

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i4.11325>

# Crisaborol tópico en el tratamiento de la dermatitis atópica

## *Topical crisaborole in the management of atopic dermatitis.*

Luisa F Montenegro Morillo,<sup>1</sup> Juan R Castro Ayarza,<sup>2</sup> Leidy D Guarín Acevedo,<sup>3</sup> Laura C Maya Céspedes,<sup>4</sup> Alejandra Molina Aguilar,<sup>4</sup> María J Parra Rodero<sup>4</sup>

### Resumen

**OBJETIVO:** Evaluar la experiencia de los dermatólogos colombianos (patrones de prescripción, grado de satisfacción y barreras de acceso) con la aplicación del crisaborol tópico en el tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional y descriptivo efectuado mediante una encuesta diligenciada por dermatólogos que ejercen en Colombia. El análisis de los datos se basó en frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

**RESULTADOS:** De los 77 dermatólogos encuestados, 50 reportaron experiencia con crisaborol en dermatitis atópica. Su indicación fue más frecuente en dermatitis atópica moderada (53%) y en edades pediátricas (44%), principalmente como terapia de segunda línea (54%). La seguridad en zonas sensibles fue la razón de elección más reportada. El dolor en el sitio de aplicación fue el efecto adverso más común (45%) y la restricción por costos (65%) constituyó la principal barrera de acceso.

**CONCLUSIONES:** Este estudio aporta evidencia local acerca de la utilización y percepción del crisaborol en la dermatitis atópica en Colombia. Los dermatólogos encuestados siguen recomendaciones de guías actualizadas; sin embargo, la indicación del crisaborol está limitada por su alto costo y por barreras administrativas. Si bien la satisfacción general es positiva, la insatisfacción reportada por un subgrupo señala la necesidad de profundizar en los factores que pueden limitar su eficacia en ciertos contextos.

**PALABRAS CLAVE:** Dermatología; dermatitis atópica; eccema atópico; inhibidores de fosfodiesterasa 4; crisaborol.

### Abstract

**OBJECTIVE:** To evaluate the experience of Colombian dermatologists with the use of topical crisaborole in the management of atopic dermatitis, encompassing prescribing patterns, level of satisfaction, and barriers to access in Colombia.

**MATERIALS AND METHODS:** A descriptive observational study was conducted using a survey completed by dermatologists practicing in Colombia. Data analysis was based on frequencies and percentages for qualitative variables.

**RESULTS:** Among the 77 dermatologists surveyed, 50 reported having experience with crisaborole in atopic dermatitis. Its use was frequently reported in moderate atopic dermatitis (53%) and in pediatric ages (44%), mainly as a second-line therapy (54%). Safety in sensitive skin areas was the most commonly cited reason for choosing crisaborole. Application site-pain was the most frequently reported adverse event (45%), and cost-related restrictions (65%) were identified as the main barrier to access.

**CONCLUSIONS:** This study provides local evidence on the use and perception of crisaborole for atopic dermatitis in Colombia. Dermatologists appear to follow updated

<sup>1</sup> Dermatóloga, Medcarte IPS. Docente *ad honorem*.

<sup>2</sup> Dermatólogo, epidemiólogo. Profesor-coordinador de Dermatología.

<sup>3</sup> Médica general, epidemióloga. Departamento de Medicina Interna, Unidad de Dermatología. Facultad de Medicina.

<sup>4</sup> Médica general. Departamento de Medicina Interna, Unidad de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

### ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-7148-9032>

<https://orcid.org/0000-0002-0113-2684>

<https://orcid.org/0009-0008-6209-6120>

<https://orcid.org/0009-0000-3863-6934>

<https://orcid.org/0009-0000-1935-1327>

<https://orcid.org/0009-0004-6085-8815>

**Recibido:** febrero 2026

**Aceptado:** marzo 2026

### Correspondencia

Leidy D Guarín Acevedo

ldaniela.guarin@gmail.com

### Este artículo debe citarse como:

Montenegro-Morillo LF, Castro-Ayarza JR, Guarín-Acevedo LD, Maya-Céspedes LC, Molina-Aguilar A, Parra-Rodero MJ. Crisaborol tópico en el tratamiento de la dermatitis atópica. *Dermatol Rev Mex* 2026; 70 (4): 499-507.

