

ISBN 978-958-57331-8-3

# Guía clínica y de tratamiento de la dermatitis atópica

Guías de la Academia Americana de Dermatología-Colegio Americano de Asma, Alergia e Inmunología

Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

A.

Esperanza Meléndez Ramírez, MD<sup>1</sup>

1. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica inflamatoria pruriginosa que afecta principalmente a la población pediátrica.

Eichenfield LF, et al. Current guidelines for the evaluation and management of atopic dermatitis: A comparison of the Joint Task Force Practice Parameter and American Academy of Dermatology guidelines. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139(4S):S49-S57.

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente. Dermatitis con una compleja etiopatogenia, en la que intervienen muchos factores, lo que dificulta su tratamiento. En algunos casos, está asociada con altos niveles de inmunoglobulina E (IgE), antecedentes personales o familiares de alergias tipo I, rinitis alérgica y asma.

Las guías de manejo de la DA nos refieren pautas para la crisis, prevenir las recurrencias y modificar las condiciones ambientales en que vive el paciente.

A continuación, se describen los niveles de evidencia:

- I: al menos 1 ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
- II-1: ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
- II-2: estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
- II-3: múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
- III: opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

Niveles de recomendación:

- A: extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios).
- B: recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).
- C: ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
- D: desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
- I: evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

## INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

La *xerosis* es uno de los signos cardinales en la DA y resulta de la alteración de la barrera cutánea. Se usan humectantes para combatir la xerosis y la pérdida de agua transepidérmica. Los ingredientes de estos humectantes son: petrolato, glicol, ésteres de soya, dimeticona, urea, ácido láctico y caramidas.

La aplicación de humectantes aumenta la hidratación de la piel, disminuye los síntomas y signos de la DA, como el prurito, el eritema, la fisura y la liquenificación. Además, puede disminuir la inflamación y la gravedad de la enfermedad. De igual manera, reducen la cantidad de prescripciones de tratamientos antiinflamatorios requeridos para el control de la enfermedad, como ha sido demostrado en numerosos ensayos clínicos. Los humectantes deben ser el principal tratamiento de la enfermedad leve y ser parte del régimen terapéutico de la enfermedad moderada a grave. También son importantes en el tratamiento y prevención de las crisis.

## RECOMENDACIONES

- La aplicación del humectante debe ser parte integral del tratamiento de la DA, con evidencia fuerte de que su uso puede reducir la gravedad de la enfermedad y la necesidad de intervención farmacológica.
- En los pacientes, se sugiere el baño como parte del tratamiento y mantenimiento; sin embargo, no se ha estandarizado la frecuencia y duración.
- Los humectantes deben aplicarse inmediatamente después del baño.
- Los limpiadores deben ser syndet, de bajo pH, hipoadérgicos y libres de fragancia.
- Por falta de evidencia, no se recomienda la adición de aceites, emolientes y otros aditivos al agua del baño.
- Se recomienda el uso de terapia con compresas húmedas, con o sin corticosteroides tópicos, en la DA moderada a grave, para disminuir la gravedad de la enfermedad y la pérdida de agua durante los brotes. Pueden tener una duración de 2 a 24 horas y menor de 2 semanas.

## CORTICOSTEROIDES TÓPICOS

Los corticosteroides tópicos son usados en el tratamiento de la DA en niños y adultos. Representan lo más significativo en la terapia antiinflamatoria. Actúan sobre los linfocitos T, los monocitos, los macrófagos y las células dendríticas, interfieren además con el procesamiento del antígeno y suprimen la liberación de citocinas proinflamatorias. Se administran cuando los cuidados generales y la terapia humectante fallan. En más de 110 ensayos terapéuticos, los corticosteroides tópicos han demostrado su eficacia. Son el tratamiento de referencia cuando se comparan con otras terapias antiinflamatorias. Además de disminuir la inflamación, también mejoran el prurito y previenen las recaídas.

