

Dermatitis atópica del adulto



Elena González-Guerra
Profesora asociada
de Dermatología.
Facultad de Medicina.
Universidad Complutense
de Madrid.
Médico adjunto.
Servicio de Dermatología.
Hospital Clínico
San Carlos. Madrid.
Directora del Máster
en Dermofarmacia
y Formulación
Cosmética.
Universidad Internacional
de La Rioja (UNIR).

Mi paciente es una mujer adulta de 39 años de edad. Empiezo con esta aclaración porque lo frecuente es que los pacientes que acuden con un brote de dermatitis atópica sean niños o jóvenes, dada la propensión de la enfermedad a mejorar con el paso de los años. Pero esta mujer llevaba toda una vida soportando brote tras brote de lesiones y prurito sin conseguir verse con la piel intacta más que de manera ocasional.

Todo empezó cuando tenía 2 años, momento en el que fue diagnosticada. Desde entonces, además de los brotes de eccema en distintas localizaciones, había aumentado el grosor de su historia clínica con un queratocoma bilateral asociado al frotamiento ocular¹, y un síndrome de ojo seco en tratamiento con ciclosporina tópica en colirio. Desde los 20 años de edad, había realizado tratamientos con PUVA (psoralenos y ultravioleta A) durante tiempo prolongado, ciclosporina y prednisona oral, tratamientos tópicos —glucocorticoides, tacrólimus, emolientes, curas húmedas— y ustekinumab, como tratamiento por uso compasivo. Con todo mejoraba inicialmente, para recaer con facilidad. En los últimos cinco años, se ha mantenido en brote constante.

Mi paciente acudía a mí, enésimo especialista en su peregrinar, buscando una solución definitiva, una cura total, un milagro..., que yo no le podría ofrecer. Es comprensible que se encontrase afectada psicológica-

mente, ya que no podía hacer vida normal, ni vestirse a su gusto, ni acudir a eventos sociales, ni ser capaz de hacer ejercicio en la piscina o en el gimnasio. Su familia sufría sus condicionamientos y sus tendencias depresivas, sobre todo, por el picor constante, y temía «que la dejarasen de querer».

Pasé a la exploración para ver su situación clínica actual, que era de intensa afectación: presentaba eccema subagudo en los huecos poplíteos y las flexuras de los codos, una de las localizaciones de elección (fig. 1); eccema en prácticamente toda la espalda, el pecho y el abdomen (fig. 2), y en el cuello y la nuca (fig. 3). Además, tenía afectación de los párpados y queilitis. Se podían ver las huellas de cierta atrofia por corticoides tópicos en algunas zonas. Refería intenso prurito generalizado y un deterioro llamativo de la calidad de vida.

Recogidos todos estos datos en números, encontramos las cifras basales que se pueden ver en la tabla 1.

Así pues, con el diagnóstico de dermatitis atópica del adulto grave (índice de intensidad y gravedad del eccema o EASI [Eczema Area and Severity Index] mayor de 21, y escala de evaluación global del médico o investigador o PGA/IGA [Physician's Global Assessment/Investigator's Global Assessment] mayor de 3) refractoria a la medicación tópica y con experiencia previa con ciclosporina,



Figura 1. Eccema subagudo en los huecos poplíteos y las flexuras de los codos.

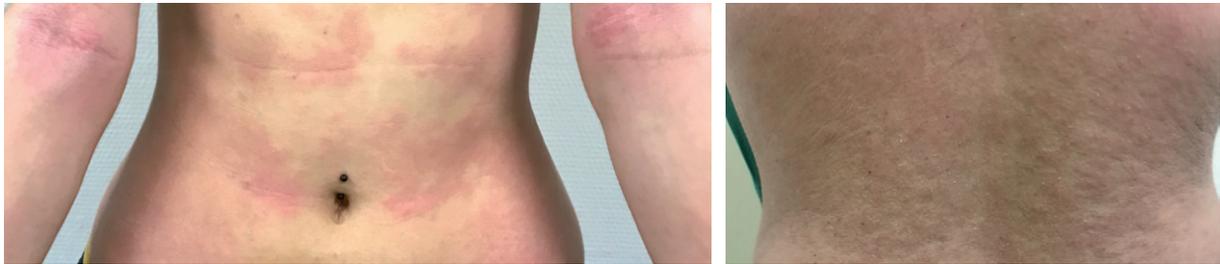


Figura 2. Intensa afectación eczematososa en la espalda, el pecho y el abdomen.



Figura 3. Eccema en el cuello y la nuca.

con una analítica normal, y prueba de Mantoux y serologías negativas, nos encontramos en disposición de utilizar un tratamiento biológico autorizado, como es el dupilumab².

