



El eczema es una anomalía o lesión en la piel que se produce por diferentes agentes etiológicos (endógenos y exógenos) y diferentes mecanismos (inmunológicos y no inmunológicos).

Clínica

El eczema clínicamente se caracteriza por prurito y lesiones que empiezan en forma de eritema y edema.

Posteriormente se desarrollan vesículas o ampollas y finalmente aparecen costras, descamación y liquenificación (piel gruesa con textura como la del cuero provocada por un rascado continuo por no controlar el prurito).

Las vesículas o ampollas se forman debido a la espongiosis que es el hallazgo histopatológico característico del eczema.

Se distinguen por tanto tres estadios o periodos en el eczema que evolucionan de forma sucesiva:

Fase aguda: Fase secretante, caracterizada por eritema, vesículas, vasodilatación, congestión, edema y espongiosis.

Fase subaguda: Fase costrosa, descamativa, excoriada en muchos casos.

Fase crónica: Fase de liquenificación, acantosis y paraqueratosis.

Este cuadro dermatopatológico se va a producir por:

Agentes exógenos

- Eczema de contacto por cosméticos, metales, pesticidas, maderas, plásticos, alimentos, medicamentos, preservativos, gomas, etc.
- Eczema irritativo de contacto, por sustancias irritantes como ácidos y bases fuertes, etc.

El eczema

- Eczema de fotocontacto, por radiaciones UV que reaccionan con sustancias químicas que se encuentran en la piel.

Agentes endógenos

- Eczema numular, reacciones IDES, eczema eritodérmico por ciertos medicamentos, alimentos y hongos que los parasitan, y gérmenes.
- Eczema autolítico por productos metabólicos cutáneos.

Otras patologías

Dermatitis atópica, dermatitis seborreica y del pañal, dishidrosis, pitiriasis seca, prurigo estrófulo. Estas patologías predisponen la aparición del eczema.

Para algunos autores se considera eczema sólo cuando el mecanismo de producción está mediado por una reacción inmunológica tipo IV como son el eczema de contacto, fotocontacto, numular, eritodérmico y autolítico.

Para otros no importa si hay componente alérgico o no mientras el cuadro clínico sea parecido al descrito anteriormente como el caso del eczema irritativo de contacto, que es una reacción inflamatoria no alérgica desencadenada en la piel por la agresión de un producto químico.

Diagnóstico

Su diagnóstico requiere conocer muy bien la historia clínica así como realizar una exploración para distinguir si el eczema es de origen exógeno, endógeno, o

consecuencia de otra enfermedad. Para confirmar la sensibilización será necesario reexponer al posible agente causante mediante pruebas de contacto o epicutáneas (prueba del parche o "patch-test").

Tratamiento

Hemos visto que el diagnóstico es complejo para ser valorado directamente por el farmacéutico, pero sí podemos saber la terapia que se instaura en cada estadio del proceso eczematoso, las fórmulas magistrales que pueden emplearse y aconsejar las medidas higiénico-dietéticas pertinentes.

Medidas higiénico-dietéticas

Evitar el exceso de humedad; usar ropa absorbente y no irritante (algodón), lavarla sin suavizantes; no bañarse excesivamente porque reseca la piel; usar emolientes después del baño para mantener la piel húmeda y elástica; mantener una dieta hipoclorurada, pobre en carbohidratos y rica en proteínas.

Farmacológico

Fase aguda y subaguda

- Por vía oral: Diuréticos, antipruriginosos, sedantes y antiinflamatorios corticoideos.

- Por vía tópica: Como la fase aguda es exudativa debido a las vesículas se empieza con aguas se-



cantes, astringentes y desinfectantes, que se aplican en forma de fomentos o baños, entre los que destacan: suero hipertónico, agua de Goulard, agua de Burow, agua de Alibour, solución acuosa de permanganato potásico (1/10.000) o eosina (1%-2%), sulfato de cobre en infusión flor de saúco usada también para descostrar (fase subaguda).

Cuando la fase aguda no es muy húmeda se utilizan pastas, que aunque menos astringentes, secan y calman como la loción de calamina, pasta Lassar.

Después de aplicar los fomentos y cuando ha cedido la exudación el tratamiento de elección son los corticoides de grado II y III (betametasona valerato, beclometasona dipropionato, fluocinolona acetónido, mometasona furoato, etc.) en cremas o lociones O/W con moderado contenido graso con el fin de aplicarse con mayor facilidad sobre todo si la áreas a tratar son extensas. Pueden combinarse con antibióticos (gentamicina, fusídico) o antimicóticos (clotrimazol) para evitar o tratar infecciones secundarias.

Fase crónica

Primero hay que eliminar los posibles agentes etiológicos y evitar las situaciones predisponentes como la piel seca, hiperhidrosis, pitiriasis, etc.

- Por vía oral:

Corticoides, antihistamínicos, anticolinérgicos, diuréticos, etc.

- Por vía tópica:

Los corticoides empleados son también de grado II y III. En ciertos casos se aplicarán de grado IV y durante períodos breves.

Los vehículos de elección son emulsiones O/W con mayor contenido graso (ungüento hidrófilo, base lanette), emulsiones W/O, cold cream, etc.

En muchos casos sobre todo cuando las lesiones son hiperqueratósicas se combinarán corticoides con hidratantes

(urea) y queratolíticos (ác. retinoico, ácido salicílico, etc.).

Como tratamiento coadyuvante se puede aplicar una crema, pomada o pas-

ta a base de breva destilada de hulla (Tar Doak), que se alterna con los corticoides y se aplica por la noche. También resulta eficaz el PUVA tópico o fototerapia UVB. •

Bibliografía

- F. Camacho. Eczema. En M. Arnijo, F. Camacho. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Medica, S.A.; 1998 p.127-141.
- P. Umbert, F. Llambí. La formulación magistral en la dermatología actual. 1998. Guidotti Farma.
- A. Macaya. Guía de tratamientos dermatológicos, 2ª. Edición. 2005. Abaco Soluciones Editoriales, S.L.
- B. Crickx, A. Sellem, J. Ferrando. Guía práctica de dermocosmética para la oficina de farmacia. Barcelona. Ediciones Mayo S.A. 1997
- F. Grimalt. Formulario OTC Ibérica, 2ª. Edición. Barcelona. Laboratorios OTC Ibérica S.A. 2005



Francisco Etchaberry Santamaría

Licenciado en Farmacia por la Facultad Complutense de Madrid. Especialista en Análisis clínicos por la Facultad Complutense de Madrid. Director del Departamento de vacunas e inyectables en la industria farmacéutica. Actualmente Farmacéutico adjunto en Farmacia Etchaberry de Vitoria (Alava).