

## Incidencia de dermatitis atópica corticoestropeada en población pediátrica

### *Incidence of cortico-damaged atopic dermatitis in pediatric population.*

María Enriqueta Morales-Barrera,<sup>1</sup> Martha Alejandra Morales-Sánchez,<sup>1</sup> Laura Nilda Moreno-Martínez,<sup>2</sup> Fermín Jurado-Santa Cruz<sup>1</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria, crónica, de origen multifactorial, con incidencia de 3.25% en todo el mundo.

**OBJETIVO:** Detectar la incidencia de dermatitis atópica con datos clínicos de corticoestropo en el Centro Dermatológico Pascua.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio transversal descriptivo en el que de 2009 a 2018 se buscaron los expedientes electrónicos de pacientes con dermatitis atópica y se determinaron las siguientes variables: sexo, edad, tiempo de evolución, tipo de esteroide administrado y duración del tratamiento; también se calculó la incidencia de dermatitis atópica corticoestropeada usando el programa SPSS versión 19.0.

**RESULTADOS:** Se identificaron 12,916 pacientes pediátricos con dermatitis atópica, 53% eran mujeres y 46.7% hombres. La incidencia fue de 2.4 a 4.74; del total, 2.4% (n = 304) tenían datos de corticoestropo; 74% tenía el cuadro diseminado a más de un segmento corporal; 4.9% padecía eritrodermia al momento del diagnóstico; la mediana del tiempo de evolución fue de 2 años; 28.3% de los pacientes eran escolares; 96.3% aplicaron un esteroide tópico y 53.6% uno combinado.

**CONCLUSIONES:** Se encontró aumento de la incidencia de dermatitis atópica y de los casos de corticoestropo en edad pediátrica. Las compañías farmacéuticas que comercializan esteroides tópicos deben cumplir con los programas de farmacovigilancia.

**PALABRAS CLAVE:** Dermatitis atópica; esteroide.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Atopic dermatitis is an inflammatory, chronic disease of multifactorial origin, with an incidence of 3.25% worldwide.

**OBJECTIVE:** To determine the incidence of atopic dermatitis from clinical records from Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Mexico City.

**MATERIAL AND METHOD:** A cross-sectional and descriptive study was done from 2009 to 2018 by reviewing electronic files of patients with atopic dermatitis; the following data were determined: sex, age, duration of the disease, type of steroid administered and duration of the treatment. The incidence of cortico-damaged atopic dermatitis was calculated using SPSS version 19.0.

**RESULTS:** We identified 12,916 pediatric patients with atopic dermatitis, 53% were women and 46.7% men; the incidence was 2.4 to 4.74; of the total, 2.4% (304) suffered cortico-damaged atopic dermatitis. Seventy four percent of the patients developed disseminated disease with extent to more than one body segment; 4.9% had erythroderma at the time of diagnosis; the median evolution time was 2 years; 28.3% of the patients were schoolchildren; 96.3% applied a topical steroid and 53.6% (n = 163) a combined steroid.

<sup>1</sup> Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

<sup>2</sup> Práctica privada.

**Recibido:** noviembre 2019

**Aceptado:** diciembre 2019

#### Correspondencia

María Enriqueta Morales Barrera  
moralesbqt@yahoo.com.mx

**Este artículo debe citarse como**  
Morales-Barrera ME, Morales-Sánchez MA, Moreno-Martínez LN, Jurado-Santa Cruz F. Incidencia de dermatitis atópica corticoestropeada en población pediátrica. Dermatol Rev Mex. 2020; 64 (4): 386-392.

**CONCLUSIONS:** *An increase in the incidence of atopic dermatitis and in cases of pediatric cortico-damaged atopic dermatitis was found. Pharmaceutical companies that sell topical steroids must comply with pharmacovigilance programs.*

**KEYWORDS:** *Atopic dermatitis; Steroid.*

## ANTECEDENTES

La dermatitis atópica es una dermatosis crónica inflamatoria que cursa con periodos de exacerbaciones y remisiones. La incidencia en México se ha reportado de 3.25% del total de consultas dermatológicas en hospitales de tercer nivel de atención, representa el tercer motivo de consulta.<sup>1</sup> Sin embargo, en nuestra institución por cada 100 pacientes de primera vez, 7 corresponden a dermatitis atópica y es el segundo motivo de consulta de acuerdo con las estadísticas de 2018. Sobreviene con mayor frecuencia en la edad pediátrica, afectando a ambos sexos por igual.<sup>2</sup> La primera línea de tratamiento contra la dermatitis atópica es la aplicación de emolientes y esteroides tópicos para el control de la inflamación, en monoterapia o combinados con inhibidores de la calcineurina, como tacrolimus o pimecrolimus.<sup>3</sup>

