



Marcada disminución del SCORAD con el uso de una crema restauradora intensiva en niños con dermatitis atópica

Dr. Jairo Victoria*; Dra. Leonor Cifuentes**; Dr. Iván Darío López***; Dr. Yurani Pineda***; Dra. Paula Andrea Candelo***

- * DERMATÓLOGO PEDIATRA Y EPIDEMIÓLOGO
PROFESOR ASOCIADO. COORDINADOR DEL PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA
UNIVERSIDAD LIBRE. SECCIONAL CALI, COLOMBIA
- ** EPIDEMIÓLOGA. RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE DERMATOLOGÍA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA. UNIVERSIDAD LIBRE .SECCIONAL CALI, COLOMBIA
- *** RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE DERMATOLOGÍA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA. UNIVERSIDAD LIBRE. SECCIONAL CALI, COLOMBIA

CLÍNICA MATERNO-INFANTIL FARALLONES
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA. CALI, COLOMBIA

RESUMEN

Introducción: El tratamiento de la dermatitis atópica (DA) es complejo. Tratando la xerosis con restauradores de la barrera cutánea, la enfermedad puede controlarse.

Materiales y métodos: Se trataron 30 niños con dermatitis atópica con una crema intensiva restauradora dos veces al día durante 4 meses de seguimiento, midiendo la mejoría de su enfermedad con el SCORAD.

Resultados: La crema redujo el prurito, el eritema, la resequead y la descamación de la piel. El SCORAD disminuyó en la DA leve y moderada y en los pocos casos de DA severa.

Conclusiones: El uso de una crema intensiva restauradora aplicada 2 veces al día mejoró notablemente el índice SCORAD medido al inicio del tratamiento, en comparación con el SCORAD medido a los 4 meses del tratamiento.

Palabras claves: dermatitis atópica; restauradores de la barrera cutánea; SCORAD.

RESUMO

Introdução: O tratamento da dermatite atópica (DA) é complexo. Ao tratar a xerose com restauradores de barreira cutânea, a doença pode ser controlada.

Materiais e métodos: 30 crianças com dermatite atópica foram tratadas com creme restaurador intensivo duas vezes ao dia durante 4 meses de acompanhamento, medindo a melhora de sua doença com o SCORAD.

Resultados: O creme reduziu o prurido, eritema, ressecamento e descamação da pele. SCORAD diminuiu na DA leve e moderada e nos poucos casos de DA grave.

Conclusões: O uso de um creme restaurador intensivo aplicado duas vezes ao dia melhorou acentuadamente o índice SCORAD medido no início do tratamento em comparação com o SCORAD medido aos 4 meses de tratamento.

Palavras-chave: Dermatite atópica; restauradores de barreira cutânea; SCORAD.

SUMMARY

Background: The treatment of atopic dermatitis (AD) is complex. Treating xerosis with skin barrier restorers, the disease can be controlled.

Materials and methods: 30 children with atopic dermatitis were treated with an intensive restorative cream twice a day during 4 months of follow-up, measuring the improvement of their disease with SCORAD.

Results: The cream reduced the pruritus, the erythema, the dryness and the desquamation of the skin. SCORAD decreased in mild and moderate AD and in the few cases of severe AD.

Conclusions: The use of an intensive restorative cream applied twice a day significantly improved the SCORAD index measured at the beginning of treatment compared to SCORAD measured at 4 months of treatment.

Key words: atopic dermatitis; cutaneous barrier restorers; SCORAD.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es un proceso inflamatorio que se distingue por alteraciones cutáneas de morfología y distribución típicas, con prurito intenso de predominio nocturno, evolución crónica recidivante, de carácter estacional, con antecedentes familiares y personales de atopía.

En la piel genéticamente predispuesta, seca e hipersensible, actúan factores inmunitarios y de otros tipos, que generan reacciones anormales a múltiples estímulos endógenos y ambientales.¹

La dermatitis atópica altera la calidad de vida tanto de quienes la padecen como de los cuidadores de los niños afectados. La DA ha sido cuantificada de varias maneras utilizando varios instrumentos diseñados para medir la gravedad de la enfermedad y el impacto que ella tiene sobre la calidad de vida de los pacientes y de los cuidadores.²

La atopía es una condición sistémica, cuyos estudios muestran una alteración de base en la actividad y el funcionamiento de los linfocitos T y los monocitos. El elemento fisiopatogénico central es la aparición de una reacción de hipersensibilidad inmediata que depende de anticuerpos de tipo inmunoglobulina E (IgE) y alteración en los linfocitos T.³

La DA es una patología que se observa con mayor frecuencia durante la edad pediátrica, con un incremento sostenido en sus tasas de incidencia, siendo uno de los principales motivos de consulta médica en la actualidad. Los síntomas suelen comenzar durante el primer año de vida, no antes de los dos meses, y

luego disminuyen en intensidad y duración, de forma paulatina, con el crecimiento del niño. Hasta un 40% de los pacientes tiene remisión completa del cuadro clínico al llegar a la pubertad.⁴

La incidencia de la DA muestra una curva ascendente en los últimos cinco años, cuya prevalencia global actual fluctúa entre 15% a 20% de la población.

