

BOLETIN INFORMATIVO FARMACOTERAPEUTICO



INSALUD

Area de Atención Primaria de Melilla
Centro de Información del Medicamento

Vol. I N° 3 AÑO 2001

CORTICOIDES TÓPICOS

Autor: González Sánchez, JM

SUMARIO:

Introducción. Corticoides tópicos clasificados por potencia. Criterios de formulación de corticoides tópicos. Dermopatías clasificadas por la respuesta a corticoides. Reacciones adversas. Efectividad clínica. Conclusiones.

• **Introducción.** La acción farmacológica de todos los corticosteroides tópicos es idéntica y sus aplicaciones clínicas son las mismas(1). La diferencia fundamental hay que buscarla en la potencia del preparado. La potencia de los preparados tópicos de corticosteroides depende esencialmente de cuatro factores:

- 1.- **Características de la molécula.** Como norma general los derivados fluorados (betametasona, fluocinolona, etc.) son más potentes que los no fluorados.
- 2.- **Concentración del principio activo.**
- 3.- **Vehículo utilizado.** Cuanto más graso sea el excipiente, mayor es la cesión de principio activo a la piel. Por tanto, a igualdad de principio activo y de concentración, la actividad es decreciente en este orden:

ungüento>pomada>gel>crema>loción.

4.- **Lugar de aplicación.** Hay zonas de la piel que absorben bien los corticoides (escroto, axilas, párpados, cuero cabelludo). En otras, la absorción es bastante menor (espalda, antebrazos, rodilla, palma de la mano)(2).

La clasificación según potencia se suele hacer por métodos experimentales basados en el poder vasoconstrictor del preparado (que se corresponde bastante bien con la eficacia clínica en la mayoría de las aplicaciones, pero no en todas). Hay que tener en cuenta dos circunstancias de las clasificaciones por potencia:

- Para tener en cuenta la influencia del excipiente, las valoraciones más fiables se hacen a nivel de preparado farmacéutico, no de principio activo.
- No existe una clasificación universalmente aceptada. En Europa es habitual dividir en cuatro grupos: débil, intermedia, fuerte, muy fuerte (clases I a IV). En Estados Unidos es común una división en siete clases. Las comparaciones internacionales se ven complicadas además por ser la clasificación europea ascendente (la clase I es más débil) mientras que la americana es descendente (la clase I es la más fuerte).

*Corticoides Tópicos Clasificados por Potencia: (3)

Principio activo	Especialidad	Forma galénica
Potencia débil		
Hidrocortisona 0,1%...	Ceneo.....	crema, pomada
Hidrocortisona 0,25%..	Schericur.....	pomada
Hidrocortisona 0,5%....	Hidrocortisona Isdin /Pensa.	crema,aerosol
	Picosyl	pomada
	Scalpicin.....	loción
Hidrocortisona 1%.	.Lactisona.....	loción
Hidrocortisona 2,5..	Dermosa hidrocortisona.....	pomada
	Lactisona.....	loción
Hidrocortisona acetato.	.Dermosa hidrocortisona.....	pomada
Fluocortina 0.75%..	Vaspit..	.pomada,crema

Potencia intermedia

Clobetasona butirato 0.05%.....	Emovate.....crema
Flumetasona pivalato 0.02%.....	Locortene.....crema
Fluocinolona acetónido 0.01%.....	Synalar gamma..crema, solución capilar.

Triamcinolona acetónido 0.04%

Potencia alta

Betametasona valerato 0.1%.....	Betamatil.....	crema,gel, solución
	Betnovate.....	crema, solución
	Bettamouse.....	espuma
	Celestoderm.....	crema (0,05% solución
Betametasona dipropionato 0.05%.....	Diproderm.....	crema, un- güento
Beclometasona dipropionato 0.025%..	Menaderm simple.....	pomada, Ungüento solución
Budesónido 0.025%.....	Demotest.....	crema, Pomada
	Olfex.....	crema ungüento
Desoximetasona 0.25%.....	Flubason.....	crema
Diflorasona diacetato 0.05%.....	Murode.....	crema,gel
Diflucortolona valerato 0.1%.....	Claral.....	crema, Pomada ungüento
Fluclorolona acetónido 0.025%.....		
Fluocinolona acetónido 0.025%.....	Cortiespec.....	crema
	Fluocortan.....	solución
	Gelidina.....	gel
	Synalar.....	crema, espuma
Fluocinónido 0.05%.....	Cusigel.....	gel
	Klariderm/Novoter.....	crema
Fluocortolona monohidrato 0.2%.....	Ultralam.....	crema, Pomada
Fluprednidenol acetato 0.1%.....	Decoderm.....	crema
Metilprednisolona aceponato 0.1%....	Adventan.....	crema Pomada Ungüento emulsión
Mometasona furoato 0.1%.....	Elica.....	crema,
	Elocom.....	Ungüento, solución
Prednicarbato 0.25%.....	Batmen.....	crema,
	Peitel.....	pomada, Ungüento Solución

