



## Dermatitis atòpica en adults: un repte

**Dra. Alba Català Gonzalo**  
Servei de Dermatologia  
Hospital plató

**IV JORNADA D' ATENCIÓ COMPARTIDA EN AL·LÈRGIA DE L' AIS-BE**  
Sala Polivalent, Vil·la Florida, C/ Muntaner, 544  
24 març 2017

# 1. INTRODUCCIÓ

- ❖ Dermatitis atòpica (DA) en l'adult té una **prevalença** del **1-3%**.
- ❖ Pot iniciar-se en la **infància** o presentar-se **de "novo" en l'adult**.
- ❖ Presenta **gran heterogeneïtat clínica** i sovint no segueix el patró clàssic de dermatitis flexural.
- ❖ Hi ha **formes de presentació pròpies** d'adult.
- ❖ Diagnòstic és clínic **d'exclusió**.
- ❖ Pot precisar de la realització de **proves** diagnòstiques.
- ❖ Nous tractaments, pacients **requereixen un adequat diagnòstic**.

## 2. CONCEPTE

- ❖ D'acord amb l'AAD, la DA és:
  - ❖ **malaltia crònica,**
  - ❖ **pruriginosa,**
  - ❖ **inflamatòria** de la pell,
  - ❖ es produeix amb major freqüència en **nens**, però pot afectar els **adults**,
  - ❖ curs és **recurrent**.
- ❖ S'associa freqüentment amb:
  - ❖ Nivells ↑ **IgE sèrica** (5% -15% dels pacients DA no presenten).
  - ❖ AP o AF Hs tipus I, **rinitis al·lèrgica** i **l'asma**.

Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

### 3. EPIDEMIOLOGIA

- ❖ **Prevalença DA adults 1% a 3%**
  - ❖ **25-40%** DA persistent des de la infància
  - ❖ **35-50%** DA infància → resolta <16 anys → Recurrència al entrar a etapa laboral
  - ❖ **9%-25%** DA “de novo” en adults
- ❖ Incidència màxima **20-40 anys**
- ❖ ♀ > ♂ (excepte > 65 anys)

Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 4. PRESENTACIÓ CLÍNICA DA ADULTS

- ❖ Marcada **heterogeneïtat clínica**.
- ❖ Curs **intermitent**, amb fases de **latència** i **exacerbació**.
- ❖ Depenent de l'edat del pacient i de si la malaltia és aguda o crònica, les **característiques clíniques** poden ser **diferents**.
- ❖ Es distingeixen 3 patrons clínics:
  - ❖ **1. Forma crònica persistent**
  - ❖ **2. Curs recidivant**
  - ❖ **3. DA d'inici a l'adult**

Hello. Rev Med Interne 2016;37:91-9.

# 1. Forma crònica persistent

- ❖ Pacients **DA des de la infància.**
- ❖ **20% -30% casos infantils** persisteixen en l'edat adulta.
- ❖ **Grup més conegut** de DA de l'adult.
- ❖ Molts tenen una **malaltia greu** amb tractament difícil.
- ❖ **Clínica:**
  - ❖ Dermatitis difusa
  - ❖ Simètrica
  - ❖ Flexural
  - ❖ Cara, tronc i EE
  - ❖ Afectació de mans variable (depèn del treball)
  - ❖ Lesions de cronicitat (dirty neck, vitiligo-like, plaques liquenificades )
  - ❖ Associació amb l'alopecia areata

Hello. Rev Med Interne 2016;37:91-9.



Weidinger S. Lancet 2016; 387: 1109–22

**IV JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN AL·LÈRGIA DE L' AIS-BE**

## 2. Curs recidivant

- ❖ **12% pacients** amb **DA de la infància** (infraestimat?).
- ❖ **Aparentment resolta** abans o durant l'adolescència i es repeteix en l'edat adulta.
- ❖ **Èczema crònic de les mans:**
  - ❖ entren al món laboral,
  - ❖ deixen de viure a casa dels pares o
  - ❖ assumeixen càrregues de la llar (treball domèstic o cura dels nens).

Hello. Rev Med Interne 2016;37:91-9.



Weidinger S. Lancet 2016; 387: 1109–22

**IV JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN AL·LÈRGIA DE L' AIS-BE**

## 3. DA d'inici a l'adult

- ❖ **18,5% dels casos de DA apareixen a l'edat adulta.**
- ❖ És la **més difícil** de detectar.
- ❖ El Dx sovint es realitza **després de descartar altres malalties.**
- ❖ Sovint, una **biòpsia** és necessària.
- ❖ Formes de presentacions clíniques rares en nens:
  - ❖ **èczema numular**
  - ❖ **prurigo**
  - ❖ **dermatitis de cap i coll**

Hello. Rev Med Interne 2016;37:91-9.

# FORMES CLÍNiques TÍPIQUES DA ADULT

- ❖ **1. Dermatitis atòpica clàssica**
- ❖ **2. Èczema cap i coll**
- ❖ **3. Èczema de mans**
  - ❖ èczema crònic
  - ❖ pulpitis seca
  - ❖ èczema dishidròtic de mans
- ❖ **4. Èczema generalitzat**
  - ❖ patró inflamatori
  - ❖ patró liquenoide
- ❖ **5. Èczema numular**
- ❖ **6. Prurigo nodular**
  - ❖ zones localitzades: coll, espatlles i extremitats superior
  - ❖ generalitzat
- ❖ **7. Eritrodermia**
- ❖ **8. Dermatitis psoriasiforme (overlap)**
- ❖ **9. Liquen simple crònic**
- ❖ **10. Altres**

Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

# 1. DERMATITIS ATÒPICA CLÀSSICA

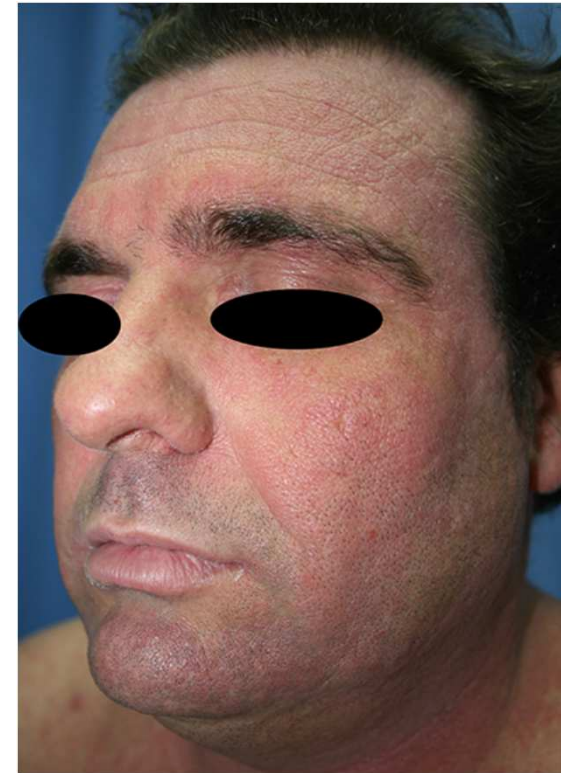
- ❖ Èczema amb **àrees de liquenificació** (exsudatiu si brot).
- ❖ Predomina a **àrees de flexió**:
  - ❖ 10% **purament** flexió
  - ❖ Normalment **altres àrees** involucrades
    - ❖ **cara** (48%)
    - ❖ **mans** (46%)
    - ❖ superfícies **extensores** EE (33%) i
    - ❖ **tronc** (30%).



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 2. ÈCZEMA DE CAP I COLL

- ❖ Afectació **cara** i **coll**.
- ❖ Tant les **parpelles** com els **llavis** tendeixen a estar afectats.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 2. ÈCZEMA DE CAP I COLL

- ❖ En ♀ joves → **quelitis atòpica** crònica és comú
- ❖ En **casos crònics** → zones hiperpigmentades i liquenificades visibles al coll ('**dirty neck**').



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 2. ÈCZEMA DE CAP I COLL

- ❖ Semblant a **èczema per causes aerotransportades** (afecta tòrax, aixelles, esquena i EESS)

→ Descartar **hipersensibilitat a al lèrgens ambientals**

→ Podrien agreujar la DA de base.



DAT fabricació de carbocromè.

Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).  
Conde-Salazar. Actas Dermosifiliogr 2004;95(7):429-35

## 2. ÈCZEMA DE CAP I COLL

❖ Adolescents, 'portrait type'

→ èczema s'estén a **àrees seboreiques** (part superior del pit i l'esquena).

→ Similar a la **fol·liculitis**.

→ Alguns autors han assenyalen **Malassezia** com a desencadenant.



# 3. ÈCZEMA DE MANS

- ❖ **30-50%** pacients amb èczema de les mans **tenen DA**.
- ❖ **60% -70%** persones **amb DA** tenen implicació en les **mans**.
- ❖ **3 formes** clíniques:
  - ❖ **A) èczema dishidròtic agut recidivant**
  - ❖ **B) forma crònica**
  - ❖ **C) pulpitis seca crònica**

### 3. ÈCZEMA DE MANS

- ❖ A) Èczema dishidròtic agut recidivant
  - ❖ **Brots recurrents** de **butllofes** al palmell de la mà i / o els costats dels dits
  - ❖ **Brots** cada **setmanes/mesos**
  - ❖ Si freqüents donen lloc a **èczema crònic**.
  - ❖ Alguns autors **forma clarament diferent** de DA.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

# 3. ÈCZEMA DE MANS

## ❖ B) Forma crònica

- ❖ Es pot presentar com:
  - ❖ **Èczema crònic sec amb fissures**
  - ❖ En combinació **amb lesions dishidrosiformes** (períodes aguts)
- ❖ **Dors de mans i dits.**
- ❖ **Cara flexora del canell** és característica.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

# 3. ÈCZEMA DE MANS

## ❖ B) Forma crònica

❖ Clínicament **indistingible de DC irritativa** i probable **causa combinada**.

→ Si és única manifestació de DA  
→ **Dx difícil** (subdiagnòstic?)

→ Si explica episodis de pruija, enrogiment i edema després contacte amb aliments →  
**Descartar DC per proteïnes**



De la Cuadra. Piel 2003;18(3):118-26

# 3. ÈCZEMA DE MANS

## ❖ C) Pulpitis seca

❖ **Puntes dels dits** són una afectació comuna.

❖ **Difícil** ≠ èczema de contacte irritatiu crònic.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

# 4. ÈCZEMA GENERALITZAT

- ❖ **Malaltia severa i difusa.**
- ❖ 2 patrons clínics:
  - ❖ **A) Patró inflamatori**
  - ❖ **B) Patró liquenoide**



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

# 4. ÈCZEMA GENERALITZAT

## ❖ A) Patró inflamatori

❖ Predomina **eritema difús**, lesions **agudes exsudatives** i **descamació**.

❖ S'associa freqüentment amb signes de **sobreinfecció**.

❖ Expressió màxima **eritrodèrmia**.



