



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i18.0823>

TRATAMIENTO ESCALONADO DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS Y ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA CLÍNICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

STEPWISE MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN AND ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE CLINICAL EVIDENCE. SYSTEMATIC REVIEW

Ramírez-Quevedo Deyanira Viviña ¹; Aguilar-Torres Andres Sebastian ²;
Álvarez-Jiménez Johanna Carolina ³

¹ Médico General, Distrito 11D07 Macará – Sozoranga – Salud. Ecuador.
Correo: deyaniraramirez020898@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-3944-7560>

² Médico General en Funciones Hospitalarias del Hospital Pablo Arturo Suarez. Ecuador.
Correo: aaguilar.115@outlook.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-3157-0136>

³ Médico General en Funciones Hospitalarias del Hospital Pablo Arturo Suarez. Ecuador.
Correo: johanna_210@live.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7942-1814>

Resumen

Introducción: La dermatitis atópica es una dermatosis inflamatoria crónica, recurrente y heterogénea que exige decisiones terapéuticas progresivas según severidad, extensión, edad, fenotipo clínico y respuesta previa. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia clínica contemporánea sobre el tratamiento escalonado de la dermatitis atópica en niños y adultos. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática cualitativa reportada conforme a PRISMA 2020. Se buscó en PubMed/MEDLINE y se efectuó búsqueda manual dirigida en guías y referencias relevantes hasta el 16 de marzo de 2026. Se incluyeron guías basadas en evidencia, revisiones sistemáticas, metaanálisis en red, ensayos clínicos aleatorizados y estudios de extensión a largo plazo centrados en emolientes, corticoides tópicos, inhibidores de calcineurina, crisaborol, ruxolitinib tópico, fototerapia, dupilumab, tralokinumab, abrocitinib, baricitinib, upadacitinib y terapias sistémicas inmunomoduladoras convencionales. **Resultados:** De 51 registros iniciales, 45 fueron cribados tras eliminar duplicados; 35 textos completos se evaluaron y 29 estudios se integraron en la síntesis cualitativa. La evidencia respalda que todos los pacientes deben iniciar con educación terapéutica, hidratación intensiva y control de desencadenantes. En enfermedad leve, los corticoides tópicos continúan como pilar del rescate y los inhibidores de calcineurina, crisaborol o ruxolitinib constituyen alternativas ahorradoras de esteroides en áreas sensibles o enfermedad leve a moderada localizada. En enfermedad moderada o recurrente, la terapia proactiva con corticoides tópicos o inhibidores de calcineurina, la técnica de wet-wrap y la fototerapia UVB de banda estrecha son opciones validadas. En enfermedad moderada a grave refractaria, dupilumab y tralokinumab muestran un perfil beneficio-riesgo favorable; los inhibidores JAK orales ofrecen respuestas rápidas y, en algunos escenarios, mayor magnitud de eficacia, aunque con mayor carga de vigilancia de seguridad. Las terapias sistémicas convencionales conservan un papel selectivo, mientras que los corticoides sistémicos no deben utilizarse de forma rutinaria. **Conclusiones:** El enfoque escalonado más consistente parte de la terapia básica universal, intensifica el tratamiento tópico según actividad y reserva terapias sistémicas dirigidas para casos moderados a graves o refractarios. Dupilumab es la opción sistémica con soporte pediátrico y adulto más robusto, mientras que los JAK inhibidores son alternativas eficaces en adolescentes y adultos seleccionados bajo monitorización estrecha.

Palabras claves: dermatitis atópica; eccema; tratamiento escalonado; niños; adultos; PRISMA 2020; terapias biológicas; inhibidores JAK.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 13 de diciembre de 2025.

Fecha de aceptación: 10 de febrero de 2026.

Fecha de publicación: 10 de marzo de 2026.



