

11226
201
196



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

USO Y ABUSO DE ESTEROIDES EN
PACIENTES DERMATOLOGICOS POR
EL MEDICO DE PRIMER NIVEL



U.M.F. No. 20
DEPTO. DE
ENSEÑANZA E
INVEST.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. ROBERTO FEDERICO NORIEGA BERNAL

GENERACION
(1983-1985)



MEXICO, D.F.

1984

TESIS CON
FALLA EN OBRAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

OBJETIVOS.....	Pág 1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.	
Introducción.....	2
Generalidades.....	4
Esteroides. Efectos colaterales.....	9
Definiciones complementarias.....	12
PROBLEMA.....	14
HIPOTESIS.....	15
MATERIAL Y METODOS.....	16
RESULTADOS.....	18
ANALISIS.....	28
CONCLUSIONES.....	31
COMENTARIO.....	32
RESUMEN.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	36

OBJETIVOS.

- DETERMINAR CON QUE FRECUENCIA EL MEDICO DE PRIMER CONTACTO UTILIZA LOS ESTEROIDES TOPICOS COMO MEDICAMENTOS DE PRIMERA ELECCION EN EL TRATAMIENTO DE LAS DERMATOSIS.

- CONOCER EL TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE ESTEROIDES QUE EL PACIENTE HA RECIBIDO ANTES DE SER ENVIADO A LA CONSULTA DERMATOLOGICA.

- OBSERVAR CUALES SON LAS DERMATOSIS MAS COMUNMENTE COMPLICADAS POR EL EMPLEO DE ESTEROIDES EN SU TRATAMIENTO.

- IDENTIFICAR QUE TIPO DE COMPLICACIONES SE PRESENTAN CON MAS FRECUENCIA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON ESTEROIDES.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Kendall y Restein, efectúan las primeras investigaciones sobre los esteroides, seguidos por Hens quien las realiza en la clínica Mayo.

A partir de los ácidos biliares llamados sexicólicos, se efectúa el primer trabajo sobre la síntesis de cortisona, por Seret, en 1948.

En México, se obtienen por primera vez esteroides, a partir del producto vegetal llamado Diosgenina, sustancia principal del barbasco, posteriormente se obtiene a partir de la progesterona.

Entre 1955 y 1959, se logran obtener otros compuestos al modificar la estructura de la cortisona, agregándole átomos de fluor, grupos metilo, metílico e hidroxilo resultando así: Triamcinolona, Dexametasona, Medrol y Prednisona.

En Dermatología se introducen los primeros esteroides tópicos en 1952 por Sulzberger y Witten.

La introducción de los esteroides tópicos en el tratamiento de las enfermedades dermatológicas, logra adquirir un lugar especial como elemento básico en la curación de las enfermedades de la piel. Sin embargo, se sobrepasan los límites de su acción farmacológica, llegándose a considerar como la "PANACEA" en la medicina dermatológica.

A partir de 1961, Temime, publica los primeros reportes acerca de las complicaciones por el uso de esteroides (Estrías atróficas).

Con lo anterior se viene abajo lo que hasta entonces se había

considerado sobre la utilidad de este tipo de medicamentos y que su empleo generaba una serie de efectos secundarios o se convertían en agente etiológico de nuevas dermatosis. (24)

En la actualidad, el empleo de pomadas y cremas a base de esteroides, por la generalidad de los médicos, casi se efectúa al azar o como ya se anotado en líneas anteriores, se utiliza como el "curalo todo" en los padecimientos dermatológicos, sin haber llegado, en la mayoría de los casos a un diagnóstico preciso

El uso de los esteroides, sin lugar a dudas, en la mayoría de los casos, provoca en los pacientes "mejoría", lo que hace que -- estos los sigan utilizando en forma por demás indiscriminada, -- llevándolo paulatinamente a la adicción al empleo de estos medicamentos.

Basados en los hechos anteriormente expuestos, además de la experiencia propia, obtenida durante la rotación por la consulta externa de Dermatología, donde un porcentaje considerable de los pacientes que son vistos por el especialista, presentan alguna complicación por el uso indiscriminado de esteroides como medicamentos de primera elección y cuyo manejo posterior implica gran paciencia por parte del paciente y habilidad del médico.

Con el fin de llevar a cabo el postulado que dice: "ANTES QUE NADA, NO HACER DAÑO" y evitar el uso inconsciente de estos medicamentos, es que nos hemos decidido a realizar el presente trabajo de investigación.

GENERALIDADES.

Las hormonas sintetizadas por las glándulas suprarrenales --- son necesarias para el metabolismo normal, entre estas se encuentran los esteroides fisiológicamente activos, secretados por la corteza adrenal, a saber: Mineralocorticoides, Glucocorticoides, esteroides andrógenos y estrógenos.

Por ahora nos referiremos únicamente a los esteroides con --- acción antiinflamatoria, antitrofoblástica y antialérgica. Las acciones señaladas pertenecen a las del grupo de los glucocorticoides u hormonas esteroideas capaces de asegurar la neoglucogénesis a expensas de proteínas.

