented Eczema Measure*).^{5,6} La versión completa de cualquiera de estas escalas y su utilización pueden obtenerse de manera libre en las referencias citadas; además, existen varias aplicaciones para computadoras y dispositivos electrónicos que permiten un fácil y rápido acceso a ellas. En estas pruebas, la gravedad de la dermatitis se define de acuerdo con tres parámetros: tipo de lesión, extensión y percepción de la gravedad por el paciente.

Consideraciones particulares en Latinoamérica: SCORAD es la escala más utilizada. Las aplicaciones electrónicas de estas escalas permiten su acceso casi universal en toda la región.

Fenotipos

La clasificación tradicional de la dermatitis divide a los pacientes, de acuerdo con la existencia o no de sensibilización a un alérgeno, en intrínseca o extrínseca.⁷ En algunos países con frecuencia se utilizan las concentraciones de IgE total para hacer esta división, al tomar como punto de corte 200 KU/L (> extrínseca).

Consideraciones particulares en Latinoamérica: en varias poblaciones de Latinoamérica, las personas no alérgicas pueden tener concentraciones de IgE total superiores a 200 KU/L^{8,9} y ser asintomáticas. Debido a que no contamos con punto de cortes locales y que la alta exposición

a las helmintiasis hace difícil calcular un valor adecuado, la IgE total no es útil para clasificar a los pacientes con dermatitis en intrínseca o extrínseca en nuestra región.^{8,10}

Exámenes de laboratorio

IgE total

Indicación: diagnosticar dermatitis extrínseca-intrínseca. Evaluación y seguimiento del paciente con dermatitis atópica.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: débil. Puede tener cierta utilidad pronóstica en pacientes menores de seis meses con dermatitis grave y en pacientes mayores de cinco años con síntomas graves persistentes.

IgE específica

Indicación: diagnóstico y seguimiento del paciente con dermatitis atópica. Identificación de fuentes del ambiente y de la dieta como exacerbantes de los síntomas.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte. *Aeroalergenos:* todos los pacientes con dermatitis. *Trofoalergenos:* pacientes con sospecha clínica a un alimento en particular y manifestaciones graves o persistentes. En Latinoamérica existen muchos estudios que identifican a los aeroalergenos más relevantes en cada región; sin embargo, hay pocos estudios que evalúan a los alimentos más alergénicos.^{11,12}

Parche con alimento, aeroalergenos o ambos

Indicación: evaluación y seguimiento del paciente con dermatitis atópica con sospecha de reacciones tardías con trofoalergenos o aeroalergenos.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: débil. *Aeroalergenos:* existen pocos estudios controlados y falta estandarización para recomendar su uso rutinario. *Trofoalergenos:* pacientes con sospecha clínica a un alimento en particular con respuesta IgE negativa o síntomas de inicio tardío. En Latinoamérica existen algunos estudios que evalúan la utilidad de la prueba de parche y muestran resultados a favor de su aplicación;¹³ sin embargo, es necesario estandarizar la técnica.

Parche con batería estándar y otros tipos de parche

Indicación: pacientes con fuerte sospecha de exacerbación con contactantes o medicamentos. Pacientes con formas graves, persistentes o resistentes al tratamiento farmacológico. Pacientes con inicio de los síntomas después de los 14 años de edad.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte. Otros tipos de parche: moderada. Se recomiendan sólo en las indicaciones mencionadas y se desaconseja su uso rutinario en pacientes con dermatitis atópica. Varios estudios en Latinoamérica demuestran la disponibilidad y el alto valor de estas pruebas como apoyo diagnóstico.¹⁴⁻¹⁶

Provocación con alimentos y dieta de eliminación

Indicación: pacientes con sospecha de alergia a alimentos de difícil evitación que no se aclaró con pruebas cutáneas o con dieta de restricción. Pacientes con formas graves, persistentes o resistentes al tratamiento farmacológico.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte. Se recomienda realizar inicialmente dieta de restricción y, en caso de que no se aclare la relación con los

alimentos, se debe realizar una provocación controlada. Al igual que en el resto del mundo, en Latinoamérica existen pocos estudios que utilizaron las pruebas de provocación en la evaluación de la alergia alimentaria en pacientes con dermatitis,¹⁷ por lo que es necesario establecer protocolos para los alimentos autóctonos de alto consumo.

