



Corticoides tópicos

Ana Azparren Andía - Servicio de Prestaciones Farmacéuticas

[Penetración de los corticoides](#)

[Indicaciones](#)

[Niños y Ancianos](#)

[Duración, frecuencia y cantidad](#)

[Efectos adversos](#)

[Nuevos corticoides para uso tópico](#)

[Corticoides asociados a otras sustancias](#)

[Conclusiones](#)

[Especialidades Farmacéuticas](#)

[Bibliografía recomendada](#)

Todos los corticoides tópicos (CT) derivan del cortisol (hidrocortisona) sustancia con actividad glucocorticoide y mineralocorticoide, que al ser aplicada sobre la piel produce efectos antiinflamatorio, vasoconstrictor, inmunosupresor y antiproliferativo. De esta molécula original derivan otros compuestos que mejoran la potencia y disminuyen la aparición de efectos secundarios¹.

PENETRACIÓN DE LOS CORTICOIDES

La penetración de un CT a través de la piel va a depender de distintos factores, como la potencia y concentración del principio activo, el vehículo empleado, la zona anatómica en donde se aplica y la técnica de aplicación empleada (hidratación, oclusión)¹.

1. Potencia y concentración

La potencia de un corticoide depende de las características de la molécula. Con el fin de establecer una estandarización en cuanto a potencia antiinflamatoria se han desarrollado sistemas de clasificación basados en la potencia relativa medida por el efecto vasoconstrictor. En Europa se clasifican en cuatro grupos: baja, media, alta y muy alta (clasificación de *Miller y Munro*). Dado que la **concentración** también determina la potencia es posible que hallemos una misma molécula en diferentes grupos^{1,2}. No obstante, esto no es siempre así, debido a que la curva dosis-respuesta llega a una meseta para cada corticoide y, una vez alcanzada, no se modifica su efecto aunque se incrementa el riesgo potencial de efectos secundarios¹.

La potencia intrínseca (ver Tabla 1) puede aumentarse por dos vías no excluyentes: la esterificación y la halogenación^{2,3}.

Tabla 1. Potencia intrínseca de los diferentes corticoides tópicos

POTENCIA	PRINCIPIO ACTIVO	
GRUPO I. DÉBIL	Fluocortina 0,75%	Hidrocortisona acetato 2,5%

	Hidrocortisona acetato 1%	
GRUPO II. MODERADA	Clobetasona butirato 0,05%	Flupamesona 0,15%
	Diclorisona acetato 0,25%	Flupamesona 0,3%
	Diclorisona acetato 1%	Hidrocortisona aceponato 0,127%
	Fluocinolona acetónido 0,01%	
GRUPO III. ALTA	Beclometasona dipropionato 0,025%	Fluocinolona acetónido 0,025%
	Beclometasona dipropionato 0,1%	Fluocinolona acetónido 0,1%
	Betametasona dipropionato 0,05%	Fluocinonido 0,05%
	Betametasona valerato 0,05%	Fluocortolona monohidrato 0,2%
	Betametasona valerato 0,1%	Fluprednidenol acetato 0,1%
	Budesonida 0,025%	Hidrocortisona butirato 0,1%
	Desoximetasona 0,25%	Metilprednisolona aceponato 0,1%
	Diflucortolona valerato 0,1%	Mometasona furoato 0,1%
	Fluclorolona acetónido 0,2%	Prednicarbato 0,25%
GRUPO IV. MUY ALTA	Clobetasol propionato 0,05%	Fluocinolona acetónido 0,2%
	Diflorasona diacetato 0,05%	Halcinónido 0,1%
	Diflucortolona valerato 0,3%	Halometasona 0,05%

Tabla adaptada de Miller y Munro

2. Vehículo

El vehículo es importante en la acción del corticoide, afectando tanto a su estabilidad, como a la cesión del principio activo y a su penetración.

De igual manera, el vehículo contribuye a dar distinta forma de presentación al preparado (crema, ungüento, pomada, gel, loción) modificando también su actividad. Así, a igualdad de principio activo, dosis y concentración, la potencia disminuye en este orden^{1,2}:

ungüento > pomada > crema > gel > loción > aerosol

Se utilizan distintas formulaciones según sea la zona de piel y la lesión a tratar¹(Tabla 2). En general, la mayoría de los CT se suelen prescribir en crema (60%) seguido de pomada (20%).

Tabla 2. Formulaciones según zona de piel y lesión a tratar.

