

Más de 1.000 especialistas en Alergología se dan cita en Maspalomas para conocer los avances y las nuevas perspectivas en alergia cutánea e inmunología

NUEVOS HALLAZGOS EN LOS MECANISMOS DE DESARROLLO DE LAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS ABREN DIFERENTES VÍAS DE TRATAMIENTO

- Las enfermedades alérgicas más comunes de la piel son la dermatitis atópica, la dermatitis de contacto, la urticaria y el angioedema.
- La prevalencia en Canarias de la dermatitis atópica es del 11,5%; de la dermatitis de contacto 6,5% y de la urticaria/angioedema 6,9%.
- En la mitad de las urticarias crónicas espontáneas puede demostrarse un mecanismo autoinmunitario.

Maspalomas, Gran Canaria. 23 de octubre de 2019.- Las enfermedades alérgicas más comunes de la piel son la dermatitis atópica, la dermatitis de contacto, la urticaria y el angioedema. En las Islas Canarias la prevalencia se sitúa en 11,5% en dermatitis atópica; 6,5% en dermatitis de contacto y 6,9% de la urticaria y el angioedema.

“La visión de algunas enfermedades cutáneas como la dermatitis atópica y la urticaria crónica ha experimentado un avance espectacular en los últimos años por los nuevos hallazgos en sus mecanismos, lo que ha abierto diferentes vías en el tratamiento de estas enfermedades”, explica la **doctora Milagros Lázaro**, presidenta del Comité de Alergia Cutánea de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y coordinadora del comité científico del Simposio Internacional *Avances y Perspectivas en Alergia Cutánea e Inmunología* que hasta el sábado 26 de octubre se celebra en Maspalomas.

La enfermedad cutánea inflamatoria crónica más frecuente en la infancia, con evidencias crecientes de su extensión más allá de la adolescencia, es la dermatitis atópica. En sus formas más graves sigue siendo un reto diagnóstico y terapéutico para los especialistas. *“En los últimos diez años el interés por esta patología desde cualquier perspectiva, clínica, fisiopatológica, terapéutica y de afectación de la calidad de vida de los pacientes ha crecido de forma exponencial paralelamente con los resultados de las investigaciones más recientes en este campo”,* -comenta la doctora Lázaro.

“La dermatitis atópica se considera una ventana para otras enfermedades alérgicas, lo que dirige parte del esfuerzo que se realiza en esta enfermedad a varios puntos: a la prevención, a través de medidas dirigidas a la barrera cutánea; al mayor conocimiento fisiopatológico de esta afectación; ya la participación del sistema inmunitario en el proceso. Por otro lado, se está trabajando la revisión de los factores genéticos, en biomarcadores que ayuden a diagnosticar a estos pacientes y a realizar un mejor seguimiento terapéutico y en compartir una visión actualizada del tratamiento”, añade la alergóloga.

La compleja fisiopatología de la dermatitis atópica

Tal y como detalla el **doctor Ignacio Jáuregui**, del Servicio de Alergia de H.U. de Cruces en Vizcaya y secretario del Comité de Alergia Cutánea, *“el mejor conocimiento de la compleja fisiopatología de la dermatitis atópica ha propiciado una avalancha de investigación en nuevos agentes tópicos y sistémicos de dos tipos: por un lado, las terapias dirigidas a una diana molecular concreta, caso de varios agentes biológicos parenterales que esperan incorporarse pronto a nuestro arsenal terapéutico; por otro lado, se han desarrollado una serie creciente de pequeñas moléculas de efecto antiinflamatorio más general y menos específico, como los inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE-4) o los inhibidores del sistema de transcripción JAK-STAT, que en los ensayos clínicos han demostrado eficacia en las dermatitis graves del adulto, bien en cremas o ungüentos, o bien en comprimidos, y con perfiles de seguridad muy aceptables”*.

La dermatitis atópica tiene un repertorio muy diverso de subgrupos de pacientes (lo que llamamos endofenotipos), y no puede tratarse por tanto con un menú común para todos los enfermos. *“Hasta ahora hemos empleado estrategias y agentes tópicos y sistémicos que en muchos casos no afectaban a la vía patogénica precisa, y que en otros casos se asociaban con toxicidad importante sobre otros órganos. Las nuevas terapias dirigidas a moléculas clave de las distintas vías inflamatorias permitirán un tratamiento más a medida de cada tipo de enfermo, y por lo que sabemos hasta ahora, con perfiles de seguridad mucho mejores que los inmunosupresores al uso”*, revela el alergólogo.

Intervenciones sobre la barrera cutánea

En los pacientes con dermatitis atópica la barrera cutánea es deficiente en distintos tipos de proteínas y en su proporción de grasas y ceras, que en conjunto propician una alta pérdida transepidérmica de agua, es decir, una deshidratación continua de la epidermis. Esta barrera defectuosa se vuelve permeable a antígenos, irritantes y bacterias, lo que determina la inflamación crónica de la piel.

Las intervenciones tradicionales de prevención y cuidado de la piel atópica incluyen:

- Higiene cutánea con baños de avena coloidal con agua templada.
- Baños con lejía para disminuir la sobreinfección bacteriana.
- Baños o fomentos para lesiones exudativas.
- Envoltorios con vendajes húmedos con suero fisiológico.
- Cremas o pomadas con coaltar (alquitrán de hulla).
- Tratamientos tópicos que eviten la pérdida transepidérmica de agua: emolientes/hidratantes, agentes oclusivos como la vaselina o humectantes como la urea, el ácido láctico, o el ácido urocánico; hidrolípidos, ceramidas, etc.
- Tratamientos que mejoren el microbioma y la función antimicrobiana de la piel: desde el uso de los llamados probióticos (suplementos alimenticios con bacterias beneficiosas), de eficacia discutida, a los tratamientos antisépticos inespecíficos (baños de lejía, ácido hipocloroso, etc).

- Sol (fototerapia natural): no deja de ser un inmunosupresor sistémico natural. Disminuye la colonización por estafilococos, aumenta el espesor del estrato córneo, y disminuye el infiltrado celular de la epidermis.

Avances en urticaria

La urticaria crónica (UC) es una enfermedad caracterizada por el desarrollo de ronchas, angioedema o ambos durante más de 6 semanas. Esta patología puede ser espontánea (no desencadenada por ningún factor externo conocido), o inducible (desencadenada por factores físicos como el frío, el sol o el ejercicio, o por el contacto con determinados agentes urticantes para el paciente).

Está dirigida por unas células denominadas mastocitos, pero las causas subyacentes de su activación son en gran parte desconocidas. En palabras del doctor Jáuregui, *“en la mitad de las urticarias crónicas espontáneas puede demostrarse un mecanismo autoinmunitario, esto es, que son distintas moléculas del propio organismo (autoantígenos) las que activan las células de la piel y las hacen liberar histamina y otras sustancias clave en la producción de urticaria”*.

“En este congreso se debate sobre los últimos avances en estos mecanismos, como la implicación de la vía extrínseca de la coagulación en la urticaria; también se va a tratar sobre el mayor conocimiento de biomarcadores potenciales para el diagnóstico, actividad y respuesta al tratamiento de esta enfermedad; y sobre las nuevas posibilidades de tratamiento, donde la introducción reciente de terapias biológicas ha supuesto una revolución considerable”, comentan el doctor Jáuregui y la doctora Milagros Lázaro.

**** Para más información Planner Media. - 91 787 03 00**

Laura Castellanos 639 33 82 15 lcastellanos@plannermedia.com

Helena Pastor 647 24 16 15 hpastor@plannermedia.com