

Uso de corticoides tópicos en la práctica dermatológica diaria.

Use of topic corticosteroids in daily dermatologic practice.

BRAVO P. Francisco*

*Profesor auxiliar. Departamento de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Así como sería imposible imaginar la práctica de la infectología sin antibióticos, también nos sería inimaginable la terapia dermatológica si no contáramos con el arsenal de corticoides tópicos del que disponemos hoy en día. Sin embargo, así como existe una gran variedad de antibióticos, hay grandes diferencias entre una y otra preparación corticoide y es importante para quien los prescribe conocer sus diferencias y similitudes.

Los corticoides tópicos se clasifican principalmente por su potencia, esto es, la capacidad antiinflamatoria de cada una de las preparaciones. Para efectos prácticos hay una correlación directa entre potencia y la posibilidad de que ocurran efectos secundarios tanto locales como sistémicos. La potencia de un corticoide se mide in vitro mediante la prueba de vasoconstricción, una medida indirecta de la capacidad antiinflamatoria (1). A través de esta prueba los corticoides se clasifican hasta en 7 categorías encabezando la tabla las preparaciones más potentes como es el Clobetasol Dipropionato y finalizando con preparados como hidrocortisona al 0.5 a 1% (2).

Si bien la potencia del corticoide es una característica individual del compuesto básico, pequeñas modificaciones en el preparado pueden variar la potencia. El ejemplo clásico es el butirato de hidrocortisona, un preparado cuya potencia es significativamente mayor que el de hidrocortisona base a iguales concentraciones. Cabe anotar que una variación en potencia lograda a través de una manipulación de la droga conlleva una mayor probabilidad de efectos secundarios.

Una segunda variable a tomar en cuenta cuando se prescribe una formulación corticoide es la base o vehículo. En general (y esta regla se aplica sobretodo a corticoides de mediana potencia), los corticoides en ungüento son más potentes que sus contrapartes en crema. La selección del vehículo debe hacerse en base además a la localización de la erupción.

Las lociones y geles están indicadas para el manejo de lesiones en zonas pilosas, mientras que cremas y ungüentos deben usarse en piel lamniña.

Lesiones crónicas, con componentes de xerosis o liquenificación son mejor tratadas con ungüentos mientras que las erupciones agudas responden adecuadamente a las

preparaciones en crema. Cabe anotar que muchos pacientes simplemente no toleran preparados “grasosos” (ungüentos) y si se planea prescribirlos vale la pena preguntarles si tienen preferencias en cuanto a la consistencia del preparado.

Para los corticoides ultrapotentes de clase uno, las diferencias entre crema y ungüento se minimizan y por eso ambas formas usualmente se clasifican en la misma categoría.

Algo indispensable al momento de prescribir un esteroide es reconocer que no toda nuestra piel es igual, pues hay de hecho grandes variaciones en el grosor. Así un corticoide cuyo uso prolongado en brazos o piernas sería perfectamente aceptable (ej. Triamcinolona al 0.1% en crema) causaría un sinnúmero de complicaciones (desde atrofia hasta erupciones acneiforme) si se prescribe de la misma forma para uso prolongado en la cara. Por lo general sólo los preparados de menor potencia son indicados para zonas de piel delicada que incluye, además de la cara, la zona genital y las zonas donde ocurre una oclusión anatómica que incrementa la potencia del preparado (axila, ingle y surco inframamario).

Un fenómeno muy particular que ocurre con los corticoides tópicos es la taquifilaxis (3). Consiste en el desarrollo de “resistencia” de la dermatosis a un preparado específico. Este fenómeno es común en pacientes con Psoriasis. En estos casos un curso inicial de una aplicación diaria de clobetazol dipropionato podría limpiar las placas. Sin embargo luego de un tiempo se vería que, para lograr el mismo efecto se requerirán de 2 a 3 aplicaciones diarias.