Al ser una dermatosis de curso crónico, los pacientes con dermatitis atópica requieren tratamientos durante semanas, que incrementan el riesgo de eventos adversos secundarios a la administración de esteroides tópicos. Los efectos adversos (EA) cutáneos de los esteroides tópicos están descritos a detalle en otros artículos, la atrofia de la piel es el efecto adverso más común.<sup>4,5</sup> Existe un cuadro clínico que se manifiesta cuando el paciente interrumpe la administración de esteroides tópicos después de su aplicación por tiempo prolongado, al que se ha denominado síndrome de la piel roja, adicción a los

esteroides tópicos o síndrome de abstinencia a los esteroides tópicos. Este cuadro clínico se ha comunicado en reportes de casos desde 1969;<sup>6</sup> sin embargo, el primero en describir las cortico-dermias, cuadros clínicos relacionados con la administración de esteroides, fue el Dr. Fernando Latapí, en México, en el decenio de 1960. El Dr. Latapí acuñó el término y describió cinco afecciones: corticodaño, corticoestropo, corticorrebote, corticodependencia y corticomanía. El corticoestropo se refiere a las alteraciones que sufren las enfermedades cuando se tratan inadecuadamente con corticoesteroides, tanto en los síntomas o la evolución, como en la reacción a los tratamientos habituales. Se define como corticorrebote a la exacerbación de la dermatosis al suspender de súbito un esteroide que se ha administrado durante largo tiempo y pueden mostrar modificaciones en su topografía y morfología, con lesiones atípicas y dificultar el diagnóstico. Mientras que la taquifilaxia es la pérdida de efectividad del medicamento después de dosis repetidas, por lo que se requiere la administración de dosis mayores o esteroides de mayor potencia para controlar la dermatosis, este efecto y el anterior tienen relación estrecha.<sup>7</sup>

Hasta el momento, no existen publicaciones de la incidencia del corticoestropo en pacientes con dermatitis atópica, por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la incidencia de los casos de dermatitis atópica corticoestropeada en población pediátrica del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, así como las

características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODO

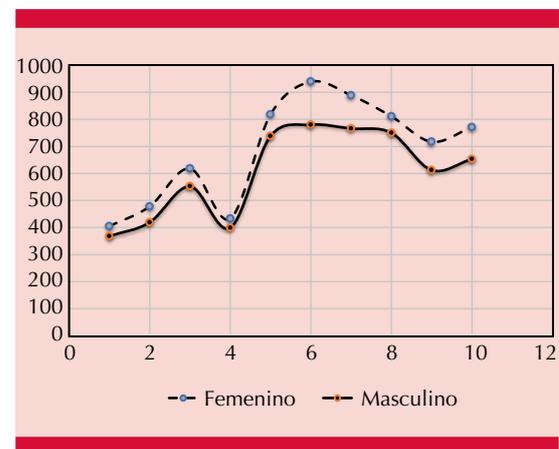
Estudio transversal descriptivo con base en los expedientes clínicos de la Consulta Externa del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, perteneciente a los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. Se buscaron los expedientes clínicos de los pacientes menores de 18 años con el diagnóstico principal de dermatitis atópica, en el periodo comprendido del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2018. Se revisaron los expedientes electrónicos para identificar los casos de dermatitis atópica con datos clínicos de corticoesteroides y se buscaron las siguientes variables de estudio: sexo, edad, tiempo de evolución, tipo de esteroide administrado y duración del tratamiento. Los criterios clínicos para considerar corticoesteroides fueron: eritrodermia, poca respuesta al tratamiento convencional, eccema de repetición y sin respuesta al tratamiento y la exacerbación del cuadro clínico al momento de iniciar la reducción del esteroide.

Con las variables de estudio, se calculó la incidencia de la dermatitis atópica corticoesteroidada con base en el total de pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica por año calendario. Posteriormente, con el programa SPSS versión 19.0 se realizó la descripción de las variables de los casos identificados, mediante proporciones para las variables cualitativas y usando promedio y desviación estándar para las variables cuantitativas, asumiendo una distribución normal de los datos.

## RESULTADOS

Se identificaron 12,916 pacientes pediátricos con diagnóstico de dermatitis atópica de 2009 a 2018, 53.3% (n = 6879) eran mujeres y 46.7% (n = 6037) hombres, con media de  $5.7 \pm 4.9$

años. La distribución del número de casos de dermatitis atópica por sexo y por año se muestra en la **Figura 1**, mientras que la incidencia de dermatitis atópica en la edad pediátrica se observa en el **Cuadro 1**. Del total de pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica, 2.4% (n = 304) tenían datos a la exploración física de corticoesteroides.