Abstract

Introduction: Atopic dermatitis is a chronic, recurrent, and heterogeneous inflammatory dermatosis that requires a stepwise approach to treatment based on severity, extent, age, clinical phenotype, and previous response. **Objective:** To synthesize the current clinical evidence on the stepwise treatment of atopic dermatitis in children and adults. **Methods:** A qualitative systematic review was conducted, reported according to PRISMA 2020 guidelines. PubMed/MEDLINE was searched, and targeted manual searches of relevant guidelines and references were performed up to March 16, 2026. Evidence-based guidelines, systematic reviews, network meta-analyses, randomized controlled trials, and long-term extension studies focused on emollients, topical corticosteroids, calcineurin inhibitors, crisaborole, topical ruxolitinib, phototherapy, dupilumab, tralokinumab, abrocitinib, baricitinib, upadacitinib, and conventional systemic immunomodulatory therapies were included. **Results:** Of 51 initial records, 45 were screened after removing duplicates; 35 full texts were appraised, and 29 studies were integrated into the qualitative synthesis. The evidence supports that all patients should begin treatment with therapy education, intensive hydration, and trigger control. In mild disease, topical corticosteroids remain the mainstay of rescue therapy, and calcineurin inhibitors, crisaborole, or ruxolitinib are steroid-sparing alternatives in sensitive areas or localized mild to moderate disease. In moderate or recurrent disease, proactive therapy with topical corticosteroids or calcineurin inhibitors, wet-wrap therapy, and narrowband UVB phototherapy are validated options. In moderate to severe refractory disease, dupilumab and tralokinumab show a favorable benefit-risk profile; oral JAK inhibitors offer rapid responses and, in some scenarios, greater efficacy, although with a greater safety burden. Conventional systemic therapies retain a selective role, while systemic corticosteroids should not be used routinely. **Conclusions:** The most consistent stepwise approach begins with universal basic therapy, intensifies topical treatment according to disease activity, and reserves targeted systemic therapies for moderate to severe or refractory cases. Dupilumab is the systemic option with the most robust pediatric and adult support, while JAK inhibitors are effective alternatives in selected adolescents and adults under close monitoring.

Keywords: atopic dermatitis; eczema; stepped therapy; children; adults; PRISMA 2020; biologic therapies; JAK inhibitors.

1. Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por prurito, xerosis, disfunción de la barrera cutánea, brotes recurrentes y una carga sustancial sobre el sueño, el rendimiento escolar o laboral y la calidad de vida. Su presentación clínica varía con la edad, la extensión del compromiso cutáneo, la intensidad de la inflamación y la presencia de comorbilidades atópicas, lo que obliga a

individualizar el tratamiento dentro de un marco escalonado y dinámico [1-5].

En la práctica clínica contemporánea, el manejo de la DA ya no puede reducirse a la prescripción episódica de corticoides tópicos. Las guías recientes insisten en un enfoque integral que comienza con educación, restauración de la barrera, reconocimiento de desencadenantes, adherencia y terapia tópica apropiada, y que progresa hacia fototerapia,



biológicos o inhibidores JAK cuando la enfermedad es moderada a grave o refractaria [1-6].

La expansión terapéutica de los últimos años ha incrementado la complejidad de la toma de decisiones. Existen alternativas ahorradoras de esteroides para enfermedad leve a moderada, agentes biológicos con excelente perfil de seguridad relativa y pequeñas moléculas orales de respuesta rápida, pero también persisten dudas sobre secuenciación terapéutica, selección por edad, mantenimiento a largo plazo y papel residual de inmunosupresores convencionales [2-6].

Bajo este contexto, una revisión sistemática actualizada de la evidencia clínica resulta útil para ordenar las intervenciones por escalones terapéuticos y ofrecer una síntesis aplicable tanto a niños como a adultos.

Objetivo

Sintetizar la evidencia clínica disponible sobre el tratamiento escalonado de la dermatitis atópica en niños y adultos, integrando la terapia básica, los tratamientos

tópicos, la fototerapia y las terapias sistémicas convencionales y dirigidas para proponer un algoritmo práctico basado en la mejor evidencia disponible.

2. Metodología

Diseño y guía de reporte

Se realizó una revisión sistemática cualitativa de la evidencia clínica y su reporte se estructuró conforme a la declaración PRISMA 2020. Debido a que el presente documento fue elaborado con fines académicos y de síntesis narrativa-clínica, no se registró un protocolo prospectivo en PROSPERO; esta ausencia se reconoce como limitación metodológica.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la evidencia clínica más sólida para orientar un tratamiento escalonado de la dermatitis atópica en pacientes pediátricos y adultos, desde la terapia básica y tópica hasta la fototerapia y los tratamientos sistémicos dirigidos o inmunomoduladores convencionales?

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

La búsqueda principal se realizó en PubMed/MEDLINE y se complementó con búsqueda manual dirigida de guías basadas en evidencia y revisión de referencias relevantes. La actualización bibliográfica se cerró el 16 de marzo de 2026.

Cadena de búsqueda reproducible (adaptada): (“atopic dermatitis” OR eczema) AND (treatment OR therapy OR management) AND (children OR pediatric OR adults) AND (topical corticosteroids OR tacrolimus OR pimecrolimus OR crisaborole OR ruxolitinib OR phototherapy OR dupilumab OR tralokinumab OR abrocitinib OR baricitinib OR upadacitinib OR cyclosporine OR methotrexate OR azathioprine OR mycophenolate).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron: a) guías clínicas basadas en evidencia; b) revisiones sistemáticas y metaanálisis; c) ensayos clínicos aleatorizados; y d) estudios de extensión o seguimiento prolongado, siempre que evaluaran eficacia, mantenimiento del control,

desenlaces clínicos o seguridad de tratamientos relevantes para DA. Se consideraron estudios en población pediátrica, adulta o mixta. Se excluyeron artículos puramente narrativos sin metodología explícita, estudios duplicados de la misma cohorte sin información adicional útil y publicaciones que no permitían ubicar la intervención dentro de un enfoque escalonado de manejo.