Es una de las entidades dermatológicas más difíciles de manejar, afecta a ambos sexos por igual y es común en climas templados.

Los pacientes con DA tienen mayor predisposición a desarrollar asma, rinitis alérgica, conjuntivitis e infecciones bacterianas, micóticas, virales e infestación por parásitos, por lo cual se propone que en su patogénesis intervienen alteraciones de la inmunidad celular y humoral. Alrededor del 70% de los pacientes con DA refieren antecedentes familiares de la enfermedad atópica. La enfermedad empeora en invierno y es más frecuente en zonas urbanas.⁵

Los humectantes son una terapia auxiliar estándar para los trastornos cutáneos inflamatorios, como la DA, estos pueden atenuar la aparición del primer paso en la "marcha atópica". Pero no todos los humectantes son beneficiosos; algunos pueden empeorar la función de la piel e incluso pueden inducir inflamación, lo que posiblemente explica la frecuente aparición de "piel sensible" en las mujeres.^{6,7}

En contraste, la terapia de reparación fisiológica con barrera a base de lípidos, si se compone de los 3 estratos clave de los lípidos de la capa córnea, en cantidades suficientes y en una proporción molar apropiada, puede corregir la anomalía

de la barrera y reducir la inflamación en la DA.⁸

Las directrices actuales para el tratamiento de la DA suelen recomendar el uso de cremas hidratantes junto con agentes antiinflamatorios. Este enfoque parece prudente, ya que se ha demostrado que la aplicación conjunta de cremas hidratantes bajo supervisión de enfermería reduce la dependencia de los esteroides tópicos.^{9,10}

Sin embargo, estudios recientes muestran que algunas cremas hidratantes comúnmente empleadas pueden dañar la piel si se despliegan en entornos donde la barrera ya está comprometida, como es el caso de la DA. Por eso, deben aplicarse formulaciones formuladas específicamente para corregir las anomalías bioquímicas en la DA.¹¹

Es importante determinar la gravedad de la DA para evaluar la mejoría de la enfermedad después y durante la terapia. La puntuación de la gravedad de la DA se exige en los ensayos clínicos, de modo que se hace necesario crear un consenso sobre los métodos de evaluación para esta enfermedad, a fin de que puedan compararse los resultados de los estudios de diferentes ensayos.

Aunque existen varios métodos de medición de la severidad de la DA, como el EASI (*Eczema Area and Severity Index*) o Índice de Severidad del Área del Eccema, creado a imagen y semejanza del PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) o Índice de Severidad del Área de Psoriasis, POEM (patient-oriented eczema measure), el más utilizado de estos sistemas es el SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*) o Índice de medición de la severidad de la dermatitis

atópica, creado por el Grupo de Trabajo Europeo sobre la Dermatitis Atópica (ETFAD, por sus siglas en inglés).

El SCORAD evalúa 3 aspectos fundamentales:

- A. El área corporal comprometida por la enfermedad, siguiendo la medición conforme a la regla de los 9. Puntaje máximo de 100.
- B. Seis signos objetivos de eritema, edema, exudación, excoriación, liquenificación y xerosis. Los rangos son: 0 ausente, 1 leve, 2 moderado y 3 severo, para un puntaje máximo total de 18.
- C. Dos signos subjetivos de prurito y de insomnio con rangos de 1 a 10, siendo 1 poco y 10 mucho, para un puntaje total de 10.

El cálculo final del SCORAD se hace con la fórmula $A/5 + 7(B/2) + C$, siendo los valores máximos $A = 20 + B = 63 + C = 20$ para un total de máximo 103. Ha sido acordado que la gravedad de la DA, según el SCORAD, es leve cuando es menor de 20, moderada de 20 a 40 y severa cuando es mayor de 40.¹²⁻¹⁴

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de casos en 30 de niños hasta 6 años de edad con DA. Las madres fueron instruidas para aplicar diariamente y 2 veces al día la crema Aquatop®, un producto manufacturado por Roemmers-Medihealth Colombia, que contiene Restora-film Com-plex®, una mezcla

de ingredientes que fortalecen y restauran la barrera lipídica de la piel, y permiten ofrecer hidratación inmediata y de larga duración (hasta por 48 horas). Cada niño fue evaluado cada mes durante 4 meses, midiendo el SCORAD para observar su variación.

