

PRÓLOGO

Urgentia Cutis es una nueva propuesta y mi buen amigo, el doctor Eduardo David Poletti, se ha echado auestas la difícil y ardua tarea de compilar una sección más de dermatología con la experiencia y enfoque que le proporciona su doble especialización de médico internista y dermatólogo. Difícil y ardua, porque en un terreno en el que abundan los textos de toda índole, desde los tratados enciclopédicos hasta los brevarios de consulta rápida, escritos en nuestro propio idioma o traducidos de otras lenguas, y ante la abrumadora información médica que se recibe continuamente por todos los medios actuales disponibles, no es fácil contribuir con una nueva obra.

Sin embargo, esta colección no constituye un texto más que, escrito a la manera tradicional, trate en la forma secuenciada convencional los diversos capítulos que constituyen el estudio de los padecimientos de la piel.

Las diversas dermatosis son presentadas en situaciones de emergencia, ya sea por la naturaleza misma del padecimiento o por tratarse de alguna complicación, las más de las veces, de origen iatrogénico, por auto o polimedicación o ignorancia.

Algunas de las múltiples entidades incluidas en esta revista son: necrólisis tóxica epidérmica, eritema pernio, embolia por colesterol postangiografía, síndrome de Nicolau, necrosis cutánea aguda por cumarínicos, dishidrosis hemorrágica aguda, enfermedad de Kawasaki, poliarteritis nodosa, pénfigo vulgar complicado por tratamientos, liquen plano hipertrófico y ulcerado, hidrosadenitis supurativa en fase aguda, síndrome de Sweet, diversos tipos de infecciones bacterianas, virales y micóticas en fase de gravedad, entre otras.

El manejo de los temas es muy conciso y está enfocado no tanto a los aspectos doctrinarios o académicos de la especialidad, sino a la solución de los problemas prácticos que surgen de las situaciones mencionadas, en las que el autor y sus colaboradores indican la manera de establecer el diagnóstico, de identificar la urgencia y decidir los tratamientos a corto y largo plazo, en muchas ocasiones.

Ejemplo de la manera en que están tratados los temas lo constituye uno de los casos, acerca de un individuo que llegó a la consulta del Dr. Poletti con numerosas estrías, grave atrofia cutánea y datos importantes de insuficiencia suprarrenal aguda, consecuencia de la administración prolongada y desordenada, por años, de corticosteroides tópicos de alta potencia para el tratamiento de psoriasis.

Los fascículos son sintéticos y están acompañados de magníficas ilustraciones en color, con las recomendaciones prácticas de los autores para resolver el o los problemas de las enfermedades reseñadas; contienen, además, una breve pero selecta bibliografía.

Auguro y deseo para el Dr. Poletti y sus colaboradores el más completo de los éxitos en esta nueva empresa, en la cual nos presentan su particular punto de vista de la Dermatología y la Medicina Interna con el peculiar estilo al que él nos tiene acostumbrados en los brillantes seminarios que organiza con frecuencia en la bella ciudad de Aguascalientes y, de la misma manera, a DCMQ por haber acogido esta interesante iniciativa.

Dr. Amado González Mendoza

Dermatólogo y Micólogo

Academia Nacional de Medicina

Profesor Honorario del Instituto Dermatológico

de Jalisco Dr. José Barba Rubio

Insuficiencia suprarrenal secundaria al uso inapropiado de corticosteroides tópicos potentes

Adrenal crisis secondary to inappropriate use and withdrawal of potent topical corticosteroids

EDUARDO POLETTI,* CARLOS GARCÍA**

FACP, Internista Dermatólogo, Profesor de prácticas clínicas de Medicina Interna y Dermatología, Universidad Autónoma de Aguascalientes, México

**Associate professor and Director of Dermatologic Surgery at the Oklahoma University Health Sciences Center, Oklahoma City, OK, EUA

A 26-year-old Hispanic male was admitted to the emergency room with a 3-day history of fever, nausea, vomiting, muscular weakness and dizziness. His past medical history was unremarkable except for disseminated large plaque psoriasis, which was self-treated with clobetasol propionate 0.05% ointment twice a day for the last two years.

The dermatologist and emergency room physician made the diagnosis of adrenal insufficiency based on the history of chronic unsupervised use of potent topical corticosteroids and recent withdrawal, plus the evidence of cushingoid features and striae in the patient, who presented hypotension and fever. The hyponatremia and leukocytosis supported the clinical diagnosis, and treatment proceeded without hormonal work-up. The dramatic response to treatment and the lack of concomitant diseases further confirmed the diagnosis of adrenal crisis.

La urgencia: El paciente acude por presentar fiebre, vómitos incoercibles, polidipsia, mareo con dos episodios de desvanecimiento, apatía y debilidad muscular generalizada de tres días de evolución. Negó dolor abdominal o diarrea.

La ficha de identificación: Paciente masculino de 26 años de edad, casado, heterosexual, monógamo. Labora como repartidor de periódicos; negó toxicomanías o uso de medicina alternativa.