# 4. ÈCZEMA GENERALITZAT

## ❖ B) Patró liquenoide

- ❖ Liquenificació, excoriacions, crostes i xerosi.
- ❖ Impressió de **cronicitat**.
- ❖ Casos més greus es presenten amb el '**dirty neck**' i lesions liquenificades acròmiques **vitiligen-like** en àrees de flexió.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 5. ÈCZEMA NUMULAR

- ❖ És molt comú.
- ❖ Plaques eritematoses, anulars a les EE.
- ❖ Refractàries al tractament.
- ❖ **No és específic** de DA

→ èczema de contacte al·lèrgic a fragàncies o conservants.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 6. PRURIGO NODULAR

- ❖ **Forma clínica** de DA **característica** dels adults (**30%** adults amb DA).
- ❖ **40-50 anys** d'edat.
- ❖ **Pàpules** i **nòduls molt pruriginosos**.
- ❖ Formes clíniques
  - **zones localitzades**:
    - ❖ coll, espatlles i EESS
  - **generalitzada**
    - ❖ requereix Bx
    - ❖ exclou altres malalties (limfomes cutanis)



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

# 7. ERITRODÈRMIA

- ❖ **> 90% superfície cutània afectada.**
- ❖ **Pell vermella, seca i liquenificada**  
+
- ❖ **Pruïja intensa, malestar general, astènia, calfreds, signes de deshidratació, adenopaties 'dermatopàtiques'.**

❖ Dx diferencial eritrodèrmia ha d'incloure sempre la possibilitat d'una DA greu.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 8. DERMATITIS PSORIASIFORME

- ❖ Lesions **psoriasiformes** a tronc i EE, però amb afectació de **flexures**.
- ❖ **Pruïja més intensa** que psoriasi aïllada.
- ❖ **Difícil Dx.**
- ❖ **Presència lesions de psoriasi** a zones típiques (colzes, genolls, ungles o cuir pilós) permet arribar a un Dx.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 9. LIQUEN SIMPLE CRÒNIC

❖ Àrees de **liquen simple** o **liquenificació** apareixen amb freqüència en DA de l'adult.

❖ Presència de **2 o més plaques de liquen simple** ha alertar de la possibilitat d'una DA.



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

# 10. ALTRES

❖ Altres llocs típics de DA en adults :

❖ **Mugrons en ♀**

→ Molt doloroses, **impacte**  
important **qualitat de vida**



❖ Majoria DA milloren amb el **sol**,  
alguns **empitjoren**:

→ Requereix Dx diferencial amb  
**fotodermatosis**



Silvestre JF. J Investig Allergol Clin Immunol 2017; Vol. 27(2).

## 5. DIAGNÒSTIC

- ❖ El **Dx és clínic**, tenint en compte la història clínica personal i familiar.
- ❖ En cas de dubte o per assajos clínics s'utilitzen els **criteris diagnòstics**:
  - ❖ Hafinin i Rajka
  - ❖ UK Working Party criteria
  - ❖ Guies AAD guidelines
  - ❖ Guies Japoneses
  - ❖ European Task Force on Atopic Dermatitis (ETFAD) / EADV
- ❖ Moltes vegades la DA de l'adult **no compleix els criteris diagnòstics "clàssics" de DA** (estan pensats per a nens).

## 5. DIAGNÒSTIC

- ❖ **DA de l'adult és un diagnòstic d'exclusió** i només pot determinar-se després de descartar altres malalties

### Diagnòstic diferencial DA de l'adult

1. **Dermatitis de contacte** (tant al·lèrgica com irritativa))
2. **Limfoma cutani** de cèl·lules T (micosis fungoide, síndrome de Sézary)
3. **Psoriasi atípica**
4. **Toxicodèrmia** (especialment en ancians polimedicats)
5. **Dermatitis seborreica**
6. **Dermatosi factícia**
7. **Dermatofitosi**
8. **Sarna**
9. **Dermatitis herpetiforme**
10. **Ictiosi**
11. **Prurigo actínic**
12. **Eritrodèrmia** per altres causes

**Dermatitis de contacte al·lèrgica  
generalitzada per metilisotiazolinona  
en un spary bronzellador**  
[Contact Dermatitis](#) 73(3) · June 2015





## **Micosi fungoide**

Actas Dermosifiliogr 2005;96:102-5

## **Síndrome de Sézary**

[http://dermatoweb2.udl.es/  
ampliacion.php?idfoto=4003  
59](http://dermatoweb2.udl.es/ampliacion.php?idfoto=400359)





## **Psoriasis**

<http://www.eucerin.es/acerca-de-la-piel/indicaciones/psoriasis>



**Toxicodèrmia**

<http://dermatoweb2.udl.es/ampliacio.php?idfoto=406726>



**Dermatitis seborreica.**

[http://dermatoweb2.udl.es/atlasg.php?idfoto=397959&lletra=d&pag=1&idsubmenu=2480  
&idapartat=&idsubapartat=](http://dermatoweb2.udl.es/atlasg.php?idfoto=397959&lletra=d&pag=1&idsubmenu=2480&idapartat=&idsubapartat=)



**Dermatitis artefacta**

Actas Dermosifiliogr 2013;104:854-66



## **Tinea incognita**

<http://www.globalskinatlas.com/image/detail.cfm?topLevelID=282&imageID=858&did=1>



## **Escabiosis**

<http://www.md-health.com/How-to-Tell-If-You-Have-Scabies.html>



### **Dermatitis herpetiforme**

<http://dermas.info/?derma=dermatitis-herpetiforme-enfermedad-duhring>



**Ictiosis vulgaris**

<http://piel-l.org/libreria/item/645>

## 5. DIAGNÒSTIC

❖ Si hi ha una **sospita clínica de DA de l'adult**:

### HISTÒRIA CLÍNICA

- Èczema crònic
- AP i AF d'atòpia

### EXPLORACIÓ FÍSICA

- Morfologia i / o distribució típica de èczema en adults
- Lesions prurigo
- Àrees de liquenificació

### ANALÍTICA

- IgE sèrica total
- Eosinofília
- Lactat deshidrogenasa (LDH), Ac anti-transglutaminasa, Cèl Sezary (No sempre)

## 5. DIAGNÒSTIC

- ❖ El patch test sempre han d'estar **orientats a les troballes clíniques**.