Selección de estudios y extracción de datos

Los registros se cribaron por título y resumen. Posteriormente se revisaron los textos completos elegibles y se extrajeron: diseño, población, edad, intervención, comparador, desenlaces clínicos clave, duración del seguimiento y principales consideraciones de seguridad. El flujo de selección se resume en la Figura 1.

Evaluación metodológica y síntesis

Debido a la heterogeneidad de diseños incluidos, se realizó una valoración cualitativa de la robustez metodológica considerando aleatorización, cegamiento, comparadores, validez clínica de los

desenlaces, duración del seguimiento y coherencia entre estudios. No se efectuó metaanálisis cuantitativo propio por la diversidad de poblaciones, intervenciones y medidas de resultado; en su lugar se desarrolló una síntesis cualitativa estructurada por escalones terapéuticos.

3. Resultados y discusión

Selección de estudios

Se identificaron 51 registros iniciales (43 en PubMed/MEDLINE y 8

adicionales mediante búsqueda manual). Tras eliminar 6 duplicados, 45 registros se sometieron a cribado por título y resumen. Se excluyeron 10 referencias en esta fase y 35 artículos pasaron a evaluación a texto completo. Finalmente, 29 estudios y documentos clave se incluyeron en la síntesis cualitativa: 5 guías/consensos, 4 revisiones sistemáticas o metaanálisis y 20 ensayos clínicos o extensiones de seguimiento.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 del proceso de selección de estudios