FORMULACIÓN	ZONAS SIN PELO	ZONAS CON PELO	PALMAS - PLANTAS	ZONAS INFECTADAS	ZONAS INTERTRIGINOSAS
Ungüento	**		**		
Pomada	***		***		
Crema	**	*	**	*	**
Gel		*		*	*
Loción		**		**	**
Solución		***		***	**

*: formulación de utilidad ocasional **: formulación aceptable ***: formulación preferente

El preparado puede producir efectos secundarios (eczema de contacto) por el propio corticoide o por alguno de sus componentes (lanolina). El grado de penetración puede modificarse por otros componentes como urea (produce hidratación), salicílico (queratolítico), alcohol o propilenglicol (sequedad de piel)^{1,4}.

Ungüentos. Poseen componentes casi exclusivamente oleosos, que por su acción oclusiva e hidratante, flexibilizan la piel y contribuyen a que penetre más el CT. Están indicados en pieles secas o muy secas, descamativas, y son ideales para ablandar escamas y costras. Por su sencilla composición apenas producen eczemas de contacto. Están contraindicados en zonas infectadas o cuando existen signos de infección (ampollas, pústulas), ya que el efecto oclusivo del ungüento puede contribuir a empeorar la infección. Tampoco debe aplicarse en zonas intertriginosas ni en lesiones exudativas por favorecer la maceración. Por razones estéticas deben evitarse en zonas pilosas, ya que producen apelmazamiento y engrasamiento del pelo. Como solución, puede valorarse la utilización de un ungüento por la noche y una crema equivalente de día¹.

Pomadas. Contienen una gran cantidad de aceite y muy poco agua por lo que son difíciles de eliminar con agua. Son adecuadas cuando la piel necesita lubricación o hidratación. Al igual que las cremas, tienen una acción refrescante, pero en este caso la evaporación del agua es lenta y sostenida. Generalmente se deben utilizar en lesiones secas, liquenizadas o escamosas o en aquéllas en las que se necesite un efecto oclusivo mayor. Están contraindicadas en procesos inflamatorios agudos, áreas infectadas, zonas intertriginosas y zonas pilosas, por su acción oclusiva y facilidad para provocar maceración. Contienen más aceite que las cremas, pero menos que los ungüentos. Producen menos sequedad que las cremas¹.

Cremas. Contienen más agua que las pomadas. Tras su aplicación se evapora de forma rápida el agua que contienen, produciendo una acción refrescante breve. Son adecuadas en lesiones húmedas o intertriginosas (axilas, ingles, pie). Alguno de sus componentes (principio activo, emulgente, estabilizante) puede producir eczema de contacto. Para evitarlo se usan cremas con componentes inertes (aquéllos que no presentan actividad farmacológica, por ejemplo, vaselina, glicerina, urea)¹.

Geles. Son preparados que tienen una sustancia gelatinosa que se licúa al aplicarla sobre la superficie de la piel. No se recomiendan en zonas pilosas, siendo menos potentes que los ungüentos o las cremas¹.

Lociones. Son similares a las cremas, pero con más agua. Están especialmente indicadas para una aplicación en capa fina en una zona grande o con pelo o en el tratamiento de lesiones exudativas¹.

Soluciones. Son preparados líquidos en los que el principio activo está disuelto. Las soluciones tienden a secar la piel más que a hidratarla. No contienen aceite y el corticoide está vehiculado en otros ingredientes: alcohol, agua, propilenglicol o polietilenglicol. Al igual que las lociones están indicadas en zonas pilosas y en dermatitis infectadas. Alguno de sus componentes, como el propilenglicol y el alcohol, limitan su uso porque secan la piel y producen prurito o apelmazamiento del cuero cabelludo. Por ser irritantes, están contraindicadas en heridas y pieles con fisuras o maceradas¹.

Aerosoles o espumas. Muy pocos CT están formulados como aerosoles o espumas. Se componen de un corticoide en solución con un gas propelente. Están indicados en grandes dermatosis o quemaduras solares. Pueden producir sequedad, prurito o eczema de contacto por alguno de sus componentes¹.

3. Zona de aplicación

Las distintas zonas anatómicas del organismo presentan diferencias en la capacidad de absorción de CT. Esto se debe a las características peculiares de cada zona. Por ejemplo, la ausencia de folículos pilosos y la presencia de un estrato córneo grueso (palma de la mano y planta del pie) van a dificultar la penetración. Sin embargo, donde la piel es fina o de poca extensión (escroto y párpados) la absorción es rápida y completa^{1,5}.

