



Preguntas frecuentes

Dermatitis atópica

para
MÉDICOS

ÍNDICE

1. ¿Cuál es la prevalencia de la dermatitis atópica en el adulto?.....	5
2. ¿Cómo evoluciona la dermatitis atópica a lo largo de la vida?.....	6
3. ¿Cómo se diferencia la dermatitis atópica en adultos de la forma pediátrica?	7
4. ¿Cuáles son los signos y síntomas más frecuentes de la dermatitis atópica en adultos?	9
5. ¿Cuáles son las formas clínicas más frecuentes en los adultos?.....	10
6. ¿Cómo se realiza el diagnóstico clínico de la dermatitis atópica en los adultos?	12
7. ¿Qué pruebas complementarias pueden ser útiles en el diagnóstico de la dermatitis atópica en los adultos?	13
8. ¿Qué diagnósticos diferenciales deben considerarse en un paciente adulto con dermatitis atópica?	15
9. ¿Qué comorbilidades se asocian con la dermatitis atópica en los adultos?.....	17

10. ¿Cómo repercute la dermatitis atópica en la calidad de vida de los adultos?	19
11. ¿Cómo se evalúa la gravedad de la dermatitis atópica en los adultos?.....	20
12. ¿Qué biomarcadores pueden ser útiles para el diagnóstico y seguimiento de la dermatitis atópica?	21
13. ¿Cuál es el enfoque general del tratamiento de la dermatitis atópica en los adultos?	23
14. ¿Qué tratamientos sistémicos se utilizan en adultos con dermatitis atópica?	24
15. ¿Se recomiendan los antihistamínicos para tratar la dermatitis atópica?	24
16. ¿Qué papel tienen las interleucinas IL-4 e IL-13 en la fisiopatología de la dermatitis atópica?	25
17. ¿Qué consideraciones hay que tener en cuenta antes de iniciar un biológico?.....	26
18. ¿Qué tratamientos biológicos están disponibles para la dermatitis atópica en adultos y cuál es su diana terapéutica?.....	26
19. ¿Qué estrategia es preferible al mantener los corticoides tópicos tras lograr la mejoría de las lesiones: reducir la frecuencia de aplicación o bajar la potencia del corticoide?	27
20. ¿Es eficaz la terapia proactiva para mantener la remisión en pacientes con dermatitis atópica que sufren recaídas frecuentes?	28

21. ¿Se recomienda el uso de fotoprotectores para prevenir la reanudación de la dermatitis atópica?	28
22. ¿Qué recomendaciones deben seguirse sobre el uso de jabones y productos de limpieza en la dermatitis atópica?	29
23. ¿Se recomiendan los baños con lejía en la dermatitis atópica?	30
24. ¿Pueden los probióticos o prebióticos mejorar los síntomas de la dermatitis atópica?	30
25. ¿Qué consideraciones especiales deben tenerse en cuenta en mujeres adultas embarazadas o lactantes con dermatitis atópica? ...	31
26. ¿Cómo tratar la dermatitis atópica en pacientes de 65 o más años? ..	32
27. ¿Qué papel podría tener la inteligencia artificial en el manejo de la dermatitis atópica?	33
28. Referencias	34

1. ¿Cuál es la prevalencia de la dermatitis atópica en el adulto?

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad frecuente tanto en la infancia como en la edad adulta. A nivel mundial, se estima que afecta hasta al 20 % de los niños y hasta al 10 % de los adultos^{1,2}. En Europa, la prevalencia anual de DA en los adultos se sitúa en torno al 4,4 %³.

En España, afecta al 15,5 % de los niños y el 7,2 % en adultos⁴, de forma desigual según el sexo: el 9,3 % de las mujeres adultas presentó DA, frente al 5,1 % de los hombres³.

2. ¿Cómo evoluciona la dermatitis atópica a lo largo de la vida?

La DA, también conocida como eccema atópico, es una enfermedad inflamatoria crónica frecuente cuyo inicio suele producirse en la infancia temprana⁵.

Aunque la DA puede aparecer en cualquier momento de la vida de una persona, se cree que alrededor del 60 % de los casos se presentan durante el primer año, y entre el 60 % y el 74 % de los casos en niños se resuelven antes de los 16 años, mientras que el resto persiste hasta la edad adulta⁵.

Entre el 9 % y el 47 % de los casos de DA aparecen de novo en adultos (≥ 18 años), aunque la proporción más ampliamente aceptada es del 9 % al 24,5 %⁵.



3. ¿Cómo se diferencia la dermatitis atópica en adultos de la forma pediátrica?

Existe un amplio espectro de posibles manifestaciones clínicas, dependiendo de la edad del paciente, la edad de aparición de la enfermedad, la topografía y la morfología de la dermatitis³ (figura 1).