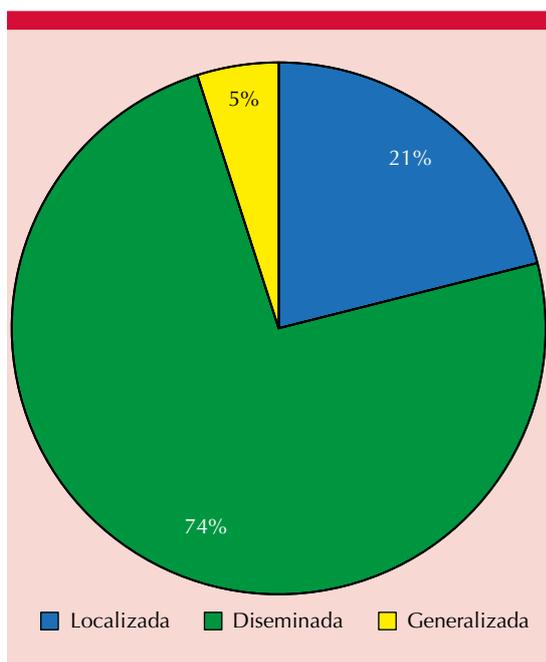
**Figura 1.** Distribución de casos de dermatitis atópica por sexo y por año de diagnóstico.

**Cuadro 1.** Incidencia de dermatitis atópica en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua

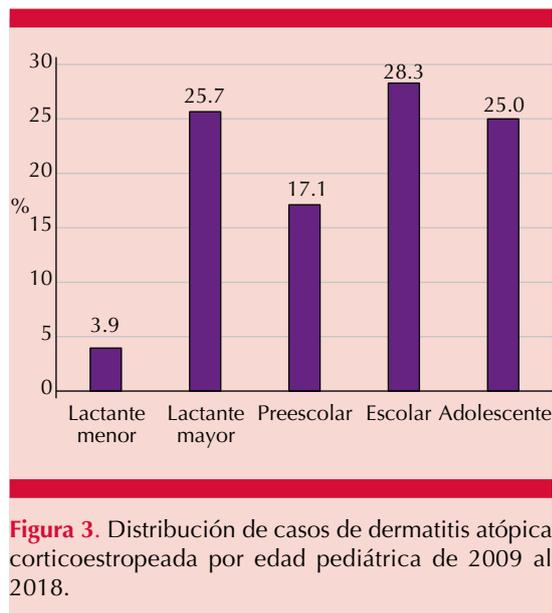
Año	Casos	Incidencia*
2009	773	2.24
2010	897	2.41
2011	1170	2.81
2012	832	2.05
2013	1556	4.03
2014	1719	4.71
2015	1655	4.74
2016	1561	4.54
2017	1329	4.27
2018	1424	4.10

\* Por cada 100 pacientes de primera vez.

De los pacientes con dermatitis atópica y corticoestropeo, 52.3% (n = 159) eran mujeres y 47.7% (n = 145) hombres, con promedio de edad de 7.04 ± 5.26 años. Del total de pacientes, 74% tenía un cuadro diseminado a más de un segmento corporal, la cara y las extremidades superiores e inferiores –en pliegues– fueron las topografías más afectadas. Sólo 4.9% de los pacientes (n = 15) tenían eritrodermia al momento del diagnóstico. La clasificación de los pacientes por extensión de la dermatitis atópica se muestra en la **Figura 2**. La mediana de tiempo de evolución de la dermatitis atópica fue de dos años, hasta un máximo de 14 años. Al clasificar por edad pediátrica, 28.3% de los pacientes eran escolares, seguidos de 25.7% de lactantes mayores, el resto de la distribución se muestra en la **Figura 3**. El 97% (n = 295) de los pacientes durante el interrogatorio mencionaron como tratamiento previo un corticosteroide, el 3% (n = 9) restante refirió haber aplicado una crema, pero no recordó el nombre comercial ni la sustancia activa (**Figuras 4 a 6**).



