

Corticóides tópicos

Considerações sobre a sua aplicação na patologia cutânea

ANA DIAS COSTA*, SUSANA MACHADO**, MANUELA SELORES***

RESUMO

Introdução: Actualmente, existem em Portugal inúmeros corticóides tópicos, com diferentes potências, diferentes veículos e, consequentemente, diferentes propriedades.

A eficácia clínica de um corticóide tópico depende das suas propriedades e modo de aplicação, bem como do tipo de lesão e do indivíduo em causa.

Objectivos: Esta revisão bibliográfica pretende rever as propriedades farmacodinâmicas dos corticóides tópicos, caracterizar os corticóides tópicos disponíveis em Portugal, determinar alguns factores que influenciam a sua eficácia clínica e descrever as suas indicações, contra-indicações e efeitos laterais tendo em conta a sua aplicação na prática clínica em doentes com patologia cutânea.

Método: Efectuou-se uma revisão bibliográfica baseada em pesquisa na base de dados Medline, entre os anos 1993 e 2004 e nas consultas de livros da especialidade, do Simpósium Terapêutico e da página de Internet do Infarmed.

Foi reunida informação actualizada sobre corticoterapia tópica no tratamento de patologia cutânea.

Palavras-chave: Corticoterapia Tópica; Pele.

INTRODUÇÃO

Os corticóides tópicos são fármacos muito usados no tratamento de patologia inflamatória, proliferativa ou de causa imunológica da pele, podendo também ser eficazes no tratamento de sintomas cutâneos tais como prurido e sensação de queimadura¹. Actualmente, existem no mercado português inúmeros corticóides tópicos, com diferentes potências, diferentes veículos e, consequentemente, diferentes

propriedades.

A eficácia clínica de um corticóide tópico depende das propriedades do fármaco, da sua aplicação e também do indivíduo que necessita de tratamento.

Esta revisão bibliográfica pretende:

- rever as propriedades farmacodinâmicas dos corticóides tópicos;
- classificar os corticóides tópicos existentes no mercado português, quanto à sua potência e forma galénica, indicando as suas denominações internacionais e seus nomes comerciais;
- determinar alguns factores que influenciam a eficácia clínica dos corticóides tópicos, em relação ao fármaco (estrutura química, concentração, veículo e adição de outras substâncias), à sua aplicação (quantidade, modo, frequência e duração

de aplicação) e ao indivíduo (natureza, localização e extensão da lesão, sexo e idade do indivíduo);

- identificar algumas indicações, contra-indicações e efeitos laterais da corticoterapia tópica;
- referir algumas considerações gerais relativas à prescrição dos dermocorticóides.

MÉTODOS

Efectuou-se uma revisão bibliográfica baseada em pesquisa na base de dados Medline e nas consultas de livros da especialidade, do Simpósium Terapêutico e da página de Internet do Infarmed. Na pesquisa na base de dados Medline entre os anos 1993 e 2004, com a introdução dos descritores «*topical corticosteroids*» e «*cutaneous*», obtiveram-se 232 arti-

*Interna Complementar Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Serpa Pinto.

**Assistente Hospitalar do Serviço de Dermatologia do Hospital Geral Santo António, SA.

***Directora do Serviço de Dermatologia do Hospital Geral Santo António, SA.

gos, tendo-se seleccionado para a redacção final os artigos mais pertinentes relativamente aos objectivos definidos.

Foi reunida informação actualizada sobre corticoterapia tópica no tratamento de patologia cutânea.

CORPO DA REVISÃO

Propriedades farmacodinâmicas

Os corticóides tópicos possuem os seguintes tipos de actividade farmacológica que determinam a sua acção clínica^{2,3}:

ACÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA

É o efeito terapêutico mais procurado e caracteriza-se pela diminuição do edema e eritema subjacentes a qualquer causa de inflamação – acção não específica.

ACÇÃO VASOCONSTRITORA

Efeito importante na diminuição do eritema e edema da reacção inflamatória. Esta propriedade serve de base ao teste de McKenzie que estabelece uma escala de potências dos dermatocorticóides uma vez que existe relação entre a acção vasoconstritora e actividade anti-inflamatória destes fármacos.