En los **lactantes (0-2 años)**, las lesiones eccematosas suelen afectar al cuero cabelludo, las mejillas, el cuello y las partes extensoras de las extremidades, con papulo-vesículas edematosas, supuración y formación de costras³.

En la **infancia (2-12 años)**, las lesiones eccematosas suelen afectar a la fosa poplíteica y antecubital, las manos y los pies, con pápulas y vesículas edematosas, supuración, formación de costras y liquenificación³.

En la **adolescencia y edad adulta (12-60 años)**, las lesiones eccematosas afectan principalmente a la cabeza, el cuello y las zonas flexoras, con xerosis, liquenificación y despigmentación. En las mujeres, también afectan areolares. Puede afectarse también la zona periorbitaria, sobre todo en las mujeres³.

En los **adultos mayores (>60 años)**, son características las lesiones eccematosas extensas, incluidas las zonas flexurales, que pueden tener aspecto eritrodérmico³.

Figura 1. Dermatitis atópica en la lactancia, infancia y edad adulta

Lactancia



Infancia



Edad adulta



4. ¿Cuáles son los signos y síntomas más frecuentes de la dermatitis atópica en adultos?

La prevalencia global de los síntomas en esta población varía entre el 1,2 % y el 9,7 %, según una revisión sistemática⁶.

El **prurito** es el síntoma más frecuente y característico^{7,8}:

- El 87 % de los pacientes lo reporta como el síntoma inicial.
- Además, 1 de cada 2 pacientes lo identifica como el síntoma más molesto.
- El insomnio y la ansiedad derivados del picor excesivo son los primeros pasos hacia posteriores cargas sociales y psicológicas.

Otros síntomas relevantes incluyen⁸:

- Sequedad cutánea (xerosis) y descamación.
- Eritema y signos de inflamación cutánea.
- Aproximadamente 1 de cada 10 adultos informó que el dolor cutáneo y los trastornos del sueño eran sus segundos síntomas más molestos.

5. ¿Cuáles son las formas clínicas más frecuentes en los adultos?

En la edad adulta, la DA puede adoptar formas clínicas muy variadas, a menudo menos típicas que en la infancia, lo que complica su diagnóstico. Es frecuente que los pacientes adultos presenten un curso crónico, con lesiones liquenificadas y pruriginosas, en ocasiones con escasa respuesta a los tratamientos tópicos convencionales⁵.

Las formas clínicas más habituales en los adultos incluyen⁵:

- **Dermatitis flexural liquenificada/exudativa**, casi siempre asociada con **eccema de cabeza y cuello** y/o **eccema de manos**.
- **Eccema de cabeza y cuello**.
- **Dermatitis de tipo seborreica**.
- **Portrait dermatitis**, sobre todo en adolescentes.
- **Eccema de manos**, de diversas formas (figura 2):
 - **Eccema crónico de las manos**.
 - **Eccema seco de los pulpejos**.
 - **Eccema dishidrótico de las manos**.

Figura 2. Eccema de manos



- **Eccema generalizado**, con patrón inflamatorio o liquenoide.
- **Prurigo**, localizado (cuello, hombros, brazos) o generalizado.
- **Eccema numular** (figura 3).
- **Eritrodermia**.
- **Dermatitis psoriasiforme**, en casos de solapamiento clínico.
- **Múltiples lesiones de liquen simple crónico**.

Figura 3. Eccema numular



Imagen: [Wikipedia](#) (autor: Ifnord)

6. ¿Cómo se realiza el diagnóstico clínico de la dermatitis atópica en los adultos?

El diagnóstico se basa generalmente en las características clínicas y los signos asociados, así como en la morfología y el patrón de las lesiones cutáneas⁵.

Se debe valorar la morfología y distribución típica de las lesiones en los adultos (cuello, cabeza, manos, superficies flexoras), así como la presencia de lesiones de prurigo y liquenificación generalizada⁵.

Algunas formas de DA son más específicas en adultos, como la dermatitis de cabeza y cuello, el eccema de manos, las áreas múltiples de liquenificación o las lesiones de prurigo. En estas situaciones, la DA de inicio en la edad adulta es un diagnóstico de exclusión y suele dar lugar a pruebas adicionales para descartar otras enfermedades, que pueden ser menos comunes que la DA⁵.

El diagnóstico de la DA se basa en los hallazgos clínicos y en el historial médico personal y familiar. En caso de duda, se pueden aplicar criterios o pruebas diagnósticas adicionales⁵.

7. ¿Qué pruebas complementarias pueden ser útiles en el diagnóstico de la dermatitis atópica en los adultos?

En determinados casos clínicos, pueden indicarse las pruebas de la tabla 1.

