

### USO ADECUADO DE LOS CORTICOIDES TÓPICOS DERMATOLÓGICOS



#### SUMARIO

- FACTORES QUE CONDICIONAN LA SELECCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS CT. 1
- DOSIS, PAUTA, FORMA DE APLICACIÓN Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO. 4
- EFECTOS SECUNDARIOS Y OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE CT. 5
- ASOCIACIONES DE CT CON ANTIBIÓTICOS, ANTIMICÓTICOS Y OTROS. 6
- CT EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. 6
- BIBLIOGRAFÍA. 8

su formulación, dosis, pauta y forma de aplicación, deben conocerse, no solo para optimizar la respuesta terapéutica, sino también para prevenir la aparición de efectos adversos que podrían llegar a ser de consideración en algunos casos, sobre todo en niños.

#### FACTORES QUE CONDICIONAN LA SELECCIÓN Y UTILIZACIÓN DE CT<sup>6</sup>

**Tipo de lesión cutánea:** no todas las dermatosis responden igual al tratamiento con CT<sup>7</sup>, por lo que la aproximación diagnóstica es importante (Tabla 1).

#### INTRODUCCIÓN

Los corticoides tópicos dermatológicos (CT) están indicados para el tratamiento de procesos inflamatorios cutáneos de etiología no infecciosa por sus efectos antiinflamatorios, inmunosupresores, antiproliferativos y vasoconstrictores<sup>1</sup>. Estos fármacos no están exentos de efectos secundarios importantes, por lo que deben utilizarse de forma controlada y esporádica.

En la Servicio Canario de la Salud durante 2016 se dispensaron 336.589 envases de CT (el 11, 42% en la población pediátrica y el 35,5% en > de 65 años), de los cuales el 93,32% eran de los clasificados como potentes y muy potentes, cuando en general éstos solo están recomendados en algunos casos concretos. La dispensación de CT de máxima potencia en niños y ancianos aún fue superior, alcanzando el 94%<sup>2</sup>, algo preocupante ya que estos datos no concuerdan con las recomendaciones de las guías farmacoterapéuticas de referencia en estos grupos de edad<sup>3,4,5</sup>.

Este BOLCAN pretende revisar la **correcta indicación, selección y aplicación de los CT**, que en la práctica clínica resulta compleja al estar **sujeta a múltiples factores que condicionan su utilización**.

Recordar que no todas las dermatosis responden de la misma manera a estos fármacos y que la potencia de los CT,

Tabla 1. Respuesta de las distintas dermatosis a los CT<sup>8</sup>

Dermatosis sensibles a CT	Dermatosis moderadamente sensibles a CT	Dermatosis resistentes a CT
Dermatitis atópica en niño	Dermatitis atópica en el adulto	Eczema dishidrótico
Dermatitis seborreica	Eccema numular	Liquen simple crónico
Dermatitis de contacto	Dermatitis de contacto	Liquen plano,
Dermatitis de pañal	Picaduras	Granuloma anular
Psoriasis intertriginosa.	Psoriasis no en placa	Psoriasis en placa
Quemadura solar	Lupus eritematoso discorde	Necrobiosis lipoidica
Pitiriasis rosada		
Responden a corticoides de potencia baja	Responden a corticoides de potencia intermedia	Responden a corticoides de potencia alta

Hay que considerar la gravedad del proceso, su estado evolutivo, la localización, extensión y profundidad de la lesión (las lesiones en la dermis al ser más profundas, son más resistentes).

Los CT no deben indicarse en pacientes con rosácea, dermatitis perioral o acné<sup>8</sup>.

**Zona anatómica afectada:** las regiones con una epidermis delgada (párpados, escroto) poseen mayor permeabilidad y capacidad de absorción a los CT que las zonas de piel gruesa<sup>9</sup>, en la siguiente proporción:

genitales 42% > frente 6% > cuero cabelludo 3,5% > tronco, antebrazo 1% > palmas 0,83% > plantas 0,14%

Las áreas de piel delgada y mayor absorción requerirán CT de menor potencia que las áreas de piel más gruesa.

En las dermatosis en áreas extensas deberían utilizarse los CT de baja potencia, para evitar los efectos sistémicos.

**Edad del paciente:** los lactantes y los niños poseen un estrato córneo más delgado y una mayor superficie cutánea en relación a su peso que los adultos (3 veces superior). Los ancianos también tienen una epidermis más fina y además el recambio celular cutáneo es más lento. Estos pacientes presentan mayor riesgo de padecer efectos secundarios locales y sistémicos a los CT, por lo que estos deberán ser preferentemente los de menor potencia y concentración<sup>5</sup>.

#### En relación al CT:

Estos fármacos con el tiempo han evolucionado consiguiendo presentaciones con menor efecto mineralocorticoide y con mejor penetración en la piel. Los CT de cuarta generación han conseguido, a través del proceso de esterificación, la propiedad de ser metabolizados por las enzimas epidérmicas a metabolitos inactivos, para minimizar los efectos adversos al llegar a la circulación sistémica. A este grupo de esteroides, se les conoce como "corticoides suaves", no por ser poco efectivos, ya que su potencia se mantiene, sino en referencia a los efectos indeseados<sup>10,11,12</sup>.

