II. Cortisona en el tratamiento de algunas enfermedades de la piel en el niño

Por los Drs. JULIO MENEGHELLO y JORGE ROSSELOT.

El tratamiento con cortisona y/o ACTH se ha mostrado eficaz en diversas enfermedades cutáneas, que no tenían terapéutica específica o que planteaban serios problemas en razón de su cronicidad o por acompañarse de intenso compromiso general, que incluso a veces ponía en peligro la vida del paciente.

Sulzberger (1951) señala que en dermatología

los principales propósitos de un tratamiento con cortisona consisten en sobrepasar la fase aguda de una dermatosis, controlar accidentes agudos aunque éstos tengan evolución espontánea, someter a evolución transitoria, entidades mórbidas sin tratamiento actual útil y finalmente mantener al paciente libre de incidentes cutáneos, hasta el momento en que va-

rien las condiciones alergógenas que constituyen los agentes etiológicos de determinados cuadros.

Entre las afecciones cutáneas influenciadas favorablemente por los nuevos fármacos de acción córtico-suprarrenal, deben destacarse el lupus diseminado eritematoso agudo (Brunsing y cols., 1951), el escleroderma (Kierland e Hines, 1951), la dermatomiositis (Oppel y cols., 1950), la periarteritis nodosa (Irons y cols., 1951), algunas formas de psoriasis (Irons y cols., 1951) y de pénfigo (Camon y cols., 1951), Herpes Zoster (Weinstein, 1952), urticaria aguda y dermatitis venenata (Ekblad, 1951), dermatitis atópica (G. Hopkins y cols., 1952, Sulzberger y cols., 1951), dermatitis exfoliativa (West, 1952) y esclerema neonatorum (Kendig y Kendall, 1951).

El dosaje óptimo en afecciones dermatológicas para el tratamiento con cortisona o ACTH no se ha precisado y es variable de uno a otro caso. Kierland (1951) recomienda dosis de ACTH de 15 a 25 mg. cada seis u ocho horas, con reducción posterior hasta administrar sólo 25 mg. diariamente. La cortisona según este mismo autor, puede administrarse cada 12 horas en dosis diaria de 300 mg. que puede reducirse ulteriormente a 50 o 100 mg. al día. La cortisona oral, en solución fisiológica o en jarabe constituye un método cómodo y eficaz para tratar afecciones ambulatorias de la piel, como lo ha señalado Sulzberger y cols. (1951); en cambio el tratamiento local con la cortisona no ha demostrado ser útil (Goldman y cols., 1952).

La mayoría de las enfermedades de la piel que caen en la órbita de la terapéutica con cortisona o ACTH, se influncian transitoriamente y experimentan después de la interrupción del tratamiento, recaídas que pueden volver a controlarse con una nueva cura.

En el curso del presente año hemos tenido oportunidad de tratar con cortisona, 13 pacientes con enfermedades cutáneas (cuadro Nº 1) siguiendo una pauta convencional, sobre la base de 50 mg. por vía intramuscular durante una o dos semanas.

En 3 casos de dermatitis seborreica se apreció mejoría inicial rápida; en dos de ellos se obtuvo la involución total de las lesiones en la segunda semana de tratamiento; en el tercer paciente se asistió a una recaída de la afección que fué controlada eficazmente con aureomicina tópica. Los efectos no fueron manifestamente llamativos, en especial a nivel de los intertrigos, regresando con mayor rapidez

el exantema eritemato-descamativo que es característico de la enfermedad. Estos resultados no pueden extrañar ya que a priori no existe justificación para realizar un tratamiento con cortisona en la dermatitis seborreica, dada la relación existente entre hormonas androgénicas

