

REVISIÓN

Dermatitis de contacto alérgica por corticoides

María Pérez Crespo y Juan Francisco Silvestre Salvador

Sección de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Los corticoides tópicos son uno de los fármacos más utilizados en dermatología. En las últimas dos décadas se han publicado numerosos artículos sobre la dermatitis de contacto originada por ellos, y el número de casos descritos ha ido aumentando a medida que se ha ido tomando conciencia de su existencia.

En el año 2000, el European Environmental and Contact Dermatitis Research Group (EECDRG) recomendó incluir el tixocortol pivalato al 0,1% y la budesonida al 0,01% en la batería estándar¹, pues varios trabajos indicaban que la positividad de estos alérgenos era lo suficientemente común en la población general. En 2003 el Grupo Americano de Dermatitis de Contacto añadió a su serie estándar, además de estas dos sustancias, triamcinolona acetónido y clobetasol-17-propionato y nombró alérgeno del año 2005 a los corticoides.

La clínica y la lectura de las pruebas epicutáneas en este caso presenta peculiaridades, dado que el alérgeno posee propiedades antiinflamatorias. Otra característica que se da en estas moléculas es que con frecuencia dan reacciones cruzadas entre ellas, lo que ha facilitado su agrupación en cinco tipos. Esta clasificación tiene interés práctico a la hora de determinar qué corticoides puede utilizar el paciente.

GRUPOS DE CORTICOIDES

En 1989, el grupo de Dooms-Goossens realizó un trabajo en el cual se agruparon los diferentes corticoides en cuatro clases empíricas, nombradas de la A a la D, basándose en las reacciones cruzadas encontradas en los casos publicados y en su propia experiencia, así como en datos de estructura molecular de los diferentes compuestos^{2,3}. Gracias a nuevos trabajos, el grupo D, moléculas del tipo éster, fue dividido más tarde en dos (tabla I). El grupo A incluye moléculas sin sustitución metilo en ¹⁶C y sin cadena lateral en ¹⁷C, la sustancia que

se ha elegido como marcador es el tixocortol pivalato, dado que es la que mejor se correlaciona con sensibilización a los demás componentes del grupo. Los pertenecientes al grupo B poseen una función cis diol o ketal en ¹⁶C y ¹⁷C, son del tipo acetónido y su marcador es la budesonida. El grupo C tiene un grupo metilo en ¹⁶C y parece ser el menos alergénico⁴. El grupo D1 engloba a los corticoides halogenados con sustitución del ¹⁶C y, al igual que el grupo C, no se ha establecido un marcador fiable para sus componentes. El grupo D2 es el grupo de los ésteres profármaco no halogenados⁵; un buen marcador para ellos parece ser hidrocortisona-17-butirato. Las sustancias del grupo D2 son más sensibilizantes que las D1, dado que son muy liposolubles y penetran fácilmente en la piel, donde se descomponen en las correspondientes estructuras con el grupo hidroxilo en ²¹C y/o en ¹⁷C. La facilidad con que una molécula corticoidea se une a la arginina es un factor clave para producir inmunidad, y la halogenización de la molécula disminuye esta capacidad⁶.

Las reacciones cruzadas que se dan en la dermatitis de contacto por corticoides son aún más complejas, puesto que también se producen entre los diferentes grupos. Se ha visto⁴ que un paciente sensibilizado al grupo C tiene muchas probabilidades de tener reactividad hacia las moléculas del grupo D1. Por otro lado⁷, la budesonida posee reacción cruzada con el grupo D2 y el grupo A puede presentar reactividad concomitante con el grupo D2.

Otros autores dan más importancia al metabolismo y a la degradación de las moléculas tras contactar con la piel para explicar las reacciones cruzadas en estas sustancias. Ello explicaría que haya reacción cruzada entre hidrocortisona (grupo A) e hidrocortisona-17-butirato (grupo D2)⁸.

PUNTOS CLAVE

- La dermatitis de contacto a corticoides no es infrecuente.
- En España parece ser más frecuente la sensibilización a budesonida que a tixocortol pivalato.
- La clínica más característica es un eccema crónico que no mejora a pesar del tratamiento con corticoides.
- Los pacientes alérgicos a corticoides también pueden presentar clínica tras la administración sistémica del corticoide.
- Los corticoides se dividen en cinco clases empíricas que los agrupan según la probabilidad de que se produzcan reacciones cruzadas.
- En la batería estándar del Grupo Español de Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea, hay dos marcadores de alergia a corticoides: la budesonida y el tixocortol pivalato. Si obtenemos positividad con alguna de estas dos sustancias, debemos testar la batería de corticoides.
- La reacción «en donut» en la lectura de las pruebas epicutáneas es característica de la alergia a corticoides.
- Se recomienda realizar lecturas retardadas de las pruebas epicutáneas (7 días).
- Debemos testar los productos propios utilizados por el paciente.