Tratamiento activo (Figura 1)

Primera línea de tratamiento

Cuidados de la piel

1. Realizar baños cortos de máximo cinco minutos, con agua tibia o ligeramente fría (idealmente, dos veces al día) y evitar el uso frecuente de jabones.

2. El secado debe realizarse delicadamente y evita frotar con toallas ásperas o utilizar secadores.
3. Luego de actividades que produzcan sudoración, como ejercicio, se debe tomar un nuevo baño; igualmente al exponerse a un alergeno probable en el paciente (mascotas, granos de polen, etcétera).
4. Aplicar cremas o lociones hidratantes al menos una vez al día (la intensidad varía de acuerdo con la gravedad).
5. Mantener las uñas cortas y limpias.
6. Evitar productos irritantes: perfumes, jabones, temperaturas extremas, ropas ajustadas, residuo de detergentes en la ropa, etcétera.
7. Exposición al sol al menos 15 minutos al día y, en caso de exposiciones prolongadas, utilizar blanqueador solar.

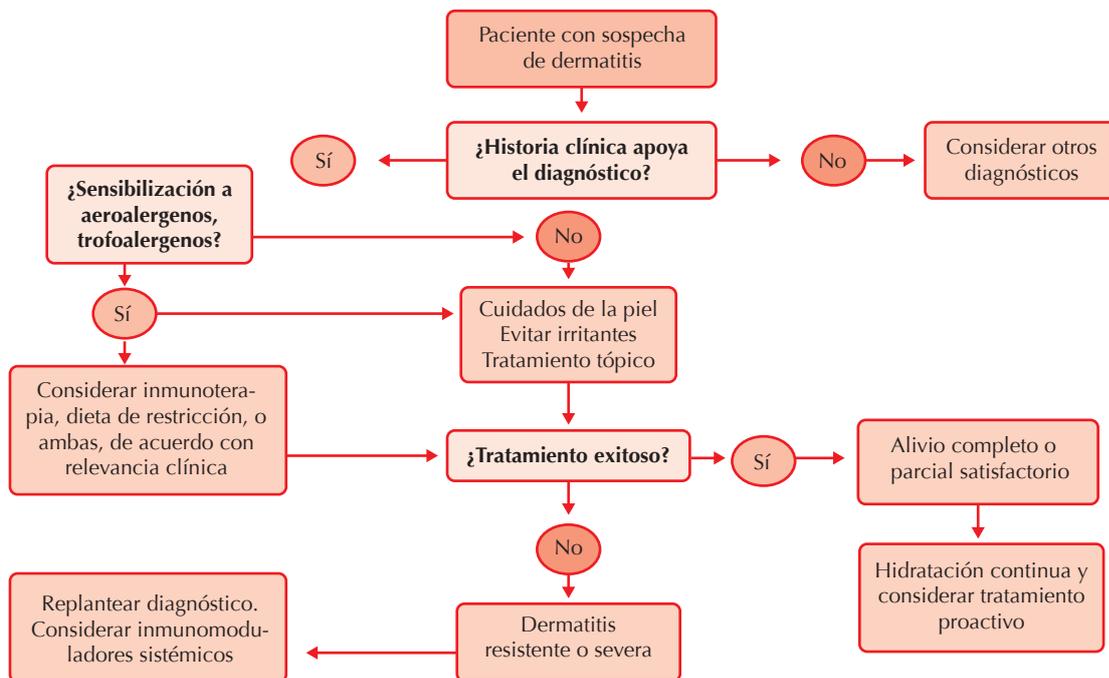


Figura 1. Algoritmo de tratamiento de la dermatitis.