### RECOMENDACIONES PARA EL USO DE CORTICOSTEROIDES

- Para escoger el corticosteroide tópico adecuado, debe tenerse en cuenta la edad, las áreas del cuerpo donde se aplicará el medicamento y otros factores tales como la xerosis, el costo y las preferencias del paciente.
- Se recomienda su aplicación 2 veces al día; sin embargo, la evidencia sugiere que algunas veces la aplicación de 1 sola vez al día es suficiente.

- La aplicación intermitente; es decir, 1 a 2 veces por semana en las áreas que presentan mayor brote; ayuda a prevenir las recaídas y es más efectiva que el emoliente solo.
- Siempre deben considerarse los efectos colaterales potenciales sistémicos y cutáneos con el uso de corticosteroides. En niños, debe recordarse la supresión del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.
- Se recomienda la vigilancia y el control periódico de los eventos adversos en la piel. No se recomienda la monitorización frecuente de los efectos sistémicos.

Los corticosteroides tópicos se agrupan en 7 clases, que van de *muy baja potencia* a *muy alta potencia*, según los ensayos de vasoconstricción:

- **Muy alta potencia:** dipropionato de betametasona en ungüento y propionato de clobetasol.
- **Alta potencia:** dipropionato de betametasona en crema, desoximetasona y furato de mometasona en ungüento.
- **Potencia media-alta:** acetónido de triamcinolona.
- **Potencia media:** valerato de betametasona, propionato de fluticasona y furato de mometasona en crema.
- **Potencia media-baja:** butirato de hidrocortisona, valerato de hidrocortisona y prednicartrato.
- **Baja potencia:** desonida.
- **Muy baja potencia:** dexametasona, hidrocortisona y acetato de hidrocortisona.

## CANTIDAD

Se sugiere utilizar la cantidad de una yema (o *finger tip*) de un dedo adulto; es decir, desde la interfalange distal hasta la unión al pulpejo, o aproximadamente 0,5 gramos, que se aplican sobre un área de 2 palmas de adulto.

## EVENTOS ADVERSOS

Eventos adversos en la piel: púrpura, telangiectasia, estría, hipertrichosis focal y erupción acneiforme.

Atrofia, cuando se hace en oclusión. Gran parte de los eventos adversos se resolverá con la discontinuación del tratamiento, aunque puede tardar algunos meses. Debe evitarse la aplicación continua y prolongada de corticosteroides. El uso de 1 o 2 veces a la semana no ha mostrado eventos adversos en los ensayos clínicos.

Puede presentarse dermatitis alérgica de contacto e hipersensibilidad tipo IV al corticosteroide, principalmente al propilenglicol y a los preservativos. También puede haber desarrollo de taquifilaxia; es decir, la eficacia disminuye por el uso repetido del medicamento.

Los corticosteroides de muy alta potencia y muy potentes pueden ser absorbidos y causar efectos sistémicos. El riesgo de supresión del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal es bajo, pero aumenta con el uso continuo y prolongado, especialmente en individuos que reciben corticosteroides inhalados e intranasales.

Una revisión sistemática concluyó que los corticosteroides tópicos tienen un buen perfil de seguridad. No se recomienda la monitorización de los efectos sistémicos.

## INHIBIDORES TÓPICOS DE LA CALCINEURINA

Es una segunda clase de tratamientos antiinflamatorios introducidos en el año 2000. Son producidos por la bacteria *Streptomyces* e inhiben la actividad de las células T dependiente de la calcineurina. Bloquean la producción de citocinas proinflamatorias y son mediadores de las reacciones inflamatorias en la DA. También han demostrado que afectan la activación de mastocitos y disminuyen el número y la habilidad coestimuladora de las células dendríticas epidérmicas.

## EFICACIA

El tacrolimús viene en dos presentaciones: al 0,03 % y al 0,1 %, en ungüento. Ha demostrado ser más eficaz que el vehículo en estudios de 12 semanas y de 12 meses. El tacrolimús está aprobado en DA moderada a grave. También está el pimecrolimús, aprobado para DA de leve a moderada. En un metaanálisis de más de 25 ensayos, el tacrolimús al 0,1 % mostró que era igual de efectivo que el butirato de hidrocortisona, aunque el tacrolimús al 0,03 % fue menos efectivo que el buti-

rato de hidrocortisona, pero más efectivo que el acetato de hidrocortisona.