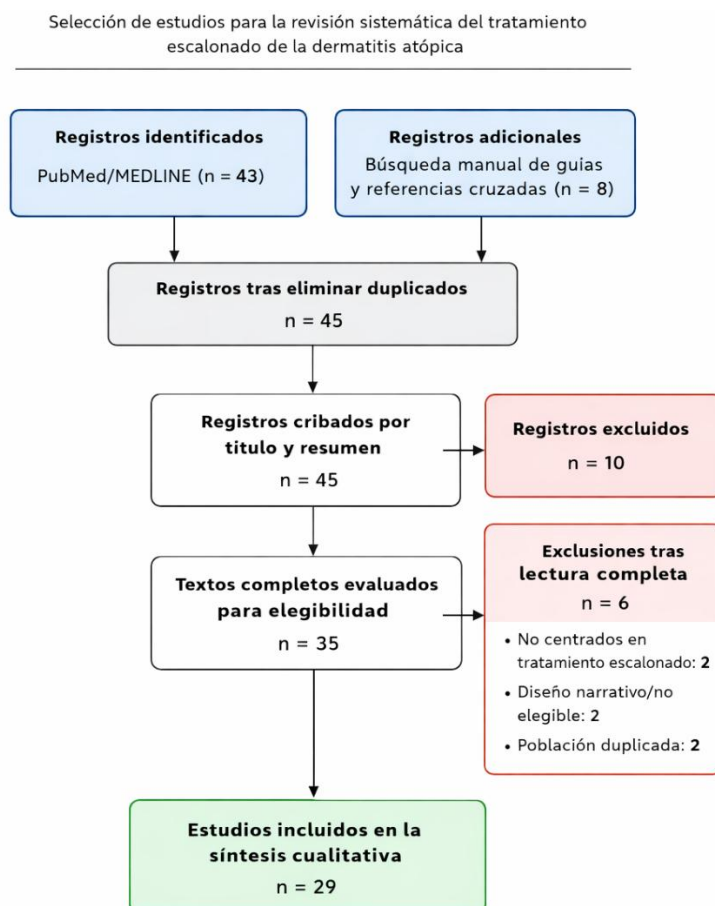


Tabla 1. Características de los estudios incluidos

N°	Autor/año	Diseño/población	Intervención	Aporte clínico principal
1	Sidbury 2023	Guía basada en evidencia; adultos	Terapias tópicas	Fortalece el papel de emolientes, corticoides tópicos, inhibidores de calcineurina, PDE-4 y JAK tópicos; desaconseja antihistamínicos tópicos y antimicrobianos rutinarios.
2	Davis 2024	Guía basada en evidencia; adultos refractarios	Fototerapia y sistémicos	Recomienda dupilumab, tralokinumab y JAK orales; reserva inmunomoduladores convencionales y desaconseja corticoides sistémicos de rutina.
3	Chu 2024	Guía AAAAI/ACAAI; niños y adultos	Terapia escalonada integral	Establece medidas universales de cuidado cutáneo y secuenciación terapéutica por severidad.
4	Wollenberg 2018	Consenso europeo; niños y adultos	Manejo global	Consolida estrategia por gravedad y destaca terapia proactiva, fototerapia y sistémicos en casos seleccionados.
5	Werfel 2024	Guía S3; sistémicos	Sistémicos para DA	Actualiza el papel de biológicos, JAK e inmunosupresores convencionales.
6	Chu AWL 2023	Revisión sistemática y NMA; 149 ensayos	Tratamientos sistémicos	Ubica a upadacitinib entre los más eficaces; dupilumab y tralokinumab muestran perfil de seguridad más favorable.
7	Musters 2021	Cochrane	Fototerapia	La evidencia apoya fototerapia en DA, con limitaciones por heterogeneidad y acceso.
8	Xiao 2022	Revisión sistemática y NMA	Fototerapia	Favorece UVB de banda estrecha como opción práctica y especializada.
9	Cury Martins 2015	Cochrane	Tacrolimus tópico	Confirma eficacia de tacrolimus como ahorrador de esteroides, especialmente en áreas sensibles.
10	Hanifin 2005	Seguimiento prolongado	Tacrolimus tópico	Muestra eficacia y seguridad sostenidas hasta 4 años.
11	Reitamo 2008	Seguimiento 4 años	Tacrolimus 0,1%	Apoya mantenimiento a largo plazo en niños y adultos.
12	Paller 2016	Ensayo fase III	Crisaborol vs vehículo	Mejora signos y síntomas en DA leve a moderada.



13	Eichenfield 2023	Estudio 52 semanas	Crisaborol mantenimiento	Sugiere utilidad como mantenimiento diario en DA leve a moderada.
14	Papp 2023	Extensión de fase III	Ruxolitinib crema	Control prolongado y buen perfil de tolerabilidad en DA leve a moderada localizada.
15	Beck 2014	Ensayo aleatorizado	Dupilumab adultos	Primer estudio pivotal con mejoría significativa en DA moderada-grave.
16	Simpson 2016	Dos ensayos fase III	Dupilumab vs placebo	Consolida eficacia clínica y control del prurito en adultos.
17	Blauvelt 2017	Ensayo fase III 1 año	Dupilumab + TCS	Demuestra beneficio sostenido a 52 semanas con terapia concomitante tópica.
18	Beck 2024	Extensión abierta 5 años	Dupilumab adultos	Aporta evidencia de persistencia de eficacia y seguridad a largo plazo.
19	Simpson 2020a	Ensayo fase III	Dupilumab adolescentes	Eficaz y seguro en adolescentes con DA no controlada.
20	Paller 2020	Ensayo fase III	Dupilumab + TCS en 6-11 años	Fuerte apoyo pediátrico para enfermedad severa.
21	Paller 2022	Ensayo fase III	Dupilumab en 6 meses-<6 años	Extiende evidencia sistémica a preescolares con DA no controlada.
22	Wollenberg 2021	Dos ensayos fase III	Tralokinumab monoterapia	Mejora desenlaces clínicos y mantiene control en adultos.
23	Silverberg 2021	Ensayo fase III	Tralokinumab + TCS	Beneficio adicional cuando se combina con tratamiento tópico.
24	Guttman-Yassky 2019	Ensayo fase II	Baricitinib	Señala eficacia temprana con vigilancia de seguridad.
25	Simpson 2020b	Dos ensayos fase III	Baricitinib	Confirma utilidad en adultos con respuesta inadecuada a terapia tópica.
26	Silverberg 2020	Ensayo clínico	Abrocitinib	Demuestra reducción de prurito y actividad clínica.
27	Simpson 2020c	JADE MONO-1	Abrocitinib	Valida eficacia en adultos y adolescentes.
28	Eichenfield 2021	JADE TEEN	Abrocitinib + tópicos	Apoya su empleo en adolescentes seleccionados.
29	Blauvelt 2021	Ensayo comparativo	Upadacitinib vs dupilumab	Muestra respuestas rápidas y, en varios desenlaces, mayor eficacia a corto plazo que dupilumab, con mayor vigilancia de seguridad.

Medidas universales en todos los escalones

Las guías recientes coinciden en que el primer escalón terapéutico no depende de la gravedad, sino que debe mantenerse en todos los pacientes y durante todas las fases de la enfermedad. Este escalón incluye educación, corrección de la técnica de aplicación, emolientes de uso generoso y continuo, identificación de irritantes/desencadenantes y refuerzo de la adherencia [1-5]. La restauración de la barrera cutánea no es un complemento secundario, sino la base sobre la cual se añaden las demás intervenciones. Además, la guía AAAAI/ACAAI subraya que el control de la DA exige diagnóstico correcto, objetivos compartidos con el paciente y uso apropiado de humectantes y antiinflamatorios tópicos [3].

