CM Comité de Medicamentos

Glucocorticoide sintético de administración intramuscular, intraarticular y tópica, con una potente acción antiinflamatoria (aproximadamente 5 veces mayor que la de la hidrocortisona). La triamcinolona prácticamente no tiene efecto mineralcorticoideo.

## USO CLÍNICO

**Vía intramuscular (acetónido de triamcinolona):** no está recomendado para niños menores de 6 años.

Cuando la vía oral o intravenosa no sean posibles **(A):**

- Trastornos endocrinos: tiroiditis no supurativa.
- Enfermedades reumáticas: como terapia adyuvante a corto plazo en situaciones de inflamación severa (artritis idiopática juvenil, tenosinovitis aguda inespecífica, lupus eritematoso sistémico, carditis reumática aguda).
- Enfermedades dermatológicas: pénfigo, eritema multiforme severo (síndrome Stevens-Johnson), dermatitis exfoliativa, dermatitis vesiculosa herpetiforme, dermatitis seborreica grave y psoriasis grave.
- Trastornos alérgicos: en situaciones graves no tratables con terapias convencionales en asma bronquial, dermatitis de contacto, dermatitis atópica y rinitis alérgica estacional o permanente.
- Enfermedades oftálmicas: alergias crónicas graves y procesos inflamatorios tales como herpes zóster oftálmico, iritis, iridociclitis, coriorretinitis, uveítis, coroiditis difusa posterior y neuritis óptica.
- Trastornos hematológicos: anemia hemolítica adquirida (autoinmune).
- Trastornos neoplásicos: tratamiento paliativo en la leucemia aguda en la infancia.

Vía intraarticular (acetónido y hexacetónido de triamcinolona): no está recomendado para niños menores de 6 años.

Está indicado, para administración intraarticular/intrasinovial y para inyección dentro de la cubierta del tendón, como terapia adyuvante a corto plazo (episodio agudo o exacerbación) en: sinovitis/artritis, bursitis aguda y subaguda, epicondilitis, tenosinovitis y osteoartritis postraumática **(A).**

**Vía intralesional e intraocular (acetónido de triamcinolona)** (**E:** *off-label*):

- En trastornos dermatológicos que responden a corticoides: dermatitis de contacto, alopecia *areata*, lupus eritematoso discoide, lesiones infiltrativas inflamatorias, liquen plano, psoriasis en placas, hemangiomas infantiles.
- Uveítis refractaria (incluso con edema macular asociado).

**Vía inhalada o intranasal:** tratamiento de la rinitis alérgica estacional o perenne en niños mayores de 2 años.

**Vía tópica.** No debe utilizarse en niños menores de 1 año:

- Dérmica: alivio de la inflamación y el prurito relacionados con dermatosis que responden a corticoides. Existen presentaciones que combinan la triamcinolona con agentes antimicrobianos tópicos.
- Mucosa oral: tratamiento auxiliar y alivio temporal de síntomas relacionados con lesiones orales inflamatorias y lesiones ulcerativas secundarias a traumatismo.

## DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

Las dosis necesarias son variables y han de ser individualizadas en base a la enfermedad y la respuesta del paciente, teniendo en cuenta que debe utilizarse la menor dosis posible. La triamcinolona por vía intramuscular o intraarticular tiene un efecto de larga duración que puede ser sostenido durante varias semanas.

**Intramuscular:**

- Adolescentes mayores: dosis inicial recomendada de 60 mg (intervalo de 20 a 80 mg, que es la dosis máxima diaria), en inyección profunda en el músculo glúteo.
- Niños mayores de 6 años y adolescentes: dosis inicial de 0,1-1,6 mg/kg/día dividida cada 6-8 horas.
- Niños menores de 6 años: no está recomendado su uso.