ACÇÃO ANTI-PROLIFERATIVA (ANTI-MITÓTICA)

Inibição não específica do ciclo celular, responsável por alguns efeitos laterais locais, como a atrofia e a hipopigmentação. Esta acção tem interesse terapêutico em alguns casos, nomeadamente, no tratamento das cicatrizes quelóides.

ACÇÃO IMUNOSUPRESSORA

É útil no tratamento de patologia que tenha subjacente mecanismos imunológicos mas também é responsável pelo agravamento de infec-

ções cutâneas localizadas nos locais de aplicação do fármaco.

TAQUIFILAXIA

Define-se como resistência clínica ao tratamento após aplicação prolongada e ininterrupta do corticóide e varia com a potência e concentração do fármaco, verificando-se que elevadas potência e concentração se associam a desenvolvimento mais rápido de taquifilaxia. Este fenómeno não se constata em relação aos efeitos laterais, que tendem a acentuar-se.

ACÇÃO MINERAL E GLUCOCORTICÓIDE

O seu efeito sobre o eixo hipotálamo-hipofisário manifesta-se por diminuição do cortisol plasmático, sendo raramente sintomático.

Classificação

A potência de um dermatocorticóide depende das características químicas e farmacológicas da molécula, da sua concentração no veículo e da natureza do veículo. A sua classificação baseia-se na acção vasoconstritora do fármaco e no resultado de ensaios clínicos^{2,4}.

A classificação americana considera 7 classes (I, II, III, IV, V, VI e VII), de potência decrescente, sendo a classe I a de maior potência.

A classificação europeia consiste em 4 classes (I, II, III e IV), de potência crescente, correspondendo à classe I a menor potência. No Quadro I classificam-se os corticóides tópicos existentes no mercado português, em 2004, quanto à sua potência e forma galénica.^{5,6}

Factores que determinam a eficácia clínica dos corticóides tópicos

Na década de 1950-60, reconheceu-se a eficácia da hidrocortisona tópica no tratamento de patologia cutânea inflamatória ou proliferativa.

Esta descoberta veio revolucionar a terapêutica tópica, uma vez que, até então, o tratamento deste tipo de patologia da pele era empírico e pouco eficaz^{1, 2,3}.

Ao longo dos anos, introduziram-se alterações na estrutura inicial da hidrocortisona com o objectivo de aumentar a sua potência. Contudo, verificou-se que essas modificações aumentavam também o risco de efeitos indesejáveis, nomeadamente a atrofia cutânea. Assim, foi necessário desenvolver novas moléculas que reunissem maior potência de acção, mas com efeitos laterais locais comparáveis aos dos corticóides de mais fraca potência^{4,7,8,9}.

Em 1977, descreveu-se pela primeira vez, com o butirato de clobetasol, uma melhor relação entre eficácia clínica e efeito de atrofia local. Esta melhoria foi possível devido à síntese de moléculas com absorção limitada, moléculas com afinidade muito específica para os receptores cutâneos ou moléculas que apresentavam elevada actividade na pele mas são rapidamente metabolizadas em metabolitos inactivos^{7,9}.

Assim, são exemplos de dermatocorticóides de nova geração o aceponato de hidrocortisona, o aceponato de metilprednisolona, o prednicartrato, o propionato de fluticasona, o budesonido e o furoato de mometasona^{2,9}. De entre estes estão comercializados em Portugal o aceponato de metilprednisolona, furoato de metetasona e o propionato de fluticasona, que possuem elevado nível de actividade anti-inflamatória com baixo risco de toxicidade sistémica^{7,8}. Apesar de não ser consensual, parecem estar também associados a menor risco de atrofia cutânea^{2,8}.

A eficácia clínica dos dermatocorticóides depende de factores inerentes ao fármaco (estrutura química, concentração, veículo e adição de outras