Potencia muy alta

Clobetasol propionato 0.05%.....	Clovate.....	Crema
	Decloban.....	Pomada
Difluocortolona valerato 0.3%.....	Claral fuerte.....	Pomada Ungüento
Fluocinolona acetónido 0.2%.....	Alvadermo fuerte.....	pomada
	Fluocid forte/Fluodermo forte	
	Oxidermiol fuerte/ Synalar forte.	Crema
Halcinónido 0.1%.....	Halog.....	crema
Halometasona 0.05%.....	Sicorten.....	pomada

***Criterios de Selección de Formulaciones de Corticoides Tópicos:**

Forma Farmacéutica	PIEL GLABRA	ZONAS VELLOAS	PALMA Y PLANTA PIE	ZONAS INFECTADAS	ZONAS INTERTRIGINOSAS
Pomada/ Ungüento	***	***			
Crema					
Loción					
Solución					
Gr					

*** Uso preferente
 ** Uso aceptable
 * Util a veces

Las lociones y cremas (fácilmente extensibles) son útiles en el tratamiento de lesiones húmedas y extensas. Los ungüentos y pomadas se utilizan en lesiones secas, liquenificadas o descamativas. En caso de conseguir el efecto deseado, puede recurrirse a vendajes oclusivos, que aumentan la absorción hasta 100 veces.(4)

Obviamente las preparaciones fuertes y muy fuertes son eficaces en afecciones donde se obtienen resultados insatisfactorios con corticoides de potencia débil o moderada, pero el riesgo de efectos secundarios (atrofia dérmica, estrías, hipertriosis) es mayor.

Por esto interesa elegir en lo posible el preparado de menor potencia que proporcione respuesta adecuada, teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad y su localización. En afecciones extensas en zonas de absorción, o en niños, es conveniente comenzar con un corticoide de potencia débil o intermedia.

(Importante: Evitar en lo posible usar corticoides potentes en niños pequeños. La absorción sistémica puede producir retrasos en el crecimiento. Tener en cuenta que los pañales de plástico pueden hacer efecto de vendaje oclusivo e incrementar inadvertidamente la absorción.)

***Reacciones adversas: (5)**

En general, las infecciones bacterianas, fúngicas y virales primarias de la piel constituyen una contraindicación para el uso de corticoides tópicos ya que entre sus acciones se cuenta la disminución de la inmunidad local. Respecto a las dermatofitosis su potencia antieritematogena hace que mejoren las lesiones, pero no curan la enfermedad. Se produce así una lesión enmascarada, difícil de diagnosticar que se cronifica fácilmente.

Los efectos secundarios pueden ser locales o sistémicos. Entre los primeros encontramos la atrofia epidérmica. Aparece más frecuentemente tras la administración de corticoides tópicos halogenados (sobre todo con flúor), en tratamientos a largo plazo y con la utilización de vendajes oclusivos. Este efecto suele ser reversible en los casos de aplicación temporal.

Otros efectos locales son hipertriosis, hipopigmentación y fragilidad cutánea que suelen revertir tras suspender el tratamiento. Por el contrario, las telangiectasias y las estrías son irreversibles.

Los corticoides deben usarse con precaución en la cara, ya que la piel de esta zona es especialmente delgada y pueden producirse reacciones adversas serias: eritema, exacerbación del acné, hipertriosis. También pueden ocasionar dermatitis perioral que puede persistir tras la supresión del tratamiento.

La rosácea tratada con corticoides tópicos puede mejorar transitoriamente, aunque rebrota con frecuencia dando lugar a formas pustulosas.

Las reacciones adversas sistémicas son mucho menos frecuentes y se presentan por la absorción percutánea del corticoide, pudiendo originar una disminución de la función suprarrenal, un síndrome de Cushing, diabetes mellitus, hipertensión y alteración del crecimiento en niños. La aplicación prolongada de corticoides en la región parpebral y periorbitaria puede producir glaucoma y cataratas. También pueden enmascarar infecciones o dermatosis preexistentes.