Correspondencia: Dra. M. Pérez Crespo.
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante.
Pintor Baeza, s/n. 03010 Alicante. España.
Correo electrónico: mariaperez Crespo@hotmail.com

TABLA I. Clasificación de los corticoides según características moleculares y reacciones cruzadas documentadas

CLASE	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO	SUSTANCIAS INCLUIDAS	MARCADOR	REACCIÓN CRUZADA
A	Sin sustitución metil en ^{16}C ni cadena en ^{17}C	Hidrocortisona, hidrocortisona, acetato, metilprednisolona, hidrocortisona tixocortol pivalato	Tixocortol pivalato	Con el grupo D2
B	Función Cis diol o ketal en ^{16}C y ^{17}C	Budesonida, triamcinolona, fluocinolona acetónido, triamcinolona acetónido /diacetato, amcinonida, desonida	Budesonida, triamcinolona acetónido	Budesonida con D2
C	Sustitución metil en ^{16}C	Desoximetasona, clocortolona pivalato, betametasona, dexametasona, diflucortolona valerato		Probable marcador de alergia a D1
D1	Sustitución metil en ^{16}C , cadena lateral en ^{17}C	Clobetasol propionato, betametasona dipropionato, batametasona valerato, clobetasol butirato, fluticasona propionato, mometasona fuorato, alclometasona dipropionato	Clobetasol propionato	
D2	Sin sustitución metil en ^{16}C , cadena lateral en ^{17}C	Hidrocortisona valerato, hidrocortisona buteprato/butirato, prednicarbato, metilprednisolona aceponato	Hidrocortisona butirato	Grupo A

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de la sensibilización a corticoides varía dependiendo de muchos factores: naturaleza y cantidad de corticoides utilizados en cada país, hábitos de prescripción, concienciación del personal médico de la importancia de la alergia a corticoides, las pruebas utilizadas para detectarla y la forma en que se emplean⁹. Por ejemplo, no detectaremos los mismos casos si finalizamos la lectura de las pruebas epicutáneas a las 72 h, a las 96 h o a los 7 días, y algunos autores consideran positiva esta prueba si observan eritema persistente sin edema⁴.

La prevalencia de la sensibilización a corticoides en Estados Unidos es del 4,6%¹⁰ si valoramos en conjunto las reacciones a budesonida, tixocortol e hidrocortisona butirato. A la hora de valorar esos datos, hay que tener en cuenta que en ese país se emplean concentraciones más elevadas en las pruebas epicutáneas y que algunos autores consideran positivo el eritema en la prueba epicutánea.

En un estudio europeo llevado a cabo en 1996, en el que incluyeron cinco corticoides en las pruebas epicutáneas estándares, la media de positividad obtenida en la población testada fue del 2,6%, aunque había grandes diferencias entre los diversos países¹¹. El país que obtuvo una mayor tasa de reacciones positivas fue Bélgica (6,4%), mientras que en España se obtuvo únicamente el 0,4%.

En el estudio epidemiológico de la dermatitis alérgica de contacto en España llevado a cabo en 2001, se

obtuvo una tasa de positivos del 1,01% sumando las reacciones a budesonida y tixocortol¹² y son escasas las series publicadas en nuestro país¹³.

En cuanto a la frecuencia de sensibilización a los diferentes corticoides, las divergencias entre Estados Unidos y Europa son notables. En Estados Unidos el principal sensibilizador es tixocortol pivalato, mientras que budesonida es el segundo en frecuencia⁴. Por otro lado, en Europa ambas sustancias parecen obtener un número de positividad similar¹¹. En España parece ser más frecuente la sensibilización a budesonida (0,83%) que a tixocortol (0,18%)¹².

En nuestro centro, en los últimos 2 años hemos tenido 15 pacientes positivos a algún corticoide. La sustancia más frecuente fue budesonida, con 13 positivos (el 86% de todos los pacientes), mientras que tan sólo obtuvimos 3 positividad para tixocortol (20%).

Las diferencias observadas en estos datos pueden deberse a la distinta frecuencia de utilización de los cinco grupos de corticoides en cada país. Además, los corticoides halogenados son menos sensibilizantes que los no halogenados, y el uso de ambos también puede ser diferente según los países, lo cual puede explicar también la diferente frecuencia de sensibilización.

CLÍNICA

Debemos sospechar una dermatitis de contacto alérgica por corticoides en toda dermatitis crónica de evolución tórpida a pesar de tratamiento, que no respondan a los corticoides, o en los casos menos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3222107>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3222107>

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