Tabla 1. Pruebas diagnósticas en la dermatitis atópica

Prueba	Indicación
Pruebas epicutáneas (prueba del parche)	• DA de inicio en la edad adulta. • Eccema crónico o en las manos o formas refractarias al tratamiento. • Lesiones con distribución atípica o cambiante. • Sospecha de dermatitis alérgica de contacto. • Antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor (si es posible).
Pruebas de punción (<i>prick test</i>)	• Historia de reacción alérgica inmediata tras la exposición a alérgenos. • Patrón aéreo de dermatitis. • DA generalizada en paciente con sensibilización a pólenes. • Sospecha de dermatitis por contacto a proteínas (<i>prick-prick test</i> en pacientes con eccema crónico de manos y prurito).

Prueba	Indicación
Biopsia cutánea	• Casos crónicos refractarios al tratamiento. • Variante morfológica del prurigo. • Eritrodermia. • Para descartar otras patologías, como psoriasis, reacciones medicamentosas, dermatitis herpetiforme o linfomas cutáneos.
Análisis de sangre	• IgE total, eosinofilia. • Lactato deshidrogenasa (LDH) o anticuerpos antitransglutaminasa.

Fuente: Silvestre Salvador et al.⁵



8. ¿Qué diagnósticos diferenciales deben considerarse en un paciente adulto con dermatitis atópica?

Los principales diagnósticos diferenciales de la DA en los adultos incluyen los descritos en la tabla 2.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la dermatitis atópica

Escabiosis



Aparición aguda; antecedentes de erupción cutánea con prurito en contactos cercanos; surcos cutáneos⁹.

Psoriasis



Placas bien delimitadas; eritema generalmente de color rojo oscuro; escamas plateadas⁹.

**Reacción adversa
cutánea a
fármacos**



Normalmente respeta las zonas flexurales; toma de bloqueadores de los canales de calcio u otros antihipertensivos⁹.

**Linfoma cutáneo
de células T
(micosis fungoide
en fase precoz)**



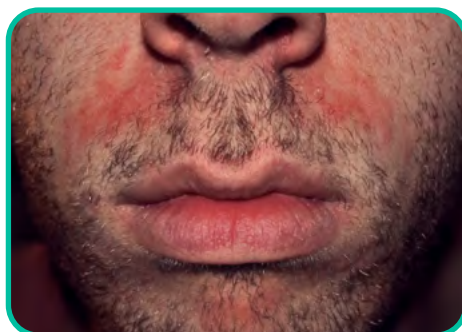
Lesiones ovales, de aspecto «manchado» o ulceradas, a menudo refractarias al tratamiento tópico.

**Eccema de
contacto (alérgico
o irritativo)**



Distribución localizada o atípica de las lesiones; a menudo refractarias al tratamiento tópico; las lesiones empeoran con la aplicación de ciertas exposiciones personales⁹.

**Dermatitis
seborreica**



La presencia de manchas cutáneas eritematosas de color rojo salmón con escamas grasosas, afectación del cuero cabelludo y prurito leve o ausente respaldan el diagnóstico de dermatitis seborreica¹⁰.

Fuentes: Silverberg⁹ y Silverberg¹⁰

Imágenes: [Wikipedia](#) (autor: Sven Teschke); [Wikipedia](#) (autor: Roymishali); [Wikipedia](#) (autor: Bobjgalindo)

9. ¿Qué comorbilidades se asocian con la dermatitis atópica en los adultos?

La DA se asocia con una carga considerable para el paciente y numerosas comorbilidades atópicas —como asma, fiebre del heno, alergia alimentaria y esofagitis eosinofílica—, así como comorbilidades no atópicas — como dermatitis alérgica de contacto, ansiedad, depresión, tendencias suicidas, infecciones y enfermedades cardiovasculares—⁸.

Son frecuentes las siguientes **comorbilidades atópicas**:

- Rinitis alérgica (40,5 %), asma bronquial (25,7 %) o la combinación de ambas (14,2 %)¹¹.
- Sensibilidad (28,6 %) o alergia alimentaria confirmada (24,1 %)¹¹.
- Esofagitis eosinofílica⁸.

Entre las **comorbilidades no atópicas** más relevantes se encuentran:

- Mayor susceptibilidad a infecciones, tanto cutáneas como no cutáneas⁸.
- Aumento del riesgo cardiovascular: la DA grave se ha asociado con un incremento del 20 % del riesgo de accidente cerebrovascular y más de un 40 % del riesgo de infarto, angina inestable, fibrilación auricular y muerte por causas cardiovasculares. Además, hay mayor prevalencia de factores de riesgo como hipertensión, dislipemia y diabetes¹⁴.
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, especialmente en pacientes con DA moderada o grave¹².