Los glucocorticoides aumentan, el catabolismo de las proteínas y su conversión en glucosa; impiden la utilización del carbono por las células actuando entonces como inhibidores de la --- insulina; estimulan la oxidación de las grasas con la consiguiente cetosis; sobre el sodio y potasio inhiben la reabsorción del segundo y aumentan la del primero; deprimen el tejido linfoideo, los fibroblastos y eosinófilos; estimulan la mielopoiesis y eritropoiesis.

La actividad de la suprarrenal se regula por la interrelación hipofisis/suprarrenal, así mismo por la concentración de electrolitos.

La corticotropina hipofisaria estimula a las células de la corteza suprarrenal a secretar corticoesteroides, los que al encontrarse en cantidades aumentadas, impiden la secreción de corticotropina hipofisaria manteniéndose así la homeostasis.

Originalmente los esteroides de aplicación tónica fueron la hidrocortisona a la cual se efectuaron pequeñas modificaciones en su molécula, logrando así, obtener la prednisona y prednisolona; ambas con efectos similares a la primera.

Los primeros derivados alfa-fluor, resultaron activos tóxicamente, así como el metilfluor o prednisona, la dexametasona y betametasona. (13)

Hace aproximadamente 18 años se descubre que los derivados acetónido de esteroides fluorados; triamcinolona y fluocinolona tienen una alta actividad tónica. La betametasona no es muy activa en esta presentación pero al añadir una cadena de 5 carbonos en posición 17 hidroxido se obtiene un compuesto 300 veces mayormente activa que la hidrocortisona: Valerato de betametasona. (13)

Los glucocorticoides al penetrar a la célula, inducen la transcripción de nuevo RNAm y a su vez producen nuevas proteínas. (25)

Posteriormente las catecolaminas y hormonas peptídicas, estimulan un segundo mensajero cAMP; inducen enzimas que el cAMP activa por medio de sistemas proteína-quinasa. (8, 25)

Sobre la respuesta inflamatoria, guardan relación con la pérdida proteica, causada por estas hormonas. Los glucocorticoides se oponen al aumento de permeabilidad capilar característica de la inflamación aguda, causada por la histamina y cininas.

La acumulación del edema disminuye, los capilares tienden a perder proteínas y líquidos, se dificulta la migración de macrófagos y linfocitos a la zona inflamada pues los glucocorticoides

inhiben la adhesividad endotelial de leucocitos y la diapedesis --
a través de la pared capilar se retrasa. Así mismo, se retrasa --
la formación de tejido de granulación, por la inhibición de la --
acción de los fibroblastos y formación de colágeno. (13)

Los glucocorticoides no bloquean la interacción Ag-Ac ni la --
liberación de histamina. (13)

Los corticoesteroides tienen muchos efectos, los cuales no --
siempre se presentan por separado; por ejemplo, la vasoconstric-
ción y su efecto antiinflamatorio se presentan en forma asociada. (11)

La actividad antimitótica de los corticoesteroides por la i--
nhibición de la síntesis de Ac. Desoxirribonucleico de la capa --
germinativa, reducen el número de queratinocitos y de células; --
también se dice que inhiben la síntesis de prostaglandinas en --
dermis y epidermis las que juegan un papel importante en la acti-
vidad mitótica de las mismas, esto es, conduce al adelgazamiento
de la piel pudiendo llegar hasta la atrófia de la misma. (10)

Los esteroides fluorinados, tienen una mayor capacidad para --
producir atrófia; sin embargo, recientemente se ha descubierto --
que los no fluorinados como el disonido y 17 butirato de hidro--
cortisona posee una mayor capacidad para la producción de atró-
fia, comúnmente atribuida a los fluorinados. (11, 22, 23)

En la piel sana, el estrato córneo limita la penetración de --
las sustancias aplicadas sobre ella; sin embargo, cuando dicho-

estrato se altera, como sucede en las dermatosis, la permeabilidad cutánea se modifica y al aplicar sobre esta piel, pomadas -- con esteroides o cualquier otro preparado, aumenta notablemente su absorción, actuando no sólo a nivel local sino llegando a -- la absorción y acción sistémica por medio de la vía sanguínea -- como si se hubiera administrado el medicamento por la vía oral o parenteral.

Si bien el efecto es insignificante, a pequeñas dosis, deben considerarse la cantidad y superficie de aplicación, sobre todo cuando se trata de pacientes pediátricos. (19,20)

Se ha reportado que la penetración de corticosteroides a través de la piel es de 4 mg/cm², con una media observable de 0.9% variando de un sujeto a otro, dependiendo del peso, talla y valores de Hb. (14)

Se cree que para la absorción del medicamento participan de -- alguna manera los folículos pilosebáceos, donde, a mayor cantidad de estos en algunas zonas del cuerpo, los efectos colaterales -- serán de mayor magnitud. (6, 7)

Por otra parte, debemos tomar en cuenta la importancia del vehículo en el cual se presentan para aplicación tópica los esteroides, pues algunos notencian su acción. (14)

En general podemos decir que la acción de los esteroides depende de los siguientes puntos:

- a) Superficie de aplicación.
- b) Condiciones de la piel.
- c) Concentración de esteroides según presentación.
- d) El vehículo.