Escalón 1: enfermedad leve o brotes localizados

Los corticoides tópicos permanecen como tratamiento de rescate de primera línea por su rapidez de acción y disponibilidad [1,3,4]. La elección de potencia depende de localización, edad y grosor cutáneo.

En cara, cuello, pliegues y región genital, los inhibidores de calcineurina tópicos constituyen alternativas clave por su valor ahorrador de esteroides y utilidad en terapia proactiva [1,3,9-11]. La evidencia acumulada no demuestra un incremento creíble del riesgo de cáncer con el uso apropiado de estos fármacos en la práctica clínica, aunque el ardor local inicial sigue siendo el evento adverso más frecuente [3,9-11]. En DA leve a moderada también disponen de respaldo clínico crisaborol y ruxolitinib crema, particularmente cuando se busca evitar la exposición repetida a corticoides o cuando la enfermedad es localizada y recidivante [1,12-14].

Escalón 2: enfermedad moderada, recurrente o con control incompleto

Cuando la DA presenta recaídas frecuentes, afectación más extensa o control insuficiente con tratamiento episódico, la evidencia respalda estrategias de mantenimiento o terapia proactiva con corticoides tópicos o inhibidores de calcineurina sobre áreas de recurrencia habitual [1,3,4]. Las técnicas de wet-wrap pueden ser útiles en brotes intensos



y seleccionados, especialmente en pediatría, mientras que los baños terapéuticos tienen un papel más condicionado que universal [1,3]. La fototerapia, sobre todo con UVB de banda estrecha, representa un escalón intermedio razonable en pacientes moderados que no responden adecuadamente a la terapia tópica o en quienes se desea retrasar el inicio de sistémicos; sin embargo, su aplicabilidad depende de accesibilidad, adherencia y disponibilidad de centros especializados [2,7,8].

Escalón 3: enfermedad moderada a grave refractaria - biológicos

Dupilumab es el agente sistémico con evidencia más robusta y transversal a lo largo del ciclo vital. Los ensayos pivotaes en adultos demostraron mejoría significativa de signos, prurito y calidad de vida, con mantenimiento del beneficio en seguimiento de 1 año y extensiones de hasta 5 años [15-18]. En población pediátrica, dupilumab ha mostrado eficacia en adolescentes, escolares y preescolares con enfermedad no controlada, convirtiéndose en la opción sistémica mejor sustentada para

niños [19-21]. Tralokinumab también cuenta con ensayos fase III positivos y un perfil de seguridad generalmente favorable, aunque su evidencia pediátrica es menos amplia que la de dupilumab [22,23]. En ambos biológicos, la conjuntivitis y las reacciones en el sitio de inyección son consideraciones habituales, pero el balance global beneficio-riesgo es favorable [2,3,6].

Escalón 4: enfermedad moderada a grave refractaria - inhibidores JAK

Los inhibidores JAK orales (abrocitinib, baricitinib y upadacitinib) han modificado el manejo de adolescentes y adultos por su inicio de acción rápido y elevada eficacia en prurito y actividad inflamatoria [2,3,6,24-29]. El metaanálisis en red de Chu y colaboradores situó a upadacitinib entre las intervenciones sistémicas más eficaces, mientras que el ensayo comparativo directo frente a dupilumab mostró respuestas más rápidas y mayor magnitud de eficacia en diversos desenlaces a corto plazo [6,29]. No obstante, estos beneficios se acompañan de una mayor necesidad de tamizaje y monitorización por

riesgo de infecciones, alteraciones analíticas, eventos trombóticos y otras advertencias de seguridad de clase. Por ello, su selección debe individualizarse según edad, comorbilidades, preferencias, acceso y tolerabilidad potencial [2,3,5,6].

Escalón 5: inmunomoduladores convencionales y terapias a evitar

Ciclosporina, metotrexato, azatioprina y micofenolato conservan un papel selectivo cuando los biológicos o JAK no están disponibles, están contraindicados o han fallado, aunque la certeza de la

evidencia es menos consistente y la carga de toxicidad y monitorización es mayor [2-6]. Entre estos, ciclosporina sigue siendo la alternativa de rescate más utilizada por su rapidez relativa, pero no suele ser la mejor estrategia de mantenimiento prolongado [2,5,6]. Por el contrario, las guías contemporáneas coinciden en que los corticoides sistémicos no deben usarse de manera rutinaria en DA por el riesgo de rebote, eventos adversos y control poco sostenible, reservándolos únicamente para situaciones excepcionales y breves como puente terapéutico [2,3,5].