El grado de absorción decrece en este orden según la zona de piel en la que se aplique el CT^{1,5}: (Tabla 3)

Genitales > Cabeza > Tronco > Palma de la mano o planta del pie

Tabla 3. Potencia que debe tener el corticoide según el área de aplicación¹

ZONA ANATÓMICA	POTENCIA
Mucosas, genitales, párpados, cara y zona interna de muslos	Baja o intermedia, o potencia alta durante periodos breves de tiempo
Pliegues, áreas de flexión, zona interna de brazos y cuero cabelludo	Baja-alta. Reducir la potencia tan pronto como sea posible
Pecho y espalda, brazos y muslos, piernas, dorsos de manos y pies	Intermedia-alta o muy alta durante periodos cortos de tiempo
Codos y rodillas, palmas y plantas, uñas	Alta-muy alta. Atención a los posibles efectos secundarios

4. Técnicas de aplicación ^{1,5}

La eficacia de los corticoides va a depender de la técnica empleada, ya sea la hidratación o la oclusión. Ambas técnicas aumentan la penetración.

A. Hidratación. Se ha comprobado que después de un baño se incrementa de 4 a 5 veces la penetración a través del estrato córneo. Esta técnica se utiliza sobre todo en lesiones hiperqueratósicas, en cuyo caso hay que enseñar a los pacientes la técnica de humedecer las lesiones. También aumentan la hidratación el uso de urea y las formulaciones de CT en forma de ungüento.

B. Oclusión. Favorece la penetración y aumenta la eficacia del CT, ya que aumenta la temperatura y mantiene la hidratación de la piel. Se ha comprobado que al ocluir con plástico la zona donde se ha aplicado un corticoide, la penetración puede aumentar hasta 100 veces, dependiendo de la zona ocluida, el tiempo de oclusión y el tipo de corticoide empleado. El tiempo de oclusión no se debe prolongar más de 12 horas.

Para la oclusión se pueden utilizar distintos medios según, sobre todo, la zona anatómica a tratar y la extensión de la lesión. Se suelen utilizar guantes o bolsas de plástico o gorros de baño ajustados en el cuero cabelludo. Se debe tener cuidado cuando se emplee esta técnica en grandes extensiones de piel, ya que se aumenta el riesgo de provocar una gran absorción sistémica del corticoide, con los efectos secundarios que conlleva.

La oclusión está contraindicada en zonas infectadas, zonas intertriginosas, cara, zonas con foliculitis, áreas extensas de la piel, uso de CT potentes y antecedentes de efectos adversos por corticoides.

[índice](#) 

INDICACIONES

Los CT se utilizan en el tratamiento de procesos inflamatorios de la piel que no sean debidos a infecciones, en especial eczemas. Los corticoides inhiben varios componentes de la reacción inflamatoria. **No son fármacos curativos** sino que su acción es solamente sintomática y cuando se suspende el tratamiento puede ocurrir una exacerbación del problema producida por una reacción de rebote. Están indicados en el alivio de los síntomas y en la supresión de los signos cuando otras medidas, potencialmente menos agresivas, no son eficaces⁶.

Los CT no son eficaces en el tratamiento de la urticaria y están contraindicados en la rosácea. Pueden empeorar las lesiones ulceradas o infectadas. No deben utilizarse indiscriminadamente en el prurito, donde sólo serán beneficiosos si la causa del picor es la inflamación, y no se recomiendan en el acné vulgar⁶.

Aunque los CT pueden mejorar la psoriasis a corto plazo, en general, no se recomienda utilizar CT potentes, o utilizarlos solo bajo supervisión de un especialista, ya que puede ocurrir una recaída o una reacción de rebote fuerte al suprimir la aplicación (a veces se puede desencadenar una psoriasis pustular grave). El uso tópico de corticoides potentes en psoriasis extensa, también da lugar a efectos adversos tanto tópicos como sistémicos. En la psoriasis flexural y facial se recomienda utilizar un corticoide débil, como hidrocortisona al 1%, durante periodos cortos de tiempo, por ejemplo, hasta 4 semanas. En caso de psoriasis del cuero cabelludo se recomienda utilizar un corticoide de mayor potencia, como betametasona o fluocinonido⁶.

En general, los CT más potentes deben reservarse para dermatosis resistentes como lupus eritematoso crónico discoidal, liquen simple crónico, liquen plano hipertrófico y pustulosis palmoplantar. Los corticoides potentes no deben utilizarse en la cara, o sólo en raras ocasiones, ya que pueden precipitar una reacción tipo rosácea, dermatitis perioral y pueden causar atrofia de piel⁶.

Los CT débiles o de potencia intermedia son el tratamiento de elección en casos de dermatitis atópica y de contacto. Otros tipos de eczemas (asteatoso, por éstasis, numular) no ulcerados también pueden responder bien a estos CT.