En general podemos decir que la acción de los glucocorticoides se resumen en los siguientes puntos: (1)

- 1.- No obran específicamente sobre una o varias enfermedades -- particulares, sino sobre algunos factores comunes a un cierto número de estados patológicos.
- 2.- No destruyen organismos patógenos, ni influyen directamente sobre toxinas, alérgenos u otros agentes activos, pero -- modifican ciertas reacciones tisulares.
- 3.- Los efectos ejercidos son temporales y paliativos; los síntomas complejos de procesos patológicos son alterados pero -- la enfermedad básica no cambia, lo que es evidente por el -- regreso de los síntomas después de la supresión de hormonas.
- 4.- Su acción no interfiere con las fuerzas naturales de defensa del organismo.

EFFECTOS COLATERALES.

El conocimiento de los efectos colaterales de los corticoesteroides nos serán de gran utilidad en la decisión de su empleo para el tratamiento de las enfermedades dermatológicas, con el fin de provocar el menor daño al paciente.

Estos efectos se pueden producir por la aplicación tópica o bien sistémico del medicamento.

A) Efectos sistémicos:

Supresión suprarrenal. Su empleo nos lleva a la inactivación del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal. Todas las presentaciones comerciales tienen acción supresora cortical. (21, 17, 18, 20)

Los niños son los más propensos a sufrir la supresión del eje, pues, la penetración por la piel es mayor por tener este menor espesor. Esto hace que los niños deben ser tratados como si se les estuviera administrando el medicamento esteroideo por la vía oral.

Lo anterior se ha demostrado midiendo la concentración de esteroides plasmáticos y urinarios, observándose una disminución de los niveles al estar administrando corticoesteroides. (8, 20)

Al suspenderse la administración de los esteroides, la función del eje se reinstala y normaliza.

También se ha demostrado disminución en el crecimiento por disminución de la hormona del crecimiento, atribuible a la inactivación del eje ya mencionado. (16, 18)

Síndrome de Cushing. Las dosis sostenidas y aumentadas por

mucho tiempo, en las de matosis generalizadas, pueden observarse en las cantidades suficientes para producir el síndrome, con todas sus características clínicas. (13)

Marks, reporta daño adrenal severo al cual puede sobrevenir la muerte al suspenderse por hemorragia masiva. (16)

El uso de corticosteroides, aplicados en bármados o directamente en el ojo, pueden provocar a la laga glaucoma, infecciones agravadas y agregadas. (12,16)

Otras alteraciones. Dilatación pupilar reversible, molestias visuales subjetivas, Ptosis, queratitis puntada epitelial, pectequias conjuntivales y escleromalacia. (12)

La administración de esteroides por vía oral puede provocar efectos indeseables sobre la piel como son los siguientes:

- Erupciones acneiformes: elementos similares a los del acné vulgar y que se presentan a cualquier edad, siendo reversibles al suspender el medicamento.
- Hipertricosis: en barba, labio superior y frente, pudiendo presentarse en cualquier sitio de la piel.
- Hiperpigmentación: alrededor de cicatrices y otras lesiones, pueden generalizarse.
- Estrías atróficas: sobre todo en vientre; se cree que es por aumento del catabolismo protéico, por la hipergluconeogenesis, produciendo atrófia de la piel.
- Lesiones equimóticas: por alteración en los capilares, probablemente por trastorno en el metabolismo del ácido ascórbico -

o por alteración en el fibrinógeno.

- Obesidad: por aumento en el apetito y retención de líquidos; - hay tendencia a la acumulación de grasas en sitios característicos: cara, cuello y vientre.
- Disminución de la resistencia a infecciones: enmascara síntomas de infecciones y disminuye los polimorfonucleares, predisponiendo a la aparición de ellas.
- Desarrollo de dermatofitos y cándida: favorece su desarrollo.
- Retardo en la curación de heridas: Se cree que es debido al -- retardo en la reactividad del tejido conectivo, fibroblastos -- en el tejido intersticial.

B) Efectos en la aplicación tópica:

- La corticoterapia tópica frecuentemente es una terapia sistémica disfrazada.
- Estrías atróficas: secuela irreversible, pueden presentarse en los sitios de aplicación o en partes distantes, debido a su -- absorción.
- Atrófia cutánea: con telangiectasias, secundarias a la inhibición fibroblástica; telangiectasias por adelgazamiento de la -- epidermis y vasodilatación.
- Fenómenos alérgicos: aun cuando son consideradas sustancias -- antialérgicas pueden actuar como sensibilizantes.
- Otras: Desarrollo de infecciones bacterianas, micóticas y vi-- rales; necrosis de procesos ulcerosos; retardo en la cicatriza-- ción de heridas; facilita absorción de sustancias tóxicas.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS.

Para la realización de nuestro trabajo, así como para su entendimiento, es necesario conocer algunos términos que nos son de utilidad y los cuales cada vez se van haciendo de uso común. Primero nos referiremos al término "CORTICODERMIA" al cual Letañise refiere a los efectos adversos causados en la piel, primariamente o secundariamente, por el uso de esteroides. Primarias, cuando no existe dermatosis previa y secundarias cuando existe, de -- forjado, un padecimiento dermatológico previo.