- Mayor riesgo de alopecia *areata*, vitíligo, eccema de contacto y comorbilidades oculares, como blefaritis y conjuntivitis¹³.
- Trastornos psiquiátricos: la DA se asocia con síntomas de ansiedad y depresión, las cuales se relacionan con la gravedad de los síntomas y signos de la DA⁸.
- Algunos estudios pequeños han mostrado un aumento de las migrañas en el contexto de las enfermedades atópicas. Asimismo, los casos de migraña tienen mayor riesgo de DA¹².



10. ¿Cómo repercute la dermatitis atópica en la calidad de vida de los adultos?

La DA afecta a todos los aspectos de la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes⁸.

Repercusiones físicas

El prurito crónico es el síntoma más frecuente y limitante y lleva al rascado persistente, lo que deteriora aún más la barrera cutánea, aumenta el riesgo de infecciones secundarias y puede provocar dolor cutáneo^{7,11}.

La alteración del sueño es también muy común y podría estar relacionada con el prurito, la inflamación y el grado de atopia del paciente⁸.

Las comorbilidades atópicas agravan el cuadro: por ejemplo, la rinitis alérgica puede generar edema palpebral, madarosis y ojeras por rascado crónico⁸.

Repercusiones psicológicas, emocionales y sociales

La DA afecta todos los aspectos del bienestar emocional del paciente⁸. Entre el 17 % y el 31 % de los adultos con DA leve y grave, respectivamente, presentan trastornos emocionales o mentales⁴.

El prurito, las alteraciones del sueño, el estigma, el aislamiento social, la neuroinflamación y la mala calidad de vida contribuyen al aumento del riesgo de ansiedad, depresión y conductas suicidas⁸.

Repercusiones laborales

En un estudio realizado en nueve países europeos con pacientes con DA moderada a grave, el 57 % refirió haberse ausentado al menos un día del trabajo en el último año debido a la enfermedad¹³.

11. ¿Cómo se evalúa la gravedad de la dermatitis atópica en los adultos?

En la práctica clínica, existen diferentes herramientas para evaluar la gravedad global de la DA, lo cual es importante para seleccionar el tratamiento más adecuado para cada paciente. Las más utilizadas son las siguientes:

SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis, [calculadora SCORAD](#))

Es una herramienta utilizada para evaluar la gravedad clínica de la DA. Considera tanto la extensión de las lesiones (dividiendo el cuerpo en cuatro segmentos: cabeza y cuello, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores) como su intensidad (valorando los siguientes signos: eritema, edema, excoriaciones, costras, liquenificación y sequedad cutánea). Además, incorpora la evaluación de síntomas subjetivos relevantes, esto es, el prurito y las alteraciones del sueño asociadas a la enfermedad¹⁴.

EASI (Eczema Area and Severity Index, [calculadora EASI](#))

Se centra en los signos clave de inflamación aguda y crónica. Evalúa la gravedad de la DA en función de cuatro signos clínicos (eritema, induración/pápulas, excoriaciones y liquenificación) en cuatro regiones corporales. No incluye síntomas subjetivos. Ofrece una puntuación objetiva y reproducible, útil especialmente en ensayos clínicos y seguimiento del tratamiento¹⁵.

12. ¿Qué biomarcadores pueden ser útiles para el diagnóstico y seguimiento de la dermatitis atópica?

La tabla 3 muestra algunos biomarcadores útiles en la dermatitis atópica.

Tabla 3. Biomarcadores para el diagnóstico de la dermatitis atópica y la progresión de la enfermedad

Biomarcador	Mecanismo por el que aumenta	Nivel de referencia (límite superior)	Implicación clínica
IgE total en suero	Excesiva actividad de Th2 (nivel elevado de IL-4).	No se ha establecido un nivel definitivo. En DA suele observarse un nivel alto (≥ 500 IU/ml).	Indica diátesis alérgica y refleja la progresión de la DA durante un curso clínico prolongado.
IgE específica	Anticuerpo frente a un alérgeno específico.	Si se detecta un alérgeno, significa que este es responsable de la sensibilización.	La sensibilización no siempre se relaciona con las causas. Es necesaria una anamnesis detallada para identificar el alérgeno causal.
Eosinófilos periféricos	Aumento mediado por IL-5.	No hay un nivel de referencia definitivo disponible, y el nivel de corte utilizado en los estudios clínicos varía (por ejemplo, $>300/\text{mm}^3$).	Refleja progresión de la enfermedad.

LDH en suero	Se aísla a través del daño celular. Es liberada por las células de la piel en pacientes con DA.	Adultos: <250 IU/l.	Refleja la progresión clínica de la DA.
TARC en suero	Quimiocina producida por los queratinocitos, induce la migración de Th2.	Adultos: <450 pg/ml.	Refleja progresión de la DA más que el recuento de eosinófilos o la LDH.
SCCA2 en suero	Producido por células epiteliales activadas por citocinas Th2.	<1,6 ng/ml.	Refleja estrechamente la progresión de la DA.