*clinical guideline recommendations; however, the use of crisaborole is limited by its high cost and administrative barriers. While overall satisfaction is positive, the dissatisfaction reported by a subset of dermatologists highlights the need to further investigate factors that may limit its effectiveness in certain patients or clinical scenarios.*

**KEYWORDS:** Dermatology; Atopic dermatitis; Atopic eczema; Phosphodiesterase 4 inhibitors; Crisaborole.

## ANTECEDENTES

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por prurito, eccema con distribución típica según la edad, curso crónico con recaídas<sup>1</sup> y un efecto en la calidad de vida. Afecta al 15-20% de los niños y hasta al 10% de los adultos.<sup>2</sup> En Colombia su prevalencia identificada es cercana al 0.5-1%.<sup>3</sup>

El pilar de tratamiento tópico incluye corticosteroides e inhibidores de calcineurina tópicos y recientemente se aprobó el crisaborol ungüento al 2%, un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 que disminuye la producción de citocinas proinflamatorias; es eficaz en el tratamiento de la dermatitis atópica leve a moderada en pacientes a partir de los tres meses de edad.<sup>4-7</sup>

Existe limitada información de su utilización y resultados poscomercialización en la práctica clínica real en Colombia.

El objetivo de este estudio fue describir la experiencia de los dermatólogos colombianos con este medicamento, que incluyó patrones de prescripción, grado de satisfacción y barreras de acceso.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo mediante una encuesta dirigida a dermatólogos que ejercen su práctica en Colombia y que participaron de manera voluntaria y anónima. Se excluyeron los que no conocían el crisaborol tópico o que no lo hubieran prescrito para el tratamiento de la dermatitis atópica. La muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Como instrumento de recolección de datos se diseñó una encuesta de 15 preguntas, difundida a dermatólogos colombianos de contacto directo, durante los meses de octubre y noviembre de 2025. Se incluyeron variables cualitativas nominales y ordinales, así como preguntas dicotómicas y politómicas, que abarcaron datos demográficos, edades de preferencia de uso, criterios de prescripción e indicación, grado de satisfacción y barreras de acceso al medicamento.

El análisis estadístico se hizo con Jamovi 2.3.26. Se usaron estadísticas descriptivas univariadas, que incluyeron frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas debido a la naturaleza del estudio.

Todos los participantes otorgaron su consentimiento para la recolección anónima de los datos mediante el diligenciamiento del formulario, lo que garantizó la confidencialidad y la protección de la información conforme a la normativa vigente.

## RESULTADOS

La encuesta la respondieron 77 dermatólogos que ejercen en el territorio colombiano. La distribución geográfica más frecuente fue en la región Andina (84.4%), seguida de la Caribe (10.4%).

Respecto del conocimiento del crisaborol, se evidenció que el 98.7% (n = 76) de los dermatólogos encuestados estaban familiarizados con el medicamento, mientras que sólo el 1.3% (n = 1) lo desconocía. Este último caso constituyó un criterio de exclusión del estudio.

De los 76 dermatólogos que conocían el crisaborol, el 65.8% (n = 50) reportó su indicación en el tratamiento de la dermatitis atópica, mientras que el 34.2% (n = 26) indicó no haberlo prescrito en esta enfermedad, por lo que se continuó el estudio con los 50 participantes que sí tenían experiencia con el medicamento en este contexto, de los que 48 señalaron haberlo indicado en los últimos 12 meses.

El uso reportado de crisaborol por grupos de edad se distribuyó de la siguiente manera: 43.6% en pacientes de 2 a 12 años, 30.8% en mayores de 18 años y 25.6% en pacientes de 12 a 18 años. En relación con la gravedad de la enfermedad reportada por los dermatólogos, el crisaborol se prescribe en dermatitis atópica de severidad moderada en 53% de los casos, leve en 31% y severa en 17%.

Según el aseguramiento, el 40% de los dermatólogos lo prescribe exclusivamente en el ámbito privado, el 38% únicamente en el Sistema Obligatorio de Salud y el 22% restante lo formula en ambos escenarios.

