

# Tratamientos terapéuticos actuales para la dermatitis seborreica



La dermatitis seborreica es un trastorno de la piel recurrente, generalmente leve, con manifestaciones clínicas típicas. Debido a que esta condición frecuentemente involucra zonas expuestas, como la cara y el cuero cabelludo, los pacientes acuden a la consulta de un dermatólogo para controlar la enfermedad. Este material hace una revisión de los tratamientos disponibles actualmente para solucionar este problema dermatológico tan común.

La dermatitis seborreica es un trastorno crónico y leve de la piel, que característicamente presenta manchas rojas muy delimitadas y placas con escamas grasosas en las zonas que tienen una mayor densidad de glándulas sebáceas, por ejemplo el cuero cabelludo, la cara, la parte superior del tronco y las curvaturas.

Afecta aproximadamente al 3-5% de la población, especialmente a los hombres. Puede existir una incidencia aún mayor entre los pacientes infectados por el VIH, con la enfermedad del Parkinson, entre otras condiciones médicas. Todavía existe un debate sobre si la dermatitis seborreica infantil representa una dermatitis distinta.

La patogénesis de la enfermedad sigue siendo controvertida. El número de levaduras disminuye con el tratamiento antimicótico, resultando en una mejoría clínica, y aumenta durante los períodos de exacerbación. A pesar de su nombre, la excreción de sebo en los pacientes con dermatitis seborreica no se incrementa significativamente en comparación con los controles.

El metabolismo de la *Malassezia* altera la composición del sebo por el consumo de ácidos grasos saturados y la liberación de ácidos grasos insaturados, que a su vez promueve la inflamación en individuos susceptibles. Algunas propuestas plantean que la *Malassezia* spp. induce la producción de citoquinas por los queratinocitos, mientras que otros estudios sobre la inmunidad celular muestran resultados contradictorios.

Los pacientes deben saber que toda modalidad terapéutica disponible alivia los síntomas temporalmente, hasta la próxima recaída, que es típicamente seguida por períodos variables de disminución. Las personas afectadas deben evitar el agravamiento de la irritación en las lesiones activas, por ejemplo mediante la eliminación mecánica de las escalas y el uso de preparados queratolíticos potentes.

La limpieza diaria de la piel y el uso de emolientes son muy beneficiosos.





# **TERAPIAS TÓPICAS**

Las terapias tópicas son la base del tratamiento dado que la condición es recurrente, generalmente leve y responde bien a estos agentes.

## **Antifúngicos**

Desde la primera publicación en el año 1984 sobre el uso de ketoconazol para el tratamiento de la dermatitis seborreica, varios estudios han validado su eficacia utilizado en crema, espuma, gel y champú. El champú con ketoconazol al 2% puede ser utilizado una vez por semana como terapia para la dermatitis seborreica del cuero cabelludo.

Otro tópico del grupo azol, el bifonazol al 1% en crema, es igualmente efectivo y proporciona la ventaja adicional de una aplicación diaria.

También ha sido empleado con éxito en combinación con 40% de urea para la dermatitis seborreica del cuero cabelludo. El miconazol también se puede utilizar ya sea solo, o en combinación con la hidrocortisona.



Por su parte el ciclopirox tiene tanto propiedades antifúngicas como anti-inflamatorias. Se dice que el ciclopirox crema al 1% es muy beneficioso para la dermatitis seborreica facial. Las combinaciones de champú de ciclopirox al 1,5% con ácido salicílico al 3% o piritiona de zinc al 1% también son eficaces.

Las estadísticas han demostrado cierta superioridad del ciclopirox en comparación con el ketoconazol.

## **Corticosteroides**

Para la dermatitis seborreica severa, de baja o mediana potencia, se pueden utilizar los corticosteroides tópicos al inicio del tratamiento, ya sea solos o en combinación con un agente antifúngico, para limitar la inflamación. No obstante, debe evitarse su uso frecuente prolongado debido a sus riesgos asociados bien conocidos, por ejemplo atrofia, telangiectasias, hipertrichosis y dermatitis peribucal.

En un estudio controlado, 70 pacientes con dermatitis seborreica fueron tratados con miconazol al 2% e hidrocortisona al 1% en combinación, con miconazol al 2%, o hidrocortisona al 1%. Los pacientes en ambos grupos donde el tratamiento incluyó miconazol mostraron una mejoría significativa en comparación con los que recibieron solo hidrocortisona al 1% en crema como tratamiento profiláctico.

Los tratamientos de miconazol también disminuyeron el número de levaduras *Malassezia* spp. Algunos estudios comparativos han encontrado también que la hidrocortisona en crema no es superior al ketoconazol en crema al 2% para tratar los síntomas de la dermatitis seborreica, debido a las reducciones significativamente más altas en el número de *Malassezia* spp. que se observaron con el ketoconazol.



El ketoconazol al 2% en gel ha demostrado ser superior a la loción de dipropionato de betametasona al 0,05% en la reducción de los síntomas y del número de levaduras.

### **Piritiona de zinc**

El champú de piritiona de zinc al 1% ha producido resultados inferiores en comparación con el champú de ketoconazol al 2%, mientras que el sulfuro de selenio exhibió una eficacia similar.

## **Metronidazol**

El metronidazol en gel al 0.75% para la dermatitis seborreica ha sido evaluado sólo en un número limitado de estudios con resultados contradictorios. En dos ensayos, el metronidazol mostró una mayor eficacia sobre el placebo y era igualmente eficaz que el ketoconazol al 2% en crema, mientras que en otros dos estudios los resultados no fueron tan positivos.