**Local (intraarticular/intrasinovial e Intralesional):**

- Acetónido de triamcinolona: de 2,5 a 10 mg en pequeñas articulaciones y de 5 a 40 mg (dependiendo del peso y la edad del paciente) en articulaciones grandes (hombro, cadera y rodilla). Dosis máxima en varias articulaciones al mismo tiempo: 20-80 mg.
- En hemangioma infantil: dosis depende del tamaño de la lesión. Entre 1-3 mg/kg/dosis, repartida por el perímetro lesional (se pueden repetir dosis mensualmente).
- En dermatosis que responden a corticoides: hasta 1 mg por sitio de inyección y puede repetirse 1 o más veces por semana; Se pueden inyectar múltiples sitios si están separados 1 cm o más, sin exceder los 30 mg.
- Hexacetónido de triamcinolona:
    - Adolescentes mayores de 12 años: 10-20 mg en articulaciones grandes, 5-10 mg en articulaciones de tamaño mediano (muñecas, codos y tobillos) y 2-6 mg en articulaciones más pequeñas.
    - Niños entre 3 y 12 años: 1 mg/kg (máximo 20 mg) en articulaciones grandes, 0,5 mg/kg en articulaciones medianas y 0,6-2 mg en articulaciones más pequeñas.
- El número de infiltraciones dependen de la evolución clínica, pero en general no se recomienda administrarlas en articulaciones individuales con una frecuencia menor de 3-4 semanas.

**Intranasal:**

- Niños mayores de 12 años: dosis inicial recomendada de 110 µg en cada fosa nasal, una vez al

día. Una vez controlados los síntomas, los pacientes pueden mantenerse con 55 µg en cada fosa nasal, una vez al día.
- Niños de 6 a 12 años: la dosis recomendada es de 55 µg en cada fosa nasal, una vez al día. En pacientes con síntomas más severos se puede utilizar una dosis de 110 µg. Una vez controlados los síntomas, los pacientes deben mantenerse con la dosis mínima eficaz. No se recomienda el uso continuado durante más de 3 meses en niños menores de 12 años.

**Tópica:**

Aplicar una fina capa una vez al día no debiendo sobrepasar el tratamiento más de 7 días. Si se aplica en más del 5 al 10% de la superficie corporal o si se utilizan vendajes oclusivos o un pañal muy ajustado debe vigilarse estrechamente su uso. No debe utilizarse en niños menores de 1 año.

## CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad a la triamcinolona o cualquier componente de la fórmula, tratamiento primario de la crisis asmática, infecciones micóticas sistémicas y otras infecciones graves (como tuberculosis activa) y púrpura trombocitopénica idiopática.
- La preparación inyectable no debe utilizarse para uso intravenoso, epidural o intratecal. Contiene alcohol bencílico, por lo que tampoco se debe utilizar en recién nacidos ni prematuros por la posibilidad de aparición de síndrome de Gasping (hipotensión, acidosis metabólica, dificultad respiratoria, alteración del sistema nervioso central [SNC], kernicterus…).
- Hexacetónido de triamcinolona: puede provocar reacciones tóxicas y reacciones anafilactoides en niños menores de 3 años de edad y, por lo tanto, no debe ser utilizado en este grupo.
- Vía tópica: no utilizar en infecciones locales micóticas, virales o bacterianas. Tampoco en caso de rosácea, acné vulgar, dermatitis perioral, enfermedades atróficas de la piel y reacciones vacunales cutáneas.

## PRECAUCIONES

- Si después de una terapia prolongada a dosis elevadas se suspende el tratamiento, es preciso que se haga de forma gradual (para evitar una insuficiencia suprarrenal aguda por supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal). Puede ser necesario incrementar la dosificación en los pacientes expuestos a situaciones de estrés.
- Los corticoides pueden enmascarar algunos signos de infección. La varicela y el sarampión pueden tener una evolución más grave en los pacientes tratados con corticoides. Si se exponen, puede estar indicada la terapia con inmunoglobulina específica o inmunoglobulinas intravenosas polivalentes o inespecíficas. Si la varicela o el herpes zóster se desarrollan, puede considerarse el tratamiento con agentes antivirales.
- Los pacientes no deben ser vacunados mientras estén en tratamiento con corticoides sistémicos a moderadas-altas dosis. El uso de corticoides intraarticulares, la administración de esteroides sistémicos durante menos de 2 semanas o en una posología regular a largo plazo de 10 mg diarios no se consideran contraindicaciones para el uso de vacunas vivas.
- Debe utilizarse con precaución en pacientes con diabetes mellitus, colitis ulcerosa, diverticulitis, úlcera péptica, hipertensión, insuficiencia renal, osteoporosis, tendencia tromboembólica, insuficiencia cardiaca congestiva, infarto del miocardio reciente y trastornos convulsivos y psicóticos.