### PATCH TEST

- DA "**de novo**"
- DA/mans **crònica refractària** al tractament
- Distribució **atípica**
- **Patró suggestiu** de dermatitis de contacte al·lèrgica
- **Abans** d'iniciar **tx immunosupressor** (si és possible)

→ **Si (-)** DA més probable.

→ **Si (+)** valorar **relevància**, si hi ha eliminar al·lergen i si persisteix la malaltia → valorar DA adult

## 5. DIAGNÒSTIC

- ❖ El prick test **no** és recomana **de rutina**, el **valor** és **controvertit**.
- ❖ **Molts pacients** amb DA es **sensibilitzen pneumoal·lèrgens i / o aliments** (el paper en el desenvolupament o exacerbació DA no està clar).
- ❖ **Precaució** en **interpretar** els resultats.

### PRICK TEST

- **H<sup>a</sup> reacció** al·lèrgica immediata o desenvolupament dermatitis **després exposició a l'al·lèrgen**
- DA crònica amb **patró aerotransportat**
- Èczema crònic de **mans** amb **H<sup>a</sup> suggestiva** de **dermatitis de contacte a proteïnes**

## 5. DIAGNÒSTIC

- ❖ Bx, habitualment **no cal**.
- ❖ Pot ser **útil en corroborar el diagnòstic** de èczema, **no ajuda a diferenciar entre tipus**.

### BIÒPSIA CUTÀNIA

- DA crònica, **refractària** al tractament
- Variant morfològica de **prurigo**
- **Eritrodermia**
- **Descartar altres malalties** (psoriasi, exantema, dermatitis herpetiforme, limfoma cutani)

## 6. TRACTAMENT

- ❖ Els **agents tòpics són el pilar** del tractament DA del adult.
- ❖ **Fins i tot en els casos més greus** que necessiten sistèmics o fototeràpia s'utilitzen en conjunció amb aquestes modalitats.
- ❖ **L'educació i adherència a la terapia** → millora sostinguda de la DA.

Arkwright PD. J Allergy Clin Immunol: In Practice 2013;1:142-51.

# A) EMOLIENTS

- ❖ **Important intervenció** terapèutica per **reduir la xerosi**.
- ❖ ↓ **necessitat de corticoides tòpics** i ajuden a **mantenir la pell hidratada**.
- ❖ Hi ha **3 tipus**:
  - ❖ **(1) oclusius** (per ex. vaselina / parafina líquida): **evitar pèrdua** d'aigua;
  - ❖ **(2) humectant** (per ex. glicerina, urea 5-10%, àcid làctic): **atreure aigua** a l'estrat corni; i
  - ❖ **(3) emolient** (per ex. colesterol, àcids grassos, ceramides): suavitzar la pell **omplint els espais entre els corneocits**.

- **Manca d'estudis sistemàtics.**
- Es busca ↓ **xerosi** mínim.
- **Cremes, pomades, ungüents, olis, gels, i locions.**
- L'elecció **preferència individual**.
- L'agent ideal **segur, eficaç, barat i lliure d'additius, fragàncies, perfums** i altres agents potencialment sensibilitzants.

[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13094166&pident\\_usuario=0&pident\\_revista=4&fichero=4v25n09a13094166pdf001.pdf&ty=12&accion=L&origen=dfarmacia&web=www.dfarmacia.com&lan=es](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13094166&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v25n09a13094166pdf001.pdf&ty=12&accion=L&origen=dfarmacia&web=www.dfarmacia.com&lan=es)