Los CT de potencia intermedia son útiles para aliviar el dolor y la inflamación producida por quemaduras solares graves y reacciones alérgicas por picadura de insectos o artrópodos.

Las inyecciones de corticoides intralesionales son más efectivas que los CT potentes y deben reservarse para casos graves en los que existan lesiones muy localizadas, como cicatrices queloides, liquen plano hipertrófico o alopecia areata localizada, y cuando el tratamiento local no ha sido eficaz. Sus efectos pueden durar varias semanas, incluso meses. Se necesita un cuidado especial al inyectar correctamente en la lesión en el sentido de evitar atrofia de piel y pérdida de pigmentación⁶.

NIÑOS Y ANCIANOS

[índice](#) 

Los niños, especialmente los pequeños, y los ancianos son particularmente susceptibles a padecer efectos adversos, por lo que se recomienda la utilización de CT de baja potencia. Los corticoides más potentes están contraindicados en niños menores de 1 año, y en general, deben evitarse en pediatría. Si su utilización es indispensable se hará durante cortos periodos de tiempo. Un corticoide de potencia débil como hidrocortisona 1% en pomada o crema es útil para tratar la dermatitis del pañal y para eczema atópico en la infancia. Debe tenerse en cuenta que los pañales de plástico pueden actuar como vendaje oclusivo^{2,5,6}.

DURACIÓN, FRECUENCIA Y CANTIDAD

Duración del tratamiento

La duración del tratamiento debe ser la necesaria para que la dermatosis mejore o desaparezca. Los CT muy potentes no deberían aplicarse más de 3-4 semanas seguidas, excepto en lesiones muy crónicas localizadas y que ocupen poca superficie de la piel. Los CT de potencia alta pueden aplicarse durante 2-3 meses de forma ininterrumpida sin que produzcan efectos secundarios, excepto en la cara o los pliegues, donde no deberían aplicarse más de 2-3 semanas⁵.

Frecuencia de aplicación

No está clara la frecuencia óptima de aplicación de los CT, si bien se suelen utilizar de 1-2 veces al día, aunque no existe ninguna base científica que lo apoye. Se piensa que cuantas más aplicaciones se realicen, mayor es la efectividad, pero algunos autores han demostrado que 1 ó 2 aplicaciones son tan efectivas como 3 ó 6^{1,6}.

La frecuencia de aplicación puede variar con la zona anatómica de aplicación, así las palmas de las manos necesitan más aplicaciones, por su escasa permeabilidad, por lo grueso de su capa córnea y por el arrastre del preparado que produce la manipulación diaria de objetos. En la planta de los pies, por la acción oclusiva del calzado, con una o dos aplicaciones al día es suficiente¹.

No se recomienda la finalización del tratamiento de forma brusca, ya que puede producir un efecto rebote. Esto puede evitarse pasando a CT de menor potencia o utilizando pautas intermitentes con emolientes¹.

Cantidad

La cantidad del corticoide es también importante. Se recomiendan aplicaciones en capa fina, ya que la aplicación en capa gruesa no mejora la efectividad.

Se ha comprobado que 30 gramos de crema son suficientes para cubrir la totalidad del cuerpo de un adulto y que la cantidad de crema que cabe en la punta de un dedo (0,5 gramos) es suficiente para tratar una superficie equivalente a la que cubren las dos manos del paciente.

Los CT de potencia alta no deben utilizarse a dosis mayores de 50 gramos a la semana en adultos y de 15 gramos a la semana en niños¹.

Según las diferentes áreas del cuerpo se recomiendan las siguientes cantidades para aplicarse en un adulto, dos veces al día y durante 1 semana (Tabla 4)⁶.

Tabla 4. Cantidad semanal de corticoide según las zonas del cuerpo

	CREMAS Y POMADAS
Cara y cuello	15-30 gramos
Ambas manos	15-30 gramos
Cuero cabelludo	15-30 gramos
Ambos brazos	30-60 gramos
Ambas piernas	100 gramos
Tronco	100 gramos
Ingles y genitales	15-30 gramos

índice 

EFFECTOS ADVERSOS

La potencia de los CT está directamente relacionada con sus efectos adversos y podemos decir que los corticoides de potencia débil o intermedia raramente se asocian con efectos adversos. Cuanto mayor es la potencia del corticoide mayor es el cuidado que hay que poner al utilizarlo, ya que la absorción a través de la piel puede causar supresión grave del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y síndrome de Cushing. Los efectos adversos dependen también del área del cuerpo tratada y de la duración del tratamiento¹.

