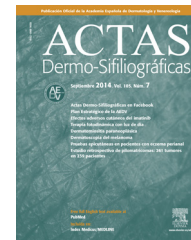




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.actasdermo.org



## REVISIÓN

# Reacciones de hipersensibilidad a corticoides



L. Berbegal\*, F.J. DeLeon y J.F. Silvestre

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Recibido el 18 de mayo de 2015; aceptado el 18 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 25 de noviembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Dermatitis de contacto alérgica;  
Reacciones de hipersensibilidad;  
Pruebas epicutáneas;  
Batería estándar;  
Corticoides

**Resumen** Los corticoides son fármacos ampliamente utilizados en la práctica clínica, especialmente de forma tópica en dermatología. Estas sustancias pueden actuar como alérgenos y producir tanto reacciones de hipersensibilidad inmediata como retardada. La alergia en forma de dermatitis de contacto es la reacción más frecuente, y debe estudiarse mediante pruebas epicutáneas en unidades especializadas. Actualmente la batería estándar española tiene buenos marcadores para su detección, pero no ideales. Por ello, es rentable aplicar una batería específica de corticoides si dichos marcadores son positivos, así como los corticoides propios aportados por los pacientes. En cuanto a las reacciones de hipersensibilidad inmediata, son mucho menos habituales, pero potencialmente más graves. Debido a que estos fármacos son necesarios en múltiples enfermedades, es importante confirmar la sensibilización a estas sustancias, y orientar el uso de corticoides alternativos. En el presente artículo pretendemos revisar los principales conceptos respecto a estos 2 tipos de reacciones de hipersensibilidad en la alergia a corticoides, así como su abordaje en la práctica clínica.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y AEDV. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Allergic contact dermatitis;  
Hypersensitivity reactions;  
Patch test;  
Standard battery;  
Corticosteroids

### Hypersensitivity Reactions to Corticosteroids

**Abstract** Corticosteroids are widely used drugs in the clinical practice, especially by topic application in dermatology. These substances may act as allergens and produce immediate and delayed hypersensitivity reactions. Allergic contact dermatitis is the most frequent presentation of corticosteroid allergy and it should be studied by patch testing in specific units. The corticosteroids included in the Spanish standard battery are good markers but not ideal. Therefore, if those makers are positive, it is useful to apply a specific battery of corticosteroids and the drugs provided by patients. Immediate reactions are relatively rare but potentially severe, and it is important to confirm the sensitization profile and to guide the use of alternative

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lauraberbegal@gmail.com](mailto:lauraberbegal@gmail.com) (L. Berbegal).

corticosteroids, because they are often necessary in several diseases. In this article we review the main concepts regarding these two types of hypersensitivity reactions in corticosteroid allergy, as well as their approach in the clinical practice.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and AEDV. All rights reserved.

## Introducción

Los corticoides son fármacos ampliamente utilizados en la práctica clínica de dermatología, especialmente de forma tópica. En 1952 Sulzberger y Witten sintetizaron un compuesto tópicamente activo denominado sustancia F, que fue conocido posteriormente como hidrocortisona o cortisol<sup>1</sup>. Desde su introducción han demostrado gran eficacia como fármacos antiinflamatorios y antimoduladores, sin embargo, también pueden comportarse paradójicamente como alérgenos, dando lugar a reacciones de hipersensibilidad. Este efecto se describió por primera vez en los años 50<sup>2-5</sup>, y posteriormente se han recogido muchos más casos. Dentro de las reacciones de hipersensibilidad las de tipo *iv* o retardadas, que cursan con clínica de dermatitis alérgica de contacto (DAC), se dan con mucha mayor frecuencia que las de tipo *i* o inmediatas, las cuales son menos conocidas<sup>6</sup>.

Los corticoides presentan una estructura química similar entre sí, por lo que no es infrecuente que se produzcan reacciones cruzadas entre ellos. Esto dificulta el estudio de la sensibilización a estas sustancias, y por ello, varios autores han intentado clasificarlos en diferentes grupos. Actualmente disponemos de una clasificación para la DAC que divide a los corticoides en 3 grupos y a los pacientes en 2 de forma que podemos abordarlos de manera más práctica. Sin embargo, todavía no se dispone de una clasificación ideal y es frecuente seguir encontrando discordancias en la práctica clínica diaria. Además, esta clasificación tampoco permite organizar las reacciones cruzadas que ocurren en la hipersensibilidad inmediata a corticoides.

