

Atopeel[®]



Es la primera opción eficaz de
origen natural para tratamiento
de pieles con tendencia atópica



Análisis y síntesis elaborados por el staff Médico de Circle Press a partir de su presencia en la conferencia de la **Dra. Claudia Arenas**

Mitos y verdades en dermatitis atópica

Dra. Claudia Arenas,

Dermatóloga, docente universitaria pre y postgrado Universidad Militar Nueva Granada, Unisanitas, Colombia.

¿La dermatitis atópica es una enfermedad incurable? Es una de las preguntas que surgen de manera crónica en donde la respuesta es verdadera, ya que se trata de una enfermedad crónica recurrente.

La dermatitis atópica (DA), afecta al 20% de los niños y 5% de los adultos. Es considerada una enfermedad crónica, se caracteriza por lesiones tipo eczema en diferentes partes del cuerpo dependiendo de la edad del paciente e hiperreactividad cutánea. Se produce por alteraciones en la barrera de la piel debido a causas genéticas, el microambiente (alérgenos, dieta, irritantes, estrés, etc.), inmunológicas, disbiosis, etc.¹

¿La permeabilidad de la barrera cutánea reside en el estrato córneo?

La permeabilidad de la barrera cutánea reside en el estrato córneo. Esta evita la penetración de alérgenos, mantiene la hidratación de la piel y tiene actividad anti-microbiana.

¿La radiación ultravioleta empeora la dermatitis atópica?

La respuesta es verdadera pero para sustentar la misma es necesario hablar de la Filagrina. La filagrina es una proteína con bajo peso molecular, pero con gran poder osmótico, que actúa como factor humectante natural de la piel. Su déficit lleva a disfunción de la barrera cutánea en la DA. La causa del déficit de filagrina puede ser congénito (15-50%) o adquirido.²

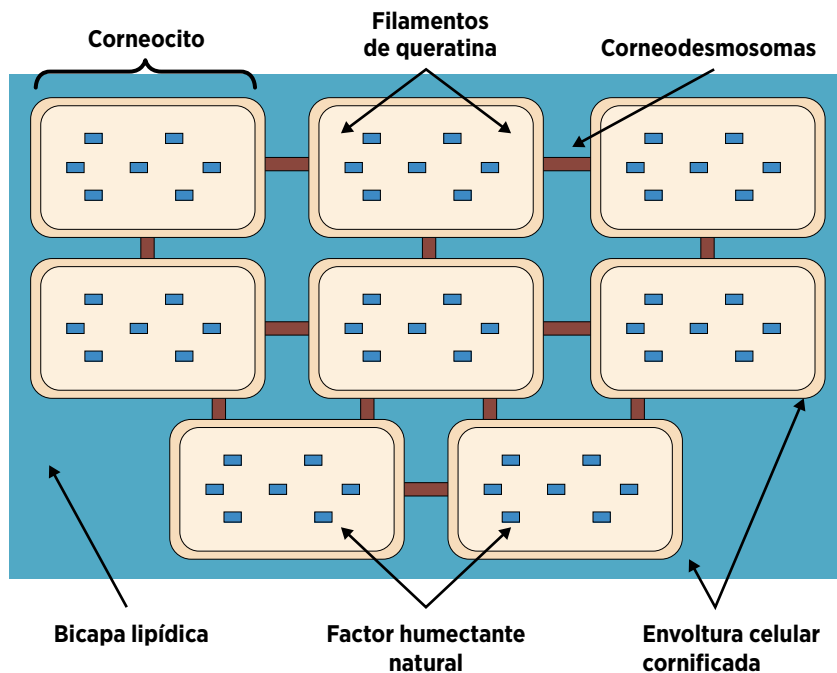
Existen ciertos factores ambientales en donde está la radiación ultravioleta que hacen que se disminuya esta Filagrina, perdiendo el sustrato, reduciendo así los factores humectantes naturales y pérdida tras epidérmica de agua, con un aumento del PH de la piel y el posterior efecto negativo de las proteasas, con un aumento del contenido de estas y así mismo una disminución de los inhibidores que modulan estas mismas. Todo esto hace que así mismo aumente más la acción de las proteasas y se pierda la cohesión entre corneocitos aumentando la pérdida tras epidérmica de agua. Por otro lado, estas proteasas generan un efecto negativo sobre las ceramidas alterando aún más la barrera cutánea (**ver Cuadro 1**).