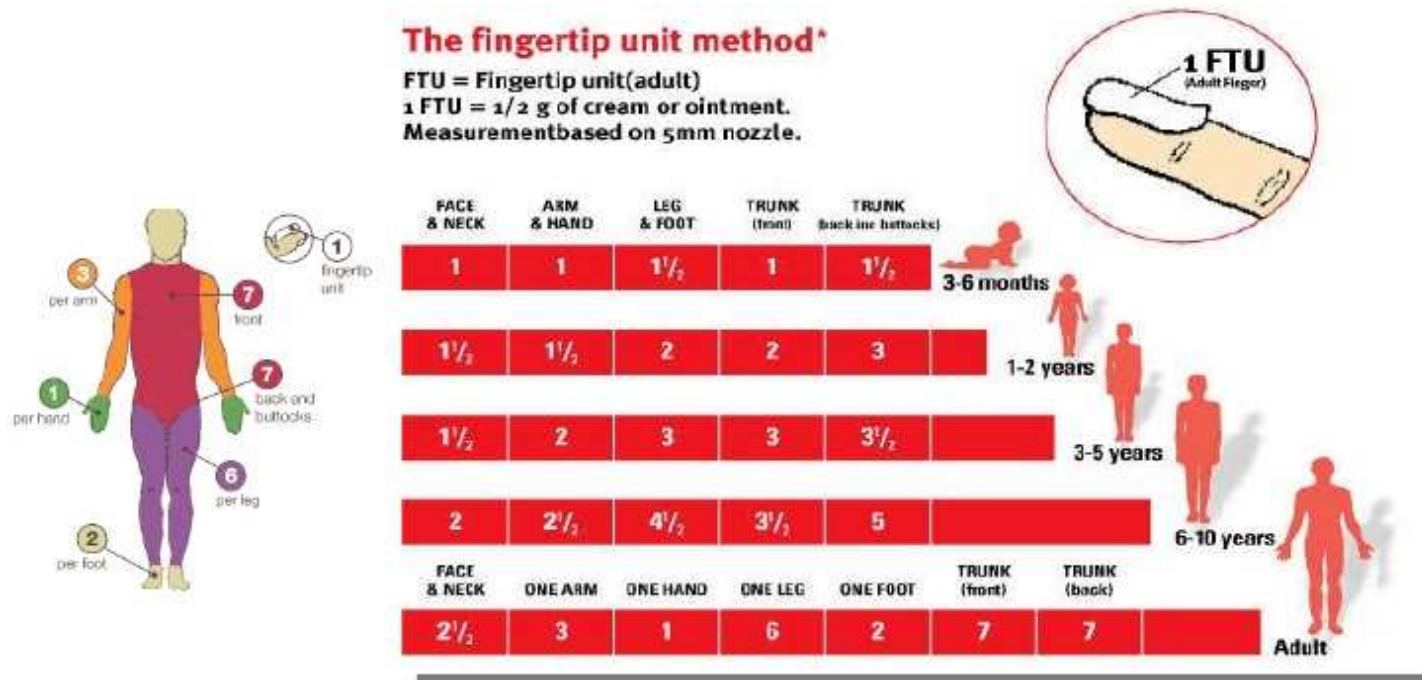
## B) CORTICOIDES TÒPICS

- ❖ **Quan?** L'ús regular de cremes hidratants soles insuficient.
- ❖ **Pilar del tractament antiinflamatori** en la DA.
  - ❖ > 110 assajos clínics avancen l'eficàcia
  - ❖ ↓ signes aguts i crònics, pruriti
  - ❖ Prevenció recaigudes
- ❖ **Quin?**
  - ❖ Elecció en funció de **localització** i **gravetat** de les lesions.
  - ❖ Preferència **potents** i **molt potents** (**no** en cara, coll ni plecs)
    - ❖ **Propionat fluticasona** (Fluticrem®, Flunutrac®, Cutivate®)
    - ❖ **Prednicarbat** (Peitel®, Batmen®)
    - ❖ **Aceponat metilprednisolona** (Adventan®, Lexxema®)
    - ❖ **Furoat mometasona** (Elocom®)

# B) CORTICOIDES TÒPICIS

## ❖ Com?

- ❖ El **vehicle** és important.
- ❖ Quantitat → **Fingertip unit**



- ❖ **2 cops/dia** (majoria d'estudis)
- ❖ **Brot agut:** fins millora significativa (**setmanes**), quan es controla el brot, baixar freqüència (1c/dia... 1c/48h... etc.)

# B) CORTICOIDES TÒPICS

- ❖ **Efectes secundaris:** Incidència baixa
  - ❖ **Atròfia, hipopigmentació, infecció secundària, foliculitis, estries, púrpura, telangiectasies**
    - ❖ Cara, coll i zones intertriginoses
  - ❖ **Glaucoma i cataractes**
    - ❖ No està clar      Evitar ús periocular
  - ❖ **Dermatitis de contacte** pels corticoides o altres (propilenglicol i conservants)
  - ❖ **Taquifilàxia**
    - ❖ Evitar tractament continuat → **tractament proactiu**
  - ❖ **Fòbia als esteroides (ús inapropiat)**

# C) INHIBIDORS TÒPICS DE LA CALCINEURINA

## ❖ Què?

### ❖ **Pimecrolimus** i **tacrolimus**

- ❖ Inhibeixen selectivament transcripció citoquines dependents de cèl T activades.

## ❖ Quan?

- ❖ Teràpia antiinflamatòria introduïda en 2000.
- ❖ Tractament de **2<sup>a</sup> línia**
- ❖ **Eficàcia demostrada** a **curt** (3-12 set) i llarg **termini** (fins 12 mesos)  
↓ inflamació i prujja

## ❖ Quin?

- ❖ **Tacrolimus pomada 0,1%** (+ potent, DA moderada-severa)
- ❖ **Pimecrolimus crema 1%** (- potent, DA lleu-moderada)
- ❖ L'elecció depenent de potència i vehicle desitjat

J Am Acad Dermatol. 2014 August ; 71(2): 327–349.

# C) INHIBIDORS TÒPICS DE LA CALCINEURINA

## ❖ Com?

- ❖ Pas previ amb **corticoides tòpics moderats / potents 5-7 dies** per controlar brot agut **abans**.
- ❖ **2 v/dia.**
- ❖ Quan **brot aturat** (setmanes) → reducció freqüència **2 c/sem.**

## ❖ Per què?

- ❖ **No** causen **atròfia**
- ❖ Dermatitis **facial** i de **parpelles**
- ❖ **Àrees pell delicada** susceptibles als EA corticoides
- ❖ **DA extensa crònica no controlada** amb corticoides
- ❖ **Estalviadors** de corticoides

# C) INHIBIDORS TÒPICS DE LA CALCINEURINA

## ❖ Efectes adversos:

### ❖ **Reaccions locals** : pruija i coïssor

❖ Al inici

❖ ↓ després de diverses aplicacions o si es posa 1r corticoide

## ❖ **ALERTA:**

❖ **Tumors malignes** (per ex càncer de pell i limfoma)

❖ Aquesta advertència es va afegir :

❖ **En resposta a la utilització generalitzada fora d'indicació en <2 anys EEUU.**

❖ Basat en **risc teòric** inhibidors de la calcineurina per **via oral** en pacients trasplantats

❖ **Estudis de vigilància a 10 anys no** han trobat un ↑ taxes de tumors malignes en la població.