Fuente: Saeki et al.¹⁹



13. ¿Cuál es el enfoque general del tratamiento de la dermatitis atópica en los adultos?

El objetivo del tratamiento es alcanzar y mantener un estado en el que los síntomas estén ausentes o sean leves, sin alterar las actividades diarias y sin necesidad de medicación. Incluso cuando no se alcanza este nivel, el objetivo es mantener un estado en el que los síntomas sean leves, sin exacerbaciones rápidas que afecten a las actividades diarias. El tratamiento debe adaptarse a la gravedad y localización de las lesiones¹⁹.

En todos los casos se recomienda:

- **Cuidado básico de la piel** (baño y emolientes)¹⁷.

En casos **leves a moderados**¹⁷:

- **Tratamiento tópico antiinflamatorio**: corticoesteroides, tacrolimus.

En formas **moderadas o graves** que no responden al tratamiento tópico, se consideran^{16,17}:

- **Fototerapia**.
- **Tratamientos sistémicos**: ciclosporina oral, biológicos o inhibidores de la janus cinasa (JAK).

14. ¿Qué tratamientos sistémicos se utilizan en adultos con dermatitis atópica?

- **Inmunosupresores:** ciclosporina A¹⁶.
- **Corticoides orales:** se han utilizado para inducir la remisión de exacerbaciones agudas o afectación grave o muy grave¹⁸.
- **Inhibidores de la JAK:** abrocitinib, baricitinib y upadacitinib¹⁷.
- **Biológicos:** dupilumab (anti IL-4/IL-13), lebrikizumab (anti IL-13) y tralokinumab (anti IL-13)¹⁹.

15. ¿Se recomiendan los antihistamínicos para tratar la dermatitis atópica?

El papel de los antihistamínicos no ha sido suficientemente establecido en las guías de Europa o Estados Unidos. Sin embargo, estudios sobre **antihistamínicos no sedantes de segunda generación** realizados en Japón sugirieron que estos fármacos reducían el prurito y que su combinación con la terapia proactiva tópica prolongaba el intervalo hasta el brote inicial. Pueden utilizarse de forma segura durante un periodo prolongado y alivian los síntomas de la rinitis alérgica o la conjuntivitis, la urticaria y la dermatografía; por lo tanto, pueden utilizarse como un complemento del tratamiento antiinflamatorio tópico¹⁶.

Los **antihistamínicos sedantes de primera generación** pueden ser beneficiosos para los pacientes con trastornos del sueño debido al picor, aunque no se han determinado las dosis óptimas ni la duración del tratamiento¹⁹.

16. ¿Qué papel tienen las interleucinas IL-4 e IL-13 en la fisiopatología de la dermatitis atópica?

La DA está mediada principalmente por inflamación de tipo 2, en la que intervienen la IL-4 y la IL-13²³:

- **IL-4**: participa sobre todo en procesos inmunitarios centrales, como la regulación de la inmunidad humoral (incluido el cambio hacia IgE).
- **IL-13**: tiene un papel principal a nivel tisular, promoviendo la inflamación cutánea. Esta hipótesis se ve respaldada por datos que muestran una mayor expresión de IL-13 en comparación con IL-4 en la piel lesionada por la DA. Además, la expresión de IL-13 se correlaciona directamente con la gravedad clínica.

Se sabe que tanto la IL-4 como la IL-13 interactúan con el IL-4R α , lo que sugiere un posible mecanismo de redundancia destinado a garantizar la defensa inmunitaria. La IL-4 puede unirse al receptor de tipo I, formado por IL-4R α y la subunidad γ_c , mientras que tanto la IL-4 como la IL-13 pueden unirse al receptor de tipo II, formado por IL-4R α e IL-13R α 1. Además, la IL-13 puede unirse a IL-13R α 2, un receptor señuelo que se sabe que contribuye a la internalización de la IL-13²⁰.

17. ¿Qué consideraciones hay que tener en cuenta antes de iniciar un biológico?

Requisitos para iniciar el tratamiento²¹:

- Descartar embarazo, infección (incluida tuberculosis), cáncer, insuficiencia cardíaca, citopenias, enfermedad desmielinizante u otra comorbilidad relevante.
- Realizar las siguientes pruebas de laboratorio: hemograma completo, perfil hepático, función renal, análisis de orina, marcadores de hepatitis B y C, radiografía de tórax, PPD.
- Vacunación según las recomendaciones establecidas.

18. ¿Qué tratamientos biológicos están disponibles para la dermatitis atópica en adultos y cuál es su diana terapéutica?