QUADRO I

CLASSIFICAÇÃO DOS DERMOCORTICÓIDES DISPONÍVEIS EM PORTUGAL, EM 2004^{5,6}

Classe Potência	Denominação Internacional Comum	Nome Comercial®	Forma Galénica
I Fracamente Potente	Hidrocortisona	Dermimade	pomada
		Hidrocortisona	
		Hidalone	creme, pomada
		Lactisona	emulsão
		Pandermil	creme, pomada, solução
II Moderadamente Potente	Butirato de Clobetasona	Emovate	creme, pomada
	Butirato Hidrocortisona	Locoid	creme, pomada, lipocreme, emulsão, loção
	Butirato Propionato Hidrocortisona	Pandel	creme, pomada
	Desonido	Locapred	creme
		Zotinar	creme, loção
		Miloderme	creme
	Valerato de Dexametasona	Dexaval	creme, solução
III Potente	Acetonido Fluocinolona	Synalar	creme
	Dipropionato de Betametasona	Diprosone	creme, pomada
		Diprosone NV	creme, pomada, loção
		Soluderme	solução
	Valerato de Betametasona	Betnovate	creme, pomada, loção
		Gilestoderme	creme
		Dibetop	creme, pomada
Vabeta		creme, solução	
Nova geração	Aceponato Metilprednisolona	Advantan	creme, pomada, emulsão, solução
	Furoato de Mometasona	Elocom	creme, pomada, solução
	Propionato de Fluticasona	Cutivate	creme
		Ubizol	creme
IV Muito Potente	Halometasona	Sicorten	creme, pomada
	Propionato de Clobetasol	Dermovate	solução

substâncias), à sua aplicação (quantidade, modo, frequência e duração) e ao indivíduo (natureza, localização e extensão da lesão; sexo e idade do indivíduo).

FÁRMACO*Estrutura química*

A lipossolubilidade na camada córnea favorece a penetração do corticóide². Factores como conservantes, fragâncias, cor, agentes de libertação e outros excipientes podem aumentar a biodisponibilidade ou a acei-

tação cosmética do fármaco⁴.

Concentração

Quanto maior a concentração do fármaco maior é a sua potência⁴. Contudo, deve-se salientar que o uso de um corticóide com potência mais elevada do que o necessário não tem qualquer vantagem no tratamento e acarreta um aumento do risco de efeitos laterais^{4,10}.

Veículo

Em cada formulação, as proporções

relativas de princípio activo e veículo são de 0,025% e 99,975% respectivamente, o que determina a importância do veículo na eficácia clínica do fármaco¹¹. A penetração é favorecida pelo excipiente gordo (efeito oclusivo) e pelo propileno glicol (solubilizante)^{2,9}.

– Pomada: contém um excipiente gordo, que proporciona boa hidratação e potência a penetração do corticóide por efeito oclusivo^{1,2,10}. Qualquer concentração de corticóide é mais potente no veículo pomada do que no veículo creme ou loção^{1,4}. É mais hidratante do que o creme, mas é pouco cosmético^{1,10}. Este veículo é mais apropriado para o tratamento de lesões liquenificadas, espessas e fissuradas¹. É o veículo de escolha para as dermatoses crónicas¹⁰.

– Creme: é mais cosmético do que a pomada^{1,2,10}. Pode secar, pelo que pode existir benefício na administração adicional de hidratante¹. Requer conservantes, que podem ser responsáveis por irritação local e reacções alérgicas¹. Pode ser usado em pele hidratada e em áreas intertriginosas¹. É o veículo de escolha para dermatoses agudas e subagudas^{1,10}.

– Solução: é o veículo mais cosmético para uso no couro cabeludo ou outras áreas pilosas^{1,10}. O poder de penetração é inferior ao da pomada ou creme^{2,4}. Frequentemente, contém álcool e propileno glicol, que favorecem a penetração, mas podem ser responsáveis por irritação e queimadura, se aplicados em dermatoses agudas, erosões ou fissuras^{1,2}.

Adição de outras substâncias

A adição de um queratolítico, como o ácido salicílico, ou de um hidratante, como a ureia, aumenta a permeabilidade cutânea e, conseqüentemente, a penetração do dermocorticóide^{2,3,9}.

A associação, na mesma preparação, de um anti-infeccioso (anti-séptico, antibiótico, antifúngico) raramente se justifica e pode-se associar a risco de sensibilização^{2,3}, sendo apenas usadas em situações clínicas particulares e por períodos curtos, por exemplo quando se pretende aliar as propriedades anti-infecciosas ao efeito anti-inflamatório.

Os manipulados com corticóides tópicos podem ter interesse para o tratamento de áreas extensas, mas é necessário ponderar quais os constituintes e respectivas concentrações indicados para a lesão e o indivíduo em causa. O uso destes manipulados pode ser limitado por dificuldade em assegurar a estabilidade do corticóide, após diluição ou associação a outras moléculas^{2,3}.