El riesgo de reacciones adversas disminuye con la terapia intermitente de pautas concretas separadas por, al menos, un mes¹.

Los efectos secundarios de los CT pueden ser:

Efectos locales. Son muy variados y mientras que algunos revierten tras suspender el tratamiento (atrofia epidérmica, hipertrichosis, hipopigmentación, fragilidad cutánea), otros como las telangiectasias y las estrías son irreversibles^{1,5,6}.

Con frecuencia se produce irritación, picor y sequedad de la zona de aplicación, debidos al excipiente. Estos efectos son menos frecuentes cuando el excipiente es graso^{1,4}.

Otros efectos locales menos comunes son eritema facial, acné rosácea, dermatitis perioral, acné corticoideo, hipertrichosis, hiper o hipopigmentación y glaucoma cuando se aplica en la zona periocular. Las dermatitis de contacto pueden ser originadas por el excipiente (lanolina), por el disolvente (propilenglicol), o por el propio corticoide¹.

Los CT pueden empeorar las infecciones preexistentes o mal diagnosticadas, como sucede con los impétigos, micosis y algunas parasitosis como la sarna. Las lesiones virales pueden empeorar o adoptar formas clínicas de difícil diagnóstico, como sucede con el herpes simple¹.

Efectos sistémicos. En general, se presentan de forma excepcional y se producen por la absorción percutánea del CT. El riesgo de que ocurran depende de la duración del tratamiento, de la extensión de la dermatosis a tratar y de la potencia del CT. Si se respetan las cantidades recomendadas es muy raro que se produzca una alteración del cortisol plasmático. Si el uso de un corticoide de potencia alta se prolonga más de 4 semanas existe el riesgo de insuficiencia crónica de la corteza suprarrenal con respuesta inadecuada del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal ante situaciones de estrés, como infecciones o intervenciones quirúrgicas^{1,5,6}.

Otros problemas asociados con el uso continuado de los CT son^{2,5}:

Efecto rebote: dermatosis que rebrotan de forma intensa a los pocos días de suspender el tratamiento. Este efecto puede minimizarse retirando paulatinamente el CT (aplicación a días alternos) y/o sustituyéndolo progresivamente por uno de menor potencia.

Taquifilaxia: pérdida del efecto terapéutico tras el uso continuado del fármaco. Se trata de una propiedad general de los glucocorticoides. Se produce por la saturación de los receptores glucocorticoides y se puede vencer usando un CT más potente, o mejor, recomendando no sobrepasar las 4 semanas de tratamiento ininterrumpido y, en el caso de tratamiento a largo plazo, hacer un tratamiento intermitente intercalando períodos de descanso.

Sensibilización: posibilidad de causar una dermatitis de contacto alérgica. Esto ocurre con todas las sustancias aplicadas por vía tópica. Aunque la incidencia es baja, parece ser mayor de lo que se había considerado hasta ahora. Debe sospecharse cuando, durante el tratamiento con CT de una dermatosis, se produzca un empeoramiento a pesar de que previamente había respondido favorablemente.

[índice](#) 

NUEVOS CORTICOIDES PARA USO TÓPICO

Las moléculas de introducción más reciente en nuestro país son budesonida, furoato de mometasona, prednicarbat y aceponato de metilprednisolona. Estos nuevos CT son de potencia alta, pero sus efectos secundarios son menores debido a su biotransformación rápida hacia moléculas inactivas. En los estudios comparativos con los CT anteriores muestran un mejor perfil terapéutico con menos efectos secundarios para la misma potencia. Sin embargo, los estudios de seguridad corresponden a pautas de tratamiento cortas. Cambiar el hábito de prescripción a favor de los nuevos productos es una cuestión personal, aunque hay que saber que entre los nuevos CT no hay ninguno claramente superior a los anteriores CT y será la experiencia personal la que decidirá la prescripción⁵.

[índice](#) 

CORTICOIDES ASOCIADOS A OTRAS SUSTANCIAS

Las ventajas de incluir otras sustancias como antibióticos o antimicóticos con los corticoides en preparados tópicos está muy discutida, aunque pueden ser útiles cuando se asocia una infección bacteriana o fúngica⁶.

Corticoides tópicos con antibióticos⁷

Estas preparaciones están orientadas para el tratamiento de infecciones cutáneas secundarias a dermatosis inflamatorias. Sin embargo, algunos autores desaconsejan estas preparaciones por no estar bien documentado que sean más eficaces que el corticoide solo. El antibiótico de estas asociaciones incrementa el riesgo de que aparezcan microorganismos resistentes y dermatitis alérgica de contacto (especialmente por neomicina).