En cuanto a la modalidad de uso del crisaborol, la mitad de los dermatólogos reportó indicarlo en combinación con otras terapias tópicas (25 de 50 médicos), mientras que 13 señalaron prescribirlo como parte de un esquema combinado que integra simultáneamente tratamiento sistémico y otras terapias tópicas. Por último, la combinación exclusiva con terapia sistémica y la administración en monoterapia la refirieron 6 participantes cada una.

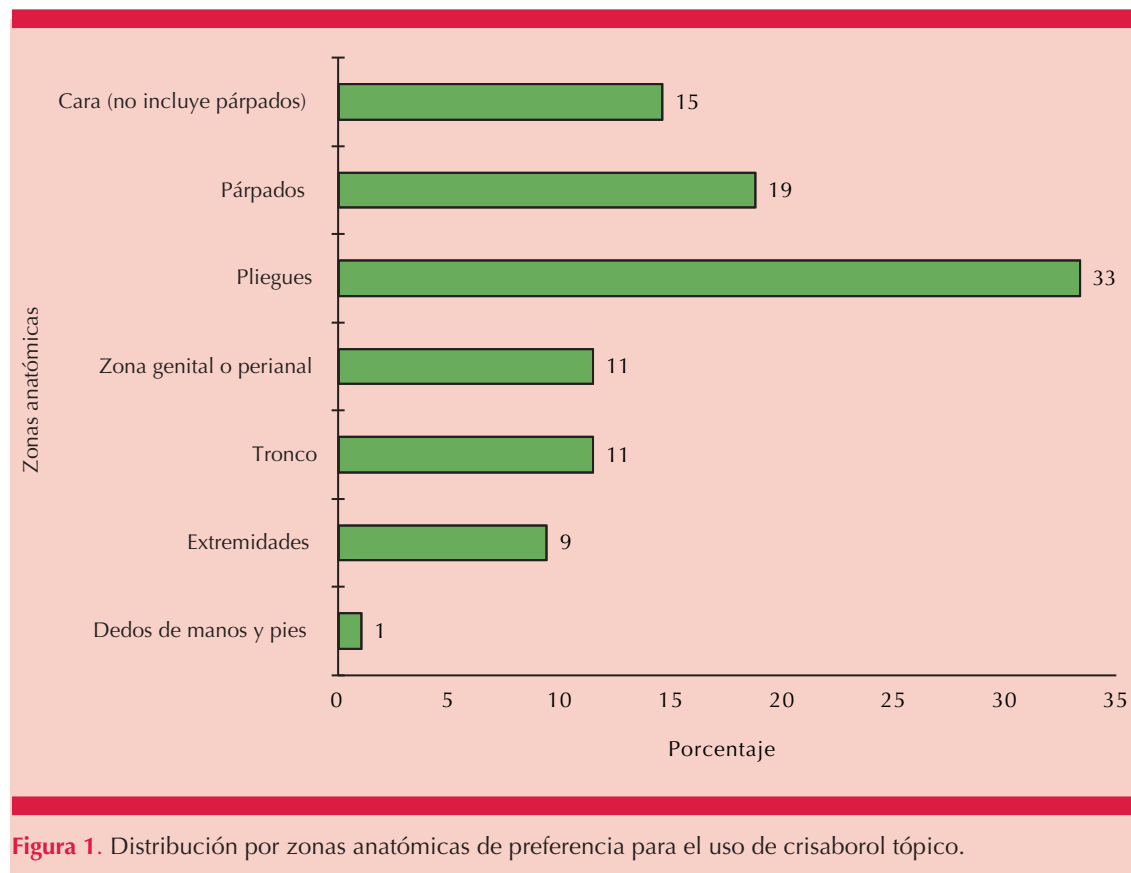
Respecto del motivo de prescripción, predominó la ausencia de respuesta a los tratamientos tópicos de primera línea (54%), seguida por contraindicaciones o efectos adversos a esas terapias (24%). Sólo el 12% de los encuestados lo indica como opción de primera línea, mientras que el 2% considera otros criterios menos frecuentes.

Las principales razones para seleccionar el crisaborol fue la sustitución de esteroides tópicos (40%), perfil de seguridad en áreas sensibles (29%), eficacia percibida (14%), adecuado perfil de efectos adversos (12%) y, en menor medida, la preferencia del paciente (2%).

