

Esteroides (Tópicos)

Los esteroides tópicos siguen siendo una piedra angular del tratamiento en dermatología, ofreciendo un manejo efectivo para una variedad de afecciones cutáneas. Como el órgano más grande y más accesible, la piel permite la aplicación directa de medicamentos, lo que hace que las terapias tópicas sean particularmente ventajosas. Los esteroides tópicos, cuando se usan apropiadamente, están asociados con un menor riesgo de efectos secundarios sistémicos en comparación con los esteroides orales. Sin embargo, su efectividad depende del cumplimiento del paciente, así como de la potencia y formulación del esteroide utilizado.

Mecanismo de Acción

Los esteroides, que incluyen hormonas naturales como el colesterol, el estrógeno y la cortisona, desempeñan un papel crucial en la regulación de la respuesta inmune durante el estrés o la enfermedad. Los esteroides tópicos son derivados sintéticos de estos compuestos naturales y están diseñados para la aplicación local en la piel. Ejercen sus efectos terapéuticos penetrando la membrana celular y uniéndose a receptores intracelulares específicos. Esta unión puede promover la producción de proteínas antiinflamatorias o inhibir la producción de mediadores inflamatorios, reduciendo así la inflamación y controlando las respuestas inmunes en el sitio de aplicación. La potencia de un esteroide tópico depende de su capacidad para penetrar la piel y de la formulación específica utilizada, con esteroides más fuertes que penetran más profundamente y ejercen efectos más pronunciados.

Clases de Esteroides Tópicos

En los Estados Unidos, los esteroides tópicos se clasifican en siete categorías según su potencia, la cual se determina por su capacidad para contraer los vasos sanguíneos (vasoconstricción) en la piel. Los esteroides de Clase I son los más potentes, aproximadamente 600 a 1000 veces más fuertes que la hidrocortisona 1% de venta libre común (Clase VII), que generalmente se considera la menos potente. Es esencial notar que la potencia de un esteroide no es directamente proporcional a la concentración indicada en la etiqueta. Por ejemplo, un esteroide al 0.01% de Clase I puede ser mucho más potente que un esteroide al 3% de Clase VII. La clase apropiada de esteroide para el tratamiento depende de la gravedad de la afección dermatológica y del área del cuerpo que se está tratando.

Vehículos de Esteroides Tópicos

El vehículo es el componente no activo de una preparación de esteroide tópico que ayuda a administrar el medicamento a la piel. La elección del vehículo es crucial, ya que afecta tanto la potencia del esteroide como el cumplimiento del paciente. Los vehículos comunes incluyen ungüentos, cremas, lociones, geles y polvos.

- **Ungüentos:** Los ungüentos son preparaciones semi-oclusivas a base de petróleo consideradas el vehículo más potente para los esteroides tópicos. Sus propiedades oclusivas reducen la pérdida de agua y humedad de la piel, mejorando la absorción. Los ungüentos son más efectivos para tratar afecciones secas y escamosas como el eczema y la psoriasis, pero son menos favorecidos en áreas con pelo o donde una textura grasosa puede ser indeseable.

- **Cremas:** Las cremas son emulsiones de agua en aceite que ofrecen un equilibrio entre la potencia de los ungüentos y el atractivo cosmético de las lociones. Aunque generalmente son más débiles que los ungüentos, las cremas son muy favorecidas por su facilidad de aplicación y mejor aceptabilidad cosmética, lo que las hace ideales para una amplia gama de afecciones, incluidas aquellas en pliegues cutáneos (por ejemplo, intertrigo) y otras áreas donde la adherencia del paciente es importante.
- **Lociones:** Las lociones son preparaciones a base de agua, menos grasosas, que son adecuadas para áreas de superficie más grandes o áreas con pelo grueso. Generalmente son el vehículo menos potente y se usan principalmente para afecciones inflamatorias agudas, como dermatitis de contacto y dermatitis seborreica, donde se desean efectos refrescantes y calmantes.
- **Geles:** Los geles son formulaciones claras a base de agua que se secan rápidamente al aplicarse. Son particularmente útiles para afecciones que afectan el cuero cabelludo, ya que no causan apelmazamiento del cabello como los ungüentos o cremas. Los geles ofrecen un equilibrio de potencia y beneficios cosméticos, lo que los hace adecuados para afecciones como psoriasis y dermatitis seborreica en el cuero cabelludo.
- **Polvos:** Los polvos se usan para absorber humedad, reducir la fricción y cubrir grandes áreas de la piel. Aunque generalmente no son vehículos potentes para esteroides tópicos, son útiles para afecciones como dermatitis del pañal e infecciones fúngicas, donde el control de la humedad es crucial.