❖ No necessitat control analític de sang.

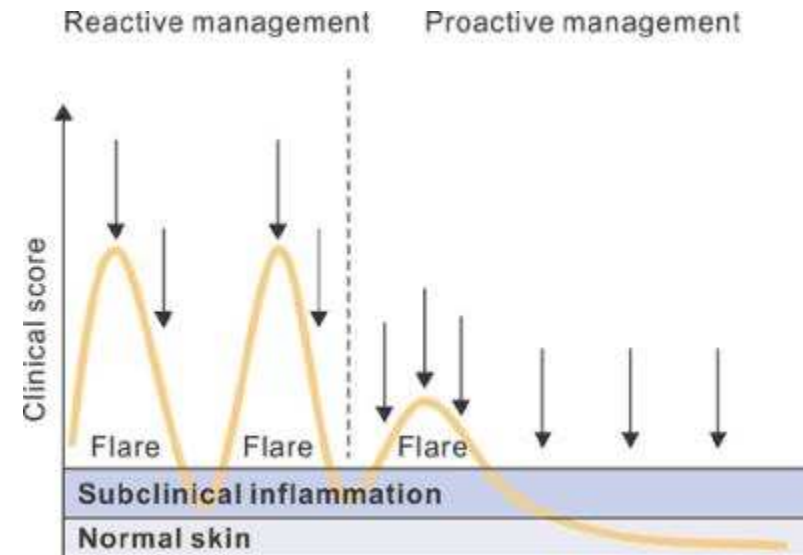
# D) TRACTAMENT PROACTIU

## ❖ Què?

- ❖ Teràpia **preventiva**

## ❖ Qui?

- ❖ Pacients **múltiples recidives (> 4 brots/any)**.
- ❖ Els assaigs clínics demostren **benefici**:
  - ❖ ↓ exacerbacions
  - ❖ millor qualitat de vida
  - ❖ menys costs



Atopic Dermatitis Bieber T. Ann Dermatol. 2010 May;22(2):125-137.

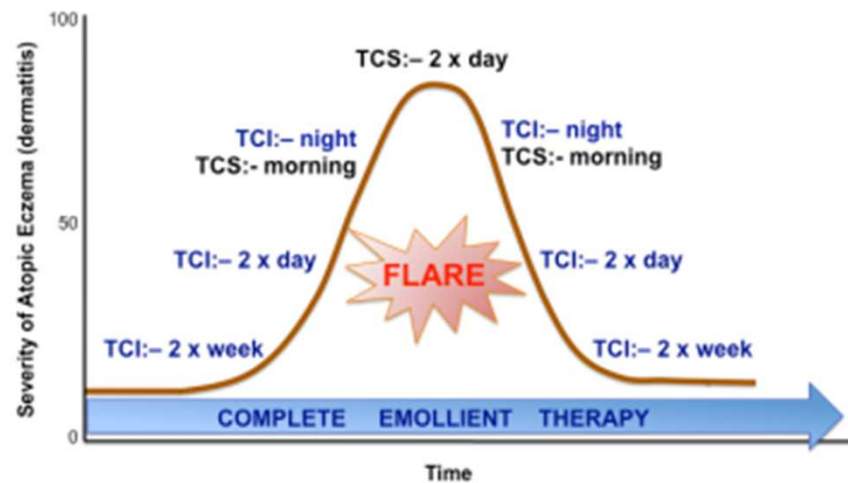
J Am Acad Dermatol. 2014 August ; 71(2): 327-349.

# D) TRACTAMENT PROACTIU

## ❖ Com?

- ❖ Pell afectada prèviament amb **inflamació subclínica**.
- ❖ Corticoides moderats/potents o tacrolimus tòpic
- ❖ **2 o 3 c/set**
- ❖ Estudis fins a 12 mesos (habitualment **3-4 mesos**)

Combination therapy for preventing and treating flares of Atopic Eczema (Atopic Dermatitis)



<http://www.bad.org.uk/for-the-public/patient-information-leaflets/calcineurin-inhibitors/?showmore=1&returnlink=http%3A%2F%2Fwww.bad.org.uk%2Ffor-the-public%2Fpatient-information-leaflets#.WMk3f281-M8>

# E) TRACTAMENTS ANTIMICROBIANS I ANTISÈPTICS

- ❖ Persones amb DA estan predisposats a infeccions de la pell:
  - ❖ Barrera cutània compromesa,
  - ❖ Alteració immunitat innata,
  - ❖ Alteració producció pèptids antimicrobians.
- ❖ ***S. aureus*** causa freqüent
- ❖ Revisió Cochrane de 2010 **manca d'evidència** per donar suport de:
  - ❖ **Solucions antimicrobianes i antisèptiques , sabons antibacterians** tòpics o additius per al bany antibacterians
  - ❖ Ni per infecció clínica ni per DA no infectada
  - ❖ **Excepció**: ús dels banys de lleixiu i mupirocina tòpica intranasal.

# F) IMMUNOSUPRESSORS SISTÈMICS I FOTOTERÀPIA

- ❖ **Majoria dels pacients** amb DA poden ser tractats eficaçment amb el tractament estàndard:
  - ❖ **Evitar factors desencadenants**
  - ❖ **Emolients**
  - ❖ **Corticoides / inhibidors tòpics de la calcineurina**
- ❖ No obstant això, un **petit subgrup** de pacients amb DA han de ser considerats per a la **teràpia de 3a línia**.

# F) IMMUNOSUPRESSORS SISTÈMICS I FOTOTERÀPIA

## ❖ Ciclosporina

### ❖ Què?

- ❖ Inhibidor de calcineurina sistèmic.
- ❖ Tractament eficaç DA severa.
- ❖ FDA “off label” / EMA aprovat.

