

Efectos secundarios del uso de esteroides en Dermatología

Secondary effects of steroids in Dermatology

Yaima González Pérez^{1*}

¹Hospital Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yaima@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los glucocorticoides son inmunosupresores y antiinflamatorios potentes utilizados en enfermedades sistémicas, pero su administración frecuente, en altas dosis y de forma prolongada puede producir diversos cambios en la piel. Además, influye en el metabolismo de múltiples tejidos, provocando complicaciones predecibles y algunas veces prevenibles. Se presenta un paciente masculino, joven, con lesiones en la piel, secundarias al uso prolongado de esteroides. A pesar de su importancia, es raro que se reporten estos efectos adversos en nuestro medio.

Palabras clave: glucocorticoides; efectos adversos.

ABSTRACT

Glucocorticoids are potent immunosuppressants and anti-inflammatories used to treat systemic diseases, but their frequent administration at high doses for long periods may lead to a number of skin changes. It also influences the metabolism of many tissues, causing predictable and sometimes preventable complications. A case is presented of a young male patient with skin lesions caused by prolonged use of steroids. Despite their importance, these adverse effects are rarely reported in our environment.

Keywords: glucocorticoids; adverse effects.

Recibido: 12/10/2015

Aceptado: 07/12/2015

INTRODUCCIÓN

Los glucocorticoides son fármacos antiinflamatorios, vasoconstrictores, antiproliferativos e inmunosupresores derivados del cortisol, hormona producida por la corteza adrenal, esencial para la adaptación al estrés físico o emocional.⁽¹⁾ Su empleo terapéutico en medicina se inicia en la primera mitad del siglo XX.⁽²⁾

Desde entonces ha evolucionado notablemente el conocimiento de estas sustancias respecto a su constitución química, farmacocinética y acción farmacológica. Ello permite en la actualidad una mejor aplicación en el tratamiento de diversas enfermedades de tipo autoinmune, endocrinológico, reumático, dermatológico, etc.⁽³⁾

A nivel celular los corticoides se fijan a receptores específicos en el citoplasma, dando lugar a la transcripción de ácido ribonucleico (ARN) mensajeros específicos (ARNm) que dirigen la síntesis de proteínas. Además, modifican la síntesis de proteínas y/o la función celular mediante la activación del adenosín monofosfato cíclico (AMPc). A través de estos mecanismos de acción, los corticoides afectan múltiples funciones metabólicas, la respuesta inflamatoria y los elementos celulares implicados tanto en la inflamación como en la respuesta inmune⁽¹⁾

De forma genérica pueden considerarse dos tipos de uso clínico: como terapia sustitutiva en las enfermedades endocrinológicas de la corteza suprarrenal, y en otras enfermedades, fundamentalmente debido a su acción antiinflamatoria.⁽³⁾ Se pueden administrar por diferentes vías: tópica y sistémica (intralesional, intramuscular, intravenosa y oral).⁽⁴⁾

Con el aumento del uso de los corticoides en medicina, su toxicidad se ha hecho más evidente.⁽⁵⁾ El empleo de estos fármacos se asocia con varias complicaciones y efectos secundarios que afectan casi todo el organismo, por ello las reacciones adversas son múltiples y variadas, van desde aquellas no serias, a otras que ponen en peligro la vida.⁽⁶⁾

Los glucocorticoides sistémicos son inmunosupresores y antiinflamatorios potentes utilizados con frecuencia en enfermedades sistémicas, pero su administración frecuente, en altas dosis y de forma prolongada, puede producir diversos cambios en la piel.⁽⁵⁾

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente masculino, fototipo de piel III, de 23 años de edad, con antecedentes patológicos personales de asma bronquial para lo cual no lleva tratamiento y de nefropatía por inmunoglobulina A (IgA) desde hace cuatro años, para lo cual lleva tratamiento con prednisona desde hace un año (en ese momento 10 mg/diario). El paciente acude a consulta porque refiere que hace aproximadamente seis meses comenzó a presentar lesiones en la piel, que describe en forma de "granos dolorosos", acompañados de estrías en el cuerpo. Señala que a pesar de realizar múltiples tratamientos con antibióticos orales seguía presentado lesiones con iguales características.

Al examen físico presentaba lesiones tumorales inflamatorias, centradas por un pelo, redondeadas, de tamaño variable, que oscilaban entre 0,5 cm y 2 cm de diámetro, con eritema intenso. Algunas con pústula central, otras ulceradas con abundante pus y el resto con costras hemáticas en su superficie, en número de doce, localizadas en abdomen y miembros inferiores (Fig. 1).



Fig. 1 - Lesiones de piodermitis en miembros inferiores.

Además, presentaba una erupción diseminada en cara, región posterior del tronco y caras laterales externas de los brazos, dada por polimorfismo lesional, con eritema ligero, pápulas pequeñas, eritematosas, incontables y numerosas pústulas (Fig. 2); así como numerosas estrías longitudinales, de color rosado nacarado, con aspecto de papel

de cigarro, de tamaño variable, localizadas en pliegues axilares, abdomen y miembros inferiores (Fig. 3).



Fig. 2 - Lesiones eritematopapulosas, numerosas, correspondientes a erupción acneiforme.



Fig. 3- Estrías longitudinales, de color rosado nacarado, de gran tamaño, localizadas en abdomen.