La exploración física: De biotipo endomorfo, con obesidad centrípeta, facies cushingoide e índice de masa corporal de 37. Pulso: 108 por min., rítmico; presión arterial 100/60mmHg en decúbito, en ambos brazos, y con descenso a 90/50 en la bipedestación. Temperatura bucal: 38.2°C.

A la exploración física presenta dermatosis generalizada, con franco predominio en tronco por ambas caras (abdomen), región lumbosacra, glúteos y las raíces de las extremidades superiores e inferiores, bilateral y simétrica, con numerosas placas eritematodescamativas de tamaños diversos, aumentadas de temperatura, muchas de ellas con mayor actividad en los bordes, con escama micácea. Índice PASI calculado de 55%.

De forma concomitante, se identificaron estrías longitudinales, eritematovinosas, con tamaños diferentes desde dos a 15cm de largo por 4cm de ancho, predominando en toda la extensión troncal y axilar. Uñas inafectadas.

El interrogatorio intencionado: Antecedentes de psoriasis vulgar a los 22 años de edad. El paciente aceptó haber

empleado desde los dos años precedentes, de *motu proprio*, ungüento y/o crema que contienen 17-propionato de clobetasol al .05% en toda la piel afectada, variando en frecuencia de una a dos veces al día y por periodos prolongados hasta de un mes. Suspendió dicho medicamento 10 días antes de su ingreso.



Imagen clínica: A detalle, nótese el tipo de placa psoriática, con actividad inflamatoria marginal y los estigmas atróficos debido al corticosteroide aludido.

Los estudios solicitados: Biometría hemática con leucocitosis de 13 500, con neutrófilos 88%, eosinófilos 7%, bandas 5.

Sodio: 129 mEq/l, potasio: 3.26 mEq/l, cloro: 132 mEq/l.

Reacciones febriles y determinación de prueba de ELISA para VIH: negativos.

El diagnóstico: Insuficiencia suprarrenal crónica agudizada secundaria al uso crónico de corticosteroides tópicos ultrapotentes (clobetasol, en crema y/o en ungüento), en paciente con psoriasis vulgar, activa al momento de su revisión.

La decisión crítica: Reposo absoluto para observación en el servicio de urgencias, instalación de catéter periférico para administración intravenosa de soluciones salinas al 0.9%, para administrar concomitantemente succionato sódico de hidrocortisona con bolo inicial de 500mg y ulterior dosificación por horario, cada seis horas, de 100mg, reposición de líquidos y electrolitos guiados por diuresis, hematocrito, así como niveles de sodio y potasio séricos durante 72 horas.

Evolución: El enfermo mostró mejoría en su talante en las primeras ocho horas. El vómito, debilidad muscular y mareo cedieron en 24 horas. Egresó del servicio tres días después, indicándosele prednisona oral a razón de 1 mg/kg día y reducción progresiva, hasta basales de 5mg terciados, mismos que se consiguieron en seis semanas. El manejo ulte-

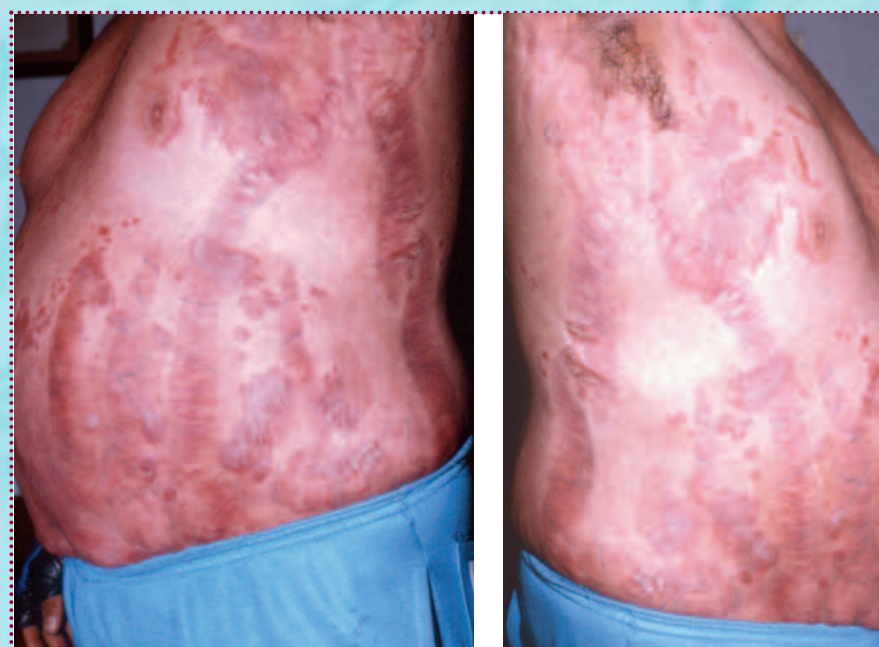
rior consistió en fotoquimoterapia con PUVA (8-metoxipso-raleno a 0.6mg/kg, por dosis, con tres sesiones semanales hasta remisión y mantenimiento una vez por semana), así como emolientes con queratolíticos y carbamidourea al 40%. Fueron proscritos todo tipo de corticosteroides tópicos.

