

1. Módulo 11. Fototerapia

GUIDAMEX 5.3

2. Autores

Dra. Adriana María Valencia Herrera

- Pediatra, Dermatóloga Pediatra
- Egresada del Hospital Infantil de México Federico Gómez
- Adscrita al Servicio de Dermatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez
- Investigadora nivel I del Sistema Nacional de Investigadores
- Profesora adjunta del Curso de Especialidad de Dermatología Pediátrica
- Profesora titular del diplomado en línea en Dermatología Pediátrica

Dra. Rosa María Lacy Niebla

- Dermatóloga egresada del Hospital General "Manuel Gea González"
- Dermatóloga adscrita al Servicio de Fototerapia del Hospital General "Manuel Gea González"

La fototerapia es una herramienta terapéutica que utiliza radiaciones electromagnéticas (luz), principalmente diferentes modalidades de radiación ultravioleta para el tratamiento de enfermedades cutáneas. En dermatitis atópica se considera tratamiento de tercera línea.

Mecanismo de acción:

- Favorece la apoptosis.
- Es inmunorreguladora.
- Reduce el prurito y la fibrosis.
- Estimula la pigmentación y tiene efecto prebiótico.
- Reduce las células inflamatorias y las citocinas en la piel.
- Revierte la hiperplasia cutánea y aumenta el grosor del estrato córneo; de esta manera ayuda a restaurar la barrera cutánea.
- Disminuye la frecuencia de infecciones cutáneas, principalmente por *Staphylococcus aureus*.

Indicaciones:

- Pacientes con dermatitis atópica mayores de 12 años, que no han respondido al manejo tópico completo: emolientes, syndets y antiinflamatorios tópicos por 2 a 3 semanas, se sugiere fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha (NB-UVB), con una duración mínima de 12 semanas y hasta 6 meses.
- El uso en pacientes de 6 a 11 años debe ser cauteloso e individualizado.
- La fototerapia siempre se debe aplicar por personal calificado.
- El esquema preciso de aplicación dependerá del fototipo del paciente y el grado de eritema.

- Puede usarse en conjunto con esteroide tópico.
- El uso con inhibidores de calcineurina tópicos se reserva a la consideración del especialista en fototerapia.
- Puede utilizarse UVA1 por algunas semanas en los brotes, para reducir el prurito.
- Es necesario tener mayor evidencia para determinar la eficacia y seguridad en población pediátrica.
- Dermatitis atópica facial o nivel muy elevado de IgE total puede predecir pobre respuesta a la fototerapia.

Limitaciones para su aplicación.

La mayor limitante para la aplicación de fototerapia es la disponibilidad, tanto de las instalaciones para aplicarla como del tiempo del paciente para acudir con regularidad.

Efectos adversos:

- Tasas bajas de reacción fototóxica, irritación grave, quemadura por rayos UV, sobreinfección bacteriana, exacerbación de la enfermedad y eccema herpético.
- En dermatitis atópica no se describe fotocarcinogénesis, ya que no se emplea por períodos prolongados en esta enfermedad.

Contraindicaciones.

- Lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades asociadas a fotosensibilidad.
- Uso concomitante con ciclosporina A.
- Genodermatosis asociadas a neoplasias cutáneas: xeroderma pigmentoso y síndrome de carcinomas basocelulares nevoides.

Puntos clave:

La fototerapia es una opción terapéutica de tercera línea en dermatitis atópica.

Uno de los mecanismos de acción en dermatitis atópica es la reducción de células inflamatorias y citocinas en la piel.

Luz ultravioleta B de banda estrecha (NB-UVB) es la modalidad de fototerapia sugerida generalmente en dermatitis atópica.

Está indicado en pacientes con dermatitis atópica mayores de 12 años que no han respondido a tratamiento tópico completo por 2 o 3 semanas, durante los brotes y como terapia de mantenimiento.

El tratamiento deberá mantenerse mínimo por 12 semanas y hasta 6 meses.

3. Caso clínico 1

Mujer de 33 años de edad con diagnóstico de dermatitis atópica moderada a severa desde los tres años de edad. Carece de antecedentes heredofamiliares de importancia. Presenta un habitus exterior cushinoide y una dermatosis generalizada, bilateral y simétrica que afecta todos los segmentos con predominio en la cara, el cuello y en los pliegues antecubitales y poplíteos donde presenta placas extensas y excoriadas de eccema agudo y subagudo, en la cara adopta una coloración grisácea oscura y liquenificación. Presenta queratocono bilateral. Ha cursado con remisiones parciales y temporales y exacerbaciones frecuentes. Los exámenes de laboratorio muestran eosinofilia y niveles elevados de IgE. Ha recibido medidas generales del cuidado de la piel que observa adecuadamente, esteroides tópicos y sistémicos e inmunomoduladores, con respuestas limitadas y dosis altas acumuladas de metotrexate, con el que eleva enzimas hepáticas. Actualmente recibe 150 mg/día de azatioprina. No ha tenido acceso a otros tratamientos por su elevado costo. Fue referida para recibir fototerapia.



4. Caso clínico 2

Hombre de 28 años con dermatitis atópica desde el primer año de vida. Actualmente presenta dermatosis diseminada bilateral y simétrica que afecta todos los segmentos con placas de eccema subagudo y liquenificación con predominio en la cara y el cuello y en las superficies flexoras de las cuatro extremidades con menor compromiso del resto del tegumento cutáneo. Desde la infancia presentó episodios de queratoconjuntivitis y asma, misma que resolvió durante la adolescencia, así como eccema herpético en dos ocasiones. Ha sido multitratado con esteroides tópicos y sistémicos, inhibidores de la calcineurina, baños en aguas termales con frecuencia y varias sesiones de tratamiento con cremas “naturistas” en un centro de “medicina alternativa”. Hace un mes inició 20 mg/día de prednisona y 10 mg/cada 12 horas de loratadina. Ha presentado mejoría discreta.