Con el término "CORTICOMANIA", nos referimos al uso indiscriminado a gran escala de cortisona y derivados. (lla)

El paciente que llega a la CORTICODERMIA, se niega a renunciar a la mejoría sintomática o momentánea que proporcionan estos medicamentos, convirtiéndose en sus esclavos. (llb)

El "CORTICODALCO", se refiere a la alteración directa que causan los esteroides en la piel (atrófia, estrías atróficas, etc). (9,18,10,26,11)

Quando hablamos de "CORTICESTROPEO", sabemos que así se llama al deterioro de dermatosis previas con cambios en su morfología, extensión de las lesiones y modificación en la evolución; -- empeoramiento clínico lo que conduce a las deficiencias en el -- diagnóstico.

Dentro de las patologías dermatológicas que frecuentemente -- son complicadas por el uso de esteroides se encuentran las neuro

dermatitis, psoriasis, acné, prurigo solar, por insectos y ti-
nas. (1,2,3,27)

El corticoestrono, como ya vimos, es el más frecuente y esto se debe, en mayor o menor grado, a la popularidad de este tipo de medicamentos, llegan a recetarse indiscriminadamente y en ocasiones en forma inconsciente para cualquier padecimiento de la piel, lo que hace que el paciente al ver mejoría aparente, se va neviciando e impulsivamente adquiere sus "pom-ditas", pero cuando las suspende se inician los efectos colaterales iniciando con eritema de la piel, se torna sensible, pruriginosa, se acrieta y hay sensación de quemadura y además se disemina hacia zonas del cuerpo que se encontraban sanas. (11, 11a, 11b)

"TRAQUIFILAXIS", fenómeno causado por el uso tónico de esteroides en diversos tipos de dermatosis y que se caracteriza por el mejoramiento aparente y manifestaciones posteriores de mayor magnitud subsecuente a su aplicación. (2,4)

Alcendiendo de la aplicación de los esteroides, su grado de vasoconstricción alcanzado, se presentara en las primeras aplicaciones tendiendo a disminuir con sucesivas administraciones. (5)

PROBLEMA.

**¿ ES EL USO INDISCRIMINADO DE ESTEROIDES
CAUSA FRECUENTE DE COMPLICACIONES DER-
MATOLOGICAS ?**

HIPOTESIS.

EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL , EL USO
INDISCRIMINADO DE ESTEROIDES EN LOS PA-
DECIMIENTOS DERMATOLOGICOS COMUNES, SON
CAUSA DE COMPLICACIONES.

MATERIAL Y METODOS.

En la consulta externa del servicio de Dermatología del Hospital General de Zona No. 24, IMSS, se llevó a cabo un estudio Descriptivo, Transversal y retrospectivo con carácter observacional. Se estudiaron 50 pacientes de una muestra Seleccionada y no representativa del universo que acude a la consulta antes mencionada.

La muestra corresponde al 41 % de los pacientes que acudieron a la consulta durante el periodo comprendido entre septiembre y octubre de 1984.

Los pacientes estudiados fueron enviados por su médico familiar y catalogados como corticoesteroneados por el especialista.

Como requisitos para su inclusión se tomo en cuenta la fecha de inicio del padecimiento y el tiempo de tratamiento esteroideo entre el inicio y el momento en que se estudia. No fueron importantes ni la edad, sexo o dermatosis de fondo.

Para la obtención de los pacientes que se sometieron a estudio se utilizaron las formas 4-30-6 de la consulta externa de la cual se recabaron nombres y número de afiliación de cada uno. Posteriormente se solicitan los expedientes con el fin de recabar los datos necesarios; en algunos casos, dada la inespecificidad de los datos, se citaron a algunos pacientes para obtener los datos y observación directa.

Obtenidos los datos se vaciaron en tarjetas simples en las cuales se pedía la fecha aproximada de inicio de su padecimiento, el tiempo durante el cual habían recibido tratamiento esteroideo hasta el momento, cómo fueron utilizados los esteroides en su padecimiento (inicialmente o después de haber intentado otra terapia) y por último las complicaciones secundarias a ese manejo.

Para decifrar los datos finales en igual número de grupos se utilizó el método de palotes: dermatosis motivo de consulta con su médico familiar, tratamiento inicial, tiempo de tratamiento y complicaciones.

Los resultados se presentan en cuadros de datos de asociación y por distribución de frecuencias, utilizando barras simples y diagramas de sectores para su representación gráfica; se utilizan porcentajes como ayuda de análisis.

Para llevar a cabo el presente trabajo, se requirió de la colaboración de un Médico Dermatólogo y un Residente de 2o. año de Medicina Familiar.

RESULTADOS.

De los 50 pacientes que fueron sometidos a estudio, observamos que 39 de ellos recibieron tratamiento a base de esteroides como medicamento de primera elección al iniciar su padecimiento, correspondiendo a un 78 % del total de pacientes estudiados.