### RECOMENDACIONES

- Los inhibidores de la calcineurina están recomendados y son efectivos para el tratamiento agudo, crónico y de mantenimiento en adultos y niños con DA. Se recomiendan en las áreas con afección activa y como ahorradores de corticosteroide.
- En niños menores de 2 años con DA moderada a grave, se puede recomendar el uso empírico de tacrolimús al 0,03 % o de pimecrolimús al 1 %.
- El pimecrolimús y el tacrolimús pueden causar sensación de quemadura y prurito, especialmente cuando se aplica sobre la piel inflamada.
- Para prevenir la recaída, se recomienda la aplicación de 2 a 3 veces por semana en áreas que usualmente presentan brotes y disminuir la necesidad del corticosteroide tópico; esto es más eficaz que el emoliente solo.
- El uso concomitante de un corticosteroide tópico con un inhibidor de la calcineurina está recomendado como tratamiento de la DA.
- No se ha observado un aumento de las infecciones virales por el uso continuo o intermitente de inhibidores de la calcineurina durante 5 años.
- No se requiere ninguna monitorización de los niveles en sangre del pimecrolimús o del tacrolimús.
- Los inhibidores de la calcineurina tienen particular atracción por los sitios sensibles, como el rostro y los pliegues cutáneos, porque no produce atrofia.

### ANTIMICROBIANOS TÓPICOS

El *Staphylococcus aureus* es un frecuente colonizador de la piel en pacientes con DA, que están pre-dispuestos a infecciones cutáneas por el daño de su barrera cutánea causado por la capacidad disminuida de reconocimiento inmune y la producción de péptidos antimicrobianos. El *Staphylococcus* activa muchas cascadas inflamatorias a través de toxinas que actúan como superantígenos e inhiben las proteasas exógenas dañando más la barrera cutánea y permitiendo la penetración de alérgenos epidérmicos.

La revisión Cochrane no halló evidencia de los beneficios del uso de antibióticos tópicos, antisépticos y jabones antibacterianos en pacientes con DA, infectados o no. Se sabe que el antibiótico tópico más el corticosteroide tópico disminuyen la cantidad de *S. aureus* cul-

tivado. No se ha observado que la combinación mejore la respuesta clínica o la gravedad de la enfermedad comparada con el corticosteroide solo. Por tanto, las preparaciones antimicrobianas tópicas no están recomendadas en DA. Se cree que pueden promover la dermatitis de contacto y la resistencia antimicrobiana.

### RECOMENDACIONES

- Se recomienda el uso de baños con hipoclorito de sodio, blanqueadores y la mupirocina intranasal.

### ANTIHIISTAMÍNICOS TÓPICOS

No se recomienda su uso, pues han sido de poca utilidad.

### OTROS AGENTES TÓPICOS

Los inhibidores de la fosfodiesterasa tópicos han demostrado ser eficaces. Aún no están disponibles en nuestro país.

### FOTOTERAPIA

Numerosos estudios han documentado la eficacia de la fototerapia en DA. Tanto la fototerapia UVB de banda estrecha (NB-UVB), como la ultravioleta B (UVB), la ultravioleta A (UVA), la fototerapia ultravioleta A combinada con psoraleno (PUVA), la UVA más UVB y la terapia de Goeckerman han demostrado ser eficaces. La NB-UVB es la recomendada con mayor frecuencia, por su eficacia, bajo riesgo y confortabilidad.

### RECOMENDACIONES

- La fototerapia es la segunda línea de tratamiento, cuando fallan los corticosteroides tópicos, los emolientes y los inhibidores de la calcineurina.
- Puede usarse como terapia de mantenimiento.
- La luz debe escogerse según el tipo de piel, los antecedentes de cáncer, la disponibilidad, el costo y uso de medicamentos fotosensibilizadores.
- La dosis y el esquema se basan en la dosis de eritema mínimo/el tipo de piel, según la escala de Fitzpatrick.
- La fototerapia puede ser usada como monoterapia o en combinación con emolientes y corticosteroides tópicos. Está cuestionada con el uso de inhibidores de la calcineurina, porque en sus recomendaciones se dice que debe evitarse la exposición a luces artificiales y naturales mientras se administre

la medicación. El uso de la fototerapia puede disminuir la necesidad de corticosteroides tópicos y de inmunomoduladores.