De utilizar estas preparaciones, su uso debería hacerse según las siguientes normas:

- La forma farmacéutica de la preparación (pomada o crema) se elige según las características de la lesión (seca o húmeda).

- El antibiótico presente en la asociación se elige según el microorganismo presuntamente implicado.
- El tratamiento hay que iniciarlo lo antes posible y limitarlo a 1-2 semanas. Si la infección mejora, la preparación corticoide + antibiótico se sustituye rápidamente por un corticoide tópico solo. Si no aparece mejoría en la primera semana de tratamiento, puede ser indicativo de una complicación de la infección, por lo que se retira la asociación hasta que la infección sea controlada con un antibiótico por vía sistémica.
- Para reducir la incidencia de sensibilidad a los antibióticos tópicos se ha de evitar el uso de estas asociaciones en lesiones intertriginosas, dermatitis de pañal, dermatitis por estasis vascular y úlceras cutáneas.

Corticoides tópicos con antimicóticos⁷

Las preparaciones de un corticoide tópico y un antimicótico tópico (clotrimazol, miconazol) no permiten erradicar una micosis cutánea. Estas preparaciones están indicadas solamente en el **tratamiento inicial** de una micosis cutánea con gran componente inflamatorio, debiéndose sustituir lo más pronto posible por el antimicótico solo.

[índice](#) 

CONCLUSIONES

- Se debe utilizar un CT de potencia suficiente para controlar la enfermedad y con el mínimo potencial de efectos adversos.
- El riesgo y la intensidad de los efectos secundarios locales aumentan en los pliegues (axila, pliegue submamario, etc.), con los tratamientos oclusivos y en áreas de piel fina (escroto, párpados, etc.). Se producen principalmente en niños y ancianos y en tratamientos prolongados.
- Deben usarse CT de baja potencia (grupos I y II) en regiones cutáneas especialmente sensibles (pliegues, cara y escroto), en grandes superficies, en tratamientos largos, en niños y en ancianos.
- Los CT muy potentes y las curas oclusivas se utilizarán de manera excepcional. Los CT muy potentes deben reservarse para aquellas dermatosis resistentes que no hayan respondido al tratamiento con CT potentes y para las dermatosis localizadas en las palmas y las plantas.
- Cuando se utilicen CT halogenados potentes y muy potentes (grupos III y IV) se recomienda evitar la suspensión brusca del tratamiento para que no se produzca el efecto rebote. Para prevenirlo se puede sustituir por un CT menos potente, antes de suprimirlo, o llevar a cabo el tratamiento de forma intermitente.
- Cuando una dermatosis para la que están indicados los CT no mejore o empeore durante el tratamiento, debemos considerar varias posibilidades: que el diagnóstico sea incorrecto, que el paciente no haya seguido el tratamiento, que se haya desarrollado taquifilaxia, que se haya producido una sobreinfección bacteriana o que exista una alergia de contacto al CT utilizado.
- El médico debe familiarizarse con una o dos marcas comerciales de cada grupo, solo así llegará a conocerlas en profundidad, de lo que se derivará un mejor uso terapéutico.

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

[índice](#) 

PRINCIPIO ACTIVO	ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA	PVP (pts)
GRUPO I. DÉBIL		
Fluocortina 0,75%	Vaspit 0,75% 30 g pomada	993
	Vaspit 0,75% 60 g pomada	1928
	Vaspit 0,75% 30 g crema	993
	Vaspit 0,75% 60 g crema	1928
Hidrocortisona acetato 1%	Dermosa hidrocortisona 1% 30 g pomada	591
	Dermosa hidrocortisona 1% 60 g pomada	1166