8. En caso de que el prurito sea intenso, utilizar guantes acolchonados para evitar el rascado al momento de acostarse.

Indicación: todos los pacientes con dermatitis. La frecuencia y la intensidad del tratamiento dependerán de la gravedad.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte. A pesar de la creciente evidencia que sustenta el uso de hidratantes como pilar en el tratamiento de la dermatitis, en la mayor parte de los países latinoamericanos (y del resto del mundo) los sistemas de salud no cubren el uso de los emolientes, por lo que en el momento de la recomendación se deben tener en cuenta factores como costo-beneficio para asegurar una buena respuesta y apego al tratamiento.

Esteroides tópicos

Indicación: todos los pacientes con dermatitis atópica. La potencia y frecuencia de su aplicación dependerán de la evolución y gravedad del padecimiento.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte. Sin embargo, faltan más estudios controlados que permitan seleccionar el mejor esquema para cada paciente. En Latinoamérica, actualmente disponemos de una amplia variedad de esteroides de diferentes potencias que permiten graduar su aplicación a las necesidades de cada paciente. Se deben tener en cuenta las características climáticas del trópico y el subtrópico al momento de escoger la consistencia del esteroide (crema, ungüento, etc.) para mejorar el apego al tratamiento por el paciente.

Inhibidores de la calcineurina

Indicación: todos los pacientes con dermatitis atópica, especialmente en las zonas de los plie-

gues, la cara y la región perineal, en heridas no húmedas y en el tratamiento proactivo. La potencia y frecuencia de su aplicación dependerán de la evolución y la zona afectada de cada paciente.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte. En la mayor parte de los países latinoamericanos actualmente se dispone de tacrolimus y pimecrolimus, lo que permite su aplicación rutinaria.

Antihistamínicos

Indicación: pacientes con comorbilidades tipo rinitis o urticaria.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: débil para control del prurito en pacientes con sólo dermatitis. Faltan estudios que evalúen las ventajas y desventajas del potencial efecto sedativo de los antihistamínicos y su posible efecto reparador cutáneo. Debido a la alta frecuencia de comorbilidades en pacientes con dermatitis en Latinoamérica, la administración de antihistamínicos es frecuente; sin embargo, tiene poca repercusión en el alivio del prurito cutáneo.

Inmunoterapia alérgica específica

Indicación: pacientes con dermatitis persistente, especialmente moderada o grave, en la que exista una clara relación de exacerbación por aeroalergenos.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: moderada. Faltan más estudios para caracterizar cuáles son los pacientes que más se benefician con este tratamiento y por cuánto tiempo. En Latinoamérica, donde la principal fuente de sensibilización son los ácaros, existen algunos estudios que sustentan la eficacia y la seguridad de la inmunoterapia alérgica-específica con *Dermatophagoides*

farinae y *Dermatophagoides pteronyssinus* en pacientes con dermatitis; sin embargo, se requieren estudios con *Blomia tropicalis* y granos de polen, que son otras fuentes alergénicas frecuentes de la región.^{18,19}

Control ambiental y dietario

Indicación: todo paciente con dermatitis requiere identificar y evitar los posibles detonantes de su enfermedad. Los estudios con alimentos deben realizarse en pacientes con sospecha clínica o con manifestaciones persistentes de esta afección.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte. En el momento de realizar las pruebas se deben evaluar las condiciones ambientales de cada paciente y las diferencias dietarias de cada región, que en el caso de Latinoamérica, son amplias.^{11,20}

Segunda línea de tratamiento

Esteroides sistémicos

Indicación: pacientes con cuadros agudos graves que no responden al tratamiento de primera línea. No se recomienda de manera crónica, aun en dosis bajas.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte para los cuadros agudos. La prescripción de esteroides sistémicos es muy popular en Latinoamérica, pero lamentablemente en muchas ocasiones como tratamiento crónico. Es necesario evitar el abuso en su administración por parte del paciente y del médico tratante.