- La inyección accidental de la suspensión en los tejidos blandos que rodean una articulación puede llevar a la aparición de efectos sistémicos y es la causa más común de la falta de los efectos locales deseados. Hay que agitar enérgicamente el vial durante 10 segundos antes de su uso para garantizar una suspensión uniforme, comprobar que no presenta un aspecto grumoso. Tras una inyección intraarticular, se recomiendan 24 horas de reposo absoluto de la zona afectada. No se recomiendan más de 3-4 inyecciones intraarticulares al año en una misma articulación (inyecciones repetidas durante largo tiempo pueden dar afectación ósea). La inyección repetida en tendones inflamados puede producir rotura del tendón. Debe evitarse la inyección de un esteroide en una articulación previamente infectada.
- En la administración tópica, el preparado no debe entrar en contacto con los ojos ni con mucosas. Se aconseja lavarse bien las manos después de la aplicación. No debe utilizarse en grandes cantidades o en áreas extensas durante periodos prolongados.
- En la administración intranasal, pueden aparecer efectos sistémicos, especialmente en dosis elevadas prescritas durante periodos prolongados.

## EFECTOS SECUNDARIOS

- En las inyecciones intramusculares e intraarticulares, se han descrito reacciones locales: incluyen abscesos estériles, eritema posterior a la inyección, dolor, hinchazón y necrosis en el lugar de inyección. Si la inyección intramuscular no se administra adecuadamente, puede producirse atrofia de la grasa subcutánea. Del mismo modo, en la administración intraarticular la acumulación del fármaco en el trayecto de inyección puede causar atrofia subcutánea. Como con cualquier otro tratamiento con esteroides intraarticulares, se ha observado una supresión corticosuprarrenal transitoria durante la primera semana tras la inyección.
- Dosis elevadas sistémicas utilizadas a largo plazo pueden asociarse a cefalea, síndrome de Cushing, aumento de la presión sanguínea, disminución de la densidad mineral ósea, alteraciones del crecimiento, irregularidades menstruales, aparición de cataratas subcapsulares posteriores o glaucoma. Otros efectos secundarios descritos como poco frecuentes son: reacciones anafilactoides, trastornos psiquiátricos (como insomnio, depresión, cambios de humor…), convulsiones, hipertensión intracraneal benigna, vértigo, insuficiencia cardiaca congestiva, tromboembolismo, úlcera péptica, pancreatitis, alteraciones de la pigmentación de la piel, equimosis/púrpura, hirsutismo, miopatía.
- En la vía tópica como efectos frecuentes se han descrito reacciones de hipersensibilidad (especialmente si se usa en periodos prolongados): dermatitis de contacto, eritema, *rash* y urticaria. También atrofia de la piel. En raras ocasiones el tratamiento de la psoriasis puede haber provocado la evolución a la forma pustular de la enfermedad.
- Los efectos adversos notificados con mayor frecuencia en la vía intranasal son los que afectan a las membranas mucosas de nariz y garganta (edema de mucosas, faringitis, bronquitis, epistaxis…). También se ha descrito cefalea y se ha notificado disminución de la velocidad de crecimiento en niños que reciben corticoides nasales a las dosis recomendadas.

## INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

- Anticoagulantes orales, anticonceptivos orales y relajantes musculares no despolarizantes: los corticoides sistémicos pueden potenciar o disminuir el efecto de estos fármacos.
- Isoniazida: las concentraciones séricas de este fármaco pueden disminuir.
- Ciclosporina: se potencian la actividad farmacológica cuando se utilizan concomitantemente.