## EVENTOS ADVERSOS

En cuanto a los eventos adversos, destacan: daño actínico, eritema local, edema, prurito y sensación de quemadura. Con menor frecuencia: cáncer no melanoma, melanoma (particularmente con el uso de PUVA), lentigos, erupciones por fotosensibilidad, foliculitis, herpes simple e hipertrichosis facial. La formación de cataratas es propia de la UVA. Durante la terapia PUVA, puede presentarse cefalea, náuseas, vómito y rara vez hepatotoxicidad. El psoraleno oral también aumenta la fotosensibilidad y la sensibilidad ocular durante varias horas después de su ingestión.

## AGENTES SISTÉMICOS

Los inmunomoduladores sistémicos son una opción de tratamiento para el manejo de la enfermedad inflamatoria grave. Están indicados en pacientes niños y adultos en quienes los esquemas de tratamiento tópico o la fototerapia no lograron controlar la enfermedad y afectaron su calidad de vida. A pesar de que no existen estudios comparativos entre uno y otro, la literatura sugiere que los medicamentos sistémicos son la ciclosporina, el metotrexato, el micofenolato mofetil y la azatioprina. Otros agentes, como los inhibidores de leucotrienos y los inhibidores de la calcineurina oral tienen datos limitados. Los biológicos son medicamentos relativamente nuevos y se carece de datos para recomendarlos en DA. Aunque el tratamiento con corticosteroides sistémicos parece suprimir temporalmente la enfermedad, no está recomendado por los eventos adversos y por tener un perfil riesgo-beneficio poco favorable.

## RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO SISTÉMICO

- Los agentes inmunomoduladores sistémicos están indicados cuando la patología causa impacto social, emocional y físico.
- Todos los agentes inmunomoduladores deberían ser ajustados a la dosis mínima efectiva, tan pronto haya respuesta terapéutica.
- Hay datos insuficientes para recomendar dosis, duración de la terapia y protocolos de monitorización de la mediación sistémica inmunomoduladora.
- La ciclosporina es efectiva y está recomendada

como opción de tratamiento de la DA refractaria a terapia tópica convencional.

- La azatioprina está recomendada como agente sistémico para el tratamiento de la DA refractaria.
- El metotrexato está recomendado como agente sistémico para el tratamiento de la DA refractaria. El suplemento con folato se recomienda durante el tratamiento con este medicamento.
- Puede considerarse el uso de micofenolato mofetil como tratamiento alternativo. Es una terapia de efectividad variable en el tratamiento de la DA refractaria.
- El interferón gamma (IFN- $\gamma$ ) es variablemente efectivo y puede ser considerado como terapia alternativa de la DA refractaria en niños y adultos que no han respondido o que tienen contraindicación frente a la terapia sistémica o la fototerapia.
- Los corticosteroides sistémicos deberían evitarse, en lo posible, como tratamiento de la DA. Su uso solo debe reservarse para exacerbaciones agudas y durante un tiempo corto.

## CICLOSPORINA

Dosis: 150-300 mg/día en adultos y 3-6 mg/kg/día en población pediátrica.

## CONTROL

Mida la tensión arterial y la función renal, realice uroanálisis, perfil lipídico, hemograma, función hepática, concentración de magnesio, potasio, ácido úrico, tuberculina y prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), si está indicado. También lleve a cabo una prueba de embarazo, si está indicada. Tome la tensión arterial en cada visita. Cada 2 a 3 meses deben repetirse las pruebas analíticas. Si la dosis aumenta, solicite pruebas a las 2-4 semanas.

## METOTREXATO

Dosis en adultos: 7,5-25 mg/semana. Dosis en población pediátrica: 0,2 a 0,7 mg/kg/semana.

Se recomienda contar leucocitos y plaquetas en 5-6 días y aumentar la dosis gradualmente según los efectos terapéuticos.