APLICAÇÃO DO FÁRMACO

Quantidade

Um método usado para controlar a quantidade de fármaco aplicado é o método «finger tip unit – FTU» (Quadro II). Uma FTU é a quantidade de pomada, creme ou gel que sai de um tubo com orifício de 5mm e se aplica na falange distal do dedo indicador de um adulto e que corresponde, aproximadamente, a 0,5gr. Esta quantidade é suficiente para uma superfície cutânea de 300 cm² ^{12, 13}.

Modo de aplicação

A oclusão aumenta a hidratação, a temperatura local e a duração de

contacto do corticóide com a pele, podendo aumentar a sua penetração em cerca de 10 vezes. Contudo, a oclusão pode também ser responsável por retenção do suor, infecções e aumento do risco de efeitos laterais locais e sistémicos^{2,9,10}.

Frequência de aplicação

Dados os problemas de toxicidade sistémica, efeitos laterais locais, taquifilaxia, custo e *compliance* do doente, é importante determinar a mínima frequência de aplicação eficaz¹⁴.

Devido ao «efeito reserva», os corticóides tópicos podem permanecer na camada córnea durante dois dias, ou duas semanas se aplicados em oclusão, sendo progressivamente libertados para as camadas mais profundas da epiderme e derme^{2,14}.

Vários estudos referem que em relação aos corticóides muito potentes não se verificam diferenças na resposta ao tratamento com uma ou duas aplicações diárias e, em relação aos corticóides potentes ou moderadamente potentes, as diferenças nos resultados do tratamento com uma ou duas aplicações diárias são mínimas ou mesmo inexistentes¹⁴.

As palmas e plantas são locais em que a camada córnea é espessa e em que a medicação pode ser facilmente removida e podem necessitar de aplicação mais frequente¹.

Uma frequência de aplicação mais elevada do que a necessária

não tem qualquer vantagem no tratamento e acarreta um aumento no risco de efeitos laterais^{2,4,14}.

Duração de aplicação

Sempre que possível, a aplicação diária de corticóides de elevada potência, no adulto, não deve exceder as três semanas¹.

Os corticóides potentes e moderadamente potentes podem ser usados até três meses, no adulto, sem risco significativo de efeitos laterais, excepto na face e áreas intertriginosas¹.

Os efeitos laterais associados ao uso de preparações de fraca potência são raros. Contudo, mesmo com esta classe de fármacos, em tratamentos de longa duração é preferível o seu uso intermitente¹.

A aplicação prolongada e ininterrupta do corticóide pode provocar resistência clínica – taquifilaxia^{2,3}.

INDIVÍDUO

A absorção cutânea ocorre pelas vias transepidérmica e transfolicular. A penetração do dermocorticóide na camada córnea ocorre por difusão passiva e depende do conteúdo lipídico e espessura dessa camada³.

Existe uma variação individual na absorção cutânea, uma vez que indivíduos nas mesmas condições absorvem quantidades diferentes, mas existem outros factores, como a natureza, a localização e a extensão da lesão ou a idade e o sexo do indivíduo, que determinam a eficácia clínica do corticóide tópico.

Natureza da lesão

Lesões erosivas e/ou inflamatórias em que a barreira cutânea está alterada permitem maior absorção do fármaco do que a pele normal^{1, 2}.

Lesões agudas, inflamatórias e finas respondem a corticóides de fraca ou moderada potência¹.

Lesões crónicas, hiperqueratôti-

QUADRO II

NÚMERO DE FTU DE ACORDO COM A IDADE E A LOCALIZAÇÃO CORPORAL^{13,14}

	3-12 meses	1-2 anos	3-5 anos	6-10 anos	adultos
Cabeça e pescoço	1	1/2	1/2	2	2 1/2
Membro superior	1	1/2	2	2 1/2	4
Membro inferior	1 1/2	2	3	4 1/2	8
Tronco	1	2	3	3 1/2	7

cas, liquenificadas ou endurecidas podem responder apenas a corticóides potentes ou muito potentes¹.

Localização da lesão

A principal barreira à absorção cutânea é a espessura da camada córnea, que varia com a localização e a idade².

