



Curas húmedas en dermatitis atópica. Nuestra experiencia

Cristina Aranda Cazón^a, Lucía Campos Muñoz^b, Alberto Conde Taboada^b, Celia Gil López^c,
Eduardo López Bran^b

Publicado en Internet:
30-marzo-2016

Cristina Aranda Cazón:
aranda.cristina@hotmail.com

^aMIR-Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España • ^bServicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España • ^cServicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Resumen

- Palabras clave:**
- Dermatitis atópica
 - Corticosteroides

En ocasiones, los brotes de dermatitis atópica pueden ser graves y de difícil control, resistentes a los tratamientos habituales. En estos casos podemos recurrir al empleo de curas húmedas, un procedimiento con buenos resultados y escasos efectos secundarios. Presentamos una serie de casos de cinco pacientes con brotes moderados-graves resistentes al tratamiento convencional, tratados mediante curas húmedas con betametasona o propionato de fluticasona diluidos al 10% en la crema hidratante durante un intervalo de tiempo de entre 4-6 días. Se obtuvo la resolución completa del brote en cuatro casos, continuándose en el caso restante las curas de forma domiciliar durante 2-3 días más, con posterior resolución completa. Ningún paciente presentó efectos adversos.

Wet wraps in atopic dermatitis. Our experience

- Key words:**
- Atopic dermatitis
 - Corticosteroids

Abstract

Occasionally, atopic dermatitis outbreaks can be severe and difficult to control, resistant to standard treatments. In these cases we can use wet wraps, a procedure with good results and few side effects. We present five patients with moderate to severe outbreaks resistant to conventional treatment treated with wet wraps with betamethasone or fluticasone propionate 10% diluted for 4-6 days. Complete resolution was obtained in four cases, the last one continued by domiciliary wet wraps for 2-3 days with final complete resolution. Any patient had adverse effects.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica se considera la enfermedad crónica más prevalente de la infancia y puede conllevar trastornos asociados como ansiedad o depresión. Los brotes pueden ser graves y de difícil

control, resistentes a los tratamientos habituales con corticoides tópicos o sistémicos o los inhibidores de la calcineurina¹. Presentamos una serie de casos de cinco pacientes con brotes moderados-graves resistentes al tratamiento convencional tratados mediante curas húmedas, con resolución

Cómo citar este artículo: Aranda Cazón C, Campos Muñoz L, Conde Taboada A, Gil López C, López Bran E. Curas húmedas en dermatitis atópica. Nuestra experiencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:55-8.

rápida y casi completa de las lesiones, sin efectos secundarios.

CASOS CLÍNICOS

Se trata de cinco varones con rango de edad de entre 11 meses y 13 años. Todos presentaban lesiones muy pruriginosas en brotes recurrentes de meses o incluso años de evolución, tratadas inicialmente con emolientes y corticoides tópicos (tres de los pacientes también habían recibido previamente ciclosporina) sin éxito. Se procedió al ingreso hospitalario para la administración de terapia con curas húmedas durante un intervalo de entre cuatro y seis días. El procedimiento consistió en el lavado previo de la zona con agua y jabón y la aplicación de una solución al 10% de betametasona o propionato de fluticasona en crema hidratante bajo dos capas de vendaje tubular ajustado. La venda inferior se aplicaba húmeda, cubriéndose posteriormente con la capa superior seca. Cada 2-3 horas (respetando el sueño nocturno) se retiraba la capa superior y se volvía a humedecer la capa inferior, reemplazándose diariamente los vendajes. Para la región facial se utilizó betametasona tópica. Se obtuvo resolución completa en cuatro casos (Fig. 1), continuándose en el caso con resolución incompleta las curas de forma domiciliaria durante

2-3 días más con betametasona y gentamicina tópicas y posterior resolución completa. Ningún paciente presentó efectos adversos. Transcurridos 2-3 meses tras el alta hospitalaria, tres pacientes presentaron brotes leves-moderados controlados en un caso con curas húmedas con emoliente de forma ambulatoria durante cuatro días, en otro con corticoide tópico y en el tercero con antihistamínico y corticoide tópico con evolución favorable. Actualmente todos los pacientes mantienen el seguimiento desde el alta hospitalaria en consultas externas; tres pacientes realizan tratamiento con tacrolimus al 0,1% con buen control y el resto no precisan tratamiento de mantenimiento. El resumen de los casos se observa en la **Tabla 1**.

COMENTARIO

La aplicación de curas húmedas constituye un procedimiento con muy buenos resultados clínicos y baja tasa de efectos adversos. Su éxito se basa en la gran hidratación de la piel, que favorece mantenerla humedecida e hidratada permanentemente², lo cual fomenta la absorción de fármacos y evita el rascado y la agresión cutánea, la penetración de alérgenos y microorganismos patógenos y la liberación de mediadores inflamatorios que perpetúen el ciclo inflamación-rascado³.