## **Sales de litio**

Tanto el succinato de litio como el gluconato de litio tienen una eficacia demostrada en el tratamiento de la dermatitis seborreica, probablemente debido a sus efectos anti-inflamatorios. El succinato de litio al 8% en pomada aplicado dos veces al día (para un total de 8 semanas) ha mostrado una eficacia significativamente grande.

También se ha utilizado con éxito en pacientes de VIH con dermatitis seborreica facial. En un estudio aleatorio realizado con 288 pacientes, el gluconato de litio al 8% en pomada aplicado dos veces al día demostró ser más eficaz que el ketoconazol al 2% en emulsión utilizado dos veces por semana.

## **Inhibidores de la calcineurina**

Un estudio aleatorio demostró que el tratamiento con un inhibidor de la calcineurina, en ese caso el pimecrolimus en crema al 1%, aplicado dos veces al día, fue eficaz y bien tolerado para el tratamiento de la dermatitis seborreica facial. En otros dos ensayos clínicos el pimecrolimus al 1% demostró ser igualmente efectivo que corticosteroides tópicos, como el acetato de hidrocortisona al 1% en crema o el betametasona 17-valerato al 0,1% en crema.

Además, el pimecrolimus demostró beneficios adicionales, tales como períodos de remisión largos y recaídas más leves, en comparación con la betametasona. Este inhibidor también ha sido probado contra el ketoconazol al 2% en crema, demostrando una eficacia comparable, pero con efectos secundarios más frecuentes.

Por su parte el tacrolimus tópico al 0,1% en pomada ha sido probado frente a otros tratamientos antes mencionados, demostrando una mayor eficacia prolongada que los tópicos esteroides, pero exhibiendo una duración en su efecto más corta que otros, como el champú de piritiona de zinc. Debido a la mayor viscosidad de esta pomada, se ha considerado como un tratamiento inconveniente para aplicar en el cuero cabelludo.

## **Champús de alquitrán**

Los efectos beneficiosos del alquitrán para la dermatitis seborreica se pueden atribuir a sus propiedades anti-proliferativa, anti-inflamatorias, antifúngicas, y a su inhibición en la secreción de sebo. En estudios realizados, el tratamiento con champú de alquitrán al 4% ha demostrado una reducción mayor en la dermatitis seborreica del cuero cabelludo frente a otros medicamentos, y el resultado ha sido mejor cuando el alquitrán se ha combinado con ciclopirox.



## **Sulfuro de selenio**

En un ensayo aleatorio, el sulfuro de selenio al 2,5% fue probado contra el ketoconazol al 2% en 246 pacientes con caspa moderada a severa. Tanto el ketoconazol como los champús de sulfuro de selenio fueron eficaces, pero el ketoconazol fue mejor tolerado.



Copyright © 2008 Theodore W. Gray



## **Otros tratamientos tópicos**

Existen reportes escasos de tratamientos exitosos con peróxido benzoilo, ácido azelaico, dihidroxicolecalciferol (Tacalcitol) en crema, así como otras preparaciones que contienen varios ingredientes activos como emolientes, anti-inflamatorios, queratolíticos y antimicóticos.

# **FOTOTERAPIA**

## **Ultravioleta B (UVB)**

Los pacientes a menudo experimentan una mejora durante el verano. El efecto inhibitorio directo de los rayos UVA y UVB sobre las levaduras *Malassezia* de la piel ha sido confirmado experimentalmente. En un estudio 18 pacientes con dermatitis seborreica severa fueron tratados con UVB de banda estrecha 3 veces por semana, hasta la desaparición o al término de 2 meses de terapia.

El número medio de sesiones de tratamiento fue de 23 y la dosis acumulada de UVB media fue de  $9,8 \text{ J / cm}^{-2}$ . Todos los pacientes respondieron bien a la terapia, especialmente aquellos con la enfermedad muy extendida.



Las mayores limitaciones de la irradiación UVB para la dermatitis seborreica son las frecuentes visitas a una unidad de fototerapia, la rápida recaída de la enfermedad que aparece de 2-6 semanas después del tratamiento y los riesgos asociados a exceder la acumulación máxima de UVB permitida por vida.

## **Psoraleno más luz ultravioleta A (PUVA)**

Cinco pacientes con VIH a los que se les administró el tratamiento PUVA (de 30 a 262 J / cm<sup>2</sup> cada 2-4 semanas) exhibieron una erradicación de las lesiones en la piel, incluyendo la dermatitis seborreica. Sin embargo este hallazgo contradice el informe de 28 nuevos casos de dermatitis seborreica facial que surgieron durante la terapia PUVA en 347 pacientes con psoriasis.

# **TERAPIAS SISTÉMICAS**

## **Los antimicóticos orales**

Los estudios controlados de tratamientos antimicóticos sistémicos son limitados. No obstante se han probado diferentes dosis de medicamentos como la terbinafina, el fluconazol, el ketoconazol, el itraconazol, pero los resultados han sido más contradictorios que concluyentes en la mayoría de los casos.



## **CONCLUSIONES**

La terapia antifúngica tópica ha demostrado ser eficaz en muchos estudios, al ofrecer períodos más frecuentes y sostenidos sin presentar recaídas, en comparación con los corticoesteroides y sin exponerse a sus efectos secundarios adversos. Por lo tanto, los agentes antimicóticos pueden ser considerados como el tratamiento de primera línea para la dermatitis seborreica.

# **CONCLUSIONES**

La administración oral de antifúngicos es muy cuestionable, como tratamiento conlleva el riesgo potencial de los efectos secundarios graves por el uso repetitivo.