### ❖ Per què?

- ❖ Evita EA greus corticoides orals a llarg termini.
- ❖ Millora ràpida de qualitat de vida, pruija i alteració son.

### ❖ Dosi:

- ❖ 3-5 mg / kg /dia (dosi dividida cada 12 h), baixar a a1 mg/Kg cada mes i finalitzar en 6 mesos (límit 1 any)
- ❖ Monitoritzar TA i A/S

### ❖ EA:

- ❖ infecció, nefrotoxicitat, hipertensió, hipertricosi, cefalea, hiperplàsia gingival.
- ❖ Major risc de càncer de pell i el limfoma.

J Am Acad Dermatol. 2014 August ; 71(2): 327–349.

# F) IMMUNOSUPRESSORS SISTÈMICS I FOTOTERÀPIA

- ❖ Azatioprina
- ❖ Metotrexat
- ❖ Micofenolat mofetil

} “off label”

## ❖ Corticoides sistèmics

- ❖ **No** es recomanen
- ❖ Milloren ràpidament els símptomes clínics, però **recurrència amb major gravetat al suspendre.**
- ❖ **Efectes adversos**
  - ❖ Hipertensió, intolerància a la glucosa, gastritis, augment de pes, disminució de la densitat òssia, supressió adrenal i labilitat emocional.

# F) IMMUNOSUPRESSORS SISTÈMICS I FOTOTERÀPIA

## ❖ Azatioprina

### ❖ Què?

- ❖ Anàleg de purina que inhibeix la producció d'ADN, afectant cèl·lules amb altes taxes de proliferació (cèl·lules B i cèl·lules T)
- ❖ "Off label"

### ❖ Per què?

- ❖ DA greu de l'adult.
- ❖ Assjos demostren 37% pacients DA milloren a les 12 sem.

### ❖ Dosi:

- ❖ 1-3 mg/kg/dia.
- ❖ Depén de dosi de TPMT
- ❖ Una vegada s'aconsegueix eficàcia, reduir dosi o interrompre.
- ❖ Monitoritzar.

### ❖ EA:

- ❖ Nàusees, vòmits i altres símptomes gastrointestinal.
- ❖ Cefalea, enzims hepàtics elevades, i leucopènia.

J Am Acad Dermatol. 2014 August ; 71(2): 327-349.

# F) IMMUNOSUPRESSORS SISTÈMICS I FOTOTERÀPIA

## ❖ **Metotrexat**

### ❖ **Què?**

- ❖ Metabòlit antifolat i bloqueja la síntesi d'ADN, ARN, i purines.
- ❖ “Off label”

### ❖ **Per què?**

- ❖ Agent sistèmic per al tractament de la DA refractària.
- ❖ Inconsistència estudis sobre mètodes, dosificació i durada ttx.

### ❖ **Dosi:**

- ❖ Via oral o intramuscular
- ❖ Única dosi setmanal entre 7,5 i 25 mg /set. Dividir dosi cada 12 hores

### ❖ **Efectes secundaris:**

- ❖ Nàusees i símptomes gastrointestinals.
- ❖ Supressió de la medul·la òssia i la fibrosi pulmonar
- ❖ Suplements d'àcid fòlic per reduir la probabilitat de toxicitat hematològica i gastrointestinal.

J Am Acad Dermatol. 2014 August ; 71(2): 327–349.

# F) IMMUNOSUPRESSORS SISTÈMICS I FOTOTERÀPIA

## ❖ Micofenolat mofetil

### ❖ Què?

- ❖ Bloqueja la biosíntesi de purina via de les cèl·lules a través de la inhibició de la inosina monofosfat deshidrogenasa.
- ❖ “Off label”

### ❖ Per què?

- ❖ Teràpia sistèmica fora de fitxa tècnica en pacients amb DA.
- ❖ Eficaç per als casos refractaris.
- ❖ No dades per dosificació òptima o la durada de la teràpia.

### ❖ Dosi:

- ❖ 0,5-3 g / día (cada 12 hores)
- ❖ Monitoritzar

### ❖ EA:

- ❖ Nàusees, vòmits, dolor abdominal, cefalea i fatiga.
- ❖ Hematològics (anèmia, leucopènia, trombocitopènia) i símptomes genitourinaris (urgència, freqüència, disúria).

J Am Acad Dermatol. 2014 August ; 71(2): 327–349.

# F) IMMUNOSUPRESSORS SISTÈMICS I FOTOTERÀPIA

## ❖ Corticoides sistèmics

- ❖ **No** es recomanen
- ❖ Milloren ràpidament els símptomes clínics, però **recurrència amb major gravetat al suspendre.**
- ❖ Es poden considerar per a **l'ús a curt termini en casos individuals**, mentre altres règims sistèmics s'inicien o s'optimitzen.
- ❖ **Efectes adversos**
  - ❖ Hipertensió, intolerància a la glucosa, gastritis, augment de pes, disminució de la densitat òssia, supressió adrenal i labilitat emocional.

# F) IMMUNOSUPRESSORS SISTÈMICS I FOTOTERÀPIA

## ❖ Fototeràpia

### ❖ Què?

- ❖ **3<sup>a</sup> línia** per DA adults
- ❖ Requereix disponibilitat de temps, recursos i experiència personal

### ❖ Tipus:

- ❖ **UVB-BE** (risc baix, eficàcia relativa, disponibilitat)
- ❖ **Helioteràpia** al estiu

### ❖ Dosi:

- ❖ Protocols psoriasi
- ❖ Monoteràpia o combinació emol·lients/corticoides tòpics

### ❖ EA:

- ❖ Dany actínic, càncer de pell, pruija, erupcions fotosensibles i cremades agudes.