#### Potencia y concentración

Las mediciones de potencia de los CT (que se correlaciona bien con su eficacia) se realizan con el criterio de la vasoconstricción que producen en la piel<sup>13</sup>. La potencia de un CT también está relacionada con la concentración y vehículo empleados en las distintas presentaciones<sup>14,15</sup> (Tabla 1).

- **Los CT de potencia baja (grupo I):** para dermatosis leves o dermatitis atópica en niños, dermatitis seborreica, dermatitis del pañal), también en dermatosis de áreas extensas, o localizadas en párpados, cara, genitales, zona interna de muslos y brazos y pliegues cutáneos.

- **Los CT de potencia intermedia (grupo II):** para dermatosis moderadas (dermatitis de contacto, eczema numular...) o que no hayan respondido al tratamiento con otros CT de menor potencia. Adecuados para áreas localizadas en parte anterior y posterior del tronco, brazos y piernas, excepto en su cara interna.

- **Los CT de potencia muy alta (grupo III) y de potencia alta (grupo IV):** se utilizan en dermatosis severas, sobre todo hiperqueratósicas (psoriasis en placas, palmo-plantar, dermatitis atópica adultos, dermatitis liquenificadas, liquen simple crónico, liquen plano y liquen escleroso, etc.), o que no han respondido al tratamiento con otros CT de menor potencia, y para las dermatosis localizadas en las palmas, plantas, codos, rodillas y uñas<sup>16</sup>.

No deben ser utilizados en pediatría, sobre todo en niños menores de 1 año, dados los efectos secundarios importantes que pueden llegar a producir.

#### El vehículo empleado

Los CT están disponibles en presentaciones con distintos vehículos para optimizar su absorción según el estado de la lesión cutánea.

En las dermatosis exudativas agudas, generalmente se recomiendan tratamientos en vehículos líquidos (soluciones, lociones...). Por el contrario, en las lesiones secas, hiperqueratósicas, liquenificadas o en placas, los vehículos más grasos pueden ayudar a retener la humedad de la piel y proporcionar alivio para el prurito en este tipo de lesiones. A igualdad de principio activo de CT, dosis, concentración y similar espesor córneo de la piel, los vehículos grasos poseen mayores características oclusivas, se absorben más y resultan más potentes.

En ocasiones el mismo principio activo está disponible en distintos vehículos (ungüento, crema...), y la potencia variará dependiendo del vehículo utilizado; por ejemplo, mayor potencia en la presentación en ungüento y menor en la presentación en crema. Utilizar un vehículo no apropiado puede empeorar la respuesta terapéutica en algunos casos.

#### Vehículos disponibles en las presentaciones de CT:

• **Ungüentos y pomadas:** poseen una base grasa hidrofílica que aumenta la absorción en las capas profundas de la piel y la potencia por su acción oclusiva e hidratante.

**Indicados** en lesiones hiperqueratósicas, liquenificadas y placas descamativas (psoriasis).

La presentación en ungüento es más adecuada para palmas y plantas. Las pomadas para tronco y extremidades (aunque no siempre son bien aceptadas por el paciente por considerarlas cosméticamente no atractivas).

No se deben aplicar pomadas sobre las superficies de pliegues cutáneos de flexión, ni en zonas intertriginosas en zonas pilosas, por el apelmazamiento y engrasamiento del pelo.

No se debe utilizar un CT en ungüento sobre una lesión húmeda, ya que debido a sus propiedades oclusivas, puede causar foliculitis secundaria

**Contraindicados** cuando hay signos de infección (ampollas, pústulas).

• **Cremas:** contienen más proporción de agua que ungüentos y pomadas, y penetran menos que las anteriores, por lo que resultan menos potentes.

**Indicados** en lesiones húmedas, agudas y subagudas.

Las cremas son presentaciones idóneas para aplicar en piel fina de la cara, pliegues cutáneos (axilas, ingles, pie), escroto, zonas intertriginosas y zonas con vello.

- **Lociones:** similares a las cremas, pero con mayor cantidad de agua. Son las terapias tópicas **menos potentes**. Disponibles en:
  - **Emulsiones:** mezcla de una fase acuosa, de otra oleosa, y un emulgente. En las presentaciones oleosas acuosas (O/A) la fase externa de la emulsión es acuosa, con una textura más ligera. En las emulsiones acuosas oleosas (A/O) la fase externa es oleosa, y la textura resulta algo más espesa o untuosa.
  - **Soluciones:** preparados líquidos con el principio activo disuelto.
  - **Espumas en aerosol:** colecciones presurizadas de burbujas gaseosas en una matriz de película líquida. Suelen contener alcohol y propilenglicol.
  - **Geles:** emulsiones de aceite en agua con alcohol en la base, que se licuan al contacto con la piel y que se secan en una película delgada sin grasa (no oclusiva).

Las soluciones, geles y espumas son útiles en grandes dermatosis, y para el cuero cabelludo y la piel pilosa. Estos productos pueden producir irritación cuando son aplicados sobre dermatosis agudas.

