

Tratamiento tópico

Terapia Activa. El tratamiento debe controlar los brotes
Terapia Proactiva. Alargar los periodos intercríticos

DIRIGIR EL TRATAMIENTO PARA EVITAR EL ABANDONO EN ESTE PERIODO

Eccemas graves persistentes scorad: > 50

Tratamiento sistémico. Puva, Inmunosupresores clásicos, Biológicos

Eccemas moderados recurrentes scorad: 25-50

Tratamiento "proactivo" con tacrolimus o corticoides tópicos*. Terapia envoltura húmeda. UVB-BE

Eccemas leves intermitentes scorad: < 25

Terapia "reactiva" con corticoides tópicos o inhibidores de la calcineurina

Recomendaciones generales, emolientes, Programas educacionales

	GLUCOCORTICOIDE TÓPICO	INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA
BROTE	Iniciar con potencia media/alta 2 veces al día 1 vez al día (cuando los síntomas hayan disminuido) Potencia inferior hasta su remisión	Tacrolimus 0,03% y 0,1% Pomada Adultos: dosis de 0,1% Niños 2-16 años: dosis de 0,03% 2 aplicaciones / día. Pimecrolimus 1% Crema 2 aplicaciones / día
PROACTIVO	Aunque no disponen de la indicación, se usan 2 aplicaciones / semana separadas 2-3 días	Tacrolimus 0,03% y 0,1%: 2 aplicaciones / semana separadas por 2-3 días (controlar la inflamación subclínica)

Las lesiones de la DA son secas, por lo que la utilización de una pomada, con propiedades lipofílicas que contribuyen a una mayor penetración, permitirá mantener la piel hidratada durante más tiempo

*Únicamente Tacrolimus dispone de la indicación en manejo proactivo.


Algoritmo diagnóstico desde Atención Primaria

- ANAMNESIS
- VALORAR LESIONES CUTÁNEAS

DIAGNÓSTICO D. DIFERENCIAL						
EVALUACIÓN						
<table border="0"> <tr> <td>SCORAD < 25</td> <td>Leve</td> </tr> <tr> <td>SCORAD 25-50</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>SCORAD > 25</td> <td>Grave</td> </tr> </table>	SCORAD < 25	Leve	SCORAD 25-50	Moderado	SCORAD > 25	Grave
SCORAD < 25	Leve					
SCORAD 25-50	Moderado					
SCORAD > 25	Grave					
PO-SCORAD						
COMORBILIDADES						
PLANIFICACIÓN						
Cuidados Mantenimiento Manejo Terapéutico Seguimiento						
DERIVACIÓN (criterios)						
Control complicaciones						
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS						
Disminuir la inflamación de la piel Evitar las recurrencias y fases agudas Controlar el prurito y sus consecuencias Atender a las comorbilidades Mejorar la calidad de vida						

XXVIII

Congreso Nacional de Medicina General y de Familia
Bilbao, 7-11 de junio de 2022




Dermatitis atópica

Una mirada desde Atención Primaria

OJO CLÍNICO EN DERMATOLOGÍA

Dr. Juan Jurado Moreno
Centro de Salud Medina del Campo-Rural
juanjurado@semg.es

Dra. Airam Jenny Dávalos Marín
Hospital General de Segovia
ajdavalos@saludcastillayleon.es



SEMGM
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Dermatitis atópica

- Dermatitis inflamatoria crónica
- Pruriginosa
- Brotes recurrentes

Como hacer un diagnóstico desde Atención Primaria

Anamnesis

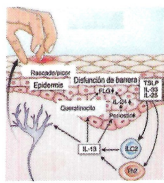
- Antecedentes familiares
- Antecedentes de asma
- Antecedentes de rinitis

Períodos de remisión.

- Se incrementa las lesiones**
- Verano
 - Invierno
 - Primavera

Tratamientos realizados

- Zonas cutáneas afectadas
- Zonas cutáneas sin lesión



- Multifactorial
- Barrera cutánea deficiente
- Alteración inmunológica



Inicia en la infancia < 5 años 85%

- El 2-10% pueden permanecer en la edad adulta
- 1-3% puede debutar en la edad adulta

LIQUENIFICACIÓN

SOBREINFECCIÓN CUTÁNEA



Tres etapas

DA Lactante

- Hasta 2-3 años
- **Cara:** Mejillas, frente y mentón.
- Miembros inferiores
- Superficies expuestas a fricción
- **Lesiones:** Eritematosas y descamativas

DA Infancia

- 2-3 años y 12-14 años
- **Continuación de la fase anterior o aparecer de nuevo.**
- Distribución simétrica
- Áreas de flexión
- **Cara:** Peri oral
- Cuello-axilas
- **Lesiones:** Eczematoso

DA Adolescente/adulto

CLÍNICA MUY HETEROGÉNEA

- **Recidivante:** El 12% de los pacientes con DA infantil reaparece en la edad adulta.
- **Persistente. Crónica:** Desde la infancia hasta la edad adulta.
- **Diagnóstico tardío**

FORMA ESPECIFICAS

- Dermatitis de cabeza y cuello
- Eczema crónico de las manos

Diagnóstico

ES CLÍNICO ANTECEDENTES DE ATOPIA

Criterios Hanifin y Rajka (1980)

- Requiere la presencia de 3 de 4 criterios **mayores** y 3 de 23 criterios **menores**
- Rudzki et a (1994): Analizaron los criterios de Hanifin
 - Criterios menores estaban poco definidos y eran muy inespecíficos (la pitiriasis alba, queilitis atópica o el eczema del pezón, eran bastante específicos)
- La Academia Americana de Dermatología (AAD)

Para los adultos se recomiendan otros criterios:

Dermatitis eczematosas simétrica desde hace 6 meses (persistente o recurrente)

Antecedentes familiares de atopía



Antecedentes personales de atopía

Ig E y/o Eosinofilia

Evaluación de la Gravedad



Scorad <25
Scorad 25-50
Scorad >50

LEVE
MODERADO
GRAVE

Niños < 2 años
Niños > 2 años