Debe vigilarse la función hepática, la función renal, confirmar si hay hepatitis B, hepatitis C, prueba de tuberculina, VIH y prueba de embarazo, si es necesario. El control ulterior de la función hepática se lleva

a cabo cada 4 semanas y el de la función renal, cada 6 meses. El de la tuberculina es anual.

### AZATIOPRINA

La dosis que se recomienda en adultos y niños es de 1-3 mg/kg/día.

Las pruebas analíticas a solicitar al inicio son: hemograma completo, función renal, función hepática, hepatitis B y C y VIH, si está indicada. Prueba de embarazo, si está indicada. Pruebas de control cada 2 meses: hemograma, función renal y hepática, 2 veces al mes, durante 2 meses; luego, cada 4 meses.

### MICOFENOLATO MOFETIL

Dosis: 1,5 g, por vía oral, 2 veces al día. Dosis en niños: 1200 mg/m<sup>2</sup>/día; es decir, 30-50 mg/kg/día.

Pruebas analíticas al inicio: hemograma completo, función renal, hepática, tuberculina, VIH (con enzimoanálisis de adsorción [ELISA]), si está indicada, y prueba de embarazo. De control, se recomienda hemograma y función hepática y renal, cada 2 semanas, durante 1 mes, y luego mensual, durante 3 meses; después, cada 3 meses.

### CONTRAINDICACIONES

#### CICLOSPORINA

PUVA concomitante o UVB, antecedentes de PUVA o radiación; no administre con metotrexato, ni con alquitrán mineral, en infecciones mayores o diabetes *mellitus* pobremente controlada. Contraindicación absoluta: función renal anormal, hipertensión no controlada, malignidad y uso de vacunas vivas.

#### AZATIOPRINA

Absolutas: alergia a la azatioprina, embarazo e infección activa clínicamente. Relativas: uso concomitante de alopurinol, vacunas vivas, tratamiento previo con ciclofosfamida o clorambucilo.

#### METOTREXATO

Absolutas: embarazo, lactancia, alcoholismo, enfermedad hepática alcohólica, enfermedad hepática crónica, inmunodeficiencia, hipoplasia de médula ósea, leucopenia, trombocitopenia o anemia. Relativas: trastornos de la función renal, trastornos de la función hepática, infección activa, obesidad, diabetes *mellitus* y uso de vacunas vivas.

#### MICOFENOLATO MOFETIL

Contraindicaciones absolutas: hipersensibilidad al mi-

cofenolato, vacunas vivas y embarazo.

## CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS

Aunque los corticosteroides sistémicos son usados para el tratamiento de la DA por su mejor respuesta clínica rápida, siempre debe recordarse que su administración es durante un tiempo limitado. Hay rebote y la gravedad de la enfermedad aumenta con la discontinuación del medicamento. Por tanto, los corticosteroides sistémicos deben evitarse en niños y adultos.

Los corticosteroides más usados en DA son prednisolona y prednisona, en tabletas, y acetónido de triamcinolona, en forma inyectable. La dosis general puede ser de 0,5-1,0 mg/kg.

### EVENTOS ADVERSOS

Se destacan: hipertensión, intolerancia a la glucosa, gastritis, disminución de la densidad ósea, supresión suprarrenal y labilidad emocional. También hay disminución del crecimiento lineal. A largo plazo, los pacientes pueden necesitar profilaxis de antibiótico para infecciones oportunistas, calcio, vitamina D e inmunización respectiva.

Los corticosteroides sistémicos no están recomendados en niños, a menos que se requieran para comorbilidades tales como asma, y su administración es por un corto tiempo, mientras actúan los inmunomoduladores.

## ANTIMICROBIANOS

Por el daño de la barrera, los pacientes están predispuestos a infecciones bacterianas y virales secundarias, más comúnmente por *S. aureus* y virus del herpes simple. Aunque el *S. aureus* puede ser cultivado de la piel de población sin dermatitis en un 5 %, este microbio se cultiva en un 90 % de la piel de los pacientes adultos con DA.