Exposición solar y fototerapia

Indicación: la exposición solar de 15 minutos al día ayuda a evitar el prurito. Fototerapia:

pacientes adultos con cuadros resistentes que no responden al tratamiento de primera línea.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: exposición solar: moderada. Faltan estudios en la región tropical y subtropical, porque la humedad es un factor que se debe tener en cuenta. *Fototerapia:* fuerte para los cuadros crónicos en adultos, aunque actualmente varios centros en países de Latinoamérica disponen de unidades de fototerapia; su prescripción contra la dermatitis es poco frecuente²¹ y esto puede deberse a la dificultad en la movilización del paciente y a la poca divulgación de este tratamiento contra la dermatitis. Es necesario hacer estudios en la región tropical y subtropical para evaluar cómo una mayor exposición solar, especialmente en las ciudades a nivel del mar, influye en los pacientes con dermatitis y qué tan benéfica sería en ellos la fototerapia.

Ciclosporina A

Indicación: pacientes con cuadros resistentes graves que no responden al tratamiento de primera línea.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: fuerte para los cuadros crónicos graves. Actualmente no existen estudios con ciclosporina y dermatitis en Latinoamérica; sin embargo, está disponible en la mayor parte de los países.

Tercera línea de tratamiento

Micofenolato de mofetil

Indicación: pacientes con cuadros resistentes graves que no responden al tratamiento de primera y segunda línea.

Recomendación del Comité de Dermatitis para Latinoamérica: débil; se requieren más estudios.

Actualmente no existen estudios con micofenolato de mofetil y dermatitis en Latinoamérica. Se encuentra disponible en la mayor parte de los países.

Azatioprina

Indicación: pacientes con cuadros resistentes graves que no responden al tratamiento de primera y segunda línea.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: moderada. Aunque se requieren más estudios, puede ser una alternativa cuando la ciclosporina está contraindicada. Actualmente no existen estudios con azatioprina y dermatitis en Latinoamérica; sin embargo, está disponible en la mayor parte de los países y la experiencia de los integrantes del comité con este medicamento es alentadora.

Metotrexato

Indicación: pacientes adultos con cuadros resistentes graves que no responden al tratamiento de primera y segunda línea.

Recomendación del Comité de Dermatitis de la SLAAI para Latinoamérica: débil. Actualmente no existen estudios con metotrexato y dermatitis en Latinoamérica; sin embargo, está disponible en la mayor parte de los países y en Europa ha tenido resultados prometedores.

Cuarta línea de tratamiento

Varios tratamientos más se propusieron contra la dermatitis resistente; entre ellos, la administración de monoclonales (omalizumab, interferón γ), probióticos, etcétera, pero la evidencia actual aún no permite su recomendación rutinaria.

Tratamiento hospitalario

Éste debe evitarse siempre y cuando sea posible, por el alto riesgo de complicaciones; sin embargo, cuando un paciente con dermatitis atópica sufre una exacerbación grave con riesgo de complicación y no se controla con el tratamiento, tal vez se deba considerar la hospitalización.^{22,23} Entre los signos de alarma que sugieren una complicación inminente están: 1) daño en más de 50% de la superficie cutánea, con lesiones húmedas o eritrodermia, 2) sobreinfección cutánea grave, extensa o diseminada, 3) sepsis, 4) fiebre sin otro origen infeccioso que la piel en pacientes con dermatitis grave, 5) afectación de otro sistema (respiratorio, renal, etcétera), 6) limitación para realizar las actividades rutinarias, 7) incapacidad para seguir el tratamiento prescrito y 8) evaluación por parte del médico tratante que determine deterioro rápido.

CONCLUSIÓN

En Latinoamérica existen diversos factores ambientales a tener en cuenta al momento de iniciar el tratamiento de los pacientes con dermatitis atópica. En este artículo comunicamos las estrategias diagnósticas y de tratamiento más recomendadas, de acuerdo con el grado de evidencia en poblaciones del trópico y subtropical latinoamericano. Para una lectura más detallada de las recomendaciones, lo invitamos a consultar el consenso completo.¹

REFERENCIAS

1. Sánchez J, Páez B, Macías A, Olmos C, de Falco A. Atopic dermatitis guideline. Position paper from the Latin American Society of Allergy, Asthma and Immunology. *Rev Alerg Mex* 2014;61:178-211.
2. Hanifin JM. Diagnostic criteria for atopic dermatitis: consider the context. *Arch Dermatol*. 1999;135:1551.
3. Williams HC. Clinical practice. Atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2005;352:2314-2324.