Los 11 pacientes restantes recibieron , antes, otro tipo de manejo correspondiendo a un 22 % de la muestra. (Vid. infra. Cuadro No. 1)

En cuanto al tiempo que los pacientes recibieron tratamiento esteroideo, observamos que 23 de ellos antes de acudir a la consulta dermatológica recibieron esteroides por lo menos durante cuatro meses lo cual podemos ver que corresponde a un total de 46 % del total de los pacientes. Solamente 9 , recibieron este tipo de manejo entre 5 y 14 meses correspondiendo a un 18 % del grupo. (Vid. infra. Cuadro No. 2)

Por lo que respecta a las dermatosis que con más frecuencia se observan modificadas o complicadas por el uso del tipo de medicamentos ya mencionados, las enfermedades psicósomáticas, neurodermatitis y psoriasis ocupan los porcentajes de mayor importancia dentro de nuestro grupo de estudio correspondiendo a un 44 % y 14 % respectivamente con respecto al total de nuestra muestra. (vid. infra. Cuadro No. 3)

Las complicaciones que en los pacientes sujetos a estudio - se observaron con más frecuencia corresponden a las relacionadas con la diseminación de las lesiones hacia puntos distantes del sitio de origen presentándose en 20 pacientes de nuestro grupo y que corresponden a un 40 % del total; le siguen en importancia y frecuencia 13 pacientes que se refieren al 26 % de los pacientes en estudio. (vid. infra. Cuadro No. 4)

CUADRO # 1

CORTICOTERAPIA POR ELECCION

H.G.Z. No. 24 Sep-Oct 1984.

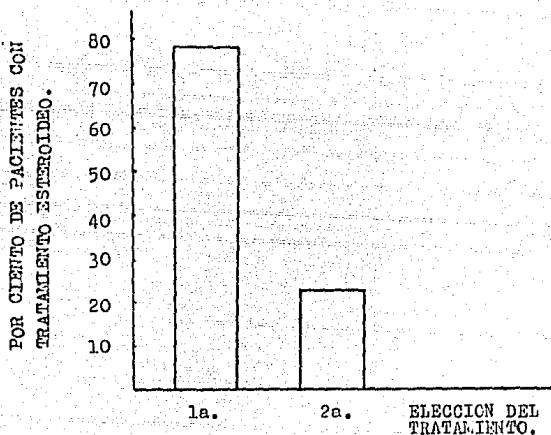
CORTICOTERAPIA POR ELECCION	FRECUCENCIA	POR CIENTO
1a. elección	39	78 %
2a. elección	11	22 %
TOTAL	50	100 %

GRAFICO # 1

POR CIENTO DE PACIENTES BAJO TRATAMIENTO
ESTEROIDEO POR ELECCION DEL MEDICAMENTO.

H.G.Z. No. 24

Sep - Oct 1984.



CUADRO # 2

CORTICODERMIAS POR TIEMPO DE TRATAMIENTO.

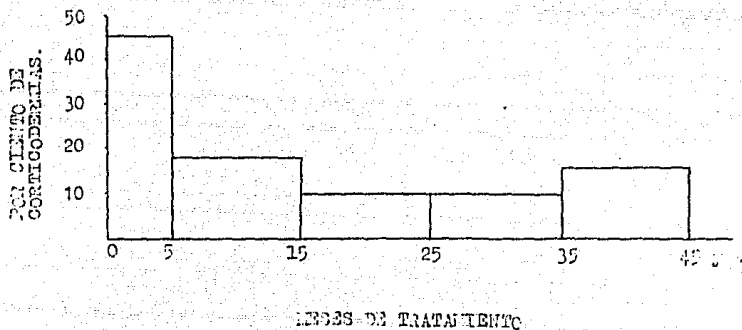
H.G.Z. No. 24

Sep.-Oct 1964

MESES DE TRAT.	PRECUENCIA	POR CIENTO
0 - 4	23	46 %
5 - 14	9	18 %
15 - 24	5	10 %
25 - 34	5	10 %
35 - +	8	16 %
TOTAL	50	100 %

GRAFICO # 2

PORCENTAJE DE CORTICODERIAS, SEGUN TIEMPO DE TRATAMIENTO
M.G.P. No. 24 Sep. - Oct. 1984.



CUADRO # 3

DERMATOSIS MAS FRECUENTEMENTE CORTICOSTROPEADAS.

H.G.Z. No. 24

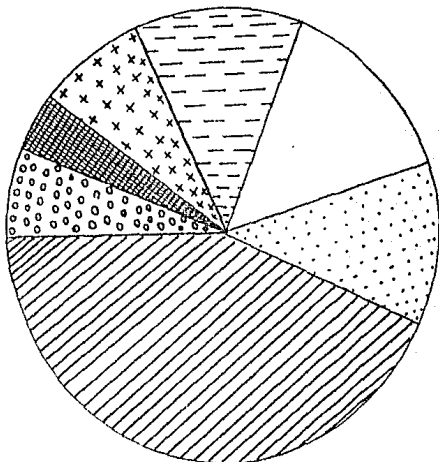
Sen-Oct 1984.


