



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



EDITORIAL

Sobre la necesidad y el futuro de las Unidades de Eczema



About the Need and the Future of Eczema Units

El eczema es un motivo frecuente de consulta en Dermatología, en niños y en adultos, ya sea como urgencia o en las consultas programadas y tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario¹⁻⁴. En general, establecer el diagnóstico de eczema, y pautar un tratamiento ante un episodio resulta fácil para cualquier dermatólogo. La mayoría usamos las mismas armas terapéuticas y de forma bastante similar. También es relativamente sencillo establecer una sospecha etiológica ante un eczema agudo y realizar unas pruebas epicutáneas a aquellos en los que sospechamos de alguna sustancia concreta (cosméticos, tratamiento tópico, plantas, calzado,...). El estudio de estos pacientes no es complicado y resulta muy útil, pues permite establecer un diagnóstico de certeza y dar al paciente medidas preventivas para evitar eczemas futuros. Aunque aprovecho para comentar que la realización previa de pruebas de uso o ROAT test con los productos sospechosos (cuando sea posible) ahorraría muchas pruebas epicutáneas innecesarias, La negatividad de una prueba de uso podría modificar nuestra decisión, y evitar la realización de pruebas epicutáneas a un paciente que sólo ha sufrido un episodio de eczema agudo sin sospecha causal.

La realización de pruebas epicutáneas no es una técnica compleja, pero desarrollarla de una forma adecuada precisa de un espacio físico, un mínimo razonable de baterías de alérgenos, un equipo sanitario preparado, una metodología rigurosa y múltiples visitas (un mínimo de 3 visitas en 4-7 días). Si las practicamos de forma distinta a la recomendada en las guías estamos abocados al fracaso⁵. Unas pruebas epicutáneas mal hechas son mucho más dañinas que no realizarlas. Algunos especialistas, por falta de espacio o tiempo (o por comodidad), tan sólo hacen una lectura a las 48 horas o aplican baterías estándar no actualizadas, y dejan escapar muchas positividadades que podrían haber sido relevantes para la dermatitis que estaban estudiando. Otros compañeros prefieren remitir los pacientes a otra especiali-

dad. Creo que es un error. Sinceramente pienso que, o nos les gusta esta disciplina, o no se sienten cómodos en la lectura e interpretación de las pruebas. Ésta tarea no es fácil y, por supuesto requiere de entrenamiento. Se considera que se precisa doce meses de entrenamiento y la realización de unas 250-300 pruebas epicutáneas durante este periodo para alcanzar la competencia⁵.

El estudio de eczema agudos recidivantes es más complicado. La pericia y experiencia del dermatólogo que lo realiza puede ser clave para aplicar los alérgenos adecuados que nos permitan llegar a diagnósticos de certeza que se le pueden pasar al dermatólogo no experto en esta área. La ESCD (European Society of Contact Dermatitis) considera que para mantenerse "competente" en este campo se precisa el estudio de al menos 200 casos al año. Por tanto, necesitamos dermatólogos especializados que dediquen al menos parte de su actividad profesional a la realización de esta técnica. Se podría argumentar que estas unidades podrían estar ubicadas en algunos hospitales terciarios de referencia. Mi opinión personal, 20 años después de crear una unidad para el estudio de los eczemas, y tras seguir estudiando unos 250 casos al año, todos ellos procedentes de un Área sanitaria de unos 300000 habitantes, es que una Unidad de este tipo sería imprescindible en casi cualquier Área Sanitaria del estado español. No obstante, a pesar de no tener una unidad clínica específica, otros muchos dermatólogos de hospitales comarcales y centros ambulatorios también aplican de forma autónoma las pruebas epicutáneas (al menos la serie estándar) en sus lugares de trabajo, con resultados muy satisfactorios y estimulantes⁶.