La distribución por zonas anatómicas en las que se prefiere la administración de crisaborol tópico se muestra en la **Figura 1**.

La duración del tratamiento más frecuente fue de 3 a 4 semanas (48%), el 24% indicó prescribirlo durante 5 a 8 semanas y un 22% señaló extender el tratamiento por más de 8 semanas, mientras que el uso menor a 2 semanas fue seleccionado sólo en un 6%.

Los efectos secundarios predominantes manifestados por los encuestados fueron dolor, ardor o molestia en el sitio de aplicación (45%), seguido por eritema o enrojecimiento (16%). El 35% de los encuestados no describió ninguna reacción adversa. La información relacionada con el grado de satisfacción de los dermatólogos con el uso del crisaborol se muestra en la **Figura 2**. La **Fi-**



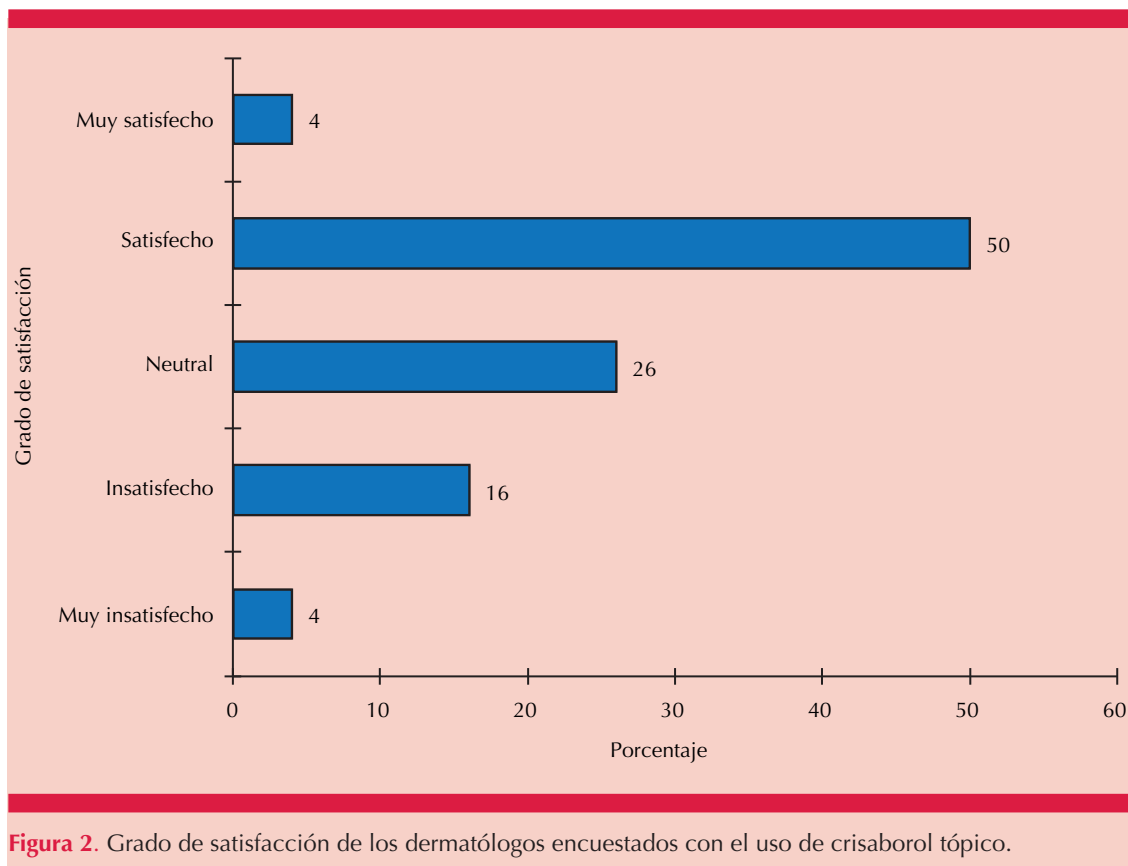
**gura 3** expone las barreras de acceso reportadas por los encuestados.