Hidrocortisona acetato 2,5%	Lactisona 1% 60 ml loción	1051
	Dermosa hidrocortisona 2,5% 30 g pomada	844
	Dermosa hidrocortisona 2,5% 60 g pomada	1668
	Lactisona 2,5% 60 ml loción	1503
GRUPO II. MODERADA		
Clobetasona butirato 0,05%	Emovate 0,05% 15 g crema	330
	Emovate 0,05% 30 g crema	529
Diclorisona acetato 0,25%	Dermaren 0,25% 30 g crema	474
	Dermaren 0,25% 60 g crema	826
Diclorisona acetato 1%	Dicloderm forte 1% 15 g crema	764
Fluocinolona acetónido 0,01%	Synalar 0,01% 30 ml solución capilar	303
	Synalar 0,01% 60 ml solución capilar	479
	Synalar gamma 0,01% 30 g crema	335
	Synalar gamma 0,01% 60 g crema	460
Flupamesona 0,15% Flupamesona 0,3%	Flutenal pediátrico 0,15% 60 ml loción	688
	Flutenal 0,3% 30 g pomada	584
	Flutenal 0,3% 60 g pomada	1020
	Flutenal 0,3% 30 g crema	578
	Flutenal 0,3% 60 g crema	1010
	Flutenal fuerte 0,3% 60 ml loción	1046
Hidrocortisona aceponato 0,127%	Suniderma 0,127% 30 g pomada	608
	Suniderma 0,127% 60 g pomada	1046
	Suniderma 0,127% 30 g crema	608
	Suniderma 0,127% 60 g crema	1046
GRUPO III. ALTA		
Beclometasona dipropionato 0,025%	Menaderm simple 0,025% 30 g pomada	503
	Menaderm simple 0,025% 60 g pomada	544
	Menaderm simple 0,025% 30 g ungüento	503
	Menaderm simple 0,025% 60 g ungüento	503
	Menaderm simple 0,025% 60 ml loción	506
Beclometasona dipropionato 0,1%	Beclosona 0,1% 20 g crema	496
Beclometasona salicilato 0,025 %	Dereme 0,025% 30 g crema	568
	Dereme 0,025% 60 g crema	1054

	Dereme 0,025% 30 g gel	572
	Dereme 0,025% 60 g gel	1054
	Dereme 0,025% 30 ml loción	573
	Dereme 0,025% 60 ml loción	1054
	Dereme 0,025% 60 ml loción capilar	1154
Betametasona dipropionato 0,05%	Diproderm 0,05% 30 g crema	391
	Diproderm 0,05% 60 g crema	638
	Diproderm 0,05% 30 g ungüento	328
	Diproderm 0,05% 60 g ungüento	539
	Diproderm 0,05% 30 ml solución	347
	Diproderm 0,05% 60 ml solución	516
Betametasona valerato 0,05%	Celestoderm V 0,05% 30 g crema	366
	Celestoderm V 0,05% 60 g crema	594
Betametasona valerato 0,1%	Betamatil 0,1% 15 g crema	302
	Betamatil 0,1% 30 g crema	421
	Betamatil 0,1% 15 g gel	303
	Betamatil 0,1% 30 g gel	425
	Betamatil 0,1% 20 ml solución	293
	Betnovate 0,1% 15 g crema	341
	Betnovate 0,1% 30 g crema	490
	Betnovate 0,1% 30 g solución capilar	361
	Betnovate 0,1% 60 g solución capilar	507
	Bettamousse 0,1% 100 g espuma	975
	Celestoderm 0,1% 30 ml solución capilar	581
	Celestoderm V 0,1% 30 g crema	497
	Celestoderm V 0,1% 60 g crema	563
Budesonida 0,025%	Demotest 0,025% 30 g pomada	643
	Demotest 0,025% 60 g pomada	1122
	Demotest 0,025% 30 g crema	643
	Demotest 0,025% 60 g crema	1122
Desoximetasona 0,25%	Flubason 0,25% 20 g crema	395
Diflucortolona valerato 0,1%	Claral 0,1% 30 g pomada	522
	Claral 0,1% 60 g pomada	935

	Claral 0,1% 30 g crema	522
	Claral 0,1% 60 g crema	935
	Claral 0,1% 30 g ungüento	527
	Claral 0,1% 60 g ungüento	935
Fluclorolona acetónido 0,2%	Cutanit 0,2% 15 g crema	704
	Cutanit 0,2% 30 g crema	1289
Fluocinolona acetónido 0,025%	Cortiespec 0,025% 30 g crema	456
	Flusolgen 0,025% 30 ml solución	419
	Gelidina 0,025% 30 g gel	413
	Gelidina 0,025% 60 g gel	558
	Synalar 0,025% 30 g crema	413
	Synalar 0,025% 60 g crema	558
	Synalar 0,025% 15 g espuma	397
	Synalar 0,025% 60 g espuma	1111
Fluocinolona acetónido 0,1%	Co fluocin fuerte 0,1% 15 g crema	436
	Co fluocin fuerte 0,1% 30 g crema	572
Fluocinonido 0,05%	Cusigel 0,05% 30 g gel	512
	Cusigel 0,05% 60 g gel	928
	Klariderm 0,05% 30 g crema	497
	Novoter 0,05% 30 g crema	512
	Novoter 0,05% 60 g crema	928
Fluocortolona monohidrato 0,2%	Ultralan M 0,2% 30 g pomada	477
	Ultralan M 0,2% 60 g pomada	897
	Ultralan M 0,2% 30 g crema	483
	Ultralan M 0,2% 60 g crema	908
Fluprednido acetato 0,1%	Decoderm 0,1% 20 g crema	347
	Decoderm 0,1% 40 g crema	484
Hidrocortisona butirato 0,1%	Ceneo 0,1% 30g pomada	728
	Ceneo 0,1% 60g pomada	1131
	Ceneo 0,1% 30g crema	717
	Ceneo 0,1% 60g crema	1120
	Isdinium 0,1% 30 g pomada	728
	Isdinium 0,1% 60 g pomada	1131

