

más dermatología®

a c t u a l i d a d y a v a n c e s

EDITORIAL

La igualdad a flor de piel

Yolanda Gilaberte Calzada

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Trasplante capilar sin rapar. Evolución y opciones actuales

Ramon Pigem Gasos, Ariann Dyer Ricketts y Emilio Villodres Ramos

MI PACIENTE ES...

Manejo terapéutico de una dermatitis no filiada (pustulosis subcórnea)

Nuria Ruiz Hombrebueno y Loreto Estefanía Hidalgo

LA ENTREVISTA AL EXPERTO

Aurora Guerra-Tapia: la alopecia de la mujer

ORIGINAL

Prevalencia e impacto de las dermatosis de las áreas de piel visibles en España

Francisco Javier del Boz González, Charles Taieb, Alba Crespo Cruz
y Marketa Saint Aroman

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Elena González-Guerra

AVANCES Y NOVEDADES

Psoriasis en niños

Marta Feito Rodríguez

Número 40 • Octubre/Diciembre 2022 - Edición electrónica: ISSN 2013-7338 - <https://www.masdermatologia.com>

Indexada en:



Para tu
piel seca
tu experto
diario



DEXERYL



Producto sanitario

Experto en el tratamiento de los signos
y síntomas de la piel seca y atópica



Efecto
hidratante.
Limita y evita las
irritaciones.



Barrera contra las
agresiones externas



Desde el nacimiento

No aplicar en
heridas o mucosas



Pierre Fabre



Dermatitis atópica



Litosis



NUEVA INDICACIÓN

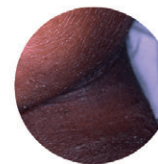
Radiodermitis



Pie diabético



Xerosis senil



**Xerosis en piel de
color**



Xerosis urémica

**Pierre Fabre
DERMATOLOGIE**

*IQVIA - Pharmatrend International - Beauty products for family use market (OTC class 83B) farmacia y parafarmacia en Europa (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Grecia, Italia, Polonia, Portugal, Eslovaquia, Republica Checa) – Año 2020 – unidades y valores.

DIRECCIÓN

Aurora Guerra-Tapia
*Profesora titular de Dermatología. Departamento de Medicina.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.*

REDACTORA JEFE

Elena González-Guerra
*Médico adjunto del Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.*

COMITÉ DE EXPERTOS

Rosario Alarcón Cabrera. *Concepción, Chile*
Fernando Alfageme. *Madrid*
Roberto Arenas Guzmán. *México D. F., México*
Diego de Argila Fernández-Durán. *Badajoz*
Isabel Bielsa Marsol. *Badalona*
Daniela de Boni Crotti. *Montevideo, Uruguay*
Jesús Borbujo Martínez. *Fuenlabrada*
Agustín Buendía Eisman. *Granada*
Mariano Casado Jiménez. *Madrid*
Santiago Córdova Égüez. *Quito, República del Ecuador*
Vicente Crespo Erchiga. *Málaga*
Rafael Enriquez de Salamanca. *Madrid*
Joan Escalas Taberner. *Palma de Mallorca*
Gabriella Fabbrocini. *Nápoles, Italia*
Guadalupe Fernández. *Salamanca*
Pablo Fernández Peñas. *Sidney, Australia*
Marta García Bustinduy. *Santa Cruz de Tenerife*
Yolanda Gilaberte Calzada. *Zaragoza*
Minerva Gómez Flores. *Monterrey, México*
Francisco González Otero. *Caracas, Venezuela*
Elena de las Heras Alonso. *Madrid*
Pedro Herranz Pinto. *Madrid*
Juan Honeyman Mauro. *Santiago de Chile, Chile*
Jesús Honorato Pérez. *Navarra*
Mariel Isa Pimentel. *Santo Domingo, República Dominicana*
Pedro Jaén Olasolo. *Madrid*
Ángeles Jiménez González. *Málaga*
Pablo Lázaro Ochaita. *Madrid*
Francisco Leyva Rodríguez. *Madrid*
Víctor López Barrantes. *Madrid*
José Luis López Estebanz. *Madrid*