El concepto unificador: Corresponde a un caso atendido como urgencia. El historial cutáneo y la concomitante automedicación crónica de corticosteroides tópicos mostró inhibición del eje hipotálamo, hipofisiario-adrenal (E H-H-S) en fase aguda, comprobado en clínica y laboratorio.

Un caso de psoriasis como el relatado, con PASI de más de 15%, hace plantear otras opciones de manejo terapéutico y con menor riesgo a largo plazo: acitretina, fototerapia (UVB *narrow band* 311nm), fotoquimoterapia PUVA o Re-PUVA, methotrexato o ciclosporina A.

La absorción percutánea de los corticosteroides ya fue identificada desde hace 60 años.¹ Se han propuesto diversas estrategias para determinar las modificaciones funcionales del E H-H-S y, hasta el momento, es difícil definir un abordaje extrapolable de lo individual a lo esperable en grandes grupos poblacionales.

La determinación de cortisol plasmático o las pruebas de estimulación con ACTH pueden confirmar la sospecha inicial de esa insuficiencia suprarrenal aguda (más teórico que práctico), sin embargo, una vez restituido el déficit, son improcedentes.²



El paciente mostrando extensa afección psoriática del tronco en flancos y abdomen bajo que coexiste con importante atrofia cutánea.

Aún es difícil precisar cuál es el factor etiopatogénico de mayor peso; a saber, enfermedad subyacente en que se usó este fármaco, el área corporal (piel más delgada en axilas o ingles, por ejemplo), porcentaje tegumentario afectado, utilización en zonas de oclusión, vehículo elegido, el tiempo, presencia de atrofia extensa con estrías profundas y la dosis empleada, por citar algunos.^{3, 4}

En un intento por abatir las dosis excesivas o la selección inadecuada de cada corticosteroide, importa categorizar la potencia tópica del grupo I, de los denominados superpotentes. El clobetasol, al igual que el halobetasol, diacetato de diflorasone y dipropionato de betametasona, es un arquetipo de esa clase.

La biodisponibilidad del corticosteroide depende asimismo de la cantidad del medicamento aplicado, ya que se ha investigado que probablemente sucederá a partir del uso de 45 gramos semanales en el caso de los superpotentes.⁵

De igual forma, se debe considerar la regla internacional que indica que lo contenido del fármaco en la punta de un dedo equivale a 0.5 gramos, y que esa cantidad es suficiente para tratar dos palmas de las manos. Los nuevos vehículos y moléculas de diversos corticosteroides (espumas, lociones) pretenden incrementar su potencia pero disminuir su absorción sistémica medida por la duración del efecto vasoconstrictor local.⁶

Se sugiere un seguimiento estricto de los pacientes posterior a la crisis suprarrenal, cuando menos en los subsecuentes tres a seis meses, hasta que logre adecuarse la mínima dosis de prednisona, prednisolona o deflazacort, o bien, llegar a suspender el tratamiento sustitutivo o recuperación parcial del E H-H-S. Solamente en los casos en los que el paciente permanezca con tendencia a la hipotensión arterial se adiciona al manejo de base una tableta de fluorocortolona por día.^{3,7}

Este trágico ejemplo hace pensar en las victorias "pírricas" que se obtienen con el empleo de corticosteroides en algunos padecimientos crónicos. Su uso indebido, muy favorecido por la autoprescripción, da cuenta de ello.

REFERENCIAS

1. Edwin K Joe. *Cushing syndrome secondary to topical glucocorticoids*. Dermatology Online Journal 2003; 9 (4): 16
2. Rusnak RA. *Adrenal and pituitary emergencies*. Emerg Med Clin North Am 1989 Nov; 7 (4): 903-925
3. Chin R. *Adrenal crisis*. Critical Care Clin 1991 Jan; 7 (1): 23-42
4. Lamberts SWJ, Bruining HA, de Jong FH. *Corticosteroid therapy in severe illness*. New England Journal of Medicine 1997; 337: 1285-1292
5. Piqué Durán E, Rodríguez Mangas C. *Adrenal insufficiency due to topical steroids. Report of a case*. Acta dermosifilograf 1999; 90: 122-124
6. Franz TJ, Parsel DA, Meyers AJ, Hannigan JF. *Clobetasol propionate foam 0.05%: a novel vehicle with enhanced delivery*. Int J Derm 2000; 39: 535-538
7. Walsh P, Aeling JL, Uhf L, Weston WL. *Hypothalamus-pituitary-adrenal axis suppression by superotent steroids*. J Am Acad Dermatol 1993; 29: 501-503



Imágenes clínicas: Vistas de región facial (cushingoide), de la importante flaccidez cutánea y del patrón de distribución de la psoriasis.