## DISCUSIÓN

La experiencia de uso del crisaborol en esta encuesta representa el 6.5% de los dermatólogos que ejercen en el país.<sup>8</sup> Hubo predominio de dermatólogos ubicados en la región Andina entre los participantes, lo que refleja la desigualdad en la distribución geográfica del talento humano en salud en Colombia, como lo han documentado estudios nacionales; sin embargo, esto puede ser un sesgo del estudio.<sup>9,10</sup> Existe un amplio conocimiento por los dermatólogos encuestados, quienes refirieron estar familiarizados con el crisaborol a pesar de su corto tiempo en el mercado

externo y en Colombia desde 2023,<sup>7,11,12</sup> situación que no siempre se tradujo en su indicación. La brecha entre el conocimiento y la adopción de nuevas terapias suele estar condicionada por factores como acceso, costo, aseguramiento y disponibilidad, incluso cuando la evidencia clínica respalda su eficacia.<sup>13</sup>

Los dermatólogos que han indicado este medicamento para el tratamiento de la dermatitis atópica han descrito una experiencia positiva en términos de efectividad, seguridad y posibilidad de uso prolongado.<sup>14,15</sup> Esta situación podría explicarse por una mayor prescripción en población pediátrica, respaldada por estudios desde los dos años y por su aprobación para uso desde los tres meses de edad.<sup>16</sup>

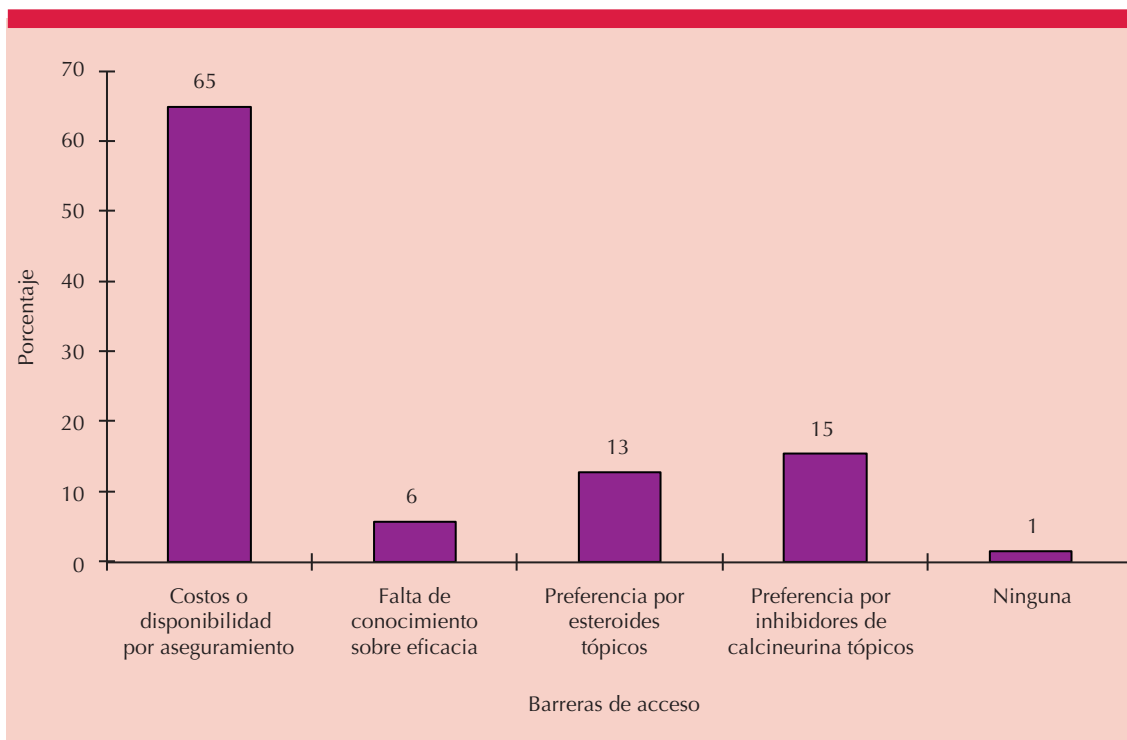


En relación con la severidad de la dermatitis atópica, los participantes manifestaron una preferencia por prescribir crisaborol en casos moderados. En cuanto a la estrategia terapéutica, se observó inclinación por su uso dentro de esquemas combinados,<sup>16</sup> como sugieren diferentes guías de tratamiento.<sup>17,18</sup>

