

Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

Volumen **33**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2005**
January-February

Artículo:

¿Qué se sabe acerca del uso repetitivo de los corticoides tópicos en el tratamiento de la psoriasis? Una revisión sobre datos de eficacia y seguridad

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

¿Qué se sabe acerca del uso repetitivo de los corticoides tópicos en el tratamiento de la psoriasis? Una revisión sobre datos de eficacia y seguridad

Frédéric Cambazard

Servicio de Dermatología. Hospital Nord. Marsella. Francia.

Los corticoides tópicos son los agentes más utilizados para el control de la psoriasis leve/moderada ya que son efectivos, cosméticamente aceptables y además no son irritantes cuando se aplican en áreas sensibles.

Mil novecientos cincuenta y dos supuso el inicio de la corticoterapia tópica. Posteriormente se han venido desarrollando compuestos corticoideos cada vez más potentes y con efectos adversos minimizados.

Los corticoides tópicos tienen una función antiinflamatoria, inmunosupresora y antimitótica. Los efectos secundarios están en relación con la acción no específica que estos agentes ejercen sobre los fibroblastos (estrías, atrofia), las células endoteliales (púrpura), los receptores androgénicos (acné, hirsutismo), los receptores de mineralcorticoides, etc...

En cuanto al manejo de los corticoides tópicos cabe destacar que tanto la oclusión como la hidratación, así como el aumento de temperatura, favorecen su penetración. No obstante, la utilización de oclusión aumenta la probabilidad de infección bacteriana o candidiasis. Los corticoides tópicos deberían ser aplicados a última hora de la tarde. Esto es debido a que la máxima potencia de dichos agentes se alcanza cuando los niveles de esteroides endógenos son más bajos (medianoche), teniendo en cuenta que la máxima absorción ocurre a las dos horas de la aplicación y la máxima vasoconstricción a las seis. La frecuencia de dicha aplicación debe ser de una o dos veces al día durante dos o cuatro semanas, de modo que cuando se obtenga el aclaramiento casi total de las placas de psoriasis, se debería pasar a un régimen intermitente (tres veces por semana por ejemplo).

Los efectos secundarios cutáneos de los corticoides tópicos están en relación fundamentalmente con la potencia del agente empleado. A nivel epidérmico los esteroides producen atrofia (sobre todo en cara, periné y pliegues) vía

disminución del tamaño y número de los queratinocitos. En la dermis tiene lugar un efecto sobre los fibroblastos con disminución de la síntesis de colágeno y la subsiguiente atrofia dérmica y formación de estrías. En cuanto a los vasos sanguíneos, inicialmente ocurre una vasoconstricción beneficiosa; mientras que a largo plazo, los corticoides tópicos provocan vasodilatación permanente, púrpura y telangiectasias. Además los esteroides pueden favorecer o exacerbar infecciones cutáneas, producir hipertrichosis, acné esteroideo, dermatitis perioral, rosácea, dermatitis irritativa e incluso dermatitis de contacto (al vehículo o al principio activo).

Los efectos sistémicos adversos son más frecuentes cuando se usan corticoides potentes, en el caso de ancianos o niños, si se aplican en pliegues o cara y en presencia de agentes queratolíticos. Los corticoides tópicos pueden producir o empeorar una diabetes o una hipertensión arterial de base, retrasar el crecimiento en los niños o provocar un síndrome de Cushing vía depresión del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. Otro efecto secundario sistémico de relevancia es la osteonecrósis de ambas cabezas femorales que ocurre más frecuentemente en pacientes jóvenes.

Los corticoides tópicos de alta potencia son el tratamiento preferido por los dermatólogos para el control de la psoriasis limitada. Estos agentes han demostrado su eficacia en numerosos protocolos clínicos, siendo hasta la fecha los agentes tópicos más eficaces para el tratamiento de la psoriasis. No obstante, la psoriasis es una enfermedad crónica, y los ensayos clínicos habitualmente se refieren a periodos de tiempo cortos, por lo que no reflejan fielmente la situación clínica de los pacientes afectados de psoriasis.

En resumen, las ventajas de los corticoides tópicos son su uso fácil, amplio rango de potencia, disponibilidad y variedad en cuanto a la preparación y el vehículo. Por el contrario,

los inconvenientes incluyen la ausencia de efecto a largo plazo (no curan sino alivian temporalmente), la existencia de recurrencia y/o resistencia y por supuesto, el desarrollo de efectos adversos.

Para superar las limitaciones de los corticoides tópicos han aparecido en los últimos años los tratamientos tópicos combinados, que intentan potenciar la eficacia y disminuir los efectos secundarios potenciales. De entre ellos, cabe destacar los regímenes combinados de betametasona y calcipotriol que han demostrado una mayor eficacia que el tratamiento sólo con betametasona. Asimismo, se han venido imponiendo combinaciones entre corticoides tópicos y tratamientos sistémicos como el PUVA, los retinoides, el

metrotexate y la ciclosporina. Estos esquemas terapéuticos obtienen mejores resultados con menos efectos adversos, comparados con los corticoides tópicos en monoterapia.

Un abordaje racional de la psoriasis en el momento agudo, incluiría la utilización de corticoides tópicos de alta potencia o Daivobet®, mientras que a largo plazo uno de los objetivos primarios debería ser limitar los efectos secundarios relacionados con los esteroides. Esto se puede conseguir con la realización de pautas intermitentes que incluyan corticoides tópicos y análogos de la vitamina D, o incluso añadiendo un tratamiento sistémico sino se controlan las lesiones de psoriasis.