El manejo del eczema crónico es un verdadero reto profesional y, aunque la inclusión de pruebas epicutáneas para su estudio es incuestionable, estos pacientes precisan un seguimiento en consulta y de unas medidas educativas para que podamos tratar con éxito su enfermedad. Según la Dra

Cronin "Un eczema de manos puede ser totalmente endógeno o totalmente exógeno, pero lo más frecuente es que sea una combinación de ambos"⁷. En mi opinión esto es válido para cualquier tipo de eczema crónico. La asociación de dermatitis de contacto irritativa y dermatitis atópica es muy común, y ambas se complican con frecuencia con una dermatitis de contacto alérgica. Este concepto es clave. En este número, Rozas y cols realizan una magnífica revisión sobre los patrones de presentación clínica del eczema en las distintas áreas anatómicas que nos deben orientar hacia una naturaleza alérgica del mismo⁸. Pero, tanto el paciente como nosotros, tenemos que saber que tras eliminar el alérgeno que acabamos de detectar es muy probable que su eczema persista durante meses o años por la existencia de una dermatitis de contacto irritativa crónica o de una dermatitis atópica de base. También es muy frecuente que otra dermatosis (sobre todo rosácea en la cara o psoriasis en manos y pies) se complique con un eczema de contacto sobreañadido, sobre todo irritativo. La aproximación terapéutica a estos pacientes tendrá que contemplar las dos enfermedades. Por ejemplo, la actitud terapéutica ante una paciente con rosácea que presenta frecuentes "irritaciones" no puede consistir en un uso reiterado de corticoides tópicos. Por otro lado, es difícil sospechar una dermatitis herpetiforme o un linfoma cutáneo con apariencia de eczema si no eres dermatólogo. Todo esto justifica que tengamos un papel central en el manejo de estos enfermos, por lo que deberíamos evitar remitir estos pacientes a otras especialidades^{6,9}. Por tanto, es crucial que entendamos que la labor de una Unidad de Eczemas no termina con la realización de unas pruebas epicutáneas y remisión del enfermo al dermatólogo que lo ha derivado. La Unidad de Eczema debe ser una Unidad dedicada al diagnóstico y tratamiento de cualquier tipo de eczema, sin descuidar la transmisión de medidas educativas adecuadas al paciente.

Gran parte del éxito en el manejo de un eczema crónico depende del paciente. Es imprescindible que el paciente entienda su enfermedad, que sepa cómo puede evitar los irritantes o alérgenos que pueden desencadenar su eczema, y medidas básicas de cómo tratar las distintas fases de su enfermedad. No es fácil, en poco tiempo tenemos que darle mucha información al paciente, además, no todos los pacientes tienen el mismo nivel educativo ni cultural, ni el mismo sentido común. Distintos estudios europeos han constatado que, 2-3 meses después de su diagnóstico, un 25% de los pacientes no recuerda haber recibido información sobre su alergia¹⁰, que sólo el 50% recuerda el nombre de su alérgeno un año después¹¹ y que estas cifras disminuyen al 25% si los pacientes son alérgicos a 3 ó 4 sustancias¹². Es decir, muchos pacientes, a pesar de haber sido bien informados, no son capaces de asimilarla, y precisan de una educación y un adiestramiento que solo se logra mediante las visitas de seguimiento. Necesitamos involucrar al personal de enfermería para que colabore en la educación de nuestros pacientes, del mismo modo que se hace aquellos afectados de diabetes o de intolerancia al gluten. Para ello deberían recibir cursos de formación, no sólo para preparar adecuadamente las pruebas epicutáneas, sino también sobre consejos para los alérgenos más frecuentes, o sobre medidas preventivas en el eczema de manos. La existencia de consulta específicas de enfermería sería de gran ayuda. Así

los pacientes recibirán una información "uniforme" desde todos los miembros del equipo. En otros países ya se han creado consultas de enfermería para el manejo de niños con dermatitis atópica con buenos resultados¹³. Deberíamos copiar este modelo y ampliarlo también a adultos y a eczema crónico de manos.

En los próximos años vamos a vivir una auténtica revolución en el tratamiento del eczema atópico moderado y grave. Los nuevos conocimientos sobre la etiopatogenia de esta enfermedad han permitido avanzar en la investigación de nuevas moléculas que en los ensayos clínicos muestran resultados muy esperanzadores. Al igual que ha ocurrido con la psoriasis, necesitaremos de expertos en el manejo de estos fármacos. Creo que la persona encargada de la Unidad de Eczemas es el candidato más idóneo para realizar esta función.