Locais em que a camada córnea é mais fina, nomeadamente, a face (particularmente as pálpebras), as áreas intertriginosas e o escroto, são particularmente susceptíveis a efeitos laterais^{1,2,4}. Nestes locais devem-se usar, preferencialmente, preparações de fraca potência e, caso seja necessário o uso de corticóides de maior potência, este deve ser de curta duração¹.

Nas palmas e plantas a camada córnea é mais espessa, o que dificulta a absorção das preparações e torna necessário o uso de corticóides potentes e muito potentes^{1,2}.

Extensão da lesão

Dada a probabilidade de absorção sistémica dos corticóides devem-se usar preparações de fraca ou moderada potência quando a área atingida é extensa¹.

Idade e sexo do indivíduo

As crianças possuem elevada relação superfície corporal/peso e a sua camada córnea é mais fina, o que aumenta o risco de efeitos laterais sistémicos^{2,4}. Também nos idosos a camada córnea é mais fina, o que justifica especial atenção na aplicação do corticóide tópico^{1,4}.

As mulheres parecem ser mais susceptíveis aos efeitos laterais da corticoterapia tópica⁴.

Algumas indicações e contra-indicações da corticoterapia tópica

O tratamento com corticoterapia tó-

pica está indicado nas afecções que beneficiam das acções anti-inflamatória, anti-proliferativa ou imunossupressora desses fármacos.

No Quadro III estão alguns exemplos de patologias que respondem favoravelmente à corticoterapia tópica, em função do seu nível de actividade^{2, 3, 12}.

A corticoterapia tópica não está indicada na urticária.

A escolha do nível de potência do corticóide tópico mais adequado para cada lesão deve considerar os restantes factores que determinam a eficácia clínica destes fármacos, nomeadamente a idade do indivíduo e a localização da lesão^{3,12}.

São contra-indicações da corticoterapia tópica³:

- dermatoses infecciosas devido ao seu efeito imunossupressor (virais, bacterianas, fúngicas e parasitárias);
- dermatoses ulceradas devido ao seu efeito anti-proliferativo (atrasa a cicatrização);
- dermatoses faciais com componente vasomotora ou folicular;
- dermatites de contacto alérgicas aos corticóides.

Efeitos laterais da corticoterapia tópica

EFEITOS LATERAIS LOCAIS (QUADRO IV)

Os efeitos laterais locais dependem de factores individuais e muitos são reversíveis. No entanto, são mais frequentes quando se usam corticóides potentes ou muito potentes, durante longos períodos de tempo ou em oclusão^{1,2, 10}.

Determinados locais em que a camada córnea é mais fina e, por isso, a penetração do corticóide é maior, são mais susceptíveis a desenvolver efeitos laterais. Pelo mesmo motivo, também as crianças e os idosos estão em maior risco³.

A atrofia cutânea no local de aplicação é o efeito lateral cutâneo mais frequente².

A aplicação de dermocorticóides na face é sempre uma atitude que deve ser bem ponderada em termos de risco/benefício. O aparecimento ou agravamento de lesões eritematosas, telangiectásicas ou papulopustulosas é muito comum, o que implica um diagnóstico e uma prescrição criteriosas.

Devido ao seu efeito imunossupressor, os corticóides tópicos agra-

QUADRO III

INDICAÇÕES DE CORTICOTERAPIA TÓPICA EM FUNÇÃO DA POTÊNCIA DO CORTICÓIDE^{2,3,13}

Patologia Cutânea	Nível de Actividade do Corticóide Tópico
Queimadura solar	moderada ou potente
Eczema atópico	moderada ou potente; fraca na face, pregas e lactentes
Dermatite seborreica	fraca, moderada ou potente
Eczema de contacto	moderada ou potente
Prurido anal, vulvar ou do escroto	fraca, moderada ou potente
Psoríase	moderada ou potente; muito potente na palmo-plantar
Líquen plano	moderada, potente ou muito potente
Cicatrizes hipertróficas e quelóides	muito potente
Alopécia areata	potente ou muito potente
Vitiligo	fraca, moderada ou potente
Picada de insecto	moderada ou potente