Los motivos más frecuentes para elegir el crisaborol fueron la estrategia de evitación de esteroides tópicos y la seguridad del medicamento en zonas sensibles, lo que resalta su valor como una alternativa antiinflamatoria no esteroidea con un perfil de seguridad favorable para el uso a largo plazo y en áreas vulnerables.<sup>13</sup> El patrón de uso observado muestra una clara preferencia por su aplicación en los pliegues y zonas cutáneas sensibles –párpados, cara, zona

genital-perianal– que constituyeron las áreas en las que se prescribió con mayor frecuencia. Esta distribución es esperable, debido a que los pliegues son una localización habitual de la dermatitis atópica. Asimismo, el crisaborol no tiene restricciones para su aplicación en áreas como la cara, lo que refuerza su utilidad en zonas sensibles, con la única excepción de las mucosas, en las que su aplicación está contraindicada.<sup>7</sup>

En la práctica clínica, la mayoría de los dermatólogos encuestados reportaron la indicación de crisaborol en esquemas de duración superior a dos semanas, lo que se asocia con su efectividad y perfil de seguridad, sin los riesgos vinculados con la administración prolongada de corticosteroides tópicos.<sup>19,20,21</sup>



**Figura 3.** Barreras de acceso percibidas por los participantes para el uso del crisaborol tópico en la práctica clínica.

A pesar de las inequidades existentes en el acceso y la disponibilidad de tratamientos entre los distintos modelos asistenciales, la distribución similar entre los dos tipos de atención sugiere que, pese a las diferencias estructurales, el crisaborol se ha incorporado en ambos ámbitos de aseguramiento, con un patrón de prescripción comparable.<sup>22</sup>

El crisaborol tópico se percibe con un perfil de seguridad satisfactorio por los dermatólogos. Se reportaron efectos locales de forma relativamente frecuente, entre los que destacaron el dolor, ardor o molestia y eritema en la zona de aplicación, como lo han reportado otros estudios.<sup>14</sup> Debe evaluarse si estos síntomas pueden reducir su apego o favorecer su suspensión, pero esto debe relacionarse con la satisfacción de los médicos en su utilización.<sup>23</sup>

Asimismo, la implementación del crisaborol en la práctica clínica puede verse limitada por el costo y por las barreras administrativas asociadas con los sistemas de cobertura, como lo reflejan los resultados de este estudio, situación que no ocurriría si el acceso se garantizara a la totalidad de los pacientes.<sup>13,24</sup>

Es importante seguir haciendo evaluaciones en el contexto latinoamericano y colombiano de los medicamentos disponibles para tratar esta enfermedad, con el fin de identificar aspectos locales relacionados con su indicación y efecto en el tratamiento.

## CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio aportan evidencia local acerca de la utilización, la percepción y

los desafíos asociados con la administración del crisaborol en la dermatitis atópica en Colombia y proporcionan información útil para la toma de decisiones terapéuticas y la adaptación de guías clínicas al contexto local. Los dermatólogos encuestados evidencian apego a las recomendaciones de las guías más recientes y un proceso continuo de actualización profesional. Sin embargo, su implementación puede verse limitada por el alto costo y barreras administrativas del sistema de aseguramiento, lo que afecta su accesibilidad. Aunque la satisfacción general es positiva, la existencia de un subgrupo de dermatólogos insatisfechos sugiere que la eficacia del crisaborol no es uniforme y destacan la necesidad de explorar factores que influyan en su desempeño en distintos escenarios clínicos.

## DECLARACIONES

### Conflicto de intereses

El Dr. Juan Raúl Castro y la Dra. Luisa Fernanda Montenegro han sido ponentes en conferencias de Pfizer (fabricante de crisaborol). El Dr. Juan Raúl Castro ha sido ponente de Abbvie, Eli Lilly, Johnson & Johnson, Novartis y Sanofi-Aventis. La Dra. Luisa Fernanda Montenegro ha sido ponente de Abbvie, Johnson & Johnson, Novartis, Pharmalab y Sanofi-Aventis. Los demás autores declaran no tener conflictos de interés que pudieran haber influido en el desarrollo, el análisis o la interpretación de los resultados del estudio.