Ricardo de Lorenzo y Montero. *Madrid*
Raúl de Lucas Laguna. *Madrid*
Luis Manso Sánchez. *Madrid*
Rocío Marecos. *Asunción, Paraguay*
Ana Martín Santiago. *Palma de Mallorca*
Covadonga Martínez González. *Oviedo*
Alberto Miranda Romero. *Valladolid*
Agustín Moreno Sánchez. *Madrid*
Eduardo Nagore Enguñados. *Valencia*
Lourdes Navarro Campoamor. *Madrid*
Rosa Ortega del Olmo. *Granada*
Francisco Javier Ortiz de Frutos. *Madrid*
Pablo Luis Ortiz Romero. *Madrid*
Lorenzo Pérez García. *Albacete*
Beatriz Pérez Suárez. *Murcia*
Constantino Reinoso Montalvo. *Madrid*
Rosa del Río Reyes. *Madrid*
Raquel Rivera Díaz. *Madrid*
Carmen Rodríguez Cerdeira. *Vigo*
José Luis Rodríguez Peralto. *Madrid*
Guillermo Romero Aguilera. *Ciudad Real*
Gabriel Rubio Valladolid. *Madrid*
Elfida Sánchez. *Santo Domingo, República Dominicana*
José Sánchez del Río. *Oviedo*
Miguel Sánchez Viera. *Madrid*
Jorge Soto Delás. *San Sebastián*
Emilio Suárez Martín. *Madrid*
M.ª José Tribó Boixareu. *Barcelona*
Ángel Vera Casaño. *Málaga*
Juan José Vilata Corell. *Valencia*

Editorial Glosa, S.L.

Avinguda de la Meridiana, 358, 10.ª planta
08027 Barcelona
Teléfono: 932 684 946
e-mail: informacion@editorialglosa.es



Este artículo ha sido publicado en el número 40 de la revista *Más dermatología* (ISSN 2013-7338) DL B. 19 749-2022

© Editorial Glosa, S.L.
Reservados todos los derechos.

Prevalencia e impacto de las dermatosis de las áreas de piel visibles en España



Francisco Javier del Boz González
Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.



Charles Taieb
Patient Priority Department. European Market Maintenance Assessment. Fontenay-sous-Bois.



Alba Crespo Cruz
Médico dermatólogo. Máster propio en Dermatología Pediátrica (Universidad CEU Cardenal Herrera).



Marketa Saint Aroman
Médico. MBA en Industria Farmacéutica (Toulouse Business School).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas, con independencia de sus diferencias respecto a sus manifestaciones clínicas, evolución, pronóstico, etc., tienen en común que son frecuentemente visibles a los ojos de otras personas.

Por otro lado, desde el año 2010, la Organización Mundial de la Salud introdujo la noción de *carga de enfermedad* en la evaluación y el cuidado de las enfermedades crónicas, incluyendo las enfermedades crónicas de la piel^{1,2}, para, así, tener en cuenta el menoscabo que suponen en la calidad de vida de estos pacientes.

Así, enfermedades como el acné, el eccema (dermatitis atópica), el eccema crónico de las manos, la hidrosadenitis supurativa, la ictiosis, la psoriasis, la rosácea o el vitiligo pueden no alterar necesariamente funciones vitales, pero sí que afectan con frecuencia de forma significativa a la calidad de vida de quien las padece²⁻⁴, y se estima que son muy prevalentes entre la población general española, según los estudios realizados en atención primaria⁵ y en los propios servicios de dermatología⁶⁻⁸.

Aunque las enfermedades de la piel de las áreas visibles están claramente concentradas en aquellas que afectan a la cara y a las manos, localizaciones «socialmente visibles», y claramente asocian un menoscabo en la calidad de vida de quien las padece⁹, hasta ahora, ningún trabajo ha evaluado de forma significativa y específica la prevalencia y las consecuencias de estas en la población general, y este ha sido el objeto del presente estudio, en el que se presentarán los resultados correspondientes a la población de España, como parte de un gran estudio poblacional internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde los laboratorios Pierre Fabre, se desarrolló un estudio poblacional usando muestras significativas de la población adulta general (de, al menos, 18 años de edad), procedente de seis países diferentes (Alemania, Canadá, China, España, Francia e Italia) y con el nombre de «Visible Diseases of the Skin (VDS)», es decir, «Dermatosis de las áreas de Piel Visibles (DPV)»^{2,10,11}.

En este estudio, la representatividad de las muestras poblacionales fue garantizada por el método de muestreo por cuotas estratificadas por edad y sexo con cuotas fijas por regiones y niveles de ingresos. Estas cuotas fueron establecidas para cada país de acuerdo con los datos sociodemográficos disponibles.