DERMATOSIS	FRECUENCIA	POR CIENTO
NEURODERMATITIS	22	44 %
PRURIGO	6	12 %
PSORIASIS	7	14 %
D. SOLAR	6	12 %
D. CONTACTO	4	8 %
ACNE	2	4 %
OTROS	3	6 %
TOTAL	50	100 %


DERMATOSIS CORTICOSTEROEADAS MAS FRECUENTEMENTE.


H.G.Z. No. 24


Sep.- Oct. 1984.




 NEURODERMATITIS.


 MICOSIS.

 PSORIASIS.

 DERM. SOLAR.

 DERM. POR CONTACTO.

 ACNE.

 OTROS.

CUADRO # 4

COMPLICACIONES DERMICAS MAS FRECUENTES POR
EL USO TOPICO DE ESTERCIDES.

H.G.Z. No. 24

Sep - Oct 1984.

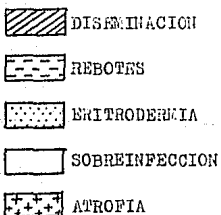
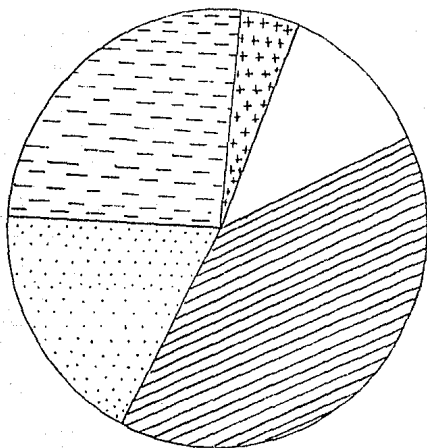
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	Por CIENTO
DISEMINACION	20	40 %
REBOTES	13	26 %
ERITRODERMIA	9	18 %
SOBREINFECCION	6	12 %
ATROPIA	2	4 %
TOTAL	50	100 %

GRAFICO # 4

COMPLICACIONES DERMICAS MAS FRECUENTES POR EL USO
TOPICO DE ESTEROIDES.

H.G.Z No. 24

Sep - Oct 1964.



ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

En el planteamiento de nuestro problema ya anotamos que el uso de esteroides, sobre todo, de uso tópico se utilizan en forma indiscriminada como medicamentos que ayudan, de primera intención en el alivio del paciente dermatológico, lo cual se corrobora al encontrar que mucho más del cincuenta por ciento de nuestros pacientes estudiados, refirieron haber recibido ese tipo de tratamiento al haber consultado por primera ocasión por cualquier tipo de dermatosis, sin investigar a fondo su origen y características. Muchos de ellos refirieron mejoría instantánea y ahora, sin consultar de nueva cuenta al médico, los utilizan por iniciativa propia.

Lo anterior, según algunos autores, se debe a un sin número de causas, tanto por parte del paciente que al consultar al facultativo espera obtener resultados inmediatos y por parte del segundo, entre otras razones, el factor monetario y el reconocimiento ante su clientela como buen médico, sin importar al final de cuenta las consecuencias a veces tan desagradables sobre todo para el paciente.

Por otra parte, dadas las condiciones de la piel del enfermo, son mucho más susceptibles a las acciones de los medicamentos esteroides por la facilidad con que penetran a través de las diferentes capas cutáneas y por ende a una más rápida acción y por los efectos farmacológicos ya conocidos, por mínimo que sea su -

empleo, van a producir mejoría y en el mayor número de casos a cambiar la evolución normal del nacimiento y sobre todo de la aparición de complicaciones; esto lo podemos observar en el cuadro No. 2 de nuestro estudio, donde dentro de los primeros cuatro meses de tratamiento ya se dan esos efectos adversos, estos es, algunos de los casos estudiados se vieron afectados, incluso, durante los primeros cinco días de manejo.

Ahora bien, los pacientes que generalmente acuden a la consulta dermatológica son aquéllos portadores de enfermedades de origen psicosomático, infecciones bacterianas y por hongos, de las cuales, según autores de diversas nacionalidades, los esteroides se encuentran dentro de los medicamentos que de ninguna manera deben ser empleados en el manejo de estas ya que las agravan e incluso llegan a ser de difícil resolución. (6,14,15,18,20)

Como antes habíamos hecho notar, la piel de estos pacientes guarda ciertas características que facilitan la absorción de cualquier tipo de sustancias; al facilitar en este caso la absorción de esteroides, estos con mucha más rapidez provocaran la disminución defensiva del organismo, alteraciones tisulares y vasculares que permitirán la aparición de las diversas complicaciones como son la diseminación de las lesiones a puntos o zonas distantes a la original llegando en algunos casos a resultados de pronóstico grave y de difícil manejo, otros casos se presentarán por episodios secues de haber suspendido el medicamento y siendo tratado en forma conservadora lo que hace prolongada la

evolución normal del cuadro y que habrá de requerir de una gran paciencia por parte del binomio médico-paciente lo que en algunos es prácticamente imposible, sobre todo si el paciente se encuentra en un grado de corticoadicción irreversible.

