

## **GRUPO 13**

### **MEDICAMENTOS USADOS EM AFECÇÕES CUTÂNEAS**

O tratamento medicamentoso das dermatoses é realizado com fármacos de utilização sistémica, cujo número tem aumentado recentemente, resultado de uma sinergia entre maior investigação e melhor conhecimento das etiopatogenias e com fármacos de aplicação tópica, alguns com longa tradição, mas agora sujeitos a uma selecção optimizada pela relação benefício/risco.

A terapêutica das doenças da pele está condicionada, entre outras, por duas características fundamentais deste órgão: a sua função de barreira, determinada pela estrutura da camada córnea que, por si, constitui o factor limitante da absorção percutânea e a sua sensibilidade ao contacto repetido com substâncias químicas, potenciais irritantes ou alergenicos. São actualmente bem conhecidos os factores condicionantes da absorção e da difusão dos fármacos aplicados topicamente; em primeiro lugar a estrutura e características físico-químicas da substância activa e depois o tipo de excipiente que vai colaborar no grau de penetração do fármaco activo podendo, ainda, melhorar o grau de hidratação da pele e ter, por vezes, efeito anti-inflamatório.

De uma forma geral e do ponto de vista galénico, as pomadas são preferidas para aplicação em superfícies secas, devido a serem mais oclusivas, ou cremes em áreas húmidas e as soluções nas zonas pilosas.

Ao programar uma terapêutica dermatológica anti-infecciosa é preciso ter sempre presente que a pele tem sistemas próprios de defesa contra a infecção e, tal como em outros tecidos, uma tendência natural para a reparação, o que por vezes é perturbado por diversos fármacos incluindo alguns indicados como “cicatrizantes”.

A aplicação tópica de antibióticos com objectivo terapêutico, em algumas infecções cutâneas, tem poucas indicações e critérios muito objectivos. Embora possa ser utilizada em infecções superficiais como o impetigo ou em dermatoses secundariamente infectadas, como o eczema atópico impetiginado, o seu uso está contra-indicado se houver envolvimento de planos profundos ou se as lesões são resultantes de infecção sistémica, devendo, nestes casos, o antibiótico ser administrado por via geral. Os efeitos adversos da antibioterapia tópica são bem conhecidos: reacções de hipersensibilidade,

contribuição para as resistências bacterianas aos antibióticos utilizados e, para alguns, mesmo uma inibição do processo de cicatrização.

A utilização tópica de antibióticos para fins profiláticos ou para erradicar colonizações, cujos exemplos clássicos são, respectivamente, os orifícios de implantação de catéteres vasculares e a colonização por *S. aureus* das fossas nasais, também não provou ter uma utilidade sustentada; no primeiro caso, não impede a infecção (apenas selecciona o agente) e pode substituir-se a medidas realmente eficazes de prevenção; no segundo caso, embora úteis clinicamente já que os antibióticos sistémicos são também muitas vezes ineficazes, nomeadamente em situações de foliculites ou furunculose recidivantes, a eliminação do microrganismo pode ser seguida de nova colonização, com o risco de selecção de microrganismos resistentes.

De notar que actualmente está contra-indicado a utilização de antibiótico sistémico concomitantemente com anti-inflamatório não esteróide no tratamento de erisipelas ou infecções mais profundas da pele e tecido celular sub-cutâneo. É nesse contexto que surgem as infecções mais graves, nomeadamente a fascíte necrosante que é uma urgência cirúrgica, já que o anti-inflamatório não esteróide impede a circunscrição da infecção.

A terapêutica anti-fúngica por aplicação tópica tem um papel muito importante dada a localização da maior parte das micoses, o seu nível etário, tipo evolutivo e as características dos fármacos disponíveis.

Convém alertar para a necessidade de alguma contenção na utilização do *aciclovir* tópico nas formas simples e autolimitadas de *Herpes zoster* ou no herpes labial ou genital com recidivas frequentes e benignas, uma vez que começam a existir resistências do *Herpes simplex* a este fármaco, e ele é ainda, entre nós, o principal fármaco disponível para o tratamento da meningo-encefalite herpética. A sua utilização sistémica deverá ser especialmente dirigida a situações de herpes zoster necrótico ou generalizado, a doentes com mais de 65 anos para prevenir a nevralgia pós-herpética e a doentes imunodeprimidos orgânica ou iatrogenicamente.

A introdução dos *retinóides* (derivados da vitamina A), constituiu um notável progresso no tratamento das formas graves de duas dermatoses muito frequentes: psoríase e acne. São fármacos com importante potencial de acções adversas de onde se destacam os efeitos teratogénicos e a dislipidémia, pelo que se exige um cuidadoso controlo da sua utilização na mulher em idade fértil.

O efeito anti-inflamatório dos corticosteróides tópicos é largamente utilizado em Dermatologia, mas tem riscos que surgem sobretudo quando se empregam prolongadamente, em especial se forem corticosteróides de alta potência. A nível local pode verificar-se atrofia e estrias cutâneas, despigmentação, telangiectasias e dermatoses reactivas, como a rosácea, em especial em zonas da pele

mais sensíveis como a face; a nível sistémico os efeitos destes fármacos são conhecidos, se houver uma absorção cutânea importante. O uso indiscriminado dos corticosteróides tópicos pode, em certas dermatoses (micoses, escabiose), mascarar a sua natureza e impedir uma terapêutica etiológica atempada por melhoria sintomática transitória.

Os corticosteróides de uso tópico distribuem-se por uma escala consoante a sua potência, que vai dos de baixa potência como a *hidrocortisona a 10 mg/ml*, passando pelos de média potência como o *valerato de betametasona* até aos de alta potência como o *dipropionato de betametasona em propilenoglicol* e o *propionato de clobetasol*. O seu grau de penetração, de que depende em grande parte a eficácia, é determinado em especial pelo tipo de molécula do corticosteróide e pelo excipiente sendo, neste caso, exemplo paradigmático a utilização de propilenoglicol. Na face só devem ser utilizados corticosteróides de baixa potência.

A utilização de agentes biológicos cada vez mais comum em Dermatologia, nomeadamente para o tratamento da psoríase e da urticária crónica será tratada em área apropriada.