



CONSIDERACIONES PARA PRESCRIBIR CORTICOSTEROIDES EN PSORIASIS

El **85%** de los pacientes que presentan psoriasis tienen enfermedad leve a moderada y pueden ser tratados con alta eficacia y seguridad, a través de agentes tópicos.¹

La Academia Americana de Dermatología (AAD) clasifica los corticosteroides tópicos según su potencia vasoconstrictora en 7 clases, numeradas del 1 al 7, siendo la 1 la de mayor potencia. La Organización Mundial de la Salud los ordena en **4 categorías: Súper potentes o con ultra alta potencia** (clase 1), **potencia alta** (clases 2 y 3), **potencia moderada** (clases 4 y 5) y **potencia baja** (clases 6 y 7). A continuación se muestra la clasificación estadounidense.^{2,3}

CLASIFICACIÓN ESTADOUNIDENSE DE ESTEROIDES TÓPICOS³

Potencia (OMS)	Clasificación	Principio activo
Súper potente	1	Dipropionato de betametasona en crema o ungüento 0.05% Propionato de clobetasol en crema o ungüento 0.05% Propionato de halobetasol en crema o ungüento 0.05%
Alta	2	Acetonido de triamcinolona en ungüento 0.5% Aceponato de metilprednisolona en crema, pomada o loción 0.1% Furoato de mometasona en ungüento 0.1%
Baja	3	Propionato de fluticasona en ungüento 0.005% Valerato de betametasona en ungüento 0.1% Aceponato de hidrocortisona en crema 0.127%
Intermedia alta	4	Furoato de mometasona en crema 0.1% Acetonido de flucinolona en crema o ungüento 0.025%
Intermedia baja	5	Butirato de hidrocortisona en crema, ungüento o gel 0.1% Valerato de betametasona en crema 0.1% Propionato de fluticasona en crema 0.05%
Baja o suave	6	Desonida en crema o ungüento 0.05% Acetonido de flucinolona en crema 0.01%
Muy baja o suave	7	Hidrocortisona en crema 1%

¿CÓMO ELEGIR EL MEJOR ESTEROIDE PARA SU PACIENTE?

VEHÍCULO:^{1,3,4}

- **UNGÜENTOS:** Se usan en piel seca y/o gruesa, hiperqueratósicas, con placas escamosas y/o fisuradas. No se deben utilizar en zonas húmedas o con pelo. Aumentan la absorción percutánea, y por lo tanto, la potencia del corticosteroide, por ser humectantes y generar incremento de temperatura. Evitar su uso en zonas intertriginosas por riesgo de maceración, foliculitis y absorción aumentada.
- **CREMAS:** Para dermatosis agudas y subagudas, se utilizan en zonas humectadas y con folículos pilosos abundantes como en áreas de flexión y genitales.
- **LOCIONES, SOLUCIONES, GELES Y AEROSOLE:** En áreas húmedas y piel cabelluda. Contienen alcoholes por lo que pueden causar ardor e irritación.

La Academia Americana de Dermatología describe en su análisis de estudios clínicos aleatorizados las **tasas de eficacia** que se observaron:²

58-92% clase 1/Potencia ultra alta o súper potente.

68-74% clases 2 y 3/Potencia alta.

70-83% clases 4 y 5/Potencia moderada.



SEGÚN LA EDAD:

En niños y ancianos se recomienda utilizar corticosteroides de baja potencia.⁴

POR LA LOCALIZACIÓN, MORFOLOGÍA Y EXTENSIÓN:^{1,3,4}



BAJA POTENCIA: Axilas, ingles, cara y zonas intertriginosas, así como **áreas susceptibles a atrofia (antebrazos). 2 lesiones finas.**

ALTA POTENCIA: Lesiones palmares y plantares, cuero cabelludo, lesiones que no responden a tratamiento, zonas con piel muy gruesa, y uñas. **Lesiones crónicas e hiperqueratósicas (clases 4 y 5).**

Para lesiones moderadas a severas que abarcan más del **10% DE LA SUPERFICIE CORPORAL**, se puede considerar tratamiento sistémico y con fototerapia.⁴

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO¹⁻³



CLASE 1/SÚPER POTENCIA: 2 a 3 semanas, pudiendo prolongar su uso de forma intercalada y bajo estrecha monitorización de efectos adversos y taquifilaxis.

CLASES 2 Y 3/POTENCIA ALTA: Considerar su uso hasta por 3 semanas.

CLASES 4 Y 5/POTENCIA MODERADA: 3 meses y posteriormente alternando su uso.

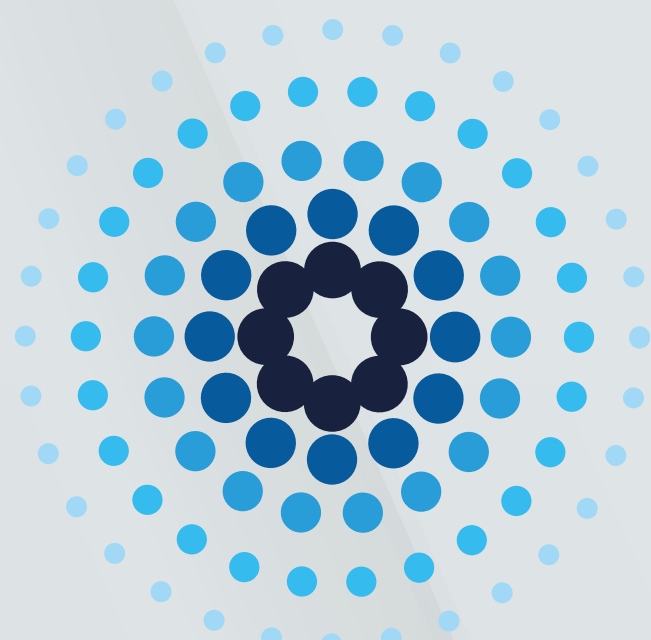
CLASES 6 Y 7/POTENCIA BAJA: Considerar su uso prolongado, tomando en cuenta todos los criterios antes mencionados.



CONSIDERAR LA DISPOSICIÓN DEL PACIENTE en la frecuencia de aplicación del medicamento, para conseguir el apego al tratamiento y su preferencia.

Momate

Mometasona 0.1% / Ácido Salicílico 5.0% | UNGÜENTO



Tabitral[®]

Halobetasol 0.05% | CREMA

Referencias: 1. Lebowitz M. Psoriasis. *Ann Intern Med.* 2018;168(7):ITC49-ITC64. 2. Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, et al. Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84(2):432-470. 3. Cheirif OW, Sáez de Ocariz M, Lammoglia LO. Esteroides tópicos: revisión actualizada de sus indicaciones y efectos adversos en dermatología. *Dermatología CMQ.* 2015;13(4):305-312. 4. Ramírez HW. Uso correcto de los esteroides tópicos en atención primaria. *Rev Med Cos Cen.* 2014;71(613):801-806.

Material exclusivo para el profesional de la salud.
No de Aviso COFEPRIS: xxxxxxxxxx