Tabla 2. Propuesta de algoritmo terapéutico escalonado para dermatitis atópica

Escalón	Situación clínica	Intervención prioritaria	Comentario práctico
Escalón basal	Todos los pacientes	Educación, emolientes diarios, higiene suave, control de irritantes, corrección de adherencia	Debe mantenerse incluso cuando se intensifica la terapia.
Escalón 1	Leve / brotes localizados	Corticoide tópico de potencia apropiada; TCI en cara/pliegues; crisaborol o ruxolitinib tópico en casos seleccionados	Ideal para brotes agudos o enfermedad localizada; vigilar sobreuso de esteroides.
Escalón 2	Moderada recurrente o	Terapia proactiva intermitente con TCS o TCI; wet-wrap; fototerapia UVB-BE si disponible	Útil cuando existe recaída frecuente o extensión progresiva.
Escalón 3	Moderada-grave refractaria	Biológicos (dupilumab; tralokinumab en pacientes seleccionados)	Preferibles cuando se busca equilibrio eficacia-seguridad y manejo prolongado.
Escalón 4	Moderada-grave con necesidad de respuesta rápida o fracaso previo	JAK orales (upadacitinib, abrocitinib, baricitinib según edad y contexto regulatorio)	Requieren tamizaje infeccioso y monitorización laboratorial.



Escalón 5	Fracaso, contraindicación o inaccesibilidad de dirigidos	Ciclosporina, metotrexato, azatioprina o micofenolato	Uso por especialista; valorar riesgo-beneficio individual.
Evitar de rutina	Cualquier gravedad	Corticoides sistémicos crónicos o repetidos	Solo como rescate breve o puente excepcional.

Tabla 3. Síntesis de clases terapéuticas, fortalezas y limitaciones

Clase terapéutica	Solidez global	Rol clínico	Ventajas	Limitaciones
Emolientes y cuidado basal	Alta	Base universal	Mejoran barrera cutánea, reducen xerosis y necesidad de antiinflamatorios	Dependencia de adherencia y educación del paciente
Corticoides tópicos	Alta	Primera línea en brotes	Rápidos, accesibles y versátiles	Atrofia y efectos locales si se usan inapropiadamente
Inhibidores de calcineurina	Alta-moderada	Áreas sensibles y terapia proactiva	Ahorran esteroides; útiles en cara y pliegues	Ardor local inicial; costo mayor que TCS en algunos contextos
Crisaborol	Moderada	DA leve-moderada	Opción no esteroidea de mantenimiento	Beneficio más modesto en enfermedad extensa o grave
Ruxolitinib tópico	Moderada	DA leve-moderada localizada	Buena respuesta sintomática y control prolongado	Acceso variable; uso en áreas/localizaciones seleccionadas
Fototerapia UVB-BE	Moderada	Escalón intermedio	Evita sistémicos en algunos pacientes	Limitada por acceso, tiempo y logística
Dupilumab	Alta	DA moderada-grave; niños y adultos	Amplia evidencia, estabilidad a largo plazo, buen perfil beneficio-riesgo	Conjuntivitis y costo; inicio menos rápido que algunos JAK
Tralokinumab	Alta-moderada	DA moderada-grave principalmente en adolescentes mayores/adultos	Biológico eficaz con perfil de seguridad favorable	Menor respaldo pediátrico que dupilumab
Abrocitinib / baricitinib / upadacitinib	Alta-moderada	Adolescentes y adultos seleccionados	Inicio rápido y alta eficacia clínica	Monitorización de seguridad y advertencias de clase
Ciclosporina / metotrexato / azatioprina / micofenolato	Moderada-baja	Alternativas cuando fallan o no están disponibles dirigidos	Útiles en contextos de acceso restringido	Mayor carga de toxicidad y seguimiento; evidencia menos consistente

Discusión

La evidencia disponible respalda que el manejo exitoso de la DA debe entenderse como una secuencia terapéutica escalonada, pero también como un continuo. La terapia basal con emolientes y educación se mantiene en todos los niveles; lo que cambia entre escalones no es la base del tratamiento, sino la intensidad antiinflamatoria, la vía de administración y el grado de monitorización requerido [1-5].

En enfermedad leve, los tratamientos tópicos continúan siendo suficientes para una gran proporción de pacientes. El aporte real de los inhibidores de calcineurina, crisaborol y ruxolitinib no consiste en reemplazar por completo a los corticoides tópicos, sino en permitir una estrategia más fina, especialmente en áreas sensibles, enfermedad recurrente o pacientes preocupados por la exposición repetida a esteroides [1,9-14].