Aunque no se recomienda el uso de antibióticos sistémicos en el tratamiento de la DA no infectada, pueden usarse en casos de evidencia clínica de infección bacteriana. Los antibióticos pueden administrarse con el tratamiento estándar de la DA, incluida la aplicación tópica de corticosteroides.

En cuanto a su eficacia, un análisis de Cochrane de

2010 reveló que el uso de medicación antiestafilocócica es eficaz si el paciente está infectado. El uso de antibióticos tópicos en dermatitis no infectada es controversial. El recuento de colonias disminuye en pacientes con DA tratados con antibióticos sistémicos, pero retorna a los niveles anteriores en los días cercanos a la finalización del tratamiento. Además, los antígenos del estafilococo pueden persistir durante períodos prolongados después de su erradicación y la eliminación incompleta puede aumentar la resistencia bacteriana a tratamientos anteriores susceptibles. Por tanto, se recomienda el uso juicioso de antibióticos, reservados cuando haya infección bacteriana franca. Los cultivos de piel con su respectivo antibiograma pueden ser adecuados en infecciones recurrentes que no respondan.

El tratamiento del eccema herpético con medicación antiviral (aciclovir) ha tenido un impacto significativo en el curso de esta condición grave.

## ANTI-HISTAMÍNICOS

La principal función de la histamina es la estimulación de los vasos sanguíneos y nervios, para producir vasodilatación y prurito. Los pacientes con DA reportan prurito que afecta su calidad de vida. La comezón secundaria no solamente intensifica el prurito, sino que también compromete más la barrera cutánea. Los antihistamínicos orales han sido usados en DA para mejorar la calidad de vida, pues inhiben los efectos neurológicos y vasculares. Sin embargo, no hay suficiente evidencia para recomendar su uso como parte del tratamiento de la DA. Los cursos cortos e intermitentes de antihistamínicos sedantes pueden beneficiar al paciente que padece pérdida de sueño por el prurito, aunque nunca serán sustitutos del manejo tópico de la DA. Los antihistamínicos no sedantes no están en el tratamiento rutinario de la DA, en ausencia de urticaria y de otras condiciones atópicas, como la rinoconjuntivitis.

En cuanto a la eficacia, se revisaron 16 ensayos aleatorizados, controlados, de varios tamaños de muestra. Los autores concluyeron que los antihistamínicos no sedantes son inefectivos en el tratamiento de la DA. Sin embargo, las formas sedantes pueden mejorar la calidad de vida. En ensayos de tratamiento de DA en niños de 12 a 24 meses con cetirizina *versus* placebo, durante 18 meses, no hubo diferencias estadísticas significativas en la mejoría del control de la DA, aunque hubo menos casos de urticaria durante este período.

En otro estudio que incluyó 178 adultos, se demostró que una dosis de cetirizina en 40 mg era necesaria para mejorar significativamente el eritema, la liquenificación, el compromiso del área corporal y el prurito.

Los eventos adversos incluyen sedación y síntomas anticolinérgicos (boca seca, visión borrosa y taquicardia). No se requieren pruebas analíticas. Si hay sospecha de toxicidad por un antihistamínico, debe llevarse a cabo un electrocardiograma.

## OTROS

- Terapia sistémica con vitamina D, si se demuestra que el paciente tiene deficiencia de esta.
- En cuanto a la alergia alimentaria, esta puede presentarse en niños menores de 5 años, en forma moderada a grave. Sin embargo, no se recomienda la exclusión masiva de alimentos de la dieta del niño, que ha sido reportada en las pruebas y que puede causar deficiencias nutricionales. Solo se recomiendan las pruebas de alergia en menores de 5 años con DA grave que no respondan a la terapia convencional y que se agraven con la ingesta de determinados alimentos. Recientemente, un subgrupo de niños se benefició de la introducción temprana de ciertos alimentos para evitar sus alergias, específicamente el maní.
- En relación con el omalizumab, hay datos controvertidos en estudios.