**Figura 2.** Distribución de casos de dermatitis atópica corticoestropeada por extensión. N = 304.



**Figura 3.** Distribución de casos de dermatitis atópica corticoestropeada por edad pediátrica de 2009 al 2018.

De los 295 (100%) pacientes que especificaron su tratamiento previo, 96.3% aplicaron un esteroide tópico y a 3.7% (n = 11) se los indicaron por vía oral o intramuscular; de estos últimos los más frecuentes fueron: prednisona (n = 5), betametasona con loratadina (n = 3), deflazacort (n = 1), prednisolona (n = 1) y dexametasona intramuscular (n = 1). De los 284 (100%) pacientes que aplicaron un esteroide tópico, 67.6% (n = 192) aplicaron un esteroide clase I (superpotente), 12.7% (n = 36) uno clase VI (baja potencia) y 12.3% (n = 35) uno clase VII (muy baja potencia). La distribución de pacientes por el tipo de esteroide prescrito se muestra en el **Cuadro 2**. En relación con el esteroide tópico más prescrito como tratamiento previo, del total de pacientes con dermatitis atópica corticoestropeada, 53.6% (n = 163) recibió un medicamento que combinaba dipropionato de betametasona, clotrimazol y sulfato de gentamicina; Barmicil fue la marca más prescrita (39.8%), seguida de Quadriderm (13.8%). La mediana de tiempo de administración de los esteroides tópicos fue de seis meses; es decir, la mitad de los pacientes aplicaron el esteroide hasta 6 meses, el tiempo de

**Cuadro 2.** Distribución de los pacientes de acuerdo con la potencia del esteroide tópico administrado

Potencia	Clase	Frecuencia % (n=284)	Sustancia activa
Alta	I	67.6 (192)	Dipropionato de betametasona Propionato de clobetasol Valerato de diflucortolona
	II	3.9 (11)	Furoato de mometasona Halcinonida Prednicarbato
	III	-	-
Media	IV	-	-
	V	3.5 (10)	Butirato de hidrocortisona Valerato de betametasona Propionato de fluticasona
Baja	VI	12.7 (36)	Acetónido de fluocinolona Desonida
	VII	12.3 (35)	Dexametasona Hidrocortisona

menor aplicación fue de 6 meses y el de mayor aplicación fue de 8 años de forma intermitente. La mediana del número de tubos de esteroide aplicado fue de 10, con mínimo 6 y máximo de 384 tubos.

## DISCUSIÓN

El Dr. Fernando Latapí describió al corticoestropeo como el deterioro de una dermatosis previa causado por la aplicación de esteroides tópicos, que puede estar constituido por empeoramiento clínico, modificación en la evolución natural del padecimiento y diseminación del mismo. En el contexto del paciente con dermatitis atópica, acostumbrarse a la administración de esteroides tópicos –que generan alivio sintomático– ocasiona que el niño o su cuidador primario se nieguen a suspender su aplicación. Este cuadro es el que Latapí denominó como corticodependencia o corticoadicción.

Es del conocimiento del dermatólogo cuál es el mecanismo de acción y la clasificación de los esteroides tópicos así como de sus efectos indeseables tópicos y sistémicos, y que en sitios



**Figura 4.** Lactante con dermatitis atópica corticoestropeada.



**Figura 5.** Acercamiento de las lesiones.



**Figura 6.** Preescolar que recibió más de seis meses esteroides tópicos y orales.

como los párpados y genitales, puede aumentar su absorción y que la hidratación de la piel aumenta hasta cinco veces la absorción.

Es recomendable explicarle al paciente la cantidad de esteroide que debe aplicarse, y se realiza con la unidad de la punta del dedo (*finger tip unit*), que es la cantidad de esteroide que cabe en la punta del dedo (sobre la yema) y equivale a 0.5 g, lo que es muy importante para evitar que se aplique más dosis de la necesaria. Además, está descrito que su aplicación debe ser de una a dos veces al día y disminuir aún más los efectos secundarios. Se aconseja no aplicar más de 45 g a la semana de un esteroide potente y 100 g a la semana cuando es de baja o moderada potencia.<sup>8</sup>

No es recomendable prescribir esteroides superpotentes más de tres semanas continuas y en pacientes pediátricos y en ancianos lo recomendable es aplicar esteroides de baja potencia, así como en la cara y los párpados.<sup>9</sup>

Un factor relevante para la administración y continuación del esteroide tópico en niños es el hecho de que los padres no quieren o no pueden faltar a su trabajo. Una razón más a considerar es que el tratamiento de la enfermedad en sí es costoso porque entre más complicado es el caso requiere más medicamentos. Asimismo, los padres o cuidadores se desesperan al no ver mejoría inmediata de su hijo, llegando a veces a recurrir de nuevo al esteroide tópico, porque le disminuye o alivia la enfermedad de forma parcial o temporal.