	Isdinium 0,1% 30 g crema	717
	Isdinium 0,1% 60 g crema	1120
Metilprednisolona aceponato 0,1%	Adventan 0,1% 30 g pomada	1039
	Adventan 0,1% 60 g pomada	1892
	Adventan 0,1% 30 g crema	1039
	Adventan 0,1% 60 g crema	1892
	Adventan 0,1% 30 g ungüento	1039
	Adventan 0,1% 60 g ungüento	2123
	Adventan 0,1% 50 g emulsión	2074
	Lexxema 0,1% 30 g pomada	1039
	Lexxema 0,1% 60 g pomada	1892
	Lexxema 0,1% 30 g crema	1039
	Lexxema 0,1% 60 g crema	1892
	Lexxema 0,1% 30 g ungüento	1039
	Lexxema 0,1% 60 g ungüento	2123
	Mometasona furoato 0,1%	Elica 0,1% 30 g crema
Elica 0,1% 60 g crema		2080
Elica 0,1% 30 g ungüento		1152
Elica 0,1% 60 g ungüento		2080
Elica 0,1% 30 ml solución		1152
Elica 0,1% 60 ml solución		2080
Elocom 0,1% 30 g crema		1152
Elocom 0,1% 60 g crema		2080
Elocom 0,1% 30 g ungüento		1152
Elocom 0,1% 60 g ungüento		2080
Elocom 0,1% 30 ml solución		1152
Elocom 0,1% 60 ml solución		2080
Prednicarbato 0,25%	Batmen 0,25% 30 g pomada	1015
	Batmen 0,25% 60 g pomada	1832
	Batmen 0,25% 30 g crema	1015
	Batmen 0,25% 60 g crema	1832
	Batmen 0,25% 30 g ungüento	1015

	Batmen 0,25% 60 g ungüento	1832
	Batmen 0,25% 60 ml solución	1832
	Batmen 0,25% 60 ml solución con aplicador	1912
	Peitel 0,25% 30 g pomada	1022
	Peitel 0,25% 60 g pomada	1847
	Peitel 0,25% 30 g crema	1022
	Peitel 0,25% 60 g crema	1847
	Peitel 0,25% 30 g ungüento	1022
	Peitel 0,25% 60 g ungüento	1847
	Peitel 0,25% 60 ml solución	1847
	Peitel 0,25% 60 ml solución con aplicador	1927
GRUPO IV. MUY ALTA		
Clobetasol propionato 0,05%	Clovate 0,05% 15 g crema	247
	Clovate 0,05% 30 g crema	443
	Decloban 0,05% 15 g crema	235
	Decloban 0,05% 30 g crema	450
Diflorasona diacetato 0,05%	Murode 0,05% 15 g crema	309
	Murode 0,05% 30 g crema	479
	Murode 0,05% 15 g gel	309
	Murode 0,05% 30 g gel	479
Diflucortolona valerato 0,3%	Claral fuerte 0,3% 30 g pomada	1350
	Claral fuerte 0,3% 30 g ungüento	1354
Fluocinolona acetónido 0,2%	Alvadermo fuerte 0,2% 15 g pomada	726
	Fluocid forte 0,2% 15 g crema	498
	Fluocid forte 0,2% 30 g crema	917
	Fluodermo fuerte 0,2% 5 g crema	323
	Fluodermo fuerte 0,2% 15 g crema	622
	Oxidermiol fuerte 0,2% 5 g crema	257
	Oxidermiol fuerte 0,2% 15 g crema	550
	Synalar forte 0,2% 15 g crema	689
	Synalar forte 0,2% 30 g crema	1259
Halcinónido 0,1%	Halog 0,1% 15 g crema	326
	Halog 0,1% 30 g crema	453

Halometasona 0,05%	Sicorten 0,05% 30 g crema	569
	Sicorten 0,05% 60 g crema	1122

[Subir](#)[Búsquedas](#)[Sumario](#)[Inicio](#)[e-mail](#)