Los vehículos grasos por sus características oclusivas se absorben más y resultan más potentes, en el siguiente orden<sup>17</sup>.

ungüento > pomada > crema > gel > loción > aerosol

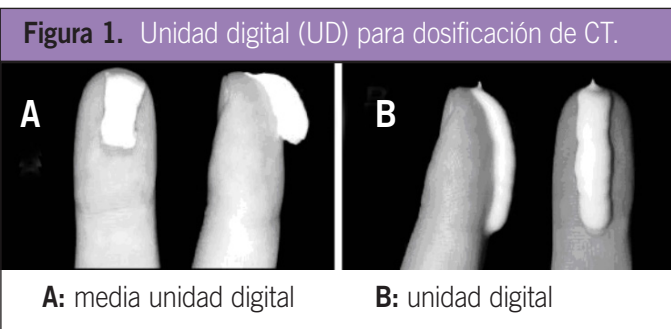
Grupo/Potencia	Principio activo	Presentaciones según vehículo	
<b>Grupo I. Potencia baja</b>	hidrocortisona acetato 1%	Pomada	
<b>Grupo II. Potencia moderada</b>	clobetasona butirato 0,05%	Crema	
	hidrocortisona butirato*	Crema (0,5 y 0,1%), espuma (0,5%), emulsión (1 y 2,5%)	E
<b>Grupo III. Potencia alta</b>	beclometasona 0,025%	Crema, emulsión, ungüento	
	betametasona*	Crema (0,05 y 0,1%), pomada, solución (0,05 y 0,1%)	
	diflorasona 0,05%	Gel	
	diflucortolona 0,1%	Crema	
	fluocinolona acetónido*	Crema (0,025 y 0,2%), espuma (0,025%), gel (0,025%)	
	fluocinonida 0,05%	Crema	
	fluocortolona 0,2%	Crema	
	fluticasona 0,05%	Crema	
	hidrocortisona aceponato 0,127%	Crema, pomada	E
	metilprednisolona aceponato 0,1%	Crema, emulsión, pomada, solución, ungüento	E
	mometasona 0,1%	Crema, emulsión, pomada, solución	E
	prednicarbato 0,25%	Crema, pomada, solución, ungüento	E
<b>Grupo IV. Potencia muy alta</b>	clobetasol 0,05%	Crema, espuma, champú, pomada, solución	E

\*: disponible a distintas concentraciones. Considerar que a mayor % mayores efectos locales y sistémicos.

E (esterificados), conocidos como "esteroides suaves" o de cuarta generación: a nivel cutáneo son degradados a metabolitos no tóxicos, por lo que producen menores efectos sistémicos<sup>19,20</sup>

## DOSIS, PAUTA<sup>21</sup>, FORMA DE APLICACIÓN Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

La dosis de CT a aplicar se calcula utilizando el método de “la unidad de la punta del dedo (fingertip unit)”, o unidad digital (UD)<sup>22,23</sup>. Es un parámetro propuesto para la dosificación de un medicamento tópico que corresponde a la cantidad de un producto (al ser extraído de un tubo con una abertura de 5 mm



de diámetro que equivale a 0,5 gramos) que se aplica sobre la porción palmar del dedo índice desde el surco distal hasta su punta, (Figura 1).

La cantidad de CT, se establece según la zona del cuerpo a tratar (Tabla 2). De esta manera se pueden evitar los efectos secundarios derivados de dosis excesivas.

Para afinar más, una directriz que puede resultar de utilidad para las cantidades de CT en niños, sugiere que a los **lactantes** se les dé una quinta parte de la dosis para adultos, a los niños se les administren dos quintos de la dosis para adultos, y a los **adolescentes** se les administren dos tercios de dosis para adultos<sup>24</sup>.

Los CT de potencia alta no deben utilizarse a dosis mayores de 50 gramos a la semana en adultos y de 15 gramos a la semana en niños.

**Tabla 2.** Cantidad de CT necesaria por aplicación, según área corporal a tratar, en adultos y en niños (Modificado de Long - CC<sup>23</sup>) expresado en unidades digitales.

Cantidad de CT en ADULTOS	
Área corporal a tratar	Unidades digitales
Cara y cuello	2,5
Tronco (anterior o posterior)	7
Un brazo	3
Una pierna	6
Una mano	0.5
Un pie	2

Cantidad de CT en NIÑOS					
Edad	Unidades digitales				
	Cara	Miembro superior	Miembro inferior	Pecho	Espalda
3-6 m	1	1	1,5	1	1,5
1-2 a	1,5	1,5	2	2	3
3-5 a	1,5	2	3	3	3,5
6-10 a	2	2,5	4,5	3,5	5

La pauta de aplicación de los CT será según el tipo de CT empleado, el tipo de lesión y la gravedad del proceso. En términos generales es **de una aplicación** (CT potentes/muy potentes) o dos aplicaciones al día (CT de mediana/baja potencia)<sup>4</sup>, en horario vespertino. También son bien aceptadas las pautas en días alternos, porque los CT forman un reservorio cutáneo desde el cual son liberados lentamente. De esta manera podrían evitarse algunos de sus efectos adversos y su paulatina pérdida de eficacia.