Otros problemas asociados con los corticoides tópicos son:

- Efecto rebote: dermatosis que rebrotan de forma intensa al suspender el tratamiento.
- Taquifilaxia: pérdida del efecto terapéutico tras el uso continuado del fármaco.
- Sensibilización: posibilidad de causar una dermatitis de contacto alérgica.

***Efectividad clínica:**

El fluocortibutil no posee gran potencia, su uso se reduce a algunos casos de dermatitis atópica que también responden a la hidrocortisona, por lo que no aporta una gran ventaja terapéutica.(6)

El prednicarbato resulta equivalente a corticoides halogenados de potencia media-alta como valerato de beta-metasona, fluocortolona o diflucortolona.

En pacientes con eccema alérgico, eccema degenerativo o una combinación de las dos patologías un ungüento de metilprednisolona aceponato al 0.1% una vez al día era equipotente a un ungüento de prednicarbato 0.25% dos veces al día, en adultos y en niños.

En psoriasis, un ungüento de mometasona 0.1% una vez al día durante 2 a 8 semanas, fue más efectivo que fluocinolona acetónido 0.025% 3 veces al día, pero tan efec-

tiva como diflucortolona valerato 0.1% 2 veces al día.

Estas nuevas moléculas inducen menos atrofia de la piel que los corticoides convencionales, lo que les confiere una buena relación beneficio/riesgo pero no podemos olvidar que los nuevos glucocorticoides no son superiores a sus congéneres respecto a reacciones adversas del tipo de la dermatitis perioral y que en tratamientos de oclusión, los niveles de atrofia son similares a los corticoides más potentes.

También parece que los nuevos corticoides, sobre todo los que sufren una degradación rápida en la piel tienen mayor potencial sensibilizante que los antiguos, en particular los fluorados.(7)

Conclusiones:

1- Es importante seleccionar la forma galénica en función del tipo de dermatosis, de su grado de inflamación (aguda o crónica), de su localización y del grado de absorción del principio activo que deseemos.

2- La finalización del tratamiento no debe ser brusca, se recomienda pasar a corticoides menos potentes o alternarlos con emolientes para prevenir fenómenos de rebote.

3- Se aconseja utilizar corticoides de baja o moderada potencia en niños, ancianos, sobre superficies corporales extensas y en áreas susceptibles de sufrir daño esteroideo (cara, pliegues, párpados, etc.), para reducir el riesgo de reacciones adversas locales y sistémicas.

4- Los corticoides suaves se caracterizan por una rápida transformación metabólica a moléculas no tóxicas evitando la mayoría de efectos secundarios no

deseados.

5- Los corticoides suaves son igual de peligrosos que los antiguos en curas oclusivas. También pueden ocasionar reacciones alérgicas y dermatitis perioral.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Catálogo de Especialidades Farmacéuticas Año 2000. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

2.- Sierra X. Panorámica actual de la corticoterapia tópica. *Piel* 1996; 11:217-30.

3.- Ortonne JP. Clinical potencial of topical corticosteroids. *Drugs* 1988; 36 (Suppl. 5) : 9-14.

4.- Giannotti B. Current treatment guidelines for topical corticosteroids. *Drugs* 1988;36 (Suppl. 5): 9-14.

5.- Takeda K, Arase S, Takahashi S. Side effects of topical corticosteroids and their prevention. *Drugs* 1988; 36 (Suppl. 5):15-23.

6.- Díaz-Pérez JL, Mitxelena J, DíazRamón L, Vicente JM, Gardeazaval J. Corticoides en dermatología. *Medicine* 1999; 7(115): 5377-80.

7.- Ribera M, Casanova JM. Actualización sobre corticoterapia tópica en dermatología. *FMC* 1988; 5: 66-75.

COMISION DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Bueno Horcajadas A, Carrión Horcajadas JL, Catalán Cólera LV, Cuenca Toro J, Díaz Jimenez JM, García Castillo AM, González Sánchez JM, Hermoso Castro LF, Martínez Díaz J, Muñoz Martínez MV, Sava Garcerán E, , Zafra Jiménez MA.

GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DEL AREA DE MELILLA

C/ General Polavieja, 47. Melilla - 52005. Tfños: 952674975-76. NIPO: 352-00-027-5