¿Los ácidos grasos son el principal componente lipídico de la barrera cutánea?

La respuesta a esta pregunta es falsa ya que el principal componente son las ceramidas. Los ácidos grasos o lípidos son componentes muy importantes de la barrera cutánea, 50% corresponden a ceramidas, 25% colesterol, 15% ácidos poliinsaturados, 5% escualeno y 5% fosfolípidos. La pérdida de ceramidas puede contribuir en la DA. De hecho, el uso de mezclas de ceramidas, colesterol y ácidos grasos libres, por vía tópica aceleran la reparación de la barrera cutánea en la DA.

¿Es la DA una enfermedad alérgica?

Para dar respuesta a esta pregunta es importante resaltar que los defectos en las uniones estrechas de la



La permeabilidad de la BC reside en el EC

- ✓ Evita la penetración de alérgenos
- ✓ Mantiene la hidratación de la piel
- ✓ Actividad antimicrobiana

barrera cutánea, en donde actúan las proteínas ocludina y Claudina 1 y 4 que buscan la cohesión entre los corneocitos, también puede desarrollar DA. Se ha encontrado marcada disminución de Claudina-1 en pacientes con DA.³ La relación de las Claudinas 1 y la respuesta TH2 (Eosinófilos e IgE) es inversamente proporcional. A menor concentración de estas claudinas mayor aumento de estas citoquinas proinflamatorias, generando una mayor sensibilización epicutánea.

¿La DA severa se correlaciona con los niveles de la IgE?

La DA se clasifica en extrínseca, siendo la más frecuente (70%), se observa en adultos con sensibilización a alimentos o alérgenos ambientales, presentan elevación de IgE y se asocia con asma y rinitis alérgica. La DA intrínseca, representando el 30% de los casos, se asocia a IgE normal y en ausencia de sensibilidad alérgica detectable. El consenso, basado en las guías Europeas⁴ de tratamiento de eczema atópico (DA) en adultos y niños, recomienda que, dado que la sensibilización a los alimentos ocurre en 50% de los niños con DA grave y la alergia alimentaria exacerba la DA

en el 30% de los casos, las dietas de eliminación de alimentos son esenciales ya que tienen impacto en la calidad de vida de los pacientes. La eliminación de alimentos en niños alérgicos puede mejorar la DA y sólo en pacientes en los que clínicamente se sospecha una exacerbación con alérgenos, se realizan las pruebas de alergias como *prick test*, pruebas de parches o IgE específicas.

Sin embargo, el incremento de comorbilidades en los pacientes con DA sugiere que es un desorden sistémico y no algo meramente cutáneo⁵. Los pacientes con DA son más susceptibles a desarrollar alergias (marcha tópica), los niños menores de 2 años con DA tiene 2-3 veces más riesgo de desarrollar asma o rinitis alérgica. Además, la DA de inicio temprano se asocia con alergias alimentarias y un tercio pueden desarrollarlas (**ver Cuadro 2**).

¿Es la DA una enfermedad sistémica?

Es verdadera la respuesta, ya que todo lo que pasa en la piel se está expresando en el cuerpo. Esto se lleva a cabo debido a que hay un aumento en la lactulosa

luminal, disminución de la IgA, alteración del microbioma y de ácidos grasos de cadena corta. Esta respuesta Th2 tiene un efecto negativo en enzimas que elongan ácido grasos de cadena larga predominando entonces los de cadena corta, alterando la barrera epidérmica y otras barreras como la de mucosas, causando mayor predisposición a los antígenos ambientales, con mayor presentación antigénica, con amplificación de la respuesta Th2 y así un efecto sistémico, incluyendo las claudinas 2 para el caso gastrointestinal, lo que reduce la cohesión de los enterocitos generando así mayor permeabilidad intestinal, y así mayor sensibilidad alérgica. En la parte respiratoria se ve igual respuesta inflamatoria alterando la función ciliar con aumento de la secreción de moco, reducción de IgA, generando así predisposición a mayor respuesta toxémica a nivel pulmonar y así generar enfermedad.