CASO	EDAD	DIAGNOSTICO	CORTISONA mg. días	INVOLUCION	RECAIDA
R J	4 m.	DERMATITIS SEBORREICA	50 14	INICIAL (13 d.) TOTAL (14 d.)	—
M V	"	DERMATITIS SEBORREICA	50 12	INICIAL (13 d.) TOTAL (10 d.)	—
E R	10 m.	DERMATITIS SEBORREICA	50 14	INICIAL (13 d.) TOTAL (10 d.)	7 d.
R V	3 m.	ECZEMA FACIAL	50 9	INICIAL (1 d.) TOTAL (12 d.)	—
M C	8 m.	ECZEMA FACIAL	50 6	INICIAL (1 d.) TOTAL (12 d.)	17 d.
T C	1 a 7 m.	ECZEMA FACIAL	100 2	INICIAL (1 d.) TOTAL (14 d.)	30 d.
G I	4 m.	ECZEMA FACIAL	50 11	INICIAL (1 d.) TOTAL (18 d.)	—
M R	9 a.	ECZEMA FACIAL	75 10	INICIAL (1 d.) TOTAL (15 d.)	30 d.
M M	6 a.	PRURITO	50 7	PARCIAL (7 d.)	14 d.
G Y	2 a.	SICCASIS CONJUGIVA	100 5	INICIAL (1 d.) NOTORIA (5 d.)	—
A V	7 a.	HERPES ZOSTER LUMBOCERVICAL	50 4	INICIAL (1 d.) NOTORIA (4 d.)	—
S D	5 a.	HERPES ZOSTER INTERCOSTAL	50 4	INICIAL (1 d.) NOTORIA (5 d.)	—
J S	7 a.	HERPES ZOSTER INTERCOSTAL	50 5	INICIAL (1 d.) NOTORIA (9 d.)	—

Cuadro Nº 1

cas y fenómenos seborreicos (Mac Kenna, 1948) y teniendo presente que en la cortisonoterapia se han descrito incidentes de tipo seborreico (Kierland y cols., 1952). En nuestro material la cortisona se indicó a título de ensayo, en atención al factor de sensibilización que pueda desempeñar algún rol (Rosselot y Burdach, 1952). Es interesante señalar que se han descrito (Ramón Guerra, 1952) experiencias similares en que la cortisona parecía influir en la dermatitis seborreica del lactante y aún en su forma de mayor intensidad clínica, cual es el caso de la eritrodermia de Leiner.

4 casos de eczema, tres de ellos en lactantes y localizados en las mejillas o extendiéndose a otras áreas de la cara y cuello, regresaron con rapidez; el prurito se controló precozmente y en el curso de las dos primeras semanas después de la iniciación del tratamiento se asistió a la involución total de las alteraciones de la piel. Comúnmente se trató de pacientes con lesiones que se habían mostrado rebeldes a diversos tipos de tratamiento indicados con anterioridad. Hubo recaídas en 3 casos, corto tiempo después de interrumpida la administración de cortisona, fenómeno que ha sido señalado en la experiencia extranjera (Di George y Nelson, 1951, Sulzberger y cols., 1951). Un nuevo tratamiento controló eficaz-

mente dos recaídas de uno de nuestros pacientes.

Un caso de prurigo facial, de evolución de cuatro años, en el curso de los cuales fracasaron diversas terapéuticas, experimentó precoz y notoria mejoría durante la cortisonoterapia; sin embargo, una semana después de la interrupción del tratamiento se asistió a una recaída que no pudo ser controlada por una nueva administración de cortisona.

Los tres pacientes con herpes zoster, uno de ellos de tipo oftálmico y los dos restantes de localización intercostal mejoraron en el curso del tratamiento, apreciándose ya desde las primeras 48 horas atenuación de las molestias subjetivas y detención del brote eruptivo.

Un caso de afección eritemato-bulosa polimorfa con las características propias del síndrome de Stevens-Johnson, mejoró rápidamente

después de la administración de cortisona, que se asoció a antibióticos (aureomicina), en atención al carácter febril de la enfermedad con franco compromiso general. Desde el tercer día se apreció tendencia franca de atenuación en el brote de bulas.

Sumario

En suma, nuestra breve experiencia parece indicarnos que la cortisona puede ser un agente terapéutico útil en la dermatitis atópica y en algunas afecciones flicteno-bulosas (herpes zoster, eritema polimorfo buloso). En la dermatitis seborreica los efectos no son llamativos.

La posibilidad de recaídas en las enfermedades atópicas exige la búsqueda de una pauta terapéutica que sin incidentes, asegure un tratamiento ambulatorio de mantención.