

D07. CORTICOSTEROIDES TOPICOS

Poseen elevada potencia antiinflamatoria inespecífica local por inhibir la acción de los mediadores celulares de la inflamación. Son por tanto eficaces sobre la mayoría de las inflamaciones ya sean de origen mecánico, químico, microbiológico o inmunológico. Los corticoides tópicos presentan también acción antimitótica, antiproliferativa e inmunosupresora.

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

1. **Características de la molécula.** La potencia puede aumentarse por esterificación o halogenación del principio activo. Así la doble esterificación hace que el corticosteroide sea más potente que el monoéster, y la inserción de un halógeno origina más potencia pero también más efectos antiproliferativos. Como norma general los halogenados con flúor (betametasona, fluocinolona, etc.) son más potentes que los no fluorados.

2. **Concentración del principio activo.** Concentraciones diferentes del mismo principio activo pueden producir efectos diferentes.

3. **Vehículo utilizado.** La elección de la formulación galénica es importantísima para la penetración del corticosteroide en la piel y su posterior biodisponibilidad. 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).

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).

5. **Características de la piel.** La absorción es mayor cuando la capa córnea de la piel está afectada por lesiones que disminuyen sus propiedades de barrera, como pasa en la psoriasis.

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 de acuerdo a su potencia: **baja, moderada, potentes y muy potentes**. (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).

En la tabla I hemos agrupado según el criterio europeo la mayor parte de los preparados del mercado español. Se ha tenido en cuenta la naturaleza del corticoide y su concentración, pero no la posible influencia de los excipientes.

Obviamente las preparaciones potentes y muy potentes 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, hipertrichosis) es mayor, ya que la potencia farmacológica de los corticosteroides tópicos aumenta a la vez que su potencial tóxico.

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 moderada.

Los corticoides de mayor potencia deben reservarse a enfermedades graves o refractarias a preparaciones más débiles, y a regiones dérmicas de escasa permeabilidad. La tabla II recoge, a título indicativo, la potencia necesaria para tratar distintos tipos de patologías. Por lo general es prudente, una vez conseguida la remisión con un corticoide potente, cambiar a otro más débil para tratamientos de mantenimiento prolongados.

Criterios parecidos deben aplicarse en la elección del vehículo. La tabla III incluye recomendaciones de selección según la localización de la lesión. 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.

El riesgo de efectos secundarios depende de la potencia del corticoide, del área de aplicación, de la duración del tratamiento y de si se utiliza o no vendaje oclusivo. Como regla general, no hay que esperar efectos sistémicos si la dosis semanal de un corticoide potente no supera los 30 gramos en adultos o 10 gramos en niños pequeños. Con los preparados débiles o moderados raramente se ven efectos sistémicos.

RECUERDE

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

TABLA I. CORTICOIDES TOPICOS CLASIFICADOS POR POTENCIA

Potencia débil	Potentes
Hidrocortisona acetato 1%;2,5%,0.5%,0.25%	Beclometasona, dipropionato 0,025% Betametasona, valerato 0,1%, 0.05% Betametasona, dipropionato 0,05%, 0.1% Budesónida 0,025%, 0.05% Diflorasona diacetato 0.05% Diflucortolona, valerato 0,1%, 0.3% Fluclorolona, acetónido 0.2% Fluocinolona, acetónido 0,025%, 0.1%, 0.2% Fluocinónido 0,05% Fluocortolona monohidrato 0,2% Fluticasona propionato 0.05%, Hidrocortisona aceponato 0.127% Metilprednisolona, aceponato 0,1% Mometasona furoato 0,1% Prednicarbato 0,25%
Potencia moderada	Muy potentes
Clobetasona, butirato 0,05% Diclorisona 0.25%, 0.1% Fluocortina 0.75% Hidrocortisona butirato 0.1% Hidrocortisona propionato 0.1%	Clobetasol 0,05 %, 0.5%

TABLA II. DERMOPATIAS CLASIFICADAS POR LA RESPUESTA A CORTICOIDES

SENSIBILIDAD	COMENZAR CON:	EJEMPLOS
Muy sensibles	Potencia débil a moderada	Dermatitis seborreica. Dermatitis tópica en niños o ancianos. Otras patologías caracterizadas por eritema con mínima descamación o liquenificación.
Moderadamente sensibles	Potencia moderada a fuerte	Dermatitis atópica en adultos. Dermatitis nummular. Psoriasis leve. Formas leves de dermatitis de contacto.
Relativamente resistentes	Potencia fuerte a muy fuerte	Lupus eritematoso discoide. Psoriasis en placas. Liquen simple crónico. Liquen plano hipertrófico. Dermatitis crónicas de las manos.

TABLA III. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE FORMULACIONES DE CORTICOIDES TOPICOS

FORMA FARMACÉUTICA	PIEL GLABRA	ZONAS VELLOAS	PALMA Y PLANTA DEL PIE	ZONAS INFECTADAS	ZONAS INTERTRIGINOSAS
Pomada/Ungüento	***	***			
Crema	**	*	**	*	**
Loción	**	**	**		
Solución	***	***	**		
Gel	**	*	*		

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