En los casos anteriores, también es común que se vea la sobreinfección en aquellos padecimientos que al inicio son de manejo fácil si se emplea el tratamiento adecuado.

CONCLUSIONES.

- 1.- Los esteroides tópicos son utilizados frecuentemente -- como medicamentos de primera elección en los padecimientos dermatológicos, sin estudiar a fondo el tipo de enfermedad para iniciar el manejo indicado.
- 2.- El tiempo de empleo de los esteroides tópicos, por mínimo que este sea, produce cambios en la evolución normal de los padecimientos dermatológicos por simples que estos sean.
- 3.- En nuestro estudio sobresalen las neurodermatitis y psoriasis como los padecimientos dermatológicos que se ven más comúnmente complicados por el uso de esteroides; le siguen en frecuencia padecimientos comunes como las micosis y acné que son del conocimiento y objeto de solitud diaria del médico de primer contacto.
- 4.- Las complicaciones que con más frecuencia observamos en nuestro grupo de estudio se encuentran la diseminación de las lesiones más allá del sitio de inicio que en ocasiones producen verdaderas eritrodermias.

CONCLUSIÓN.

Durante la realización de nuestro estudio, nos topamos con muchos obstáculos, no obstante, se logró el objetivo de poder integrar nuestro grupo de estudio.

Entre los obstáculos a los que nos enfrentamos estuvieron -- el hecho de que algunos de los expedientes se encontraban extrañados o no archivados adecuadamente; otras veces, los pacientes se negaban a colaborar arguyendo múltiples excusas, esto hizo -- que buscáramos nuevos candidatos para incluirlos. Dada la abundancia de este tipo de enfermos en la consulta dermatológica, -- que incluso ese fué el incentivo para realizar el estudio, nos -- fue fácil reunirlos.

La inquietud hacia este tipo de dermatosis y su estudio, -- como ya se anotó, nace de la gran cantidad de pacientes que de -- alguna manera han recibido esteroides y se han complicado, a veces de manera grave que incluso requirieron de hospitalización para el control de su padecimiento con medicamentos de difícil manejo o que pueden provocar otro tipo de complicaciones, tal es -- el caso de la Talidomida.

A raíz de lo anterior, quisimos hacer un poco de conciencia en los médicos de primer contacto sobre la importancia de un estudio minucioso de cualquier tipo de dermatosis que a ellos llé -- gue para que se inicie y elija el tratamiento adecuado a cada -- una de ellas; en el caso de no lograr identificar y por lo consi -- guiente no saber que tratamiento preciso se debe iniciar, solicite la ayuda del especialista, o bien, envíe al paciente; esto

evitará las complicaciones que al final de cuentas son las que molestarán al paciente.

Algo de lo que hay que recalcar es la función del médico de reafirmar la confianza del paciente hacia la curación de su padecimiento siempre y cuando sea constante y no abandone el tratamiento. Esto es porque, como ya vimos, las enfermedades de origen psicosomático y que de alguna forma reflejan parte de la personalidad del paciente son de las que más frecuentemente se nos presentan a la consulta por lo que además de tratar la dermatosis habremos de buscar la causa u origen de la somatización de cada paciente para poder brindarle apoyo integral.

Para controlar el uso indiscriminado de los esteroides tópicos, consideremos convenientes estas medidas:

- a) La actualización del médico de primer nivel en cuanto al de las dermatosis más frecuentemente observadas en su práctica diaria.
- b) Por medio de la educación médica continua, enterarse de la acción de los esteroides y sobre todo de las complicaciones que acarrea su uso indiscriminado.
- c) Dentro de su labor educadora, el médico de primer nivel deberá sensibilizar a sus pacientes a no automedicarse informando de las consecuencias que esto provoca.
- d) Reafirmar, cuando algún paciente se encuentre bajo tratamiento de alguna corticodermia, la voluntad y paciencia que debe tener para la conclusión feliz de su enfermedad.

RESUMEN:

En la consulta externa de Dermatología del H.G.Z. No. 24, H.S.S., durante el período comprendido entre septiembre y octubre de 1984 se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional de 50 pacientes portadores de alguna dermatosis corticoesteroeada; la muestra es seleccionada, sin -- constituir representatividad con respecto al universo de estudio.

Los objetivos se encaminan a la determinación de la frecuencia en cuanto al uso de esteroides como medicamentos de primera elección en cualquier dermatosis, así como sus complicaciones -- más frecuentes.

Se utilizaron las formas 4-30-6 de la consulta externa para la localización de nuestros pacientes objetos de estudio así como los expedientes de donde se recabaría la información que -- fue vaciada en tarjetas simples; de estas y con los datos obtenidos se realizaron cuadros con datos de asociación y distribución de frecuencias con graficas acordes a los datos por analizar (barras simples y diagrama de sectores).

De los pacientes estudiados, todos ellos, enviados por su médico familiar, se corrobora que efectivamente antes de utili--zar cualquier otro tipo de medicamentos, los esteroides tónicos alcanzan un gran porcentaje como medicamentos de primera elec---ción (78%) debido a la mejoría casi inmediata que producen sin -- considerar las complicaciones que acarrear.