En nuestro estudio, 96.3% de los pacientes con dermatitis atópica y corticoestropo recibieron un esteroide tópico previo al diagnóstico por parte de un dermatólogo. Lo anterior es resultado de que los esteroides tópicos son medicamentos de venta libre (sin receta médica), que se anuncian en medios de comunicación, como la televisión

abierta y revistas no médicas. Además, el costo de un tubo de esteroide tópico de 40 gramos –de la marca que más se administraron los pacientes de este estudio– es de 30 a 60 pesos, mientras que otras marcas van de 80 a 300 pesos. Asimismo, un frasco o tubo (aproximadamente 200 mL) del pilar del tratamiento de la dermatitis atópica –que son los emolientes– llega a costar desde 70 hasta 500 pesos. Mientras que un tubo de 30 g de los inhibidores de la calcineurina tienen un costo que va desde 500 hasta 900 pesos. Ante este panorama, desde el punto de vista económico y social, es lógico que la mayoría de los padres o cuidadores prefieran iniciar la aplicación de un esteroide tópico en vez de acudir con el médico especialista, a quien también tienen que cubrirle sus honorarios.

A nivel institucional, las restricciones en los tiempos de la consulta y la accesibilidad a un segundo nivel con el médico especialista en Dermatología inducen a los padres y cuidadores a iniciar un tratamiento con esteroides a pesar de los efectos secundarios, al no tener una alternativa costo-efectiva. Sin embargo, un paciente pediátrico que se diagnostica con dermatitis atópica corticoestropada es un reto terapéutico para el dermatólogo, por lo que es indispensable educar a los padres de manera que comprendan que la administración prolongada de los esteroides tópicos ocasiona el empeoramiento del cuadro clínico, así como los efectos secundarios de la absorción sistémica cuando la superficie corporal afectada es de más de 90%.

Una de las soluciones a este problema es evitar que desde el primer nivel de atención se les indique como primera opción la administración de esteroides tópicos antes de reforzar las medidas generales del cuidado de la piel para el restablecimiento de la barrera cutánea, principalmente el uso de emolientes. Otra reco-

mendación importante es que las autoridades regulatorias de la venta de fármacos consideren a los esteroides tópicos un medicamento que debe venderse con receta médica y no anunciarse al público en general como si fueran un producto cosmético de libre acceso. Es preciso que las autoridades exijan a las compañías farmacéuticas que comercializan esteroides tópicos el cumplimiento de programas de farmacovigilancia y la comunicación de los efectos adversos de estos medicamentos.

## REFERENCIAS

1. Galindo-Soto EF, Campos-Cortés A, Zamora-Santos E. Incidencia de dermatitis atópica en la Consulta Externa de Dermatología de la Unidad de Especialidades Médicas. *Rev Sanid Milit Mex* 2003;57(6):374-380.
2. Mortz CG, Andersen KE, Dellgren C, Barington T, Bindslev-Jensen C. Atopic dermatitis from adolescence to adulthood in the TOACS cohort: prevalence, persistence and comorbidities. *Allergy* 2015;70(7):836-45. doi: 10.1111/all.12619
3. Katayama I, Alhara M, Ohya Y, Saeki H, Shimojo N, Sholi S, Taniguchi M, Yamada H. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2017. *Allergol Int* 2017;66(2):230-247. doi: 10.1016/j.alit.2016.12.003
4. Gupta R, Fonacier LS. Adverse effects of nonsystemic steroids (inhaled, intranasal, and cutaneous): a review of the literature and suggested monitoring tool. *Curr Allergy Asthma Rep* 2016;16:44-54. doi: 10.1007/s11882-016-0620-y
5. Mooney E, Rademaker M, Dailey R, Daniel BS, Drummond C, Fischer G, Foster R, Grills C, Halbert A, Hill S, King E, Leins E, Morgan V, Phillips RJ, Relic J, Rodrigues M, Scardamaglia L, Smith S, Su J, Wargon O, Orchard D. Adverse effects of topical corticosteroids in paediatric eczema: Australasian consensus statement. *Australasian J Dermatol* 2015;56:241-51. doi: 10.1111/ajd.12313
6. Hajar T, Leshem YA, Hanifin JM, Nedorost ST, Lio PA, Paller AS, Block J, Simpson EL. A systematic review of topical corticosteroid withdrawal ("steroid addiction") in patients with atopic dermatitis and other dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72:541-9. doi: 10.1016/j.jaad.2014.11.024
7. Alonzo-Romero L. Corticodermias. En: *Dermatología Práctica Ibero-latinoamericana*. 2ª ed. Lito Láser SA de CV. México: 2012;162.
8. Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. *Am Fam Physician* 2009;79:135-140.
9. Nieman LK. Consequences of systemic absorption of topical glucocorticoids. *J Am Acad Dermatol* 2010;65:250-252.