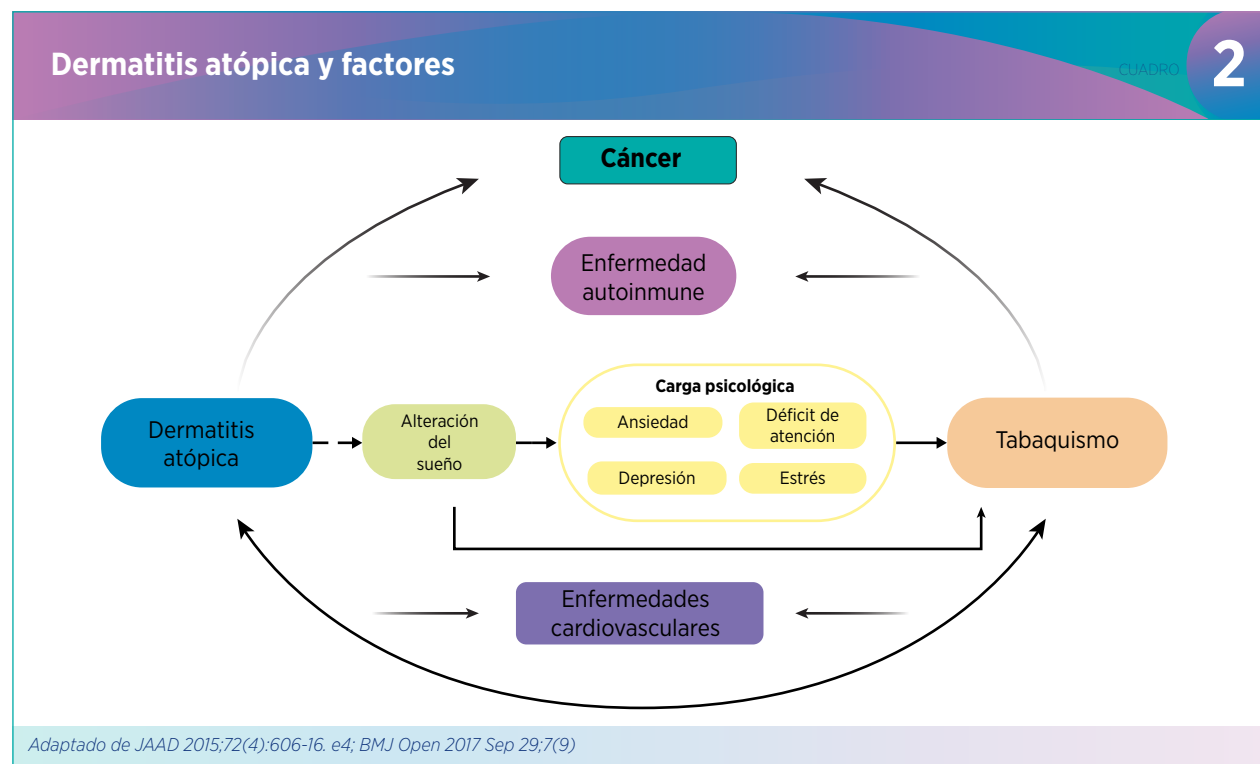
¿El acaro del polvo empeora la dermatitis atópica?

La respuesta es verdadera ya que el acaro produce proteasas, las cuales se unen a los receptores activadores de las mismas, haciendo que se pierda la cohesión entre corneocitos, con aumento a la sensibilización de alérgenos y en la respuesta inflamatoria

Th2, con efecto negativo Filagrina, queratinas y los lípidos (Ceramida)

¿Los baños con hipoclorito son benéficos en pacientes con DA?