Se excluyeron niños con infecciones o infestaciones cutáneas, niños VIH+, con cáncer de cualquier tipo y niños con inmunosupresión comprobada. Los niños no utilizaron ningún tipo de tratamiento adicional. Se evaluaron los signos y síntomas de resequead, eritema descamación y prurito, además de la medición del SCORAD.

RESULTADOS

La crema restauradora intensiva mejoró la apariencia de la piel, dándole mayor suavidad y tersura; se demostró una recuperación del manto lipídico que facilitó la retención de humedad en la piel y la disminución de la pérdida de agua. Estos hallazgos fueron relacionados en cada medida del SCORAD (Tabla I).

Al inicio del estudio, 17 de los 30

niños tuvieron SCORAD moderado, desde 20.5 a 39.0 y 5 niños tuvieron SCORAD severo desde 43,2 y 82.5. Al finalizar el estudio 29 niños tuvieron SCORAD leve entre 2.0 y 13.6 y un niño de 6 años tuvo SCORAD moderado de 21.3.

CONCLUSIONES

La crema utilizada redujo significativamente el prurito, el eritema, la resequead y la descamación de la piel. Fue notoria la disminución del estado de severidad de la enfermedad con el sistema de medición SCORAD.

Estos cambios fueron importantes en la DA leve y moderada, así como también en los pocos casos de DA severa. Se recomiendan más estudios para ampliar el tamaño de la muestra y confirmar la validez externa de este tratamiento. □

Agradecimientos

Los autores agradecen al Laboratorio Medihealth de Bogotá, Colombia el suministro de la crema restauradora intensiva para la realización del estudio.

Características del SCORAD en cada consulta (número de niños)				
	Leve	Moderado	Severo	Total
SCORAD en consulta 1	8	17	5	30
SCORAD en consulta 2	18	11	1	30
SCORAD en consulta 3	28	1	1	30
SCORAD en consulta 4	29	1	0	30

Tabla I.

BIBLIOGRAFÍA

1. Batmaz SB.: Simple markers for systemic inflammation in pediatric atopic dermatitis patients. *Indian J Dermatol.* 2018; 63(4):305-310.
2. Silverberg JI; Gelfand JM; Margolis DJ; et al.: Symptoms and diagnosis of anxiety and depression in atopic dermatitis in U.S. adults. *Br J Dermatol.* 2019;181(3):554-565.
3. Sullivan M; Silverberg NB;: Current and emerging concepts in atopic dermatitis pathogenesis. *Clin Dermatol.* 2017; 35(4):349-353.
4. Nutten S.: Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab.* 2015; 66(Suppl 1):8-16
5. Zaniboni MC; Orfali RL; Aoki V; Samorano LP;: Skin barrier in atopic dermatitis: beyond filaggrin. *An Bras Dermatol.* 2016; 91(4):472-8.
6. Cheong WK.: Gentle cleansing and moisturizing for patients with atopic dermatitis and sensitive skin. *Am J ClinDermatol.* 2009;10 (Suppl 1):13-17
7. Elias PM; Wakefield JS;: Moisturizers versus current and next-generation barrier repair therapy for the management of atopic dermatitis. *Skin Pharmacol Physiol* 2019;32:1-7
8. Eichenfield LF; Tom WL; Berger TG; 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):116-132.
9. Hajar T; Hanifin JM; Tofte SJ; et al. Prehydration is effective for rapid control of recalcitrant atopic dermatitis. *Dermat Contact Atop Occupat Drug.* 2014;25(2):56-59.
10. Chiang C; Eichenfield LF;: Quantitative assessment of combination bathing and moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2009; 26 (3):273-278.
11. Breternitz M; Kowatzki D, Langenauer M; et al.: Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. *Skin Pharmacol Physiol.* 2008;21(1):39-45.
12. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1993;186(1):23-31.
13. Kunz B, Oranje AP, Labrèze L, Stalder JF, Ring J, Taïeb A.: Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1997;195(1):10-9.
14. Oranje AP; Glazenburg EJ; Wolkerstorfer A; de Waard-van der Spek FB;: Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *Br J Dermatol.* 2007 Oct;157(4):645-648.

.....

*La fama verdadera y permanente no se puede encontrar
sino en lo que promueve la felicidad de la humanidad.*

SUMMER