Los datos fueron recogidos por internet entre septiembre de 2020 y enero de 2021, por una selección aleatoria desde la base de datos. A todos los participantes, se les pidió completar un cuestionario

digital estructurado, y se les preguntó por la presencia de una enfermedad de la piel en los 12 meses previos². A aquellos sujetos que refirieron presentar una o más enfermedades dermatológicas, se les preguntó si dicha dermatosis afectaba o no a áreas de piel visibles y, en caso de afectar a dichas áreas, se les realizaron varias preguntas sobre cómo repercutía la dermatosis en diferentes esferas de su vida. A *posteriori*, se recogieron para su análisis las respuestas de aquellos participantes que refirieron, al menos, una DPV y en los cuales dicha dermatosis correspondía a una de las ocho dermatosis previamente comentadas (acné, dermatitis atópica, eccema crónico de las manos, hidrosadenitis supurativa, ictiosis, psoriasis, rosácea o vitiligo), que, por otro lado, engloban a la gran mayoría de los casos.

RESULTADOS

Un total de 13 138 participantes (adultos) respondieron al cuestionario (2037 alemanes, 2011 canadienses, 3050 chinos, 2040 españoles, 2000 franceses y 2000 italianos)^{2,10,11}.

Aquí presentaremos los resultados correspondientes a la cohorte española. En España, la muestra consistió en 2040 individuos: el 49,2 % eran mujeres, y el 50,8 % eran varones.

En dicha muestra representativa de la población que fue constituida, de entre los 2040 participantes españoles adultos un total de 698 personas —es decir, al menos, uno de cada tres participantes españoles adultos (el 34,2 %)— declararon tener una enfermedad dermatológica, con una mayor prevalencia en mujeres (39,1 %) que en varones (29,4 %). Por otro lado, 449 participantes —el 22 % del total (aproximadamente, uno de cada cinco)— declaró presentar una DPV; el 16,1 % (casi uno de cada seis) refirió tener una dermatosis visible que afectaba a la cara; el 8,4 % comunicó que presentaba una dermatosis visible que afectaba a las manos; y el 2 % notificó que padecía una DPV que afectaba a ambas localizaciones.

Entre los 698 participantes que declararon presentar una enfermedad dermatológica, el 70 % refi-

rieron tener una DPV, el 50,6 % declaró presentar una DPV que afectaba a la cara, el 26,4 % manifestó presentar una DPV que afectaba a las manos, y el 6 % comunicó presentar una DPV que afectaba a ambas localizaciones.

En el caso de las manos (fig. 1 A), el área más frecuentemente afectada de forma general fue el dorso (en el 50,6 % de los casos), seguida por los dedos (45,3 %), las palmas (23,8 %) y las uñas (7,6 %).

(7,6 %, afectando al 10 % en hombres y al 5,9 % en mujeres). En los varones, el área afectada con mayor frecuencia fue el dorso de las manos (52,9 %), mientras que, en las mujeres, fueron los dedos (52 %).

Entre los sujetos que referían dermatosis con afectación facial (fig. 1 B), el área más frecuentemente afectada fueron las mejillas (el 53,5 % de casos), seguida por la frente (46,5 %), el mentón (45 %) y el cuero cabelludo (34,7 %).