QUADRO IV

PRINCIPAIS EFEITOS LATERAIS LOCAIS ASSOCIADOS À CORTICOTERAPIA TÓPICA^{1,3,10}

Atrofia cutânea	telangiectasias (mais frequentemente na face) púrpura (mais frequente no dorso e mãos) estrias (mais frequentes nas pregas)
Dermatite da face	pseudorosácea ou agravamento de rosácea pré-existente erupção acneiforme ou agravamento acne pré-existente dermatite peri-oral
Infeções cutâneas	mascara infeções (acção anti-inflamatória) agrava infeções (acção imunossupressora)
Eczema contacto	eczema que não responde à corticoterapia tópica
Hipopigmentação	pode ser reversível com a interrupção do corticóide
Hipertricose	com a interrupção do corticóide pode ser lentamente reversível
Efeitos oculares	hipertensão ocular glaucoma cataratas infecção do saco lacrimal

vam as infeções cutâneas existentes nos locais onde são aplicados. Para além deste agravamento, a aplicação dos corticóides tópicos em lesões cutâneas de etiologia infecciosa (ex: tinha – infecção fúngica) altera significativamente o aspecto típico das lesões, dificultando o seu posterior diagnóstico (ex: «tinha incógnito»).

A sensibilização aos corticóides verifica-se, mais frequentemente, nos indivíduos com dermatoses crónicas e que são tratados com vários dermocorticóides². O eczema de contacto pode ser devido à própria molécula do corticóide, ao conservante ou ao veículo da preparação. Outros dos efeitos laterais comuns dos dermocorticóides são o aparecimento de máculas hipopigmentadas ou o aumento do pêlo, nos locais de aplicação desses tópicos. Estes efeitos são, na maioria das vezes, reversíveis aquando a suspensão dos corticóides.

Os efeitos oculares são pouco frequentes e devem-se à aplicação de corticóides potentes ou muito po-

tentes nas pálpebras e região peri-orbitária¹⁰.

EFEITOS LATERAIS SISTÉMICOS (QUADRO V)

Os efeitos laterais sistémicos são raros, podendo estar presentes após utilização prolongada de corticóides potentes, em grandes superfícies, em oclusão ou em epiderme alterada^{1,2,10}.

As crianças são mais susceptíveis aos efeitos laterais sistémicos do que os adultos, porque possuem relação superfície corporal/peso mais elevada².

QUADRO V

PRINCIPAIS EFEITOS LATERAIS SISTÉMICOS ASSOCIADOS À CORTICOTERAPIA TÓPICA^{1,2,10}

- Síndrome de Cushing
- Supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal
- Atraso do crescimento nas crianças
- Osteoporose
- Diminuição do cortisol plasmático
- Elevação dos valores da glicemia
- Elevação dos valores da tensão arterial

CONCLUSÃO

As novas moléculas são muito úteis dado que a sua relação benefício/risco é claramente superior à das moléculas iniciais. Entre estas novas moléculas, o propionato de fluticasona e o furoato de mometasona têm menor risco de sensibilização. O aceponato de metiprednisolona possui efeito anti-inflamatório e inibição do cortisol semelhantes ao furoato de mometasona mas associa-se a menos efeitos laterais locais¹⁵.

Antes de prescrever a aplicação de um corticóide tópico deve-se efectuar um diagnóstico preciso, porque o seu uso incorrecto pode alterar ou mascarar as lesões em causa, dificultando posteriormente o seu diagnóstico, ou mesmo agravando a patologia. Após a conclusão de indicação terapêutica com corticóide tópico, deve-se escolher uma preparação adequada à lesão e ao indivíduo, tendo em conta as características referidas anteriormente.

Os corticóides de fraca potência são usados na face, axilas, virilhas, genitais e região perineal, devendo-se evitar o uso crónico de corticóides potentes ou muito potentes na face.

As preparações muito potentes podem ser necessárias nas palmas e plantas ou em lesões liquenificadas e hipertróficas.

A pomada é uma boa escolha nas lesões secas, espessas e descamativas, estando contra-indicada nas pregas e lesões exsudativas. O creme é preferível para as lesões exsudativas, húmidas e finas. A loção é apropriada às áreas pilosas como o couro cabeludo e está contra-indicada nas lesões exsudativas.

Os doentes devem ser esclarecidos sobre a forma como a aplicação

deve ser feita, quer em termos de quantidade de fármaco, quer quanto ao modo, frequência e duração do tratamento.