En enfermedad moderada a grave, la jerarquización actual favorece a los tratamientos dirigidos sobre los inmunosupresores sistémicos

clásicos. Dupilumab destaca por la amplitud y consistencia de la evidencia, incluyendo niños pequeños, adolescentes y adultos, así como seguimiento a largo plazo [15-21]. Tralokinumab ofrece una alternativa biológica válida, especialmente cuando se prioriza un perfil de seguridad estable y se dispone de acceso terapéutico [22,23].

Los JAK inhibidores merecen una lectura diferenciada. Su rapidez de acción y elevada eficacia sintomática, sobre todo en prurito, pueden ser decisivas en pacientes con enfermedad altamente inflamatoria o con sufrimiento funcional severo. Sin embargo, esta ventaja se acompaña de una selección más exigente del paciente, mayor cautela en comorbilidades cardiovasculares o trombóticas y necesidad de controles laboratoriales e infecciosos [2,3,5,6,24-29]. En términos prácticos, no compiten con dupilumab como “mejor” o “peor” opción universal, sino que responden a perfiles clínicos diferentes.

La fototerapia mantiene valor clínico, aunque probablemente su utilización



real sea menor que la sugerida por la evidencia por restricciones logísticas. Aun así, sigue siendo una alternativa razonable en pacientes moderados con acceso a centros especializados, sobre todo cuando se desea evitar o posponer terapia sistémica [2,7,8].

Finalmente, los inmunomoduladores convencionales no han desaparecido del algoritmo terapéutico. Su papel es hoy más restringido y dependiente del contexto: continúan siendo relevantes cuando los dirigidos no están disponibles, no son costeables o están contraindicados. No obstante, la menor certeza de la evidencia y la mayor toxicidad potencial justifican que no sean la primera preferencia en la DA crónica moderada a grave [2-6].

4. Conclusiones

La mejor evidencia actual apoya un tratamiento escalonado de la dermatitis atópica que comienza de forma obligatoria con educación, hidratación intensiva y optimización del manejo tópico.

Los corticoides tópicos siguen siendo la piedra angular del control de brotes, mientras que los inhibidores de calcineurina, crisaborol y ruxolitinib permiten estrategias ahorradoras de esteroides en escenarios específicos.

La fototerapia UVB de banda estrecha representa un escalón intermedio útil en pacientes moderados seleccionados.

Dupilumab es la alternativa sistémica con soporte clínico más robusto a lo largo de la infancia, adolescencia y edad adulta; tralokinumab también es una opción efectiva con perfil beneficio-riesgo favorable.

Los inhibidores JAK orales ofrecen respuestas rápidas y alta eficacia, pero exigen selección rigurosa y monitorización estrecha de seguridad.

Las terapias sistémicas convencionales deben reservarse para contextos específicos, y los corticoides sistémicos no deben emplearse como estrategia rutinaria de mantenimiento.

Bibliografía

1. Sidbury R, Davis DMR, Cohen DE, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2023;89(1):e1-e20. doi:10.1016/j.jaad.2022.12.029.
2. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(2):e43-e56. doi:10.1016/j.jaad.2023.08.102.
3. AAAAI/ACAAI JTF Atopic Dermatitis Guideline Panel, Chu DK, Schneider L, Asiniwasis RN, et al. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2024;132(3):274-312. doi:10.1016/j.anai.2023.11.009.
4. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(5):657-682. doi:10.1111/jdv.14891.
5. Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, et al. S3 guideline Atopic dermatitis: Part 2 - Systemic treatment. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2024;22(2):307-320. doi:10.1111/ddg.15229.
6. Chu AWL, Wong MM, Rayner DG, et al. Systemic treatments for atopic dermatitis (eczema): Systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *J Allergy Clin Immunol*. 2023;152(6):1470-1492. doi:10.1016/j.jaci.2023.08.029.
7. Musters AH, Mashayekhi S, Harvey J, et al. Phototherapy for atopic eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;10(10):CD013870. doi:10.1002/14651858.CD013870.pub2.
8. Xiao H, Gu X, Huang Y, Zhu W, Shen M. Phototherapy for atopic dermatitis: Systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2022;38(3):233-240. doi:10.1111/phpp.12741.
9. Cury Martins J, Martins C, Aoki V, Gois AFT, Ishii HA, da Silva