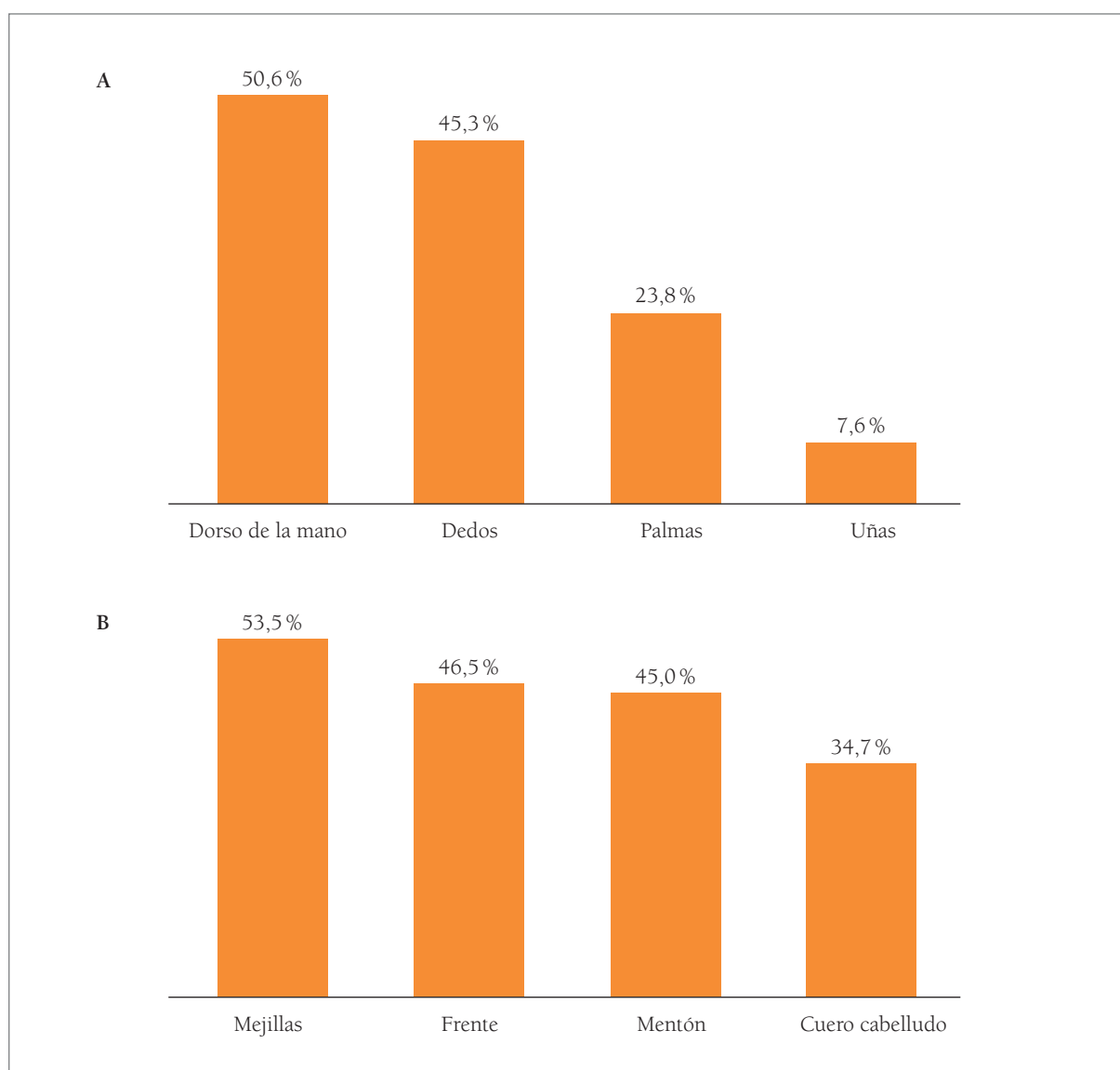


FIGURA 1. A) Distribución por áreas de la afectación de las manos. B) Distribución por áreas de la afectación de la cara (incluido el cuero cabelludo).

Respecto al impacto asociado a estas dermatosis, entre los participantes que referían dermatosis con afectación de las manos, casi una cuarta parte (el 23,8 %) consideraban que originaba un perjuicio para su trabajo. El 16,9 % referían que esta afectaba a su vida íntima o emocional, y el 15,7 %, que afectaba a su vida familiar (fig. 2). Además, uno de cada cinco (el 20,3 %) declaraba que menoscababa sus relaciones sociales. El 24,4 % refería que les dificultaba el uso del teléfono móvil o el teclado del ordenador, y el 29,6 % declararon que limitaba sus actividades diarias (como sostener un bolígrafo, cocinar, atarse los zapatos o girar una llave). El 18,6 % pensaban que su vida habría sido distinta (y el 16,9 % opinaban que su desarrollo profesional habría sido mejor) si no hubiesen presentado lesiones en la piel de las manos.

Entre aquellos que señalaron dermatosis con afectación facial (fig. 2), aproximadamente, uno de cada seis refería que esta repercutía en su vida profesional, su vida emocional y sus actividades de ocio. Casi uno de cada cinco declaró que los trastornos en la piel de la cara suponían un menoscabo de sus relaciones sociales.

El 24,5 % opinaban que su vida personal habría sido distinta (y el 15,5 % pensaban que su vida profesional habría sido más rica y prometedora) si no hubiesen presentado la dermatosis en la cara. Cuando se revisan las dermatosis faciales, frecuentemente, se mencionan las técnicas de camuflaje. De hecho, casi la mitad (45,9 %) de los participantes con dermatosis que afecta a la piel facial reconocieron que habían intentado camuflar estas lesiones. De entre estos, el 10,8 % lo hacían mediante prendas de ropa holgadas; el 16,1 %, con un pañuelo o bufanda, y el 13,4 %, con un sombrero; pero lo más frecuente fue mediante el uso de maquillaje corrector, que el 81,9 % referían haber usado.

En términos de estigmatización (tabla 1), el 22,7 % de los participantes de la cohorte española con afectación de la piel de las manos se sentían rechazados por otras personas. Casi uno de cada cuatro (el 24,4 %) sentían que eran mirados con «asco» y que otros evitaban tocarles, y el 21 % pensaban que otros evitaban acercarse a ellos.