### Técnica de aplicación<sup>6,16</sup>

- **Aplicar preferentemente sobre piel húmeda:** en estas condiciones los CT penetran mejor (después del baño, inmersión en agua o de la aplicación de paños húmedos).
- **Aplicar en capa fina:** porque hacerlo en capa gruesa no mejora la efectividad.
- **Las cremas, pomadas y ungüentos deben ser frotados hasta que desaparezcan.**
- **La espuma,** se debe rociar primero sobre una superficie limpia, y luego aplicar con la yema del dedo la cantidad suficiente en las zonas afectadas.
- **Los vendajes oclusivos:** se suelen realizar con cremas o ungüentos (las lociones suelen resultar más irritantes), envolviendo la lesión en plástico durante toda noche. Este procedimiento multiplica hasta por 10 la absorción cutánea del CT, por lo que debería reservarse para casos muy concretos de lesiones aisladas y persistentes. Se debe realizar con vigilancia, pues la retención de sudor puede aumentar el riesgo de infecciones por bacterias y hongos<sup>25</sup>. **Se debe evitar aplicar CT bajo oclusión en el área del pañal o en plástico.** En los niños y, con menos frecuencia, en los adultos, un tratamiento oclusivo prolongado y en áreas extensas puede producir una supresión adrenal o hipofisaria<sup>8</sup>.

### Duración del tratamiento

En general será necesario tratar hasta que la lesión cutánea mejore o desaparezca, con algunas consideraciones:

- **Las curas oclusivas** con CT no deben mantenerse más de 12 h. al día<sup>21</sup>.



- En el área periorbital, cara y pliegues, deben evitarse los **tratamientos prolongados** (de más de 1 o 2 semanas)<sup>16</sup>, ya que son más susceptibles a la atrofia inducida por corticosteroides, a las telangiectasias y erupciones acneiformes<sup>6</sup>, **para el resto del cuerpo los tratamientos no deberían sobrepasar las 3-4 semanas. Si se precisaran períodos de tratamiento más largos**, habría que considerar la terapia intermitente, la aplicación de fin de semana o los períodos de descanso de 1-2 semanas entre ciclos.

Los tratamientos demasiado cortos (1-3 días) no proporcionarán en muchos casos una mejoría suficiente y podría interpretarse como falta de respuesta<sup>8</sup>.

- **Los CT de potencia muy alta** no deberían utilizarse más de 3-4 semanas seguidas, excepto en lesiones cutáneas crónicas de poca superficie<sup>6,16,26</sup>.

En caso de ser necesario prolongar el tratamiento, cuando se observe una mejoría clínica, continuar con un corticoide de potencia menor hasta la resolución del cuadro clínico, con el fin de evitar efectos adversos.

- **Los CT de potencia alta en caso necesario**, podrían utilizarse durante 6-8 semanas de forma ininterrumpida sin que produzcan efectos secundarios<sup>6</sup>.

**La retirada del tratamiento** debe ser gradual para evitar el fenómeno de rebote<sup>6,16</sup> que puede evitarse con una reducción gradual de la potencia la terapia tópica que se está aplicando y distanciando las pautas a intervalos de dos semanas.

## EFFECTOS SECUNDARIOS Y OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE CT<sup>21,27</sup>

El riesgo y la magnitud de los efectos adversos es mayor cuanto mayor es la potencia del CT mayor riesgo de efectos adversos dependen también del área del cuerpo tratada y de la duración del tratamiento. Por su importancia y frecuencia, destacan las siguientes:

**Hipofunción suprarrenal.** Es muy rara (1/10.000 pacientes), pero los CT, en determinadas circunstancias (lesiones extensas, niños y terapias prolongadas), son capaces de originar una disminución de la función suprarrenal, de distinta trascendencia si el fenómeno es transitorio o sostenido.

Después de una terapia tópica de 10 -14 días, los niveles de cortisol se suelen recuperar al cabo de pocos días. En terapias más prolongadas y con CT muy potentes o potentes la función suprarrenal puede ser suprimida, y sería necesario monitorizar al paciente.

También se puede producir Cushing yatrogénico, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Recordar además que **en los niños** pueden provocar **alteración del crecimiento** por el cierre precoz de las epífisis.

**Estrías cutáneas.** Aparecen en 1 / 100-1000 pacientes, debido a daño de la dermis, por la inflamación, el edema y el depósito de colágeno en las líneas de estrés mecánico. Son permanentes debido a que son tejido cicatricial, aunque disminuyen con el cese del tratamiento. Aparecen con más frecuencia en los

pliegues cutáneos, sobre todo en los jóvenes obesos.

**Atrofia del tejido cutáneo.** Puede llegarse a dar en 1 / 100-1000 pacientes. Se cree que es secundaria a la inhibición de la síntesis de colágeno y mucopolisacáridos, y a la disminución en el crecimiento de fibroblastos. Se aprecia por la aparición de las vénulas subyacentes, y en los casos graves puede acompañarse de equimosis. La atrofia aparece sobre todo cuando la aplicación del CT es prolongada, aunque puede ser reversible en situaciones transitorias.