### Financiamiento

Este estudio no contó con ningún tipo de financiamiento para su realización.

### Uso de IA

Se recurrió a la IA para la corrección de estilo, gramática y coherencia textual. La IA no se utilizó para la recolección, análisis ni interpretación de los datos de la investigación.

### Contribución los autores

*Luisa Fernanda Montenegro Morillo y Juan Raúl Castro Ayarza:* idea del estudio, asesoría y revisión. *Leidy Daniela Guarín Acevedo, Laura Carolina Maya Céspedes, Alejandra Molina Aguilar y María Juanita Parra Rodero:* redacción del manuscrito, recolección de datos, análisis estadístico,

elaboración y aplicación de la encuesta e interpretación y discusión de los resultados.

### Declaración de derechos humanos y de los animales

El artículo no contiene estudios con humanos o animales.

### Consentimiento informado

La participación fue voluntaria y el diligenciamiento del formulario constituyó el consentimiento para la recolección anónima de datos.

### Referencias clave

1. Fahrback K, Tarpey J, Washington EB, et al. Crisaborole ointment, 2%, for treatment of patients with mild-to-moderate atopic dermatitis: Systematic literature review and network meta-analysis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020; 10: 681-694. <https://doi.org/10.1007/s13555-020-00389-5>
2. Arenas-Soto CM, Sanclemente-Mesa G, Yepes-Nuñez JJ, et al. Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. Actualización de la guía de práctica clínica. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol* 2024. <https://doi.org/10.29176/2590843X.2040>
3. Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG, et al. Efficacy and safety of crisaborole ointment, a novel, nonsteroidal phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor for the topical treatment of atopic dermatitis (AD) in children and adults. *J Am Acad Dermatol* 2016; 75 (3): 494-503.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.05.046>
4. Eichenfield LF, Call RS, Forsha DW, et al. Long-term safety of crisaborole ointment 2% in children and adults with mild to moderate atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77 (4): 641-649.e5. doi: 10.1016/j.jaad.2017.06.010
5. Schlessinger J, Shepard JS, Gower R, et al; CARE 1 Investigators. Safety, effectiveness, and pharmacokinetics of crisaborole in infants aged 3 to <24 months with mild-to-moderate atopic dermatitis: A phase IV open-label study (CrisADe CARE 1). *Am J Clin Dermatol* 2020; 21 (2): 275-284. <https://doi.org/10.1007/s40257-020-00510-6>

### Permisos

Las Figuras presentadas en el artículo son originales.

### Aspectos éticos

De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo, debido a que no

implicó intervenciones médicas. El estudio se desarrolló conforme a los principios establecidos en el informe Belmont, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y los cuatro principios fundamentales de la bioética. La participación fue voluntaria y el diligenciamiento del formulario constituyó el consentimiento para la recolección anónima de datos.

### Agradecimientos

Al Departamento de Medicina Interna y la Especialidad en Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y a los dermatólogos colombianos que participaron en el estudio.