Entre aquellos que refirieron afectación de la piel facial, el 18,5 % se sentían rechazados por otros, el 20,7 % sentían ser mirados por otros con «repug-

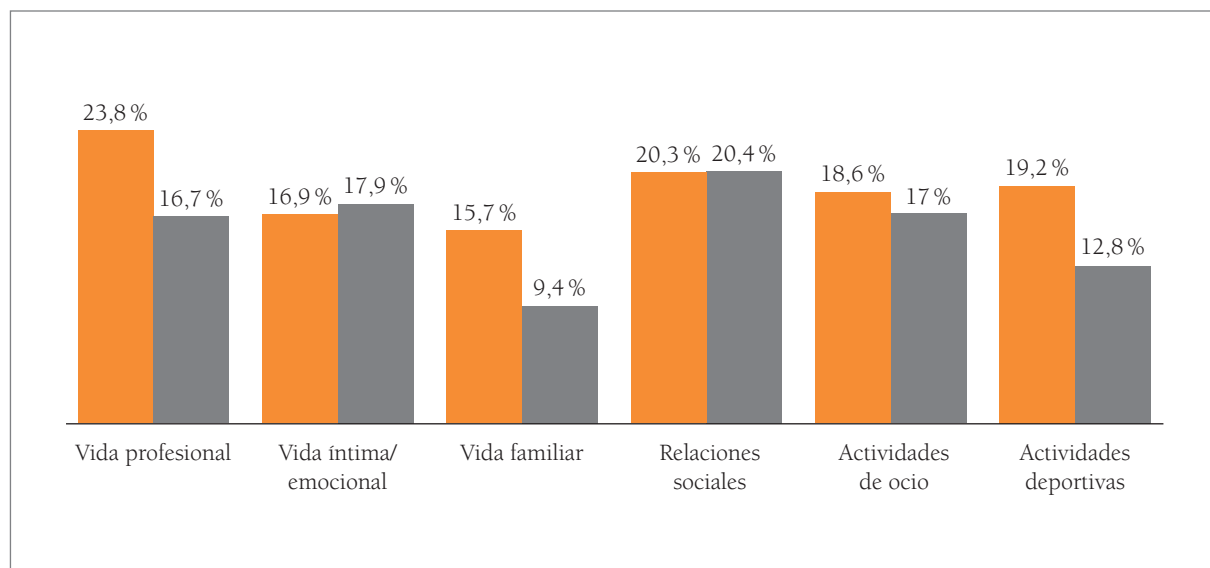


FIGURA 2. Afectación de diferentes esferas de la vida diaria relacionada con la dermatosis de las manos (en naranja) y facial (en gris).

TABLA 1. Estigmatización asociada a dermatosis visibles que afectan a las manos y la cara

	Manos	Cara
Sienten el rechazo de otros	22,7 %	18,5 %
Sienten que les miran con repulsión	24,4 %	20,7 %
Sienten que otros evitan tocarles	24,4 %	19,8 %
Sienten que otros evitan acercarse	21 %	17,9 %
Experimentan sentimientos de desánimo	50,6 %	40,7 %
Reconocen problemas para dormir	42,4 %	35 %
Sienten que su vida sexual se ha visto afectada	15,1 %	22,1 %
Sienten que influye en la ropa que compran	30,4 %	39,5 %

nancia», el 19,8 % sentían que otros evitaban tocarles, y el 17,9 % pensaban que otros evitaban acercarse.

DISCUSIÓN

Este estudio describe por primera vez la prevalencia de las dermatosis que afectan a las áreas de piel visibles en una gran cohorte española, tomando como referencia una muestra representativa de la población nacional. Sería, además, el primer estudio que valora las consecuencias y el impacto de las DPV en la vida diaria real de este país, y es que debemos tener en cuenta que los perjuicios originados a nivel funcional y estético tienen repercusiones que van más allá del simple manejo de la propia dermatosis y sus síntomas y comorbilidad, y afectan a la calidad de vida de estos pacientes^{3,9}.

El estudio contaría con las limitaciones propias de un estudio de este tipo, con selección de participantes mediante método de muestreo por cuotas estratificadas, y en que, además, los diagnósticos no han sido necesariamente comprobados por un dermatólogo, lo cual podría dar lugar a sesgos de selección, aunque el tamaño muestral fue amplio para procurar minimizar dichas limitaciones².

Uno de cada cinco participantes adultos españoles y más de dos tercios de los participantes que decla-

raron sufrir una dermatosis refirieron afectación de la piel de las manos y/o la cara. Esto, extrapolado a la población adulta española, supondría que más de 8 millones de españoles sufrirían alguna DPV.