**Dermatitis del tipo de la rosácea.** Descrita en casos con CT fluorados, de localización perioral y que suele rebrotar al suprimir los corticoides.

**Dermatitis alérgica.** A pesar de que los CT son utilizados para el tratamiento de la alergia, en ocasiones pueden ocasionar cuadros alérgicos por sensibilización (sospechar cuando en una dermatosis que había respondido favorablemente, se produce un empeoramiento).

**Otros:** hiperpigmentación, rosácea perioral, hipertrichosis...

### Otros problemas asociados con los CT:

**Efecto rebote:** se produce cuando la dermatosis rebrota de forma intensa al suspender el tratamiento.

**Taquifilaxia:** se caracteriza por una disminución progresiva de la respuesta clínica al esteroide debida al uso repetitivo y prolongado del mismo. Ocurre cuando el cuerpo se vuelve tolerante a los efectos terapéuticos de un medicamento en particular<sup>28</sup>. No se ha identificado claramente después de cuántas semanas de uso del esteroide se presenta la taquifilaxis<sup>29</sup>.

**Los niños menores de 12 años normalmente no deben usar CT potentes o muy potentes**, lo más adecuado es utilizar en ellos los de menor potencia y durante periodos cortos de tiempo<sup>30</sup>. Se puede hacer una excepción para las dermatosis inflamatorias muy severas (p. ej. psoriasis, dermatitis atópica severa), utilizándolos no más de dos semanas<sup>31</sup>.

**Mujeres embarazadas y tratamientos con CT:** las recomendaciones recogidas en las fichas técnicas recomiendan no utilizar CT, especialmente durante el primer trimestre de embarazo. Los datos disponibles sobre la seguridad de los CT en el embarazo son limitados y no concluyentes (algunos estudios relacionan su utilización en el primer trimestre del embarazo con mayor riesgo de fisura orofacial, y con bajo peso al nacer<sup>32</sup>. De ser necesario y tras una evaluación beneficio/riesgo, es preferible seleccionar los CT de baja potencia, y si se precisa utilizar preparados potentes o muy potentes, que la cantidad utilizada sea la mínima y monitorizando el crecimiento fetal<sup>33</sup>.

**No se sabe si los corticosteroides tópicos son secretados en la leche materna** y no se han observado efectos adversos en las mujeres lactantes. Los medicamentos no deben aplicarse a los pezones antes de la lactancia<sup>26</sup>.

En general el riesgo de reacciones adversas disminuye con la terapia intermitente de pautas concretas separadas por, al menos, un mes.

### ASOCIACIONES DE CT CON ANTIBIÓTICOS, ANTIMICÓTICOS Y OTROS

Las asociaciones de CT con antibiótico o con antimicóticos, en general no están recomendadas, aunque pueden estar justificadas al inicio del tratamiento de algunos casos concretos: los primeros en lesiones impetiginizadas y los segundos en tiñas muy inflamatorias.

**Asociación de CT con antibiótico** es cuestionada, porque las preparaciones disponibles (neomicina, gentamicina, ácido fusídico...), aumentan el riesgo de aparición de microorganismos resistentes y dermatitis alérgica de contacto, por lo que las recomendaciones más aceptadas son que el tratamiento antibiótico sea por vía sistémica.

**Asociación de un corticoide con un antimicótico** tópico (clotrimazol, miconazol) no permiten erradicar una micosis cutánea, por lo que solo estaría indicada en el tratamiento inicial de una micosis cutánea con gran componente inflamatorio, sustituyéndolo lo antes por el antimicótico solo.

**Asociaciones de CT con un antibiótico y un antimicótico**, actualmente no recomendada, por lo comentado en los apartados anteriores.