En el momento de prescribir un corticoide además se deben tener en cuenta las cantidades de preparado. Desgraciadamente en nuestra farmacopea no existen preparaciones mayores de 60 gr. Cuando muchas dermatosis pueden consumir esta cantidad en sólo una semana de tratamiento. El número de aplicaciones que se recomienda es de 1 a 2 por día (4) y la cantidad debe ser la suficiente para que penetre en la piel. La piel de por sí se satura con una cantidad fija y todo lo demás simplemente se evapora o se pierde con el sudor o el roce.

En cuanto a las concentraciones (otra variable que confunde a aquellos que prescriben) la mayoría de preparados disponibles vienen en una concentración fija, la cual se determina experimentalmente considerando las interacciones con el vehículo y la capacidad de saturación de la piel. Curiosamente en aquellos casos en los que se cuenta con diferentes concentraciones en el mercado (digamos triamcinolonas al 0.025% vs triamcinolonas al 0.1%), los exámenes de potencia in vitro mediante la prueba de vasoconstricción no arroja diferencias significativas (5). Esto recalca el hecho de que no siempre a una mayor concentración se obtiene un mayor efecto.

En cuanto a los efectos secundarios, nos ocuparemos primero de los efectos locales. Las consecuencias de uso excesivo (ya sea por tiempo prolongado o excesiva potencia se manifiestan clínicamente como cambios que pueden ser muchas veces irreversibles. La atrofia epidérmica y prominencia vascular provocadas por el corticoide, pueden ser muchas veces peores que la enfermedad. Las estrías, que corresponden más bien a un daño dérmico, afectando la estructura del colágeno y fibras elásticas, están asociadas con frecuencia a uso excesivo de corticoides en zonas de oclusión anatómicas tales como la zona inguinal y axilar. A estos efectos secundarios hay que sumar además la alta incidencia de infección

local (bacteriana y micótica) que puede ocurrir con el uso prolongado de corticoides ultra potentes.

Las reacciones acneiformes del rostro que ocurren como consecuencia del uso inadecuado de preparados corticoides constituyen un capítulo aparte dentro de las complicaciones. No es infrecuente encontrar en la práctica pacientes que, ya sea por automedicación o por prescripción errónea, vienen a la consulta con un cuadro de acné sumamente resistente a las terapias convencionales. Hay quienes incluso atribuyen la patogenia de una enfermedad específica como la dermatitis perioral es común en mujeres jóvenes y en ellas es común además el antecedente del uso de corticoides. La erupción no responde al tratamiento con antibióticos sino se suspenden antes los corticoides tópicos.

En cuanto a los efectos sistémicos si bien son mínimos con los corticoides de mediana y baja potencia, se puede llegar a la supresión suprarrenal en pacientes sometidos a uso prolongado (mayor de dos semanas) de corticoides ultrapotentes (clase uno). Es por eso que si bien, la eficacia de los preparados de esta clase es indiscutible, sus complicaciones pueden ser comparables a los efectos de la administración sistémica de esteroides. A esto hay que agregar la altísima incidencia de cambios locales tales como atrofia que van de la mano con su uso prolongado. Las indicaciones para el uso de esta clase de preparados están aún por definirse.

Un comentario adicional respecto a los preparados combinados de corticoides con fungicidas y antibióticos. A pesar de que el uso de estos preparados significa un menor trabajo diagnóstico pues no se requiere distinguir si la dermatosis es no infecciosa o infecciosa, ello no garantiza una mayor efectividad, pero conlleva un mayor costo y un riesgo mayor de una reacción alérgica de contacto. Así la incidencia de reacciones a antimicóticos es alrededor del 1% mientras que para las combinaciones es alrededor del 5% (6).