- EM. Topical tacrolimus for atopic dermatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD009864. doi:10.1002/14651858.CD009864.pub2.
10. Hanifin JM, Paller AS, Eichenfield LF, et al. Efficacy and safety of tacrolimus ointment treatment for up to 4 years in patients with atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2005;53(2 Suppl 2):S186-S194. doi:10.1016/j.jaad.2005.04.062.
11. Reitamo S, Rustin M, Harper J, et al. A 4-year follow-up study of atopic dermatitis therapy with 0.1% tacrolimus ointment in children and adult patients. Br J Dermatol. 2008;159(4):942-951. doi:10.1111/j.1365-2133.2008.08747.x.
12. Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG, et al. Efficacy and safety of crisaborole ointment, a novel, nonsteroidal phosphodiesterase 4 inhibitor for the topical treatment of atopic dermatitis in children and adults. J Am Acad Dermatol. 2016;75(3):494-503.e6. doi:10.1016/j.jaad.2016.05.046.
13. Eichenfield LF, Gower RG, Xu J, et al. Once-daily crisaborole ointment, 2%, as a long-term maintenance treatment in patients aged 3 months or older with mild-to-moderate atopic dermatitis: a 52-week clinical study. Am J Clin Dermatol. 2023;24(4):623-635. doi:10.1007/s40257-023-00780-w.
14. Papp K, Szepletowski JC, Kircik L, Toth D, Eichenfield LF, Forman SB, et al. Long-term safety and disease control with ruxolitinib cream in atopic dermatitis: results from two phase 3 studies. J Am Acad Dermatol. 2023;88(5):1008-1016. doi:10.1016/j.jaad.2022.09.060.
15. Beck LA, Thaçi D, Hamilton JD, et al. Dupilumab treatment in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. N Engl J Med. 2014;371(2):130-139. doi:10.1056/NEJMoa1314768.
16. Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E, et al. Two phase 3 trials of dupilumab versus placebo in atopic dermatitis. N Engl J Med. 2016;375(24):2335-2348. doi:10.1056/NEJMoa1610020.
17. Blauvelt A, de Bruin-Weller M, Gooderham M, et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD

- CHRONOS): a 1-year, randomized, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2017;389(10086):2287-2303. doi:10.1016/S0140-6736(17)31191-1.
18. Beck LA, Bissonnette R, Deleuran M, et al. Dupilumab in adults with moderate to severe atopic dermatitis: a 5-year open-label extension study. *JAMA Dermatol*. 2024;160(8):805-812. doi:10.1001/jamadermatol.2024.1536.
 19. Simpson EL, Paller AS, Siegfried EC, et al. Efficacy and safety of dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate to severe atopic dermatitis: a phase 3 randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2020;156(1):44-56. doi:10.1001/jamadermatol.2019.3336.
 20. Paller AS, Siegfried EC, Thaçi D, et al. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis: a randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(5):1282-1293. doi:10.1016/j.jaad.2020.06.054.
 21. Paller AS, Siegfried EC, Cork MJ, et al. Dupilumab in children aged 6 months to younger than 6 years with uncontrolled atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2022;400(10356):908-919. doi:10.1016/S0140-6736(22)01539-2.
 22. Wollenberg A, Blauvelt A, Guttman-Yassky E, et al. Tralokinumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: results from two 52-week, randomized, double-blind, multicentre, placebo-controlled phase III trials. *Br J Dermatol*. 2021;184(3):437-449. doi:10.1111/bjd.19574.
 23. Silverberg JI, Toth D, Bieber T, et al. Tralokinumab plus topical corticosteroids for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: results from the double-blind, randomized, multicentre, placebo-controlled phase III ECZTRA 3 trial. *Br J Dermatol*. 2021;184(3):450-463. doi:10.1111/bjd.19573.
 24. Guttman-Yassky E, Silverberg JI, Nemoto O, et al. Baricitinib in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: a phase 2 parallel, double-blinded, randomized placebo-controlled multiple-dose study. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(4):913-921.e9. doi:10.1016/j.jaad.2018.01.018.



25. Simpson EL, Lacour JP, Spelman L, et al. Baricitinib in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis and inadequate response to topical corticosteroids: results from two randomized monotherapy phase III trials. *Br J Dermatol*. 2020;183(2):242-255. doi:10.1111/bjd.18898.
26. Silverberg JI, Simpson EL, Thyssen JP, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2020;156(8):863-873. doi:10.1001/jamadermatol.2020.1406.
27. Simpson EL, Sinclair R, Forman S, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in adults and adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis (JADE MONO-1): a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2020;396(10246):255-266. doi:10.1016/S0140-6736(20)30732-7.
28. Eichenfield LF, Flohr C, Sidbury R, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in combination with topical therapy in adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis: the JADE TEEN randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2021;157(10):1165-1173. doi:10.1001/jamadermatol.2021.2830.
29. Blauvelt A, Teixeira HD, Simpson EL, et al. Efficacy and safety of upadacitinib vs dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2021;157(9):1047-1055. doi:10.1001/jamadermatol.2021.3023.