Es importante hablar de la alteración del microbioma cutáneo. En la barrera cutánea hay un sinnúmero de agentes habituales y comensales, como el *S. Epidermidis*, *Streptococcus*, *Corynebacterium* y *Propionibacterium*, en donde si existe una alteración de este microbioma hay mayor crecimiento de agentes patógeno como el *staphylococcus aureus* presente en muchas de las afecciones de la piel como la dermatitis atópica. El hipoclorito de sodio combinado con agua (ácido hipocloroso) tiene efectos benéficos manteniendo libre la barrera cutánea de gérmenes patológicos, además modula la respuesta inflamatoria, la producción de la interleucina 12 y la producción de IgE.⁶ Los baños con hipoclorito tienen efecto anti-microbiano, anti-inflamatorio y anti-pruriginoso. Cuando existen signos visibles de infección cutánea se recomienda el uso de baños de blanqueador diluidos durante 5-10 minutos, 2-3 veces por semana. La dilución recomendada es 0.005% NaOCl (2 tazas de



blanqueador domestico común al 6% en una bañera estándar de 150 litros llena de agua).

¿El uso crónico de corticoides tópicos conlleva a disfunción de la barrera cutánea?

La respuesta es verdadera, ya que dentro de los factores externos están los glucocorticoides los cuales aumentan la actividad de las proteasas, con disminución de la unión intercelular y posterior perdida transepidermica de agua. Por otro lado, tiene efecto negativo sobre los lípidos con disminución de las ceramidas.

Las alteraciones en el pH cutáneo llevan al desarrollo de DA. El pH mantiene la integridad del estrato córneo, el metabolismo lipídico, la diferenciación epidérmica y tiene funciones antimicrobianas. En la DA el pH cutáneo es alto, a diferencia de pacientes sin DA.⁷

¿El uso de emolientes disminuye la incidencia de DA?

Es verdadero, un ensayo clínico aleatorizado en 124 neonatos demostró que el uso de emolientes es una medida eficaz y segura en la prevención de DA.⁸ Lo que afirma su uso preventivo en pacientes con factores de riesgo para DA.

Referencias

1. *Allergy Asthma Immunol Res* 2018 May;10(3):207-215.
2. *Br J Dermatol* 2018 Jul 3.
3. *Br J Dermatol* 2018, May 15.
4. DOI: 10.1111/jdv.14891.
5. Brunner PM, *J of Invet Derm* 2016.
6. *J Allergy Clin Immunol* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2018.01.019>
7. *J of Derm* 2018: 1-9.
8. *Br J Dermatol*. 2018 Jul 3. doi: 10.1111/bjd.16934.

Análisis y síntesis elaborados por el staff Médico de Circle Press a partir de su presencia en la conferencia de la **Dra. Edda Medina**

Atopeel®: innovación en la reparación de la barrera cutánea

Dra. Edda Medina,
Coordinadora asuntos médicos HEEL, Colombia.

Atopeel® está compuesto de 21 principios activos de origen natural que reparan, conservan y protegen la función de barrera cutánea. Contiene corteza de avellana, ectína y una crema lamelar constituida por ceramida 3 y escualenos. Según sus acciones, encontramos emolientes como la ectoína, glicerina (compuesto vegetal derivado de grupos hidroxilos y del metabolismo de lípidos), pnetylene glicol (químico que atrae y retiene la humedad de la piel), panthenol (análogo del ácido pantoténico o vit B5) y el hydrogenated vegetable oil (contiene triglicéridos y ácidos grasos, evitando la pérdida de agua transdérmica).

Como emolientes contamos con ceramida 3, *caprypyl glicol* (antimicrobiana), *simmondsia chinensis seed oil* (aceite de jojoba, aumenta la elasticidad de la piel),

tocophenol (actividad antioxidante y suavizante), olea europea *fruit oil*, *butyrospermum parkii* manteca e *hydrogenated lecithin* (mejora la homeostasis de la piel y flexibilidad).

La Ectoína fue aislada por primera vez de una bacteria extremofílica, la cual presenta resistencia al daño por estrés externo. Posee efecto osmoprotector al ser una molécula de alto peso molecular, no ionica, alta afinidad con el agua. Por ser un derivado aminoácido, se puede acumular en células en altas concentraciones sin interferir con los procesos naturales y puede proteger la célula contra la radiación o el estrés osmótico. Y además, es una molécula anfotérica e hidrofílica (**ver Cuadro 1**).