- Glucósidos digitálicos: la administración conjunta puede aumentar la posibilidad de toxicidad digitálica.
- Inductores de enzimas hepáticos (por ejemplo, barbitúricos, fenitoína, carbamacepina, rifampicina): aumentan el aclaramiento metabólico de la triamcinolona sistémica (debe ajustarse la dosis).
- Hormona del crecimiento humana: el estímulo del crecimiento puede inhibirse.
- Hipoglucemiantes e insulina: los corticoides pueden aumentar los niveles de glucosa en sangre.
- Inhibidores de CYP3A4: el tratamiento concomitante puede aumentar el riesgo de reacciones adversas sistémicas, por lo que se debe evitar, a menos que el beneficio supere al riesgo.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): los corticoides pueden aumentar la incidencia y/o gravedad de la ulceración y de la hemorragia gastrointestinal asociadas a estos fármacos. Los corticoides pueden también reducir los niveles séricos de salicilatos y, por tanto, disminuir su eficacia. Al contrario, la interrupción del tratamiento con corticoides durante la terapia con dosis altas con salicilatos puede llevar a toxicidad por salicilatos. Debe tenerse precaución en el uso conjunto de aspirina y corticoides en pacientes con hipoprotrombinemia.
- Medicamentos tiroideos: el aclaramiento metabólico corticoideo está disminuido en pacientes hipotiroideos y aumentado en pacientes hipertiroideos.
- Medicamentos que prolongan el intervalo QT o producen *torsades de pointes*: no se recomienda la terapia concomitante de corticoides sistémicos con medicamentos antiarrítmicos de Clase Ia como disopiramida, quinidina y procainamida, ni con otros fármacos antiarrítmicos de Clase III como amiodarona, bepridilo y sotalol.
- No se recomienda la asociación de corticoides sistémicos con medicamentos que produzcan alteraciones electrolíticas como hipopotasemia (diuréticos eliminadores de potasio, anfotericina B IV y ciertos laxantes), hipomagnesemia e hipocalcemia grave.

## DATOS FARMACÉUTICOS

**Excipientes:** consultar ficha técnica de cada presentación farmacéutica. Algunas presentaciones comerciales (las formas inyectables) contienen alcohol bencílico.

**Conservación:** consultar ficha técnica de cada presentación farmacéutica.

**Periodo de validez:** consultar ficha técnica de cada presentación farmacéutica.

**Presentaciones comerciales:** las presentaciones disponibles en España pueden consultarse *online* en el Centro de Información de Medicamentos de la AEMPS (CIMA), http://www.aemps.gob.es/cima, y en https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum en el enlace “Presentaciones” correspondiente a cada ficha.

## BIBLIOGRAFÍA


- Fichas técnicas del Centro de Información *online* de Medicamentos de la AEMPS-CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [consultado el 07/08/2020]. Disponible en:https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html
- American Pharmacists Association (ed.). Pediatric and Neonatal Dosage Handbook. 18.ª edición. Hudson (OH): Lexi Comp; 2013.

- Becker ML, Lovell D, Leeder SJ. Pharmacology and Drug Therapy: Nonbiologic Therapies. En: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB (eds.). Textbook of Pediatric Rheumatology. 7.ª edición. Filadelfia: Elsevier; 2016.
- Chen ZY, Wang QN, Zhu YH, *et al*. Progress in the treatment of infantile hemangioma. Ann Transl Med. 2019 Nov;7(22):692.
- Massa H, Pipis SY, Adewoyin T, Vergados A, *et al*. Macular edema associated with non-infectious uveitis: pathophysiology, etiology, prevalence, impact and management challenges. Clin Ophthalmol. 2019 Sep 10;13:1761-1777.
- Sood AB, Ángeles-Han ST. An Update on Treatment of Pediatric Chronic Non-Infectious Uveitis. Curr Treatm Opt Rheumatol. 2017 March;3(1):1-16.
- UpToDate (Pediatric drug information) [base de datos en Internet]. Waltham, MA: Wolters Kluwer Health Clinical Solutions 2020. Disponible en: www.uptodate.com


**Fecha de actualización:** julio de 2020.

**La información disponible en cada una de las fichas del Pediamécum ha sido revisada por el Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría y se sustenta en la bibliografía citada. Estas fichas no deben sustituir en ningún caso a las aprobadas para cada medicamento por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) o la Agencia Europea del Medicamento (EMA).**