Para efectos prácticos las combinaciones de corticoides más antimicóticos, estarían indicadas en casos en que la dermatosis se deba simultáneamente a un efecto inflamatorio intrínseco más un agente externo. El ejemplo más cercano a este modelo es el intertrigo candidiásico. La combinación ideal sería en este caso un corticoide de potencia menor (hidrocortisona) más un imidazole. Desafortunadamente la mayoría de preparados disponibles se exceden en la potencia del corticoide, haciendo inseguro su uso prolongado en zonas de oclusión anatómica justamente donde clásicamente ocurre el intertrigo.

De las combinaciones de corticoides más antibióticos, sólo diremos que la mayoría de estos últimos no son realmente efectivos para el tratamiento local. Hay una nueva clase de antimicrobianos tópicos tales como el mupirocin (7,8,9), cuya efectividad es comparable al tratamiento antibiótico sistémico. Dichos preparados no están aún disponibles en nuestra farmacopea.

Como conclusiones diremos que cuando el medico desee prescribir un corticoide tópico debe tener en cuenta los siguientes factores:

1. La severidad de la dermatosis, así como el grosor de la piel en la región afectada y por tanto la potencia que se requiere del esteroide, recordando que no siempre el más potente es el mejor.
2. La selección del vehículo o base más apropiado para administrarlo, teniendo en cuenta, el sitio a tratar (ejemplo cuero cabelludo o piel lampiña) y la tolerancia del paciente hacia el preparado.
3. El tiempo de uso, la cantidad adecuada y un factor de seguridad ante la posibilidad de que el paciente se automedique por tiempo prolongado.
4. Un mejor y más acucioso diagnóstico que permita un tratamiento más específico, exento de complicaciones.

Recomendamos por ahora limitar el uso de corticoides de alta potencia a casos muy específicos; teniendo en cuenta que su uso conlleva muchos de los riesgos de la terapia corticoide sistémica.

Para finalizar hemos elaborado una tabla de potencias con los preparados disponibles en el Perú. Dicha tabla puede ser de utilidad en el momento de decidir cual será nuestro agente tópico de elección.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Stoughton RB. Bioassay system for formulations for tropical applied glucocorticosteroids. *Arch Dermatol* 1972; 106: 825-7.
2. Stoughton RB. Vasoconstrictor assay specific applications. In: Maibach HI, Surber C, eds. *Topical Corticosteroids*. Basel, Switzerland. Karger, 1992; 42-53.
3. Vickers CFH. Topical Corticosteroids. In: Fitzpatrick T, Eisen A, Wolff K, Freedberg I, Austen KF, eds. *Dermatology in Internal Medicine*. New York, USA. Mc Graw Hill, 1987: 2543-2544.
4. English, JSC et al. A double blind comparison of the efficacy of Betamethasone Dipropionate cream twice daily versus once daily in the treatment of steroid responsive dermatosis. *Clin Exp Dermatol* 1989; 14:32-34.
5. Stoughton R. Are Generic Formulations equivalent to trade name topical glucocorticoids. *Arch Dermatol* 1987; 123:1312-1314.
6. Paredes A, Pareja J, et al. Estudio comparativo del uso tópico del nitrato de isoconazole 0.1% diflourcortolona 0.1% y neomicina 0.5% contra el clotrimazol 0.1% betametasona 0.1% y gentamicina 0.1% en dermatosis provocadas por infecciones bacterianas y micóticas. *Diagnóstico* 1992; 30:33-35.
7. McLinn SA. Bacteriologically controlled, randomized study comparing the efficacy of 2% mupirocin ointment with oral erythromycin in the treatment of patients with impetigo. *Jam Acad Dermatol* 1990; 22:883-885.
8. Breneman D. Use if mupirocin ointment in the treatment of secondary infected dermatosis. *J am Acad Dermatol* 1990; 22:886-892.
9. Britton JW et al. Comparison of mupirocin and erithromycin in the treatment of impetigo. *J Pediatr* 1990; 117:827-829.
10. Arndt K. *Manual of Dermatologic therapeutics*. Boston, Little Brown and Company, 1989.