Los medicamentos biológicos comercializados para tratar la DA son los siguientes²²:

- **Dupilumab**: anticuerpo anti-IL-4R α (bloquea las vías IL-4 e IL-13).
- **Tralokinumab**: anticuerpo anti-IL-13.
- **Lebrikizumab**: anticuerpo anti-IL-13 (se une a un epítipo diferente que tralokinumab).

19. ¿Qué estrategia es preferible al mantener los corticoides tópicos tras lograr la mejoría de las lesiones: reducir la frecuencia de aplicación o bajar la potencia del corticoide?

En pacientes con **DA leve**, la aplicación de corticoides tópicos debe interrumpirse una vez que se haya conseguido una mejora adecuada¹⁹.

Por el contrario, la aplicación continua de corticoides tópicos es una opción para algunos pacientes con **DA de moderada a grave** que pueden presentar recaídas repetidas¹⁹. Cuando se continúa con la aplicación, se debe elegir una de las dos opciones siguientes: reducir la frecuencia de aplicación semanal o utilizar un corticoide de menor potencia, una vez que se haya logrado una mejora adecuada, para evitar los efectos secundarios del corticoide¹⁶.

Basándose en la evidencia disponible, es preferible reducir la frecuencia de aplicación del corticoide tópico potente (grupo 3) si se va a continuar con su uso y combinar con un hidratante¹⁶.

Esta estrategia intermitente (2-3 veces por semana) ha demostrado eficacia para prevenir recaídas sin incrementar significativamente los efectos adversos¹⁶.

20. ¿Es eficaz la terapia proactiva para mantener la remisión en pacientes con dermatitis atópica que sufren recaídas frecuentes?

Sí, la terapia proactiva es eficaz y relativamente segura para prevenir recaídas en la dermatitis atópica moderada o grave. Consiste en la aplicación pautada y prolongada de tratamiento antiinflamatorio dos veces por semana en zonas previamente afectadas, combinada con el uso diario y libre de emolientes en todo el cuerpo. Además, incluye un calendario predefinido de visitas clínicas para seguimiento²³.

Se inicia tras controlar el brote agudo y su duración se ajusta según la gravedad y persistencia de la enfermedad²³.

21. ¿Se recomienda el uso de fotoprotectores para prevenir la reagudización de la dermatitis atópica?

Sí, ya que la exposición excesiva al sol puede actuar como factor agravante de la dermatitis atópica¹⁶.

Se recomienda utilizar fotoprotectores, preferentemente sin agentes químicos absorbentes de UV (productos físicos con agentes dispersantes de UV), especialmente en exposiciones prolongadas al sol. Además, es aconsejable tomar precauciones adicionales, como usar gorra e ir por la sombra lo máximo posible cuando se sale en horas de máxima intensidad de luz ultravioleta. Sin embargo, los fotoprotectores no deben aplicarse sobre lesiones exudativas ni heridas abiertas¹⁶.

22. ¿Qué recomendaciones deben seguirse sobre el uso de jabones y productos de limpieza en la dermatitis atópica?

La mayoría de los expertos recomiendan un baño hidratante con limpiadores suaves o sin jabón, seguido de la aplicación inmediata de un emoliente para evitar la sequedad de la piel, pero otros recomiendan una ducha de corta duración¹⁹. Ducharse es útil para reducir los síntomas de la DA¹⁶.

En pacientes con infección cutánea por *Staphylococcus aureus*, es necesario bañarse o ducharse a diario¹⁹.

Pueden usarse limpiadores con o sin antisépticos, en fórmulas no irritantes e hipoalergénicas, disponibles en diferentes formas galénicas (*syndet*, soluciones acuosas). El pH debe estar en el rango fisiológico de la piel, entre 5 y 6, aunque, si es posible, productos con un pH más bajo son generalmente beneficiosos para la barrera cutánea²⁴.

Independientemente de la preferencia por el baño o la ducha y la frecuencia, es fundamental aplicar emolientes inmediatamente después de salir del baño o la ducha¹⁹.

La European Task Force Atopic Dermatitis (ETFAD) recomienda el baño o ducha habitual con agua templada, pero no caliente, de 2 a 7 veces por semana, con limpiadores surfactantes muy suaves con una base emoliente, siguiendo la estrategia «remojar y sellar»²⁴.

23. ¿Se recomiendan los baños con lejía en la dermatitis atópica?

Los baños con lejía diluida al 0,005 % (obtenida añadiendo 0,5 tazas o 120 ml de lejía al 6 % en una bañera llena [150 l] de agua tibia; o 1 cucharadita escasa de lejía en 4 l de agua tibia) se han sugerido ampliamente como terapia complementaria para la DA con el fin de reducir la carga cutánea de *Staphylococcus aureus* y mejorar los síntomas¹⁹.