A pesar de que en el año 2005 los corticoides fueron nombrados los alérgenos de contacto del año<sup>7</sup>, la alergia a estas sustancias sigue sin conocerse bien, y supone un reto en la práctica clínica. La forma de presentación y los test diagnósticos son difíciles de interpretar en muchas ocasiones, y presentan unas peculiaridades que merece la pena conocer. Es importante determinar bien el fármaco implicado ante la sospecha de una reacción alérgica a estas sustancias, así como los fármacos que pueden utilizarse como alternativa, ya que los corticoides pueden llegar a ser casi imprescindibles para el control o tratamiento de determinadas enfermedades.

El presente artículo revisa los principales conceptos respecto a estos 2 tipos de reacciones de hipersensibilidad en la alergia a corticoides, así como su abordaje en la práctica clínica.

## Tipo de alergias

Los corticoides pueden dar lugar a reacciones de hipersensibilidad tipo *i* (mediadas por IgE) que ocurren tras escasos minutos de la exposición a estas sustancias, y reacciones de hipersensibilidad tipo *iv* (mediadas por linfocitos T) que

ocurren pasadas horas o días tras la exposición a estos medicamentos. En estas últimas se han estudiado las características de las células T y se ha observado en las biopsias cutáneas un infiltrado inflamatorio de células T CD3+ con un perfil de citocinas predominantemente Th2<sup>8</sup>. En la [tabla 1](#) quedan reflejadas las características principales de estas 2 entidades.

## Reacciones de hipersensibilidad retardada

### Epidemiología

La frecuencia de DAC a corticoides en la literatura es variable y oscila desde un 0,2% a un 5%<sup>9</sup>. En España se estima que la prevalencia de sensibilización a los corticoides es del 1,1% en los pacientes estudiados mediante pruebas epicutáneas<sup>10</sup>. Estas tasas son menores a las descritas en Europa (2,6%)<sup>11</sup> y en Estados Unidos (4,6%)<sup>12</sup>. En las series españolas la budesonida es el principal alérgeno<sup>13,14</sup>, mientras que en Estados Unidos el más frecuente es el tixocortol<sup>15</sup>. En Europa la budesonida, el tixocortol y el 17-butilato de hidrocortisona parecen tener tasas de sensibilización similares<sup>16</sup>.

Las variaciones encontradas en la prevalencia de la DAC a corticoides por reacciones de hipersensibilidad retardada pueden deberse a múltiples factores, como son la frecuencia de uso de corticoides en cada país, los hábitos de prescripción, el conocimiento de la alergia a corticoides y las pruebas utilizadas para el diagnóstico<sup>17</sup>. En este sentido, en Europa utilizamos concentraciones más bajas de corticoides para las pruebas epicutáneas que en Estados Unidos.

La hipersensibilidad retardada a corticoides afecta con mayor frecuencia a mujeres. Los pacientes más predispuestos a desarrollar una DAC a corticoides son aquellos con enfermedades dermatológicas crónicas (eccemas crónicos, dermatitis atópica, dermatitis de estasis, úlceras crónicas), debido principalmente a la alteración de la barrera cutánea y al ambiente proinflamatorio que presentan. La automedicación con corticoides sin supervisión de un facultativo es otro factor predisponente. Además, algunos autores han postulado que puede existir una predisposición genética<sup>18</sup>.

### Etiopatogenia

#### Vías de sensibilización/fuentes de exposición

La vía más común de sensibilización a corticoides es la aplicación cutánea directa, aunque también se ha descrito tras contacto indirecto por un mecanismo aerotransportado, por ejemplo en familiares de pacientes que utilizan aerosoles con budesonida<sup>19,20</sup>. Otras rutas de sensibilización que se han registrado, aunque menos frecuentes, son a través de la mucosa conjuntival, la mucosa nasal, el tracto respiratorio y el tracto gastrointestinal<sup>21-23</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3179787>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3179787>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)