Es importante tener en cuenta estos datos a la hora de valorar la afectación de la calidad de vida o la carga de enfermedad de las DPV, con un gran impacto asociado a diferentes niveles, tal y como se aprecia en este estudio. Debido a la visibilidad del trastorno, estas personas sufren estigmatización y discriminación, no solo en la edad adulta, sino también en la infancia y la adolescencia, lo cual, con frecuencia, tiene como resultado baja autoestima y aislamiento social⁹.

Sorprendentemente, la afectación de la piel de las manos conllevó importantes consecuencias en la vida de los pacientes más allá de las limitaciones a nivel funcional, y es importante tener esto en cuenta, ya que, según esta encuesta, la estimación sería que el 8 % de la población general adulta española (unos 3 millones de personas) podría presentar una DPV en esta localización. Estas relevantes consecuencias fueron ya detectadas en los resultados correspondientes a los pacientes adultos con dermatitis atópica que participaron en este estudio a nivel internacional, entre los cuales, se apreció mayor afectación de la calidad de vida en los participantes con dermatitis atópica que afectaba a las manos que en aquellos con afectación facial².

Cuando se refirió afectación de las uñas, sorprendentemente, dicha afectación fue casi dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, aunque, en los servicios de dermatología, las consultas por este motivo suelen invertirse, siendo más frecuentes en mujeres. Esto puede estar relacionado con que las tareas manuales físicas más duras suelen estar realizadas por los varones, y estas puedan dañar a las uñas, aunque culturalmente sean las mujeres las que más se preocupen y consulten por trastornos en esta localización.

Con frecuencia, a la hora de valorar las consecuencias estéticas de las dermatosis, los dermatólogos nos preocupamos especialmente por la afectación de la piel facial¹², pero quizás seamos menos conscientes sobre cómo la afectación de la piel de las manos puede perturbar la vida social de quienes la padecen de igual forma a como lo hace la afectación de la piel facial. El conocimiento y reconocimiento de esta estigmatización es un primer paso fundamental, y se debe procurar, en consecuencia, buscar un mejor control de estas dermatosis visibles y el diseño de estrategias para disminuir este impacto, como se ha comenzado a hacer en otros países como Alemania³.

CONCLUSIONES

Conocer y tener en cuenta las consecuencias de las dermatosis con afectación de las áreas de piel visibles podría ayudar a los dermatólogos a dar una mejor respuesta a las necesidades de estos pacientes.

Agradecimientos: a las asociaciones de pacientes —Acción Psoriasis, Asociación de Afectados por la Dermatitis Atópica (AADA) y Asociación Española de Ictiosis (ASIC)— por su lectura crítica del trabajo, a los laboratorios Pierre Fabre por financiar el desarrollo del proyecto y la elaboración del manuscrito y, especialmente, a Catherine Baissac y Helene Passerini, del departamento de Patient Centricity de los laboratorios Pierre Fabre, por su trabajo en el diseño y desarrollo del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Murray CJL, López AD; World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global Burden of Disease and Injuries Series, Volume 1. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
- Hang L, Saint Aroman M, Taieb C, Baissac C, Merhand S, Ortiz-Brugués A, et al. The impact of eczema involving visible areas of the skin on patients' quality of life. *J EADV Clin Pract.* 2022;1(2): 105-10.
- Augustin M, Mrowietz U, Luck-Sikorski C, Von Kiedrowski R, Schlette S, Radtke MA, et al. German ECHT research group. Translating the WHA resolution in a member state: towards a German programme on 'Destigmatization' for individuals with visible chronic skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(11):2202-8.
- Dalgard FJ, Gieler U, Tomás-Aragónes L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol.* 2015;135(4):984-91.
- Chenlo Barros R, Gómez Rodríguez BJ, García Soidan FJ, Clavería Fontán A. Prevalencia de enfermedades dermatológicas en atención primaria. *SEMERGEN.* 2021;47(7):434-40.
- De León FJ, Berbegal L, Silvestre JF. Abordaje terapéutico del eccema crónico de manos. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106(7): 533-44.
- Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(3):271-5.
- Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Polo J, Camacho F. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. *Piel.* 2014;29(1):4-8.
- Luck-Sikorski C, Roßmann P, Topp J, Augustin M, Sommer R, Weinberger NA. Assessment of stigma related to visible skin diseases: a systematic review and evaluation of patient-reported outcome measures. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(4): 499-525.
- Cribier B, Petit A, Saint Aromant M, Murriss J, Taieb C, Richard MA, et al. Prevalence of visible skin diseases: an international study of 13,138 individuals. Póster 828 en: 30th European Academy of Dermatology and Venereology Congress; 29 de sept.-2 de oct. de 2021.
- Doutre MS, Petit A, Saint Aromant M, Murriss J, Taieb C, Richard MA, et al. The visible skin diseases: a daily burden. Póster 1504 en: 30th European Academy of Dermatology and Venereology Congress; 29 de sept.-2 de oct. de 2021.
- Andra C, Suwalska A, Dumitrescu AM, Kerob D, Delva C, Hasse-Cieślińska M, et al. A corrective cosmetic improves the quality of life and skin quality of subjects with facial blemishes caused by skin disorders. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2020;13:253-7.