Los resultados de algunos estudios pequeños respaldan el uso de baños con lejía diluida como complemento económico para la rutina de cuidado de la piel de pacientes con DA moderada a grave. Por lo general, se toleran bien; los efectos adversos son leves e incluyen sequedad e irritación de la piel¹⁹.

24. ¿Pueden los probióticos o prebióticos mejorar los síntomas de la dermatitis atópica?

Se han estudiado probióticos, como las mezclas de lactobacilos, en la DA y se ha demostrado que inducen una mejora en algunos entornos. Otros estudios no han logrado demostrar efectos significativos. Las guías europeas (EuroGuiDerm) no hacen ninguna recomendación con respecto a los probióticos²³.

25. ¿Qué consideraciones especiales deben tenerse en cuenta en mujeres adultas embarazadas o lactantes con dermatitis atópica?

El impacto de las hormonas sexuales femeninas en las vías inmunitarias que regulan la DA provoca el deterioro de la DA durante el periodo premenstrual y durante el embarazo, lo que aumenta el riesgo de brotes de DA en las mujeres, especialmente en aquellas en edad fértil. Sin embargo, el tratamiento seguro y eficaz de la DA en esta población puede resultar complicado. Se recomiendan las siguientes consideraciones durante el embarazo²⁵:

- **Corticoesteroides tópicos:** las recomendaciones para el embarazo difieren en que los corticoesteroides potentes deben usarse con moderación y los superpotentes deben evitarse por completo.
- **Inhibidores tópicos de la calcineurina:** la guía de la FDA establece que pueden utilizarse durante el embarazo; no hay datos disponibles en humanos, aunque no se espera que haya riesgo de daño fetal debido a la mínima absorción sistémica.
- **Fototerapia con UVB de banda estrecha:** dados los riesgos mínimos, se considera segura durante la preconcepción, el embarazo y la lactancia. Si se analizan específicamente los riesgos en mujeres embarazadas, existe un mayor riesgo de aparición o empeoramiento del melasma.
- **Tratamientos sistémicos (ciclosporina):** aunque atraviesa la placenta, todos los estudios demuestran que, en dosis inferiores a 8-10 mg/kg/día, no tiene propiedades teratogénicas. Sin embargo, puede existir un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad e hipertensión materna y preeclampsia. Por lo tanto, puede considerarse con prudencia en casos

graves de DA resistentes a otras terapias, y el beneficio para la madre justifica los riesgos potenciales para el feto.

- **Biológicos:** la evidencia es escasa (tralokinumab y dupilumab).
- **Contraindicaciones en embarazo y lactancia:** metotrexato, micofenolato de mofetilo e inhibidores de la JAK, debido al riesgo teratogénico.

26. ¿Cómo tratar la dermatitis atópica en pacientes de 65 o más años?

En los adultos mayores, la DA puede tener un gran impacto en la calidad de vida y la carga de la enfermedad, lo que a menudo se suma a una situación de comorbilidad ya compleja. Además, el tratamiento de la DA moderada a grave en personas mayores puede plantear preocupaciones en relación con las enfermedades comórbidas y la medicación concomitante. Se recomienda²⁶:

- La xerosis es una característica típica de la piel de los adultos mayores. Se recomienda el lavado cuidadoso, evitar frotarse con una toalla e hidratar la piel inmediatamente después del baño o ducha.
- Las formas leves a moderadas se tratan eficazmente con terapia tópica, como corticosteroides tópicos e inhibidores tópicos de la calcineurina.
- En muchos casos, la dermatitis atópica de moderada a grave en la población de edad avanzada puede tratarse con éxito y de forma segura con agentes biológicos que inhiben la vía de la IL-4/-13, mientras que el uso de inhibidores de la JAK puede plantear preocupaciones sobre el perfil de seguridad.
- La evaluación completa de la carga de la enfermedad (localizaciones, gravedad del prurito, alteraciones del sueño, impacto en la calidad de vida, historial de la enfermedad, comorbilidades) es crucial para identificar el tratamiento más adecuado.

27. ¿Qué papel podría tener la inteligencia artificial en el manejo de la dermatitis atópica?

La inteligencia artificial en la dermatitis atópica podría servir de ayuda tanto en el diagnóstico como en el tratamiento personalizado y la predicción de su resultado. También podría ser útil para ayudar a estandarizar y reducir el tiempo de evaluación de los pacientes²⁷.

La investigación en inteligencia artificial en el campo de la dermatitis atópica está, no obstante, en sus comienzos²⁷.