Gática y cols revisan la dermatitis de contacto alérgica por acrilatos presentes en los esmaltes semipermanentes en este número¹⁴. Una nueva epidemia que afecta sobre todo a esteticistas profesionales y, sin embargo, son diagnosticados por los dermatólogos de los Servicios de Salud de las distintas comunidades autónomas. Esto pone de manifiesto una carencia de expertos en eczemas en las Mutualidades Laborales colaboradoras con la Seguridad Social. La incorporación de dermatólogos expertos en las Mutuas podría ayudar no sólo mediante la detección de nuevos alérgenos en el ámbito profesional, sino también con el manejo de los trabajadores con eczema crónicos de manos y de pacientes con dermatitis atópica agravada por sus condiciones de trabajo. Esto es un hecho en otros países europeos y los resultados son excepcionales¹⁵. Debería ser una de nuestras prioridades futuras.

Estoy convencido de que éste es el camino. La instauración de estas Unidades en prácticamente cualquier servicio de Dermatología mejoraría la calidad asistencial de los pacientes con eczemas y liberaría de la carga asistencial que supone el manejo diario de estos pacientes a las consultas de urgencias, atención primaria y dermatología ambulatoria.

Bibliografía

1. Bancalari-Díaz D, Gimeno-Mateos LI, Cañeto J, Andrés-Ramos I, Fernández-López E, Román-Curto C. Estudio descriptivo de urgencias dermatológicas en un hospital terciario *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:666-73.
2. Baquero-Sánchez E, Bernabéu-Wittel J, Domínguez-Cruz JJ, Conejo-Mir J. Paediatric dermatology emergencies in a tertiary hospital. *An Pediatr (Barc).* 2015;83:397-403.
3. Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol I. Estudio de concordancia diagnóstica en Dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:207-12.
4. Storan ER, McEvoy MT, Wetter DA, El-Azhary RA, Camilleri MJ, Bridges AG, et al. Experience of a year of adult hospital dermatology consultations. *Int J Dermatol.* 2015;54:1150-6.
5. Johansen JD, Aalto-Korte K, Agner T, Andersen KE, Bircher A, Bruze M. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing - recommendations on best practice. *Contact Dermatitis.* 2015;73:195-221.
6. Hervella Garcés M, Fernández-Redondo V. La dermatitis de contacto en el siglo XXI La apuesta del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC). *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:345-7.

7. Cronin E. Clinical patterns of hand eczema in women. *Contact Dermatitis*. 1985;13:153–61.
8. Rozas-Muñoz E, Gamé D, Serra-Baldrich E. Dermatitis de contacto alérgica por regiones anatómicas. Claves diagnósticas. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:485–507.
9. Hervella M, Garcia-Gavín J, Silvestre JF. La serie estándar en las prueba alérgicas de contacto. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:547–50.
10. Lewis FM, Cork MJ, McDonagh AJ, Gawkrödger DJ. An audit of the value of patch testing: the patient's perspective. *Contact Dermatitis*. 1994;30:214–6.
11. Scalf LA, Genebriera J, Davis MDP, Farmer SA, Yiannias JA. Patients' perceptions of the usefulness and outcome of patch testing. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:928–32.
12. Jamil WN, Erikssohn I, Lindberg M. How well is the outcome of patch testing remembered by the patients? A 10-year follow-up of testing with the Swedish baseline series at the Department of Dermatology in Örebro, Sweden. *Contact Dermatitis*. 2012;66:215–20.
13. Rolinck-Werninghaus C, Trentmann M, Reich A, Lehmann C, Staab D. Improved management of childhood atopic dermatitis after individually tailored nurse consultations: A pilot study. *Pediatr Allergy Immunol*. 2015;26:805–10.
14. Gatica- Ortega M, Pastor-Nieto MA, Silvestre-Salvador JF. Dermatitis alérgica de contacto por acrilatos en esmaltes permanentes. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:508–14.
15. Voß H, Brans R, John SM. Quality management in occupational dermatology. *Hautarzt*. 2015;66:167–72.

J.F. Silvestre

Servicio de Dermatología. Hospital General universitario de Alicante.ISABIAL

Correo electrónico: silvestre_jfr@gva.es

7 de junio de 2018