Se diagnostican forunculosis, erupción acneiforme y estrías longitudinales, todas como manifestaciones cutáneas secundarias al uso prolongado de esteroides. Se ingresa en el servicio de dermatología del hospital y se indican complementarios. Estos se encontraron dentro de parámetros normales, excepto el exudado bacteriológico de las lesiones, que informa la presencia de estafilococo coagulasa positivo.

Se le explica al paciente y familiares en qué consisten las lesiones en piel, su causa y la importancia de extremar las medidas higiénicas. De acuerdo con el resultado del antibiograma, se le indica tratamiento con cotrimoxazol (480 mg) 2 ampulas cada 12 horas, por vía endovenosa durante siete días. Se constata mejoría clínica del paciente.

Se interconsulta el caso con la especialidad de nefrología para valorar la posibilidad de suspender o mantener dosis mínimas de esteroide para patología de base. Se decide suspender prednisona e indicar tratamiento con ciclosporina A.

Al séptimo día egresa el paciente con mejoría notable de las lesiones de piodermatitis. A los quince días se reevalúa en consulta externa y se constata resolución de todas las lesiones de piodermatitis. A los tres meses el paciente no presentaba lesiones nuevas, se observó mejoría de erupción acneiforme y las lesiones atróficas se mantenían sin modificación.

COMENTARIOS

Por más de 60 años los corticoides han sido empleados en casi todas las patologías con resultados dispares.⁽⁵⁾ Debido a sus importantes acciones antiinflamatorias, su uso ha excedido el endocrino puro. Aunque una década después de su introducción ya se recomendaba cautela en su prescripción, por la diversidad de efectos adversos que eran capaces de provocar. No obstante, los corticoides entraron y se establecieron definitivamente en la práctica médica. En todos estos años su empleo ha pasado por una "ciclotimia" periódica entre "panacea" y "encarnación del mal".⁽⁷⁾

Los efectos adversos de los corticosteroides son bastante frecuentes, pero dependen poco del preparado elegido y de la dosis. El principal factor es la duración del tratamiento. Las complicaciones aumentan con los compuestos fluorados, las dosis más altas, el tratamiento más prolongado y la administración más frecuente.⁽⁶⁾

Como consecuencia del tratamiento prolongado con esteroides sistémicos se producen alteraciones en el metabolismo de diversos tejidos (sistema nervioso central, osteomioarticular, ocular, gastrointestinal, cardiovascular, endocrino e inmunológico), provocando complicaciones predecibles y algunas veces prevenibles.⁽⁸⁾ Las afecciones más frecuentes están dadas por hipertensión arterial, aumento de peso, enfermedades infecciosas, alteraciones metabólicas e hidrominerales, osteoporosis, alteraciones oculares, supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, entre otras.⁽⁷⁾

La piel no queda exenta de la influencia del uso de glucocorticoides sistémicos, los que pueden producir en ella múltiples cambios. Dentro de ellos se encuentran las púrpuras o equimosis, los cambios cushingoides, el acné esteroideo, las estrías, la xerosis, la fragilidad, la queratosis pilaris, el eritema persistente en áreas fotoexpuestas, la alopecia difusa y con menor frecuencia, la eritromelanosis.^(8,9)

Además, estos fármacos son responsables de la exacerbación o el enmascaramiento de las enfermedades infecciosas cutáneas entre 16 % y 43 %.^(8,10)

A pesar de que el uso de los corticoides es cada día más frecuente a nivel mundial, por el amplio espectro de patologías en las que se pueden emplear, los efectos secundarios en la piel no constituyen motivo frecuente de consulta para nuestra especialidad. Por la infrecuencia del reporte de estas manifestaciones en nuestro país, y por la diversidad de manifestaciones clínicas se consideró que la presentación de este caso resultaría interesante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Taboada VM, Rodríguez Valverde V. Terapéutica. Glucocorticoides. En: Font J, Khamashta MA, Vilardell M, editores. Lupus eritematoso sistémico. 2 ed. Barcelona: MRA Ediciones; 2002. p.643-52.
2. Hillier SG. Diamonds are forever: the cortisone legacy. J Endocrinol. 2007;195:1-6.
3. Aron DC, Findling JW, Tyrrell JB. Glucocorticoids & adrenal androgens. En: Gardner DG, Shoback D, editors. Greenspan's basic & clinical endocrinology. 8 ed. New York: Lange, McGraw Hill; 2007. p. 346-95.
4. Buckingham JC. Glucocorticoids: exemplars of multi-tasking. Br J Pharmacol. 2006;147(S1):258-68.
5. Rosen J, Miner JN. The search for safer glucocorticoid receptor ligands. Endocr Rev. 2005;26:452-64.
6. Mazziotti G, Angeli A, Bilezikian JP. Glucocorticoid-induced osteoporosis: an update. Trends Endocrinol Metab. 2006;17:144-9.
7. Dickmeis T. Glucocorticoids and the circadian clock. J Endocrinol. 2009;200:3-22.
8. Williams L, Nesbitt L. Update On Systemic Glucocorticosteroids In Dermatology. Dermatol Clinics. 2001;19:1-10.
9. Torrelo A, Pérez Gala S. Uso de Corticoides Orales en Dermatología Pediátrica. Dermatol Pediatr Lat. 2005;3:71-82.

10. Díaz García MA, Delgado Camacho J, Ortiz González PR. Terapéutica médica dermatológica. En: Manzur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortés Hernández M. Dermatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 23-35.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.