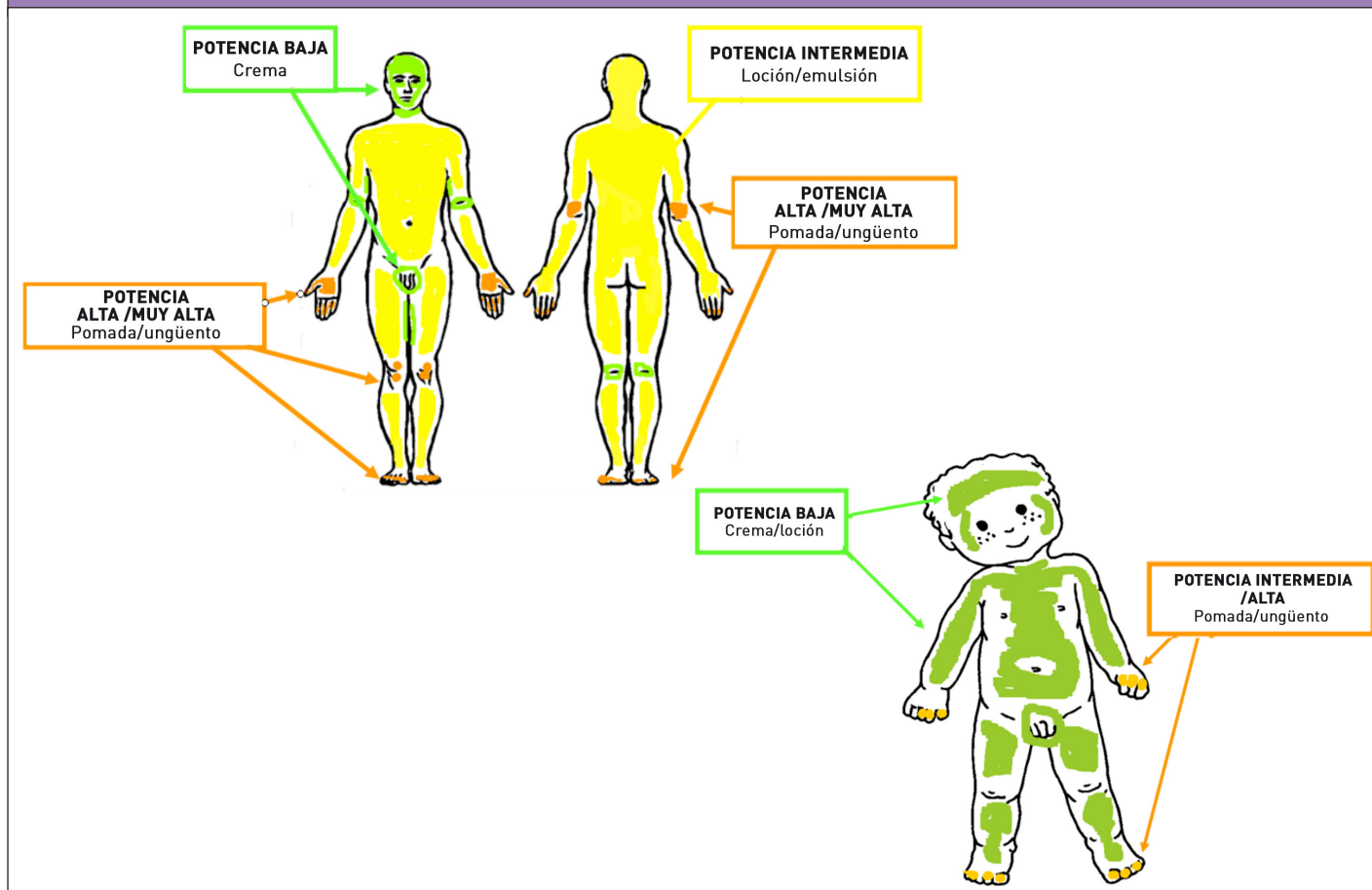
**Asociación de calcipotriol + betametasona<sup>34</sup>** es una asociación indicada para el tratamiento inicial por vía tópica de la **psoriasis vulgaris estable en placas**. El calcipotriol (CA) es un análogo de la vitamina D3, con acción en la queratinización, división celular y modulación de la respuesta inmune y betametasona (BE) es un corticoide potente, por lo que **no se puede administrar por un periodo superior a 4 semanas**.

La asociación CA+BE ha mostrado una eficacia superior al tratamiento en monoterapia con cada uno de sus componentes.

**Asociación de un CT con queratolíticos (ác. salicílico)**: indicado para el tratamiento de las manifestaciones inflamatorias de las dermatosis hiperqueratósicas y secas sensibles a los corticosteroides (como por ejemplo, psoriasis, liquen plano) para favorecer la renovación del tejido y potenciar la eficacia del tratamiento. El ácido salicílico por su acción queratolítica, puede conducir a un incremento de la absorción del esteroide y el riesgo de efectos secundarios atribuibles a su absorción sistémica.

### CT EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

**Figura 2.** Recomendaciones para la prescripción de CT en algunas dermatosis frecuentes, según edad<sup>5</sup> y zona afectada.