Iniciamos la terapia con dosis de 300 mg + 300 mg, administrando a continuación 300 mg

cada 14 días. La evolución fue favorable, encontrando mejoría ya en la primera semana, y obteniendo en la semana 16 una mejora en las puntuaciones, que se puede ver en la tabla 2. Pese a la afectación ocular, no hubo ningún efecto secundario, mejorando también los párpados, zona con-

Tabla 1. Evaluación clínica de la paciente: situación basal

Signos clínicos	
EASI	27/72
IGA	3/4
BSA %	40/100
Síntomas	
PRURITO NRS	8/10
Calidad de vida	
SCORAD	67,5/103
DLQI	20/30

BSA: Body Surface Area (porcentaje de área afectada).
 DLQI: Dermatology Life Quality Index (escala de calidad de vida dermatológica).
 EASI: Eczema Area and Severity Index (índice de intensidad y gravedad del eccema).
 IGA: Investigator's Global Assessment Scale (escala de evaluación global del investigador).
 NRS: Numerical Rating Scale (intensidad del prurito de 0 —ausencia— a 10 —máxima—).
 SCORAD: Severity Scoring of Atopic Dermatitis (puntuación de la gravedad y extensión de las lesiones).

Tabla 2. Evaluación clínica de la paciente: semana 16

Signos clínicos	
EASI	0,20/72
IGA	1/4
BSA %	5/100
Síntomas	
PRURITO NRS	2/10
Calidad de vida	
SCORAD	12,9/103
DLQI	4/30

BSA: Body Surface Area (porcentaje de área afectada).
 DLQI: Dermatology Life Quality Index (escala de calidad de vida dermatológica).
 EASI: Eczema Area and Severity Index (índice de intensidad y gravedad del eccema).
 IGA: Investigator's Global Assessment Scale (escala de evaluación global del investigador).
 NRS: Numerical Rating Scale (intensidad del prurito de 0 —ausencia— a 10 —máxima—).
 SCORAD: Severity Scoring of Atopic Dermatitis (puntuación de la gravedad y extensión de las lesiones).

flictiva en este tratamiento. En la evolución y mantenimiento, ha desempeñado un importante papel el tratamiento tópico con cremas emolientes e hidratantes. El mejor estado de la piel, restaurando la barrera cutánea, favorece los buenos resultados sin ninguna duda.

La dermatitis atópica, enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de etiología multifactorial, que combina lesiones eccematosas con una distribución característica, piel seca e intenso prurito y que, normalmente, incide en personas con una historia personal o familiar de otras características de atopia, suele debutar en el 90 % de los casos en la infancia, y tiende a mejorar con la edad. No obstante, en el 10 % de los pacientes persiste después de los 18 años con brotes intensos, y un 20 % mantiene algún signo en la vida adulta. Aunque es menos frecuente, del 1 al 3 % de los casos totales de dermatitis atópica aparecen por primera vez en la edad adulta³. En España, la prevalencia de la dermatitis atópica grave en adultos es del 0,08 %⁴.

Precisamente en los adultos, cobran especial importancia los factores de riesgo asociados, como las enfermedades neuropsiquiátricas⁵ —déficit de atención, depresión, alteraciones del sueño, crisis de ansiedad—, la obesidad y el sobrepeso, la hipertensión arterial, la disminución de la actividad física, y una mayor exposición al humo de tabaco, activa y pasiva⁶.

El tratamiento es un reto siempre, y mayor en los pacientes adultos y graves, como en nuestro caso. La valoración detenida de todos los factores que influyen en la enfermedad, y en los que la enfermedad influye como los factores psicológicos, determinará cómo actuar para mejorar la calidad de vida, finalidad primordial del conjunto de decisiones terapéuticas^{7,8}.

En la última revisión, mi paciente dijo: «Mi vida ha cambiado a mejor. Aunque sigo teniendo la enfermedad, no está presente en mi día a día. Muchas gracias».

Creo que, con esto, el objetivo estaba cumplido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reinoso Montalvo CJ, Gimeno Carrero M. Manifestaciones oculares de la dermatitis atópica. *Más Dermatol.* 2020;32:25-9.
2. Beck LA, Thaçi D, Deleuran M, de Bruin-Weller M, Chen Z, Khokhar FA, et al. Laboratory safety of dupilumab for up to 3 years in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: results from an open-label extension study. *J Dermatolog Treat.* 2021:1-9.
3. Zeppa L, Bellini V, Lisi P. Atopic dermatitis in adults. *Dermatitis.* 2011;22(1):40-6.
4. Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R, Armario-Hita JC. Severe atopic dermatitis in Spain: a real-life observational study. *Ther Clin Risk Manag.* 2019;15:1393-401.
5. Kwatra SG, Gruben D, Fung S, DiBonaventura M. Psychosocial comorbidities and health status among adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a 2017 US National Health and Wellness Survey analysis. *Adv Ther.* 2021;38(3):1627-37.
6. Silverberg JJ, Song J, Pinto D, Yu SH, Gilbert AL, Dunlop DD, et al. Atopic dermatitis is associated with less physical activity in US adults. *J Invest Dermatol.* 2016;136(8):1714-6.
7. Tang E, Maqbool T, Lam M, Adam GP, Tadrous M, Rochon PA, et al. Safety of systemic medications among older adults with psoriasis and atopic dermatitis: a systematic review of observational studies. *J Cutan Med Surg.* 2021;1203475421993770.
8. González-Guerra E, Guerra-Tapia A. Dermatitis atópica. En: *La piel en situaciones especiales.* Madrid: Editorial Universidad Internacional de La Rioja (UNIR); 2017. p. 10-24.