### REFERENCIAS

- McAleer MA, Irvine AD. Atopic dermatitis. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatology*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024: 210–231.
- Ständer S. Atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2021; 384 (12): 1136–43. DOI: 10.1056/NEJMra2023911
- Londoño AM, Castro-Ayarza JR, Kronfly A, Buitrago DC, Samacá DF. Epidemiology and healthcare resource utilization in atopic dermatitis in Colombia: A retrospective analysis of data from the National Health Registry from 2015 to 2020. *Biomed* 2023; 43 (1): 107–120. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6666>
- Puar N, Chovatiya R, Paller AS. New treatments in atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2021; 126 (1): 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2020.08.016>
- Fahrbach K, Tarpey J, Washington EB, et al. Crisaborole ointment, 2%, for treatment of patients with mild-to-moderate atopic dermatitis: Systematic literature review and network meta-analysis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020; 10: 681–694. <https://doi.org/10.1007/s13555-020-00389-5>
- Makins C, Sanghera R, Grewal PS. Off-label therapeutic potential of crisaborole. *J Cutan Med Surg* 2020; 24 (3): 292–296. <https://doi.org/10.1177/1203475420909794>
- Arenas-Soto CM, Sanclemente-Mesa G, Yepes-Núñez JJ, et al. Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica en Colombia. Actualización de la guía de práctica clínica. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol* 2024. <https://doi.org/10.29176/2590843X.2040>
- Flórez-Hurtado J, Escobar-Aponte H, Uribe-Restrepo AF, Ramírez AF. Análisis de la distribución geográfica de los dermatólogos en las diferentes ciudades y regiones de Colombia. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol* 2025; 33 (1): 22–35. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1954>
- Arguello-Mondragón E, Acosta-Rivas S, Canencia MA, et al. Inequidad en la distribución del talento humano en salud: un análisis de los médicos especialistas y médicos generales por departamento en Colombia a partir del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) 2023. <https://doi.org/10.31235/osf.io/vtpze>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Estimación de la cantidad de especialistas médicas en Colombia. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/estimacion-cantidad-especialistas-medicas-septiembre-2018.pdf>
- Pfizer Inc. Pfizer receives FDA approval for EUCRISA (crisaborole), a novel non-steroidal topical ointment for mild to moderate atopic dermatitis (eczema). New York: Pfizer; 2016. [https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer\\_announces\\_fda\\_approval\\_of\\_eucrisa\\_crisaborole?utm](https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer_announces_fda_approval_of_eucrisa_crisaborole?utm)
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Registro Sanitario INVIMA 2023M-0021049: Staquis (Crisaborol Ungüento al 2%). Bogotá DC: INVIMA; 2023.
- Ramachandran V, Cline A, Feldman SR, Strowd LC. Evaluating crisaborole as a treatment option for atopic dermatitis. *Expert Opin Pharmacother* 2019; 20 (9): 1057–1063. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1604688>
- Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG, et al. Efficacy and safety of crisaborole ointment, a novel, nonsteroidal phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor for the topical treatment of atopic dermatitis (AD) in children and adults. *J Am Acad Dermatol* 2016; 75 (3): 494–503.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.05.046>
- Eichenfield LF, Call RS, Forsha DW, et al. Long-term safety of crisaborole ointment 2% in children and adults with mild to moderate atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77 (4): 641–649.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.06.010>
- Schlessinger J, Shepard JS, Gower R, et al; CARE 1 Investigators. Safety, effectiveness, and pharmacokinetics of crisaborole in infants aged 3 to < 24 months with mild-to-moderate atopic dermatitis: A phase IV open-label study (CrisADe CARE 1). *Am J Clin Dermatol* 2020; 21 (2): 275–284. <https://doi.org/10.1007/s40257-020-00510-6>
- Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2022.12.029>
- You J, Li H, Wang Z, Zhao Y. Evaluating efficacy and safety of crisaborole in managing childhood mild to moderate atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *Br J Hosp Med (Lond)* 2025; 86 (1): 1–19. <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0575>
- Jarnagin K, Chanda S, Coronado D, et al. Crisaborole topical ointment, 2%: a nonsteroidal, topical, anti-inflammatory phosphodiesterase 4 inhibitor in clinical development for the treatment of atopic dermatitis. *J Drugs Dermatol* 2016; 15 (4): 390–6.
- Geng B, Hebert AA, Takiya L, et al. Efficacy and safety trends with continuous, long-term crisaborole use in patients aged ≥ 2 years with mild-to-moderate atopic dermatitis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2021; 11: 1667–1678. <https://doi.org/10.1007/s13555-021-00584-y>

21. Wollenberg A, Ehmann LM. Long term treatment concepts and proactive therapy for atopic eczema. *Ann Dermatol* 2012; 24 (3): 253-60. <https://doi.org/10.5021/ad.2012.24.3.253>
22. Cestari TF, Gontijo B, Follador I, et al. Healthcare disparities in atopic dermatitis in Latin America. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2022; 12: 2911-25.
23. Bissonnette R, Pavel AB, Diaz A, et al. Crisaborole and atopic dermatitis skin biomarkers: An inpatient randomized trial. *J Allergy Clin Immunol* 2019; 144 (5): 1274-1289. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2019.06.047>
24. Ross G. Treatments for atopic dermatitis. *Aust Prescr* 2023; 46 (1): 9-12. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2023.002>