La ectoína se une a moléculas de agua incluso mejor que algunos otros osmoprotectores como el glicerol. Se ha usado ampliamente en cremas cosméticas anti-tiedad e hidratantes ya que promueve la formación de moléculas de agua en racimos, contribuye a la estabilidad y a la estructura de las interacciones agua-agua y a la formación de la estructura del agua.¹ Sus funciones se basan en mejorar la fluidez de la membrana ya que aumenta la distancia entre las moléculas de lípidos, evitar la pérdida transepidérmica de agua (el número de moléculas de agua se incrementa y mejora la humedad de las bicapas lipídicas), tiene efecto humectante de larga duración, anti-inflamatorio. Por otro lado, absorbe los RUV y protege el ADN de la descomposición en varios tipos de células (la reducción de las células de Langerhans inducida por los rayos UV se ha evitado mediante el pretratamiento antes de la exposición al sol).

La corteza de avellana, por su parte, está compuesta de: taninos con propiedades astringentes, anti-inflamatoria, anti-pruríticas y anti-microbinas. Son muy seguros ya que no tienen absorción sistémica ni interacciones medicamentosas; flavonoides, como kercetin, myricetin, rutin kaempferol, también con efectos anti-inflamatorios, anti-oxidantes, anti-alérgicos;

y fitoesteroles con propiedades anti-microbianos y anti-fúngicos.

La crema Lamelar está compuesta por ceramidas y escualenos, que son partes de los esfingolípidos que restablecen la capa lipídica de la piel. El escualeno es el más estable, con vida media más larga. Ambos forman una barrera oclusiva, evitan la pérdida de agua transepidérmica y facilitan la permanencia de los taninos. Las ceramidas actúan en la restauración de los lípidos en la barrera epidérmica dañada del paciente con DA.

Atoppel® es otro medicamento seguro y eficaz para el tratamiento de la DA. Un estudio multicéntrico, no intervencional, confirmó la seguridad y eficacia de la crema Dermaveel® (Nombre de Atopeel® en Europa) en pacientes con DA. Los pacientes fueron diagnosticados según los criterios de Hanifin & Rajka. La crema en los pacientes seleccionados (n=238) se aplica 2 veces al día en la zona afectada, 3 visitas de seguimiento cada 2 semanas y se utilizó el índice SCORAD (*SCORing Atopic Dermatitis*), para evaluar la evolución, encontrando al final del tratamiento con significancia estadística una disminución en este índice. Este mismo resultado se encontró al

1

Ectoína: mejora humectación de la piel

Sin ectoína

Con ectoína

Molécula de agua

Ectoína

Virus

Bacteria

Adaptado de Czech, et al. *Microb Cell Fact* (2016) 15: 126.