Los primeros productos sanitarios tratantes*
para el eczema atópico, de contacto,
crónico de manos y de párpados.



DEXYANE MeD PALPEBRAL PÁRPADOS



Ecemas de los párpados

NUEVO

-63% de prurito
a partir de la 1ª aplicación⁽⁴⁾

-79% de sensación
de quemazón
a partir de 3 días⁽⁴⁾

Disminución del edema
en el **95%**
de los casos a los 3 días⁽⁴⁾



DEXYANE MeD CREMA REPARADORA CALMANTE CARA, CUERPO Y MANOS



Ecema atópico



Ecema de contacto



Ecema crónico de manos

-73% de dolor
a partir de 8 días⁽¹⁾

-83% tasa de recaídas
a partir de 15 días⁽²⁾

Mejora la eficacia de los
dermocorticoides
después de 3 días⁽³⁾



Dexyane MeD, crema reparadora calmante, está indicada para el tratamiento de los eczemas como el eczema atópico, de contacto o crónico de manos, es un producto sanitario de clase IIa, CE0459. Lea atentamente las instrucciones que aparecen en las instrucciones de uso. No utilizar en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, sobre las mucosas, sobre la zona del pañal de niños que llevan pañales. No sobrepasar el 30% de la superficie del cuerpo. Evitar el contacto directo con los ojos. A partir de 3 meses. Fabricante: Pierre Fabre Médical Devices.

* de los Laboratorios dermatológicos Ducray

(1) **Estudio clínico de tolerancia y de eficacia. METODOLOGÍA:** Estudio abierto en 40 adultos que presentan un eczema crónico de las manos (lesiones leves a moderadas). Aplicación de DexyaneMed 2 veces/día sobre las lesiones durante 22 días. **CRITERIO PRINCIPAL DE TOLERANCIA(a):** Evaluación de la tolerancia local (evaluada de 1 a 5) a D22 por el investigador. **CRITERIO SECUNDARIO DE EFICACIA: (b)** Evaluación de la eficacia por evaluación de 0 a 21 de la puntuación global de severidad clínica (mTLSS) por el investigador a D1, D8 y D22. (c) Evaluación de la intensidad del prurito por el paciente PGA (de 0 a 10) a D1, D8, D15 y D22. (d) Autoevaluación de la intensidad del dolor PGA (evaluada de 0 a 10) a D1, D8, D15 y D22. **Resultados:** (a) Excelente tolerancia 28 (70%); muy buena 7 (17,5%); buena 5 (12,5%); (b) puntuación mTLSS a D1: 8,3; D8: 4,4(-47%), D22: 3,5 (-58%); (c) Prurito a D1: 5,1; D8: 2,2; D15: 1,5 (-71%); D22: 1,5(-70%); (d) Dolor a D1: 4,2; D8: 1,2(-73%); D15: 0,8(-81%); D22: 0,9(-78%) Estudio PFDC, RV4421A2013149 - 29/02/2016; 110-113, 142.

(2) **Estudio clínico de tolerancia y de eficacia en asociación con un dermocorticoide de actividad media y tras la interrupción del tratamiento b) METODOLOGÍA:** Al final de los 10 días de tratamiento, interrupción del dermocorticoide. Aplicación durante 2 semanas de DexyaneMed, 2 veces/día en sólo 1 de los 2 miembros. **CRITERIO DE EVALUACIÓN:** Evaluación de la evolución de las lesiones a D15. Resultado: 6 casos de agravación (11,3%) versus 1 caso (1,9%) con DexyaneMed; es decir una diferencia de 83%. Estudio PFDC, RV4421A2013147, 04/03/2016, 182-183.

(3) **Estudio clínico de tolerancia y de eficacia en asociación con un dermocorticoide de actividad media y tras la interrupción del tratamiento a) METODOLOGÍA:** Estudio randomizado abierto, de superioridad, intra-individual en 54 adultos que presentan un eczema atópico a nivel de los brazos y/o de los surcos poplíteos (lesiones moderadas a graves), Aplicación de DexyaneMed 2 veces/día en asociación con un dermocorticoide en un miembro y aplicación de un dermocorticoide solo sobre el otro miembro durante 10 días. **CRITERIO PRINCIPAL:** Evaluación de la variación del L-SCORAD a D1 y a D3. **Resultados:** 10,4 sin DexyaneMed; 10,2 con DexyaneMed) y a D3 (8,9 versus 7,7). Estudio PFDC, RV4421A2013147, 04/03/2016, 91-92

Dexyane MeD, PALPEBRAL, Producto sanitario de clase IIa CE 0459 indicado en el tratamiento de eczemas de párpados atópicos o de contacto. Lea atentamente las instrucciones que figuran en las instrucciones de uso. No utilizar en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, sobre las mucosas, sobre la zona del pañal en niños que llevan pañales. Evitar el contacto directo con los ojos. A partir de 3 meses. Fabricante: Pierre Fabre Médical Devices.