Referencias bibliográficas

1. Courtney A, Su JC. The Psychology of Atopic Dermatitis. *J Clin Med* 2024;13(6):1602.
2. Mesjasz A, Zawadzka M, Chałubiński M, Trzeciak M. Is Atopic Dermatitis Only a Skin Disease? *Int J Mol Sci* 2023;24(1):837.
3. Raimondo A, Lembo S. Atopic Dermatitis: Epidemiology and Clinical Phenotypes. *Dermatol Pract Concept* 2021;11(4):e2021146.
4. Armario-Hita JC, Artime E, Vidal-Vilar N, Huete T, Díaz-Cerezo S, Moro RM, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Real-World Atopic Dermatitis Studies in Spain: A Systematic Review. *Actas Dermosifiliogr* 2022;113(7):685-704.
5. Silvestre Salvador JF, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic Dermatitis in Adults: A Diagnostic Challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2017;27(2):78-88.
6. Bylund S, Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson Å. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol* 2020;100(12):adv00160.
7. Afshari M, Kolackova M, Rosecka M, Čelakovská J, Krejsek J. Unraveling the skin; a comprehensive review of atopic dermatitis, current understanding, and approaches. *Front Immunol* 2024;15:1361005.
8. Silverberg JI. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol* 2019;123(2):144-51.
9. Silverberg JI. Adult-Onset Atopic Dermatitis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019;7(1):28-33.
10. Silverberg J, Howe W. Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. UpToDate [citado 2026 mar 2]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/atopic-dermatitis-eczema-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis>
11. Thyssen JP, Halling A-S, Schmid-Grendelmeier P, Guttman-Yassky E, Silverberg JI. Comorbidities of atopic dermatitis-what does the evidence say? *J Allergy Clin Immunol* 2023;151(5):1155-62.
12. Gonzalez-Uribe V, Vidaaurri-de la Cruz H, Gomez-Nuñez A, Leyva-Calderon JA, Mojica-Gonzalez ZS. Comorbidities & burden of disease in atopic dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2023;41(2):97-105.

13. Ring J, Zink A, Arents BWM, Seitz IA, Mensing U, Schielein MC, et al. Atopic eczema: burden of disease and individual suffering - results from a large EU study in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV* 2019;33(7):1331-40.
14. European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatol Basel Switz.* 1993;186(1):23-31.
15. Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, Cherill R, Tofte SJ, Graeber M. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group. *Exp Dermatol* 2001;10(1):11-8.
16. Saeki H, Ohya Y, Arakawa H, Ichiyama S, Katsunuma T, Katoh N, et al. English version of clinical practice guidelines for the management of atopic dermatitis 2024. *J Dermatol* 2025;52(2):e70-142.
17. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies. *J Am Acad Dermatol* 2024;90(2):e43-56
18. Guía de consulta rápida en dermatitis atópica [Internet]. SEPEAP 2022 [citado 2025 mar 25]. Disponible en: <https://sepeap.org/guia-de-consulta-rapida-en-dermatitis-atopica/>
19. Paller A, Butala S, Howe W. Treatment of atopic dermatitis (eczema) - UpToDate [Internet]. UpToDate2025 [citado 2026 mar 2]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-atopic-dermatitis-eczema>
20. Stingeni L, Ferrucci S, Amerio P, Foti C, Patruno C, Girolomoni G. Lebrikizumab: a new anti-IL-13 agent for treating moderate-to-severe atopic dermatitis. *Expert Opin Biol Ther* 2025;25(1):15-20.
21. Forero E, Chalem M, Vásquez G, Jauregui E, Medina LF, Pinto Peñaranda LF, et al. Risk management for prescribing biological therapies. *Rev Colomb Reumatol Engl Ed* 2016;23(1):50-67.
22. Kim RW, Lam M, Abuabara K, Simpson EL, Drucker AM. Targeted Systemic Therapies for Adults with Atopic Dermatitis: Selecting from Biologics and JAK Inhibitors. *Am J Clin Dermatol* 2024;25(2):179-93.
23. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV* 2022;36(11):1904-26.
24. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen J, M de B-W, et al. ETFAD/ EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of

atopic dermatitis in adults and children. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2020;34(12):2717-44.

25. Valentini R, Shahriari M. Atopic dermatitis in women: special considerations in the childbearing years. Int J Womens Dermatol 2024;10(2):e151.
26. Maurelli M, Chiricozzi A, Peris K, Gisondi P, Girolomoni G. Atopic Dermatitis in the Elderly Population. Acta Derm Venereol 2023;103:13363.
27. Martorell A, Martin-Gorgojo A, Ríos-Viñuela E, Rueda-Carnero JM, Alfageme F, Taberner R. Inteligencia artificial en dermatología: ¿amenaza u oportunidad? Actas Dermo-Sifiliográficas 2022;113(1):30-46.



© 2026 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.