Se observaron variaciones evolutivas, aun, durante los primeros días de iniciada su aplicación, y así, cuanto mayor es su -

uso las complicaciones son de mayor magnitud.

Las neurodermatitis, en nuestro estudio, correspondieron a un 44%, seguidas de la psoriasis y otras de diversa etiología.

La diseminación, como complicación, en nuestro estudio alcanza un 40 %, seguida de los rebotes o taquifilaxis con un 26%.

Los esteroides cualquiera que sea su vía de administración tienen sus indicaciones precisas y no deben utilizarse como el - el medicamento que aliviara todos los males. Es necesario conocer su mecanismo de acción, absorción, eliminación y, sobre todo, los efectos colaterales que provoca, antes de prescribirlos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- AGUILO, H.A. Corticodermias. Estudio de 50 casos e intento - clasificación. Tesis de Postgrado. Centro Dermatológico Pascua. 1979.
- 2.- Op. Cit. (1)
- 3.- BUENO, D. Talidomida en neurodermatitis corticoesteroeada. - Tesis. Centro Dermatológico Pascua. México. 1979.
- 4.- DUVIVIER, A. Tachyphylaxis to topically applied steroids. *Arch. Derm.* 112: 1245. 1976.
- 5.- FELDMAN, R. et. al. Regional variation in percutaneous penetration of c-cortison Men. *J. Invest. Derm.* 46: 181. 1967.
- 6.- FELDMAN, R. et. al. Penetration of C-Hidro cortisone through normal skin the effect of stropping and occlusion. *Arch. Derm.* 91: 661. 1975.
- 7.- DUVIVIER, A. Tachyphylaxis to the action of topically. Applied corticosteroids. *Arch. Derm.* III: 581-583. 1975.
- 8.- FITZPATRICK y cols. *Dermatología en medicina general, Panamericana*, 2a. ed. Argentina, 1980. 1749-1754.
- 9.- FREEDMAN, R.L. Effect of local corticosteroids psoriasis- *Arch Derm.* 87: 709. 1962.
- 10.- JABLONSKA, S. Comparative evaluation of skinatrophy in man - induced by topical corticoids. *Brit. J. Derm.* 100: 193. 1979
- 11.- KLIMAN, A. et. al. Steroids addiction. *Int. J. Derm.* 18: -- 23-31- 1979.
- 11a.- LATAPI, F. Corticomania. Un problema de Salud Pública. *Memorias VII Congreso Mexicano de Dermatología. Mich.* 518-522.-- 1973.
- 11b.- LATAPI, F. Cada vez más enfermos de piel. *Rev. Mex. Derm.* -- 2: 237-244. 1973
- 12.- LEVINE, S. Adelantos logrados en la terapéutica corticoesteroide ocular. *Clin. Med. Nort.* 1167-1175. 1972.
- 13.- MAIBACH, H. Corticoides de acción tópica. *Clin. Med. Nort.* - 1245-1255. 1972

- 14.- MAIBACH, H. In vivo parenteneous penetration of corticoids in man and uresolved problem en their efficacy. Dermatológica. 152 (supl. 1) 11-25. 1976.
- 15.- MEIBACH, H. Topical corticosteroids. W B. Sanders Co. Phyladelphia. London-Toronto. 1975.
- 16.- MAIBACH, H. Tonical corticosteroids the raphy. A round table discussion. Part. 1. Adverse effects of topicalcorticoids. - Sistemic A-24 (4): 446-448.1979
- 17.- MUNRO, D. Topycal corticosteroids teraphy andit's effects on the hypotalamic pituitary-adrenal function. Dermatológica -- 152 (supl. 1) 173-180. 1976.
- 18.- MUNRO, D. Pituitary-Adrenal function affter prolonged use of-topical corticosteroids. Br. J. Derm. 88: 381. 1973.
- 19.- RUIZ, Maldonado, R. Temas de Dermatología Pediatrica. Mendez Cervantes, México, 1970.
- 20.- RUIZ, Maldonado, R. Riezgos y complicaciones de la aplicación cutánea de pomadas con corticoesteroides. Med. Rev. Mex. 451 -458. 1970
- 21.- SOCOGGINS, R.B. Percutaneous absorption of corticosteroids - systemic effects the man. Eng. Med. J. 273:831. 1965.
- 22.- SNEDDON, I. A trial of hidrocortisone butyraleen the treatment of rosacea and Verioral dermatitis. Br. J. Derm. 89:505 -508. 1973.
- 23.- STOUTON, R. B. Perspectives en topical gluco-corticoids --- therapy. Prog. Derm. 9:7-11. 1975.
- 24.- TEMINE, P. Les vergtures de la corticotherapie generale et - locale. Bull. Soc. Fr. Derm. 68: 238. 1961.
- 25.- THOMPSON, B. et al. Mechanism of action of glucocorticoids - metabolism. 23:159-202. 1974.
- 26.- WILSON, J. Steroids atroohy a histological apptaisal. Dermatológica. 52: (supl) 107-115. 1976.
- 27.- Zamacona, P. Tifa inguinal corticoestronaada. Tesis. Centro Dermatológico Pascua, Mex. 1979.