**Tabla 3.** Recomendaciones para la prescripción de CT según edad<sup>5</sup> y zona afectada.

Patología	Zona afectada /fase de la lesión	Potencia	Formulación o presentación	Pauta
Dermatitis atópica en niños	Fase exudativa	POTENCIA BAJA/ INTERMEDIA	Crema	Niños pequeños: 1-2 aplic / día /1-2 sem. y reducción progresiva
	Fase eczematosa		Pomada	
Dermatitis atópica en adultos.	Cuero cabelludo y zonas pilosas	POTENCIA ALTA	Loción, solución	Adultos: 1 aplic. /12 h /5-10 días
	Tronco y extremidades		Pomada	
	Palmas plantas, codos y rodillas		Ungüento	
	Cara y manos		Crema	
Dermatitis de contacto	Fase exudativa	POTENCIA INTERMEDIA	Crema	Adultos: 1-2 aplic. /24 h.
	Fase eczematosa seca		Pomada, ungüento	
Dermatitis del pañal		POTENCIA BAJA/ INTERMEDIA	Crema, pomada	1 aplic. / día / 3-5 días
Dermatitis seborreica (sin mejoría con ketoconazol)	Capilar	POTENCIA BAJA / INTERMEDIA	Solución, loción	Adultos: 1 aplic. / día / 5 días
	Corporal		Crema	Adultos: 2-3 aplic / día / 3-5 días Niños: 1-2 aplic. / día / 3-5 días
Psoriasis o Pustulosis palmoplantar	Flexuras, genitales y cara	POTENCIA BAJA	Crema	Adultos: 2-3 aplic. / día / 3-5 días
	Piel lampiña	POTENCIA ALTA	Pomada, crema, solución	Adultos: 2-3 aplic./ día Niños: 1 aplic / día
	Cuero cabelludo	POTENCIA ALTA	Solución, shampoo	Adultos: 1 aplic/12 h/3-4 sem.
	Palmas, plantas, codos y rodillas	POTENCIA ALTA / MUY ALTA	Ungüento	Adultos: 1 aplic. / 12 h / 3-4 sem Mantenimiento: 1 aplic / 2-3 veces/ sem. Niños: 1 aplic. / día
Liquen plano crónico / escleroso	Cutáneo	POTENCIA ALTA / MUY ALTA	Pomada, crema	Adulto: 1 aplic. / 8-12 h Niños: 1 aplic. / día
Eczema dishidrótico		POTENCIA ALTA	Pomada, crema	Adultos: 1 aplic. / 8-12 h
Quemaduras solares		POTENCIA BAJA	Loción	Adultos: 2-3 aplic. / día / 3-5 días Niños: 1 aplic. / día / 3-5 días
Picaduras de insecto		POTENCIA INTERMEDIA	Crema	
Eczema numular		POTENCIA INTERMEDIA		

## RESUMEN

### • Utilizar los CT de potencia adecuada:

- Los CT de potencia intermedia y baja preferentemente en dermatosis leves o moderadas, zonas extensas y en zonas como la periocular, cara y flexuras).

- Los CT muy potentes y potentes: reservarlos para dermatosis que no respondan a CT de potencia inferior y para dermatosis severas (evitarlos en niños menores de un año) y/o en zonas hiperqueratósicas. Utilizarlos durante el menor tiempo posible (no más de 3-4 semanas) y en superficies poco extensas. En cuanto se controlen los síntomas, utilizar los de potencia más baja.

### • Utilizar las formulaciones adecuadas:

Recordar que las presentaciones con vehículos grasos (ungüento y pomada) por sus características oclusivas, se absorben más y resultan más potentes.

- Crema y lociones: las más recomendadas en las lesiones agudas y húmedas, para tratar zonas más extensas y zonas de piel fina (cara, parpados, escroto...).

- Pomadas y ungüentos: en lesiones crónicas y secas y en zonas de piel gruesa (palmas, plantas, tronco...).

• Utilizar la dosis y pautas recomendadas según el área a tratar, una o dos veces al día, o días alternos. Aplicar el CT en capa fina y horario vespertino.

• La duración del tratamiento, hasta mejoría. Los CT muy potentes no más de 4 semanas y el resto no más de 6-8 semanas.

• En los niños: utilizar las presentaciones de potencia baja o intermedia, a las dosis y pautas recomendadas, porque la absorción sistémica se halla facilitada y existe mayor riesgo de efectos secundarios graves.

• Las curas oclusivas: solo cuando sean necesarias (no en niños). No mantenerlas más de 12 h al día.