4. Schram ME, Spuls PI, Leeflang MM, Lindeboom R, et al. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. *Allergy* 2012;67:99-106.
5. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1993;186:23-31.
6. Charman CR, Venn AJ, Williams HC. The patient-oriented eczema measure: development and initial validation of a new tool for measuring atopic eczema severity from the patients' perspective. *Arch Dermatol* 2004;140:1513-1519.
7. Wüthrich B. Atopic dermatitis flare provoked by inhalant allergens. *Dermatologica* 1989;178:51-53.
8. Caraballo L, Acevedo N. Allergy in the tropics: the impact of cross-reactivity between mites and ascaris. *Front Biosci (Elite Ed)* 2011;3:51-64.
9. Heinzerling LM, Burbach GJ, Edenharter G, Bachert C, et al. GA(2)LEN skin test study I: GA(2)LEN harmonization of skin prick testing: novel sensitization patterns for inhalant allergens in Europe. *Allergy* 2009;64:1498-1506.
10. Acevedo N, Erler A, Briza P, Puccio F, et al. Allergenicity of *Ascaris lumbricoides* tropomyosin and IgE sensitization among asthmatic patients in a tropical environment. *Int Arch Allergy Immunol* 2011;154:195-206.
11. Boye JI. Food allergies in developing and emerging economies: need for comprehensive data on prevalence rates. *Clin Transl Allergy* 2012;2:25.
12. Sánchez J, Sánchez A. Epidemiology of food allergy in Latin America. *Allergol Immunopathol* 2013;43:185-195.
13. Levy SA, Dortas Junior SD, Pires AH, Abe AT, et al. Atopy patch test (APT) in the diagnosis of food allergy in children with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol* 2012;87:724-728.
14. Rodrigues DF, Neves DR, Pinto JM, Alves MF, Fulgêncio AC. Results of patch-tests from Santa Casa de Belo Horizonte Dermatology Clinic, Belo Horizonte, Brazil, from 2003 to 2010. *An Bras Dermatol* 2012;87:800-803.
15. Blancas-Espinosa R, Conde-Salazar L, Pérez-Hortet C. Occupational airborne contact dermatitis from pristinamycin. *Contact Dermatitis* 2006;54:63-65.
16. Rivas A, Kepa J, Gaviria M, Rodrigo N. Estudio descriptivo de dermatitis de contacto por cosméticos en Medellín, Colombia. *Rev Asoc Colom Dermatol* 2011;19:262-270.
17. Madrigal BI, Alfaro AN, Jiménez CC, González GJ. Adverse reactions to food in daycare children. *Rev Alerg Mex* 1996;43:41-44.
18. Sánchez Caraballo JM, Cardona Villa R. Clinical and immunological changes of immunotherapy in patients with atopic dermatitis: randomized controlled trial. *ISRN Allergy* 2012;2012:183983.
19. Sánchez J, Cardona R. Effect of immunotherapy on basophil activation induced by allergens in patients with atopic dermatitis. *Rev Alerg Mex* 2014;61:168-177.
20. Sánchez J. Physicochemical characteristics of gaseous and particulate air pollutants. Their impact on asthma. *Iatreia*. 2012;25:369-379.
21. Casara C, Eidt L, Cunha V. Prevalence study of dermatoses referred to the phototherapy unit at the Dermatology Service of the Clinics Hospital of Porto Alegre, RS, Brazil. *An Bras Dermatol* 2013;88:211-215.
22. Buhles N, Wehrmann J, Hinsch KD, Nürnberg W, et al. S1 Guideline: Dermatological inpatient rehabilitation in adult atopic dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9:558-561.
23. Holling H, Depner C, Musekamp G, Stachow R, Janssen H. Effects of inpatient rehabilitation for children with atopic dermatitis: a prospective controlled evaluation study. *J Eval Clin Pract* 2010;16:1364-1367.