# G) ANTIMICROBIANS ORALS

## ❖ Antibiòtics sistèmics

- ❖ Per tractar les **infeccions bacterianes** (*S aureus*)
- ❖ Causa comú de brot de DA
- ❖ **No** a llarg termini (resistència als antibiòtics)

❖ Agents **antivirals sistèmics** s'han d'utilitzar en el tractament **d'èczema herpètic**.

❖ Infeccions per **Malassezia** responen a **ketoconazol** (Fungarest®, Panfungol®, Ketoisdin®, Keto-cure®) o el **miconazol** tòpic (Daktarin®, Fungisdin®).



**Figure 3: Bacterial and viral complications**

The skin of patients with atopic dermatitis shows a less diverse microbiome, with a relative abundance of *Staphylococcus aureus*, than healthy individuals and an increased susceptibility to microbial superinfection. (A) Infantile atopic dermatitis with clinical signs of staphylococcal infection: affected areas typically present with increased erythema, oozing, and honey-coloured crusts. (B) Eczema herpeticum: monomorphic eruption of umbilicated and eroded punch-out vesicles predominantly occurs in eczematous areas. (C) Molluscum contagiosum infection: several flesh-coloured hemispheric and slightly umbilicated papules of 2–3 mm are shown in the flexural area of a patient with atopic dermatitis. Lesions also occur on non-inflamed skin and could spread by autoinoculation.

# H) TRACTAMENT DE LA PRUÏJA

## ❖ Què?

- ❖ És un **síntoma constant i mal tolerat**.

## ❖ Quins?

- ❖ **Antihistamínics sedants** alleujament simptomàtic, millorar la qualitat de la son, però poc efecte directe sobre la pruija.
- ❖ **Antihistamínics no sedants** no redueixen la picor a la DA.
- ❖ **Corticosteroides i inhibidors tòpics de la calcineurina** en metanàlisi més eficaços per millorar la pruija.
- ❖ Assessorament **trencar cicle picor-rascat**.

# I) ALTRES

## ❖ BIOLÒGICS

- ❖ **Dupilumab** (anti IL-4).

## ❖ PROBIÒTICS I PREBIÒTICS

- ❖ Revisió Cochrane 12 assajos **no** van trobar ≠ significatives en símptomes o gravetat de la malaltia vs. placebo.

## ❖ NOUS TRACTAMENTS TÒPICS

- ❖ **Inhibidors de la fosfodiesterasa 4** (crisaborol) (Eucrisa®).

# 7. DA DE L'ADULT DE MALA EVOLUCIÓ

- ❖ És el diagnòstic de DA correcte?
- ❖ Ha entés el que és la DA?
  - ❖ Crònica amb brots i remissions
  - ❖ **No cura**
  - ❖ Mesures generals necessàries
- ❖ Ha entés correctament el tractament?
  - ❖ **Adherència**
  - ❖ Emolients, quantitats adequades de tractament
- ❖ Hi ha algun factor desencadentant no controlat?
  - ❖ **Infeccions:** bacterianes (*S. aureus*), virals, fúngiques
  - ❖ **Al·lèrgens:** aliments, pseudoal·lèrgens
  - ❖ **Irritants:** detergents, sabons químics, conservants, roba, calor
- ❖ Factors psicosocials no controlats?
  - ❖ Estrés, frustració, ansietat, problemes familiars.

## 8. RAONS PER MAL CUMPLIMENT TRACTAMENT

### ❖ **Medicació no disponible**

- ❖ Se li **ha acabat** el tractament i no torna a per més.
- ❖ **Recepta inadequada** en quantitat.
- ❖ **Cost**.

### ❖ **Medicació disponible però no utilitzada**

- ❖ **No sap** com fer el tractament.
- ❖ **Falta** de **motivació** o temps.
- ❖ **Por** als EA.
- ❖ Cosmèticament **inacceptable**.
- ❖ **Empitjora** la DA.
- ❖ Causa **pruïja** o **dolor**.

## 9. ALGORITME

És realment una DA del adult?

- **Pas 1: Confirmar el diagnòstic**
- Excloure altres malalties cutànies,

Ha entès correctament el tractament?

- **Pas 2: Mesures inicials**
- Emolients
- **1<sup>a</sup> linia:** Corticoides tòpics / **2<sup>a</sup> linia:** Inhibidors calcineurina
- Reforçar adherència
- Donar info per escrit

Si DA refractària al tractament

- **Pas 3: Descartar factors de mala evolució**

Remetre a especialista

- **Pas 4: Considerar tractaments de 3<sup>a</sup> linia**
- Immunosuppressors
- Fototeràpia
- Altres

## 10. CONCLUSIONS

- ❖ La **incidència** de DA adults està **en augment**.
- ❖ El **Dx** és fonamentalment **clínic**, senzills si pacient atòpia en la infància.
- ❖ Habitualment, DA en la població adulta és **Dx d'exclusió**, pot requerir proves complementàries.
- ❖ Tractament:
  - ❖ **Agents tòpics són el pilar**.
  - ❖ DA **refractària** → **especialista** i valorar ttx sistèmics o fototeràpia.
- ❖ **L'educació intensiva i adherència a la teràpia, el tractament d'infeccions i l'eliminació d'al·lèrgens o factors d'estrès**  
→ millora sostinguda DA.

Muchas gracias · Moltes gràcies · Thank you · Merci beaucoup



**Dra. Alba Català Gonzalo**  
[albacatal@hotmail.com](mailto:albacatal@hotmail.com)

**HOSPITAL PLATÓ**  
Consultes Externes  
Servei de Dermatologia  
Barcelona