Figura 1. Izquierda: paciente número 1; lactante de 11 meses con brote severo de dermatitis atópica con lesiones generalizadas descamativas y muy pruriginosas. Derecha: resolución completa de las mismas con curas húmedas durante seis días



Tabla 1. Resumen de los casos pacientes tratados (índice SCORAD).							
Paciente	Edad	Índice SCORAD previo	Terapia empleada	Tratamiento Al alta	Índice SCORAD al alta	Recurrencias	Tratamiento actual
1	11 meses	26,4	Propionato de fluticasona Betametasona facial 6 días	Antihistamínico, corticoide tópico	5,9	Curas húmedas domiciliarias con emoliente 4 días	Tacrolimus
2	5 años	10,7	Betametasona 4 días	Antihistamínico, corticoide tópico, curas húmedas con corticoide tópico 3 días	5,3	Uno leve, tratamiento con antihistamínico y corticoide tópico	Tacrolimus
3	9 años	24,3	Betametasona 4 días	Antihistamínicos, corticoide tópico, ciclosporina	12,5	2 leves, tratados con corticoide tópico	No
4	5 años	25,68	Betametasona y gentamicina 4 días	Curas húmedas domiciliarias 2 días (betametasona y gentamicina tópicas), tacrolimus	6,6	No	No
5	11 años	23,9	Betametasona 4 días	Corticoide oral, antihistamínico	4,8	No	Tacrolimus

Fuente: Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*. 1993;186:23-31.

Se realizan administrando corticoides tópicos de moderada-alta potencia (como dipropionato de beclometasona) o incluso de cuarta generación (como furoato de mometasona), que aseguran efecto local potente con baja absorción sistémica, diluidos al 5-10% en emolientes como la vaselina⁴, aplicados bajo dos capas de vendaje ajustado. Pueden utilizarse en cualquier parte del cuerpo, incluida la cara mediante realización de una máscara. En los últimos años se han comercializado prendas para la aplicación específica de esta técnica. Los apósitos se reemplazan diariamente tras el baño, humedeciéndose cada 2-3 horas con agua pulverizada a la que se puede añadir una solución antiséptica como la clorhexidina, manteniéndose el tiempo que precise el paciente (una media de 7-14 días)⁴. En casos graves se puede realizar una fase mantenimiento prolongado y disminuir la frecuencia de las aplicaciones alternando con emolientes (menor rapidez y eficacia)⁵.

Esta técnica también se ha utilizado para el tratamiento de psoriasis *gutatta*, psoriasis eritrodérmica, algunos casos de mastocitosis o ictiosis lamelar⁶.

Debido a su baja tasa de aparición de efectos secundarios, constituye un procedimiento ideal en pacientes con alguna contraindicación al uso de medicación sistémica o reticentes a ella (como en uno de nuestros casos). Los efectos adversos son infrecuentes, fundamentalmente la sobreinfección bacteriana cutánea leve tipo foliculitis, generalmente por *Staphylococcus aureus*, que puede minimizarse administrando el agente activo en la dirección del crecimiento del vello para evitar ocluir el folículo piloso. La sobreinfección por *Pseudomonas aeruginosa*, impétigo, eccema herpético o verrugas vulgares son poco frecuentes, aunque si se producen, se recomienda detener el procedimiento e iniciar su tratamiento. En adolescentes debe tenerse especial precaución debido al riesgo de aparición de estrías cutáneas⁴. Se ha reportado la disminución leve y transitoria de niveles de cortisol sérico matutino en ayunas debido a la absorción sistémica transitoria de los corticosteroides tópicos⁴.

Por todo ello, las curas húmedas constituyen una alternativa eficaz y segura en brotes de dermatitis

atópica moderada-severa resistente a los tratamientos convencionales, debido a su rapidez de acción, alta eficacia y escasos efectos secundarios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tollefson MM, Bruckner AL; Section On Dermatology. Atopic dermatitis: skin-directed management. *Pediatrics*. 2014;134:e1735-44.
2. Lee JH, Lee SJ, Kim D, Bang D. The effect of wet-wrap dressing on epidermal barrier in patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007; 21:1360-8.
3. Dabade TS, Davis DM, Wetter DA, Hand JL, McEvoy MT, Pittelkow MR, *et al.* Wet dressing therapy in conjunction with topical corticosteroids is effective for rapid control of severe pediatric atopic dermatitis: experience with 218 patients over 30 years at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67:100-6.
4. Devillers AC, Oranje AP. Wet-wrap treatment in children with atopic dermatitis: a practical guideline. *Pediatr Dermatol*. 2012;29:24-7.
5. Janmohamed SR, Oranje AP, Devillers AC, Rizopoulos D, van Praag MC, Van Gysel D, *et al.* The proactive wet-wrap method with diluted corticosteroids versus emollients in children with atopic dermatitis: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:1076-82.
6. Bingham LG, Noble JW, Davis MD. Wet dressings used with topical corticosteroids for pruritic dermatoses: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:792-800.