Dados os riscos de taquifilaxia e de efeitos laterais locais e sistêmicos, estes fármacos devem ser usados nas quantidades, frequência e duração de aplicação mínimas necessárias para a eficácia clínica pretendida.

Dado o efeito reserva da camada córnea, geralmente é suficiente uma aplicação diária de corticóide tópico.

A retirada do corticóide tópico deve ser lenta para evitar o efeito «rebound» (agravamento da lesão após retirada do fármaco)⁷. Este desmame do corticóide pode ser facilitado pelo uso alternado de um emoliente.

Os corticóides tópicos são medicamentos de fácil acesso ao doente, pelo que cabe ao médico prescriptor a obrigatoriedade de informar os doentes tanto das suas vantagens, especificamente na patologia em causa, como dos riscos inerentes ao seu uso/abuso de forma inadequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, et al. Guidelines of care for the use of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 1996 Oct; 35 (4): 615-9.
2. Lebrun-Vignes B., Chosidow O. Dermocorticóides. *Ann Dermatol Venereol* 2004 Jan; 131 (1 Pt 1): 39-48.
3. Corticostéroides tópicos cutanés, Principes et règles d'utilisation, posologie. *Ann Dermatol Venereol* 2000 Oct; 127 (Spec No 1): A180-5.
4. Brodtkin RH, Janniger CK. The artful use of topical steroids. *Cutis* 1998 Mar; 61 (3): 125-6.
5. Simposium Terapêutico: Enciclopédia de Especialidades Farmacêuticas Portuguesas. 48ª ed. Lisboa: Edições Simposium; 2004.
6. Prontuário Terapêutico Online.

URL: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>

7. Fiadeiro T. Corticóides tópicos de nova geração. *Cadernos do Generalista*. 1995: 3-6.
8. Smith CH. New approaches to topical therapy. *Clin Exp Dermatol*. 2000 Oct; 25 (7): 567-74.
9. Freedberg IM, Goldsmith LA, Katz S, Austen KF, Wolff K. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th ed. New York: McGrawHill; 2003.
10. Brazzini B., Pimpinelli N. New and established topical corticosteroids in dermatology: clinical pharmacology and therapeutic use. *Am J Clin Dermatol*. 2002; 3 (1): 47-58.
11. Piacquadio D, Kligman A. The critical role of the vehicle to therapeutic efficacy and patient compliance *J Am Acad Dermatol* 1998 Aug; 39 (2 Pt 3): S67-73.
12. Oranje A.P. Topical corticosteroids: safe when correctly used. *Dermatology from young to old* 2003; 8: 83-8.
13. Long CC, Mills CM, Finlay AY. A

practical guide to topical therapy in children. *Br J Dermatol* 1998 Feb; 138 (2): 293-6.

14. Lagos BR, Maibach HI. Frequency of application of topical corticosteroids: an overview. *Br J Dermatol* 1998 Nov; 139 (5): 763-6.

15. Kecskés A, Heger-Mahn D, Kuhlmann RK, Lange L. Comparison of the local and systemic side effects of methylprednisolone aceponate and mometasone furoate applied as ointments with equal antiinflammatory activity. *J Am Acad Dermatol* 1993 Oct; 29 (4): 576-80.

Endereço para correspondência

Ana Dias Costa
Rua José Joaquim Gomes da Silva,
65, 4º Dto
4450-171 Matosinhos
Tel.: 936 494 456

Recebido para publicação em: 18/02/05

Aceite para publicação em: 03/08/05

ABSTRACT

Introduction: In Portugal there are several topical steroids with distinct strength, different components and, therefore distinct properties. The clinic effectiveness of a topical steroid is inherent to its chemical properties and the application procedure, as well as the type of injury and the individual patient.

Objectives: This bibliographical review intends to reassess the pharmacokinetic properties of topical steroids, to characterize the topical steroids available in Portugal, to establish some factors that influence their clinic effectiveness and to describe their indications, contra-indications and side effects considering their use in patients with skin diseases.

Method: A Medline search was performed considering the years 1993 and 2004 and dermatology textbooks were reviewed. The "Infarmed" Webpage and "Simpósium Terapêutico" were also used. Up-to-date information about topical corticosteroids in skin diseases treatment was gathered.

Key-words: Topical Corticotherapy; Skin.