

Hidrocortisona, uso y aplicación tópica en pediatría y en dermatitis atópica

Dra. Virginia Mirra

Especialista universitaria
en Dermatología

La hidrocortisona (HC) es un corticoesteroide de nivel V (Figura 1) de potencia muy baja según su nivel de actividad. Se la encuentra como acetato o alcoholato de hidrocortisona al 0.5%-0.25%-0.16%, hidrocortisona base al 1%-2%, en forma de cremas, pomada y frasco con aplicador.

La HC tópica afecta, tanto la epidermis como la dermis y funciona mediante diversos mecanismos, debiendo su eficacia clínica sobre todo a:

- Sus propiedades vasoconstrictoras, cuyo mecanismo se desconoce.
- Sus efectos antiproliferativos: actuando sobre las células en división de la capa basal.
- Sus propiedades antiinflamatorias: por aumento de proteínas antiinflamatorias como lipocortina I, interleuquina 10, etc.
- Sus acciones inmunomoduladoras que ocasionan una disminución de las células de Langerhans e inhibición de la actividad de los linfocitos T por inducción de apoptosis en estos, y por bloqueo del ciclo celular.

Indicaciones

Se indica en todos los procesos inflamatorios de la piel, como la dermatitis atópica, la dermatitis de contacto, prurito anogenital, psoriasis, liquen rojo plano, eczematides, quemadura solar, prurigo, lupus eritematoso discoide, granuloma anular, vitiligo, alopecia areata, liquen escleroatrófico, principalmente en lesiones localizadas en cara, pliegues y genitales.

Complicaciones

El uso prolongado de los corticoides puede ocasionar lesiones cutáneas secundarias:

- Telangiectasias.
- Cuadros cutáneos acneiformes o rosaceiformes.
- Estrías.
- Despigmentación.

El riesgo y la intensidad de los efectos secundarios locales aumentan en los pliegues, con los tratamientos oclusivos y en áreas de piel fina. La absorción sistémica con alteración del eje hipotálamo–hipofisario–suprarrenal se puede ver con el uso de corticoides de mediana y alta potencia, colocados en superficies extensas. En general, los efectos adversos desaparecen cuando se discontinúa su uso.

Hidrocortisona y dermatitis atópica (DA)

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel en donde existe una hiperreactividad cutánea ante factores ambientales que son inocuos para otras personas. Aparece durante la primera infancia y se observa con mayor frecuencia en países industrializados.

Frecuentemente precede a la rinitis y el asma; más del 50% de las DA desarrolla asma, y cerca del 75% desarrolla rinitis alérgica.

Fisiopatogenia

- Hiperreactividad cutánea.
- Disfunción de la barrera cutánea.
- Desencadenantes inmunitarios: alimentos, infecciones, autoantígenos.
- Respuesta sistémica de la fracción Th2 de los linfocitos T.
- Respuesta bifásica de los linfocitos T en la piel.
- Reducción de la respuesta congénita inmunitaria cutánea.
- Respuesta inflamatoria de la piel producida por la expresión de quemoquinas.

Cuadro clínico

Criterios mayores

- Prurito.
- Dermatitis crónica o crónicamente recidivante.
- Morfología y distribución características de las lesiones,

mejillas, cuello, pliegues cubitales y poplíteos.

- Historia personal o familiar de atopia.

Criterios menores

- Xerosis.
- Ictiosis/ hiperlinealidad palmar/ queratosis pilar.
- Reactividad inmediata (tipo 1) a test cutáneos.
- Inmunoglobulina E (IgE) aumentada.
- Edad precoz de comienzo.
- Tendencia a infecciones cutáneas.
- Dermatitis inespecíficas de manos y pies
- Eczema de pezón.
- Queilitis.
- Conjuntivitis recurrente.
- Pliegue infraorbitario de Dennie Morgan.
- Queratocono.
- Oscurecimiento orbitario.
- Eritema/palidez facial.
- Pitiriasis alba.
- Acentuación perifolicular.
- Dermografismo blanco.

En la DA, los corticoides tópicos –como la hidrocortisona aplicada en las zonas anteriormente nombradas– son el tratamiento específico, de primera elección, pues no sólo controlan la inflamación sino que, además, alivian el prurito 12 a 24 horas después de iniciado el tratamiento.

También es preciso indicar la menor potencia necesaria capaz de controlar el brote por un tiempo no menor de 7-10 días; una vez controlado se disminuye la intensidad y la frecuencia de aplicación y se continúa con cuidados generales con cremas emolientes, evitando irritantes y sobreinfecciones para extender el período libre de enfermedad.

Conclusión

Los corticoides son el tratamiento de elección para la DA. Con ellos podemos reducir signos y síntomas: xerosis, inflamación y prurito, y prevenir y espaciar las recurrencias.

Se debe evaluar la relación costo/ beneficio/riesgo, sobre todo en patologías (como la DA) donde el tratamiento será con episodios de

rebrote, sin una cura definitiva.

La hidrocortisona, por su eficacia y por tratarse de un corticoide de baja potencia, es una muy buena elección para la DA en niños.

Bibliografía

- HN Cabrera; CF Gatti. Eczema: dermatología de Gatti-Cardama. Ed. El Ateneo. 2003; cap 11: 104-112.
- S Pueyo, DA Máximo. Dermatitis: dermatología infantil en la clínica pediátrica. Ed. Artes Gráficas Buschi. 1ra Ed. 1999. cap. 6: 183-212.
- Perth VP, Lazarus G. Glucocorticoides. Dermatología en medicina general. Fitzpatrick. Freedberg. I. 5ta ed. Editorial Panamericana. 2001; cap 252: 2959-2966.