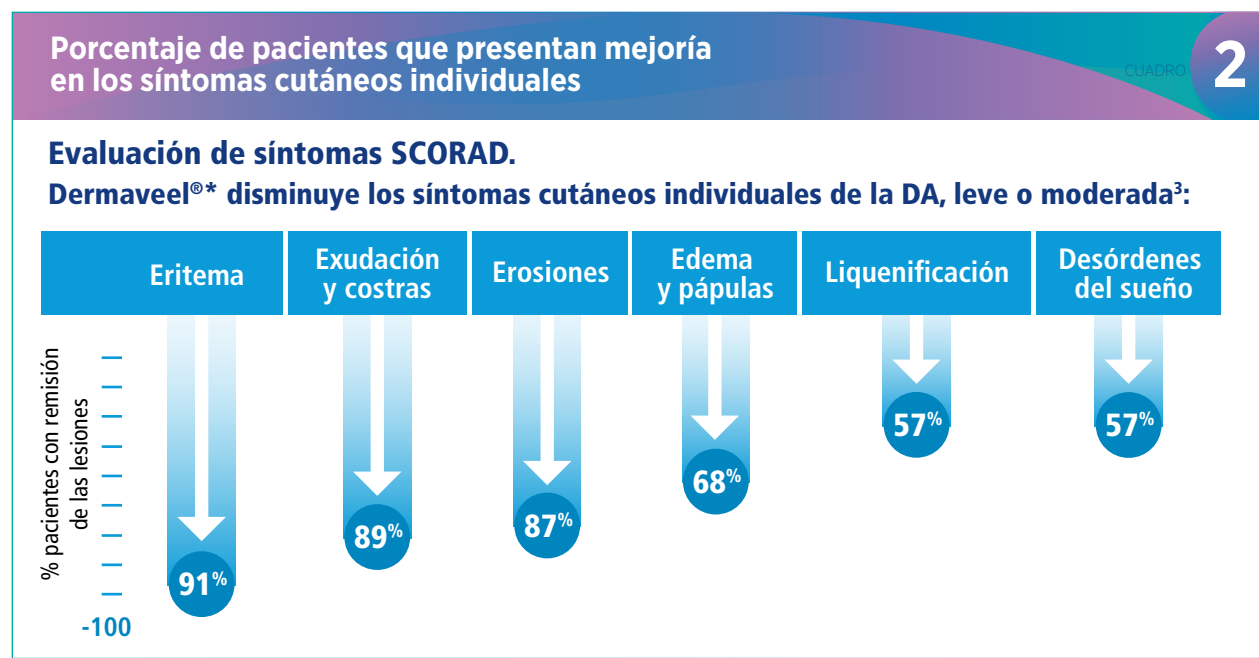
evaluar los síntomas adicionales como el prurito y las alteraciones del sueño, síntomas importantes en el tratamiento de la dermatitis atópica leve a moderada **(ver Cuadro 2)**.²

Debemos recordar que la dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica, multifactorial, cuyo objetivo de tratamiento es restaurar la barrera cutánea, y la prevención se realiza mediante la educación

del paciente. Los emolientes deben prescribirse en cantidades adecuadas y deben usarse con frecuencia. Los emolientes con un mayor contenido de lípidos son preferibles en invierno. Un uso regular de emoliente tiene un efecto ahorrador de esteroides a corto y largo plazo en DA leve a moderado.

Referencias

1. Czech et al. *Microb Cell Fact* (2016) 15: 126.
2. *Alergologia Polska. Polish Journal of Allergology*. 2 (2015) 128-133.



En conclusión, entender que la alergia, vista desde la medicina personalizada, es la expresión fenotípica del sistema inmune, que requiere de la búsqueda de potenciales objetivos terapéuticos para lograr la curación o remisión. Entender al paciente desde un punto de vista subjetivo, aunque el diagnóstico sea masivo, nos lleva a opciones de tratamientos convencionales asociados o no con medicina biorreguladora. Adrisin® por el efecto sinérgico de sus componentes naturales, disminuyen las reacciones de hipersensibilidad y las recurrencias de las manifestaciones clínicas presentes en el paciente alérgico.

Un estudio con un total de 19 casos clínicos que fueron evaluados según la escala de evaluación de tratamiento (TSQM V1.4) determinó de manera significativa ($p < 0.05$) que el medicamento Adrisin®, en la escala análoga de 0 a 100, mejoró los síntomas a la fecha de corte de prurito en un 76%, síntomas nasales 78%, síntomas en la piel 76%, síntomas respiratorios 78% y trastornos asociados al suelo de 87%. Este estudio permitió proyectar el estudio en una población pura de médicos convencionales que permitan la prescripción exclusiva del medicamento Adrisin®, focalizar el estudio a patología de mayor prevalencia y en las cuales se observó una mejoría en resultados estadísticos como rinitis alérgica, dermatitis alérgica o atópica, y por último pensar en ampliar el tamaño de la muestra a más de 50 casos, para que le den más consistencia y fuerza a los resultados.



Revista de divulgación científica, de distribución gratuita y dirigida a profesionales de la salud.

El contenido de este trabajo representa un análisis, revisión bibliográfica y síntesis editorial. Los conceptos y conclusiones pertenecen a los autores y no representa las opiniones o recomendaciones del laboratorio patrocinante. La información resumida puede ser preliminar y estar sujeta a cambios. Estos datos se incluyen solo para la capacitación del médico y la información tiene fines exclusivamente educativos.

Resumen elaborado por el staff de Circle Press.