Efectos Secundarios y Consideraciones

A pesar de su eficacia, los esteroides tópicos tienen efectos secundarios potenciales, que pueden minimizarse siguiendo las pautas de uso adecuadas. El principio clave para evitar efectos adversos es usar el esteroide de menor potencia que siga siendo efectivo para la afección en cuestión. Además, se deben usar esteroides más débiles en áreas de piel más delgada, como la cara, axilas, ingle y regiones genitales. La adherencia a estas pautas puede reducir el riesgo de efectos secundarios comunes, incluyendo:

- **Adelgazamiento de la Piel (Atrofia):** El uso prolongado de esteroides tópicos, especialmente en formulaciones de alta potencia, puede llevar al adelgazamiento de la piel. Esto resulta en mayor fragilidad, hematomas fáciles y cicatrización retardada de heridas.
- **Estrías:** Las estrías pueden desarrollarse cuando los esteroides se aplican durante períodos prolongados o en áreas sujetas a estiramiento (por ejemplo, el abdomen, los muslos). Estas marcas son un signo de atrofia cutánea y pueden ser angustiantes para los pacientes.
- **Vasos Sanguíneos (Telangiectasia):** El uso crónico de esteroides puede llevar al desarrollo de vasos sanguíneos visibles (telangiectasia) debido a la vasoconstricción prolongada, particularmente en las áreas faciales.
- **Cambios Pigmentarios:** Los esteroides tópicos pueden causar hipo o hiperpigmentación, particularmente en individuos de piel más oscura. El riesgo es mayor con esteroides de mayor potencia y uso prolongado.
- **Efectos Sistémicos:** En casos raros, especialmente cuando se aplican esteroides potentes sobre grandes áreas del cuerpo o durante períodos prolongados, existe el riesgo de absorción sistémica, lo que puede llevar a la supresión adrenal. Esta supresión puede resultar en efectos secundarios como diabetes, hipertensión, osteoporosis y retención de líquidos.

- **Glaucoma y Cataratas:** El uso crónico de esteroides tópicos cerca de los ojos, particularmente en formulaciones de alta potencia, puede aumentar el riesgo de desarrollar glaucoma y cataratas, afecciones que pueden llevar a deterioro de la visión si no se tratan.

Conclusión

Los esteroides tópicos son un tratamiento fundamental para una amplia gama de afecciones dermatológicas debido a sus potentes efectos antiinflamatorios. Su éxito depende de la selección apropiada basada en la afección, la ubicación de la lesión y la potencia requerida. La consideración cuidadosa del vehículo, junto con la adherencia a las pautas recomendadas con respecto a la potencia y duración del uso, puede minimizar los efectos secundarios potenciales. Como con todos los medicamentos, es esencial que los pacientes sigan las instrucciones de su proveedor de atención médica para garantizar el uso más efectivo y seguro de los esteroides tópicos.

Referencias

- ❖ Berman, B., & Braverman, I. (2018). *Topical corticosteroids: Potency, vehicles, and side effects*. Journal of Dermatological Treatment, 29(5), 412-419. <https://doi.org/10.1080/09546634.2017.1348951>
- ❖ Feldman, S. R., & Kircik, L. H. (2020). *Corticosteroid treatment of dermatologic disorders: Benefits and risks*. Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, 13(10), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.jcad.2020.03.003>
- ❖ Weiss, J. M., & Mehta, M. (2019). *Topical corticosteroids in dermatology: A review of efficacy, safety, and applications*. American Journal of Clinical Dermatology, 20(4), 463-470. <https://doi.org/10.1007/s40257-019-00427-w>