• La retirada de CT debe ser gradual y lenta, sobre todo si la aplicación ha sido prolongada, ya que pueden aparecer exacerbaciones de la enfermedad.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Brazzini, B. y Pimpinelli, N., "New and established topical corticosteroids in dermatology: clinical pharmacology and therapeutic use", *Am J Clin Dermatol*, 2002, 3: 47-58.
2. Base de datos de medicamentos Farmacanarias.
3. *Guía Terapéutica en Atención Primaria Semfyc 2016*. 6ª edición.
4. Martorell Aragonés A, Martorell Calatayud A. Actitud ante el niño afecto de dermatitis atópica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2013;1:25-36 (avalado por La Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2013).
5. *Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño 2ª edición*. Documento de consenso. 2012.
6. Goldstein Beth G, Goldstein Adam O. General principles of dermatologic therapy and topical corticosteroid use. *UpToDate review* Febrero 2017. [https://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-dermatologic-therapy-and-topical-corticosteroid-use?source=search\\_result&search=corticoides%20topicos&selectedTitle=1-150](https://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-dermatologic-therapy-and-topical-corticosteroid-use?source=search_result&search=corticoides%20topicos&selectedTitle=1-150)
7. *Med Cutan Iber Lat Am* 2006;34(1)33-38.
8. Carlos, G., Uribe, P. Fernández-Peñas, P., "Rational use of topical corticosteroids", *Aust Prescr*, 2013, 36: 158-161.
9. McKensie AW, Stoughton RB. Method for comparing cutaneous absorption of steroids. *Arch Dermatol* 1962; 86:608.
10. Sierra Valentí X. Panorámica actual de la corticoterapia tópica. *Piel* 1996; 11: 217-230
11. Abbruzzese MA, Allevato MA. Corticoides tópicos: de la molécula a la acción. *Act Terap Dermatol* 2000; 23:474-89.
12. Ballona, R. y Ballona, C., "Corticoides tópicos en pediatría: una puesta al día", *Dermatol Peruana*, 2003, 13: 163-170.
13. Cornell RC, Stoughton RB. Correlation of the vasoconstriction assay and clinical activity in psoriasis. *Arch Dermatol* 1985; 121:63.
14. Stoughton RB, Wullich K. The same glucocorticoid in brand-name products. Does increasing the concentration result in greater topical biologic activity? *Arch Dermatol* 1989; 125:1509.
15. Adaptado de Miller JJ, Roling D, Margolis D, Guzzo C. Failure to demonstrate therapeutic tachyphylaxis to topically applied steroids in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1999; 41:546-9.
16. Rondon Lugo A. Buen Uso de los esteroides tópicos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2013;41(6):245-253
17. Pershing, L.K., Silver, B.S., Krueger, G.G. et al., "Feasibility of measuring the bioavailability of topical betamethasone dipropionate in commercial formulations using drug content in skin and a skin blanching bioassay", *Pharmacol Res*, 1992, 9: 45-51.
18. Adaptado de Miller JJ, Roling D, Margolis D, Guzzo C., Failure to demonstrate therapeutic tachyphylaxis to topically applied steroids in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1999; 41:546-9.
19. Abbruzzese MA, Allevato MA. Corticoides tópicos: de la molécula a la acción. *Act Terap Dermatol* 2000; 23:474-89.
20. Ballona, R. y Ballona, C., "Corticoides tópicos en pediatría: una puesta al día", *Dermatol Peruana*, 2003, 13: 163-170.
21. Flórez J. Armijo J.A. Mediavilla A. *Farmacología humana* 6ª edición. 2014.
22. Long, C.C. y Finaly, A.Y., "The finger-tip unit: a new practical measure", *Clin Exp Dermatol*, 1991, 16: 444-447.
23. Long CC, Mills CM, Finlay AY. *Guide to topical therapy in children*. *Br J Dermatol* 1998; 293-6
24. Nelson AA, Miller AD, Fleischer AB, et al. How much of a topical agent should be prescribed for children of different sizes? *J Dermatolog Treat* 2006; 17:224.
25. Brazzini, B. y Pimpinelli, N., "New and established topical corticosteroids in dermatology: clinical pharmacology and therapeutic use", *Am J Clin Dermatol*, 2002, 3: 47-58.
26. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, et al. Guidelines of care for the use of topical glucocorticosteroids. *American Academy of Dermatology*. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:615.
27. Hengge, U.R., Ruzicka, T., Schwartz, R.A. y Cork, M.J., "Adverse effects of topical glucocorticosteroids", *J Am Acad Dermatol*, 2006, 54: 1-15.
28. Du Vivier A., "Tachyphylaxis to topically applied steroids", *Arch Dermatol*, 1976, 112: 1245.
29. Del Rosso, J. y Fallon Friedlander, S., "Corticosteroids: options in the era of steroid-sparing therapy", *J Am Acad Dermatol*, 2005, 53: S50-58.
30. Hebert AA, Friedlander SF, Allen DB. Topical fluticasone propionate lotion does not cause HPA axis suppression. *J Pediatr* 2006; 149:378.
31. Resnick SD, Hornung R, Konrad TR. A comparison of dermatologists and generalists. Management of childhood atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1996; 132:1047
32. Mahé A, Perret JL, Ly F, et al. The cosmetic use of skin-lightening products during pregnancy in Dakar, Senegal: a common and potentially hazardous practice. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2007; 101:183.
33. Chi CC, Kirtschig G, Aberer W, et al. Evidence-based (S3) guideline on topical corticosteroids in pregnancy. *Br J Dermatol* 2011; 165:943.
34. Informe de evaluación. Comité de evaluación de nuevos medicamentos. Calcipotriol + betametasona. 2003. [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_nuevo\\_medimento/es\\_nme/adjunto/calcipotriol\\_betametasona\\_informe.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_nuevo_medimento/es_nme/adjunto/calcipotriol_betametasona_informe.pdf)

**Autores:** Erika Montes Gómez, José Luis Castellano Cabrera, Mercedes Plasencia Núñez, Gloria Calzado, Gómez, Tatiana Betancor García, Gregorio Carretero Hernández.

### Comité Editorial:

#### Presidenta

Fidelina de la Nuez Viera (Farmacéutica y Jefa de Sección de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación)

#### Vocales

Mercedes Plasencia Núñez (Farmacéutica)  
Nuria Bañón Morón (Farmacéutica)  
José Luis Castellano Cabrera (Médico de Familia)  
Ana Teresa López Navarro (Farmacéutica)  
Elena López Muñoz (Farmacéutica)  
Ángela Martín Morales (Farmacéutica)

#### Coordinadora

Erika Montes Gómez (Médico de Familia)