(4) **Estudio de Tolerancia y de eficacia sobre las lesiones de eczema de los párpados en monoterapia y en asociación con los tratamientos. METODOLOGÍA:** Estudio abierto, no comparativo en 55 adultos que presentan un eczema leve a grave de los párpados, y repartidos en 2 grupos: Grupo 1: pacientes (33) que presentan un eczema leve a moderado sin tratamiento tópico y Grupo 2: pacientes (22) que presentan un eczema grave teniendo un tratamiento medicamentoso (dermocorticoides o inhibidores de calcineurina). Aplicación de DexyaneMed palpebral 2x/día durante 3 semanas, solo (grupo 1) o en asociación (grupo 2), **CRITERIO PRINCIPAL:** Evaluación de la Tolerancia global a D22 evaluada por los dermatólogos (de 1 a 5) y por los pacientes (de 0 a 9) en los dos grupos. **CRITERIOS SECUNDARIOS DE TOLERANCIA Y DE EFICACIA: Eficacia:** Evaluación en monoterapia (grupo 1) a D1 (15 min tras la aplicación), D3, D8, D15 y D22 de los signos clínicos objetivos (anotación por el dermatólogo de 0 a 4) y comparación antes de la aplicación; y de los signos subjetivos (anotación por el paciente de 0 a 9 según intensidad) y comparación con los valores iniciales observados sobre los 4 párpados de cada paciente; evaluación de la puntuación IGA y PGA (de 0 a 4 según mejora) a D3, D8, D15 y D22. **Resultados: Signos objetivos visuales* (%)**: Sequedad: [B:0(32); 1&2(63); 3(5); 4(1)], [D1: 0(87); 1 a 2(13)], [D3: 0(75); 1 a 3(25)], Eritema: [B: 0(28); 1(43); 2(22); 3(6); 4(1)], [D1: 0(30); 1(48); 2(14); 3(8)]; [D3: 0(79); 1(15); 2(3); 3(2)]. Descamación: [B: 0(64); 1(28); 2(6); 3(2); 4(1)], [D1: 0(90); 2(10)]; [D3: 0(94); 2(5); 3(2)]. Edema [B: 0(58); 1(33); 2(8); 3(1); 4(1)], [D1: 0(59); 1(34); 2(5); 3(2)], [D3: 0(97); 1&2(2); 3(1) es decir -95% vs basal]/ Liquefacción: [B: 0(36); 1(40); 2(18); 3(5)], [D1: 0(38); 1(41); 2(16); 3(5)], [D3: 0(51); 1(39); 2(5); 3(1)], . **Signos subjetivos* (%)**: variación de las medias de las 4 puntuaciones obtenidos en los 4 párpados respecto a la puntuación inicial antes de la aplicación: Prurito: B:2; D1:0,73 (-63%); D3: 0,41 (-79%). Hormigueo: B:1,2; D1: 0,57 (-53%); D3: 0,13 (-89%). Tirantez: B: 2,18, D1:0,39 (-82%); D3: 0,52 (-76%). Quemazón: B:1,25; D1:0,83 (-33%); D3: 0,27 (-79% vs basal). **Puntuación IGA** (%)**: D3: 3(75); 2(19); 1(3); 0(3)-D8: 4(26); 3(52); 2(19); 1(19); 0(3)-D15: 4(33); 3(47); 2(13); 1(3); 0(3)-D22: 4(52); 3(30); 2(6); 0(12). **Puntuación PGA** (%)**: D3: 4(3); 3(72) siendo 75% mejorados y curados; 2(16); 1(6); 0(3)-D8: 4(32); 3(42); 2(23); 0(3)-D15: 4(43); 3(37); 2(17); 0(3)-D22: 4(45); 3(36); 2(6); 0(12). *Nivel inicial= B,D1,D3]. **0= agravación, 1: no mejora, 2: mejora leve; 3:mejora significativa; 4: curación (Estudio PFDC PRM03-F-197_V3_AN, 03/2019, 78-101, 98-108)

editorialglosa