## NIVEL DE RECOMENDACIÓN Y EVIDENCIA

Humectante	A	I
Prácticas de baño	C	III
Uso limitado de limpiadores sin jabón	C	III
En contra de aditivos al baño	C	III
<b>Uso de corticosteroides tópicos</b>	A	I
-Uso proactivo de corticosteroides de mantenimiento	B	II
-Uso de ahorradores de corticosteroides	A	I
-Uso de corticosteroides tópicos en menores de 2 años	A	I
-Uso concomitante de corticosteroides tópicos e inhibidores de la calcineurina	B	II
En contra de los antihistamínicos tópicos	A	I
Baños blanqueadores más mupirocina intranasal	B	II

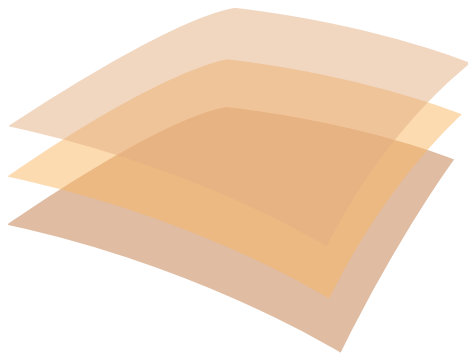
## FOTOTERAPIA Y TERAPIA SISTÉMICA

### NIVEL DE RECOMENDACIÓN Y EVIDENCIA

Fototerapia en todas las formas	B	II
Ciclosporina	B	I-II
Azatioprina	B	II
Metotrexato	B	II
Micofenolato mofetil	C	III
Interferón gamma	B	II
Corticosteroides sistémicos	B	II
<b>Antibióticos sistémicos</b>		
-Si no hay infección	B	II
-Si hay infección	A	II
<b>En contra de los antihistamínicos sistémicos</b>		
-Sedantes	C	III
-No sedantes	A	II

### BIBLIOGRAFÍA

- Eichenfield LF, Ahluwalia J, Waldman A, Borok J, Udkoff J, Boguniewicz M. Current guidelines for the evaluation and management of atopic dermatitis: A comparison of the Joint Task Force Practice Parameter and American Academy of Dermatology guidelines. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139(4S):S49-S57. doi: 10.1016/j.jaci.2017.01.009.
- Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, Paller AS, Schwarzenberger K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(1):116-32. doi: 10.1016/j.jaad.2014.03.023.
- Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, Berger TG, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(2):327-49.



**AsoColDerma**®  
Asociación Colombiana de Dermatología  
y Cirugía Dermatológica



**Por el reconocimiento y proyección de la Dermatología**  
Junta Directiva 2016 - 2018

**Presidente Nacional**

Natalia Hernández

**Vicepresidente**

Juan Esteban Arroyave

**Presidente Honorario**

Juan Guillermo Chalela

**Presidente del Congreso**

Evelyne Halpert

**Secretaria General**

Claudia Marcela Arenas

**Tesorera**

Mónica Helena Rivera

**Vocales Principales**

Carolina Ivette Cortés

Claudia Juliana Díaz

Esperanza Meléndez

**Vocales Suplentes**

Julia Inés Mesa

Adriana Motta

Martha Susana Ramírez

**Fiscal Honorario**

Adriana Arrunátegui

INFORMACIÓN GENERAL: La Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica no asume ninguna responsabilidad por cualquier daño o injuria a personas u objetos resultantes de la utilización o aplicación de cualquier producto, procedimiento, cirugías, instrucciones o ideas contenidos en el material publicado en esta guía. Ningún procedimiento, prueba o terapia debe ser llevado a cabo a menos que a juicio del lector se justifique el riesgo. Debido a los constantes cambios y adelantos en la ciencia médica, se recomienda que se haga una verificación independiente de diagnósticos y

dosificaciones de medicamentos. Los productos mencionados y sus dosis no son responsabilidad de los autores.

Aunque todo el material publicitario se espera que esté conforme con la ética médica y los estándares actuales, su inclusión en esta publicación no es una garantía o apoyo de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica o de los editores, a la calidad de cualquier producto anunciado.

**Diseño y diagramación:** Juan Camilo Gómez y Manuel Galindo

**Corrección de estilo:** Andrés Mantilla Meluk