

Psoriasis Ungueal: Experiencia con el Tratamiento Combinado de Clobetasol al 8% en Laca Ungueal y Calcipotriol

María Soledad Zegpi T., Consuelo Cárdenas D., María Luisa Sáenz de Santa María P.

Depto. de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

La psoriasis ungueal es un problema común en los pacientes psoriáticos, con una incidencia de vida de 90%. A pesar de su alta incidencia y del gran impacto que produce en la calidad de vida, ha sido poco estudiada y el tratamiento óptimo aún no está bien dilucidado. Los corticoides tópicos y los análogos de la vitamina D son las terapias más usadas, pero no existe un esquema estándar para su uso. La combinación de estos agentes se ha estudiado en los últimos años para pacientes con afectación de la matriz y del lecho ungueal, mostrando muy buenos resultados. El caso que presentamos demuestra la sinergia entre estos agentes.

Palabras clave: Psoriasis ungueal, clobetasol, calcipotriol.

Summary

Nail psoriasis is a common problem among psoriatic patients, with a lifetime incidence of 90%. Despite its high incidence and severe impact on the quality of life, it has not been fully studied and the optimal treatment is still unclear. Topical glucocorticosteroids and vitamin D analogues are the most used therapies, but there is no standard therapeutic regimen for their use. The combination of both of these agents has been studied during the last years for the treatment of patients with matrix and bed nail compromise, showing very good results. The case that we present shows the synergy between these agents.

Key words: Nail psoriasis, clobetasol, calcipotriol.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica que afecta principalmente a la piel; sin embargo, el compromiso de las uñas puede llegar a estar presente hasta en el 90% de los pacientes psoriáticos en algún momento de sus vidas.⁽¹⁾ El signo más común de la psoriasis ungueal son los *pits* (68%), seguido por la onicólisis (67%), la hiperqueratosis subungueal (25%) y la decoloración del lecho ungueal (18%).⁽²⁾ Para la gran mayoría de los pacientes estos signos representan un gran problema cosmético, produciendo un importante deterioro de la calidad de vida, llegando incluso a interferir en sus trabajos. Además se ha descrito que más de la mitad (52%) de los pacientes afectados refiere dolor en las uñas.⁽³⁾ A pesar de su alta incidencia y del gran impacto que produce en la calidad de vida, la psoriasis ungueal ha sido una patología dermatológica pobremente estudiada y el tratamiento óptimo aún no está bien dilucidado. Existen múltiples alternativas terapéuticas; sin embargo, la gran mayoría no tiene evidencia bien docu-

mentada de sus perfiles de eficacia y/o seguridad.⁽⁴⁾ La gran mayoría de las psoriasis ungueales son tratadas con terapias tópicas, pero, en general, la evidencia sobre la eficacia de estos agentes es extrapolada de estudios enfocados al tratamiento de la psoriasis cutánea. Los corticoides y los análogos de la vitamina D son las herramientas terapéuticas más ampliamente usadas y han demostrado tener buena eficacia.⁽⁵⁻⁹⁾ En los últimos años se ha reportado la excelente respuesta a la combinación de corticoides tópicos y análogos de la vitamina D, postulándose como una gran alternativa terapéutica para la psoriasis que compromete a la matriz y al lecho ungueal.⁽¹⁰⁻¹²⁾ El caso que mostraremos a continuación demuestra la sinergia entre estos agentes.

CASO

Paciente de sexo femenino, de 13 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Consulta por historia de cinco meses de evolución de psoriasis ungueal, tratada con Clodavan por tres meses en primera instancia y luego con ácido glicólico 10% + acetato de triamcinolona 0,025% + ketoconazol 2%, ambos tratamientos con modestos resul-

Correspondencia: Dra. M. Soledad Zegpi T.
Correo electrónico: mzegpit@gmail.com

tados. Presenta cultivo de hongos y micológico directo negativos. Al examen físico destacan onicosis distal, opacidad, adelgazamiento de la totalidad de la lámina, múltiples pits y manchas en aceite en las uñas del dedo meñique de la mano izquierda (Figura 1) y de los dedos anulares de ambas manos (Figura 2), presentando un NAPSÍ de 24. Se indica tratamiento con Daivonex® (calcipotriol ungüento al 0,5%) dos veces al día de lunes a viernes y con clobetasol 8% laca ungueal los sábados y domingos. Al cuarto mes de tratamiento la paciente sólo presenta pits y mínima onicosis de las uñas afectadas. A los ocho meses de iniciado el tratamiento presenta recuperación prácticamente completa, presentando un NAPSÍ de 3, con gran conformidad de la paciente (Figuras 3 y 4).



Figura 1. Compromiso de dedo meñique



Figura 2. Onicólisis Anular

En estas fotos es posible observar la onicosis distal, opacidad, adelgazamiento de la lámina, múltiples pits y manchas en uña del 5° dedo izquierdo y del dedo anular derecho.



Figura 3

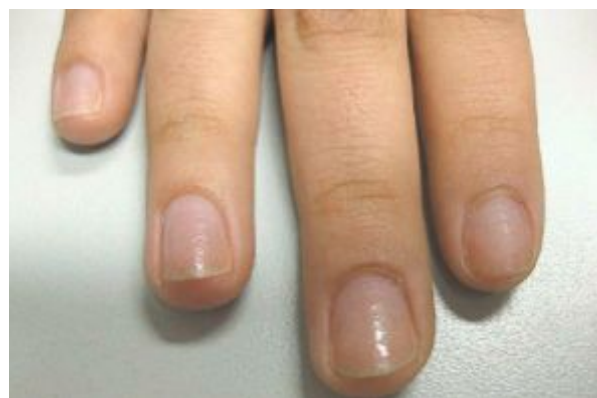


Figura 4

En las figuras 3 y 4 es posible observar la excelente respuesta terapéutica después de ocho meses de tratamiento.

DISCUSIÓN

La psoriasis ungueal es un problema común en los psoriáticos, ocurriendo en más del 50% de estos pacientes,⁽⁴⁾ con una incidencia de vida de hasta un 90%.⁽¹⁾ Es más frecuente en pacientes con psoriasis severa, en especial en pacientes con artritis psoriática, existiendo una asociación positiva entre la psoriasis ungueal y la duración de las lesiones cutáneas, y entre la severidad del compromiso ungueal y el compromiso cutáneo o articular.^(13, 14) Sin embargo, entre un 1% y un 5% de los pacientes pueden presentar psoriasis ungueal como única manifestación de psoriasis,⁽¹⁵⁾ como es el caso de nuestra paciente.

El diagnóstico de la psoriasis ungueal es principalmente clínico. Sus características clínicas están relacionadas con la porción de la uña afectada. Es así como los pits, la leuconí-

quia, el eritema de la lúnula y la distrofia son características de la psoriasis de la matriz ungueal; mientras la onicolisis, la decoloración en mancha de aceite, la hemorragia en astilla y la hiperqueratosis subungueal son representativas de la psoriasis del lecho ungueal.⁽¹⁶⁾ Estas diferencias deben ser tomadas en cuenta al momento de elegir el tratamiento. Nuestra paciente presentaba signos correspondientes tanto a psoriasis de la matriz como a psoriasis del lecho ungueal, por lo que la terapia a seguir debía incluir agentes que fueran efectivos para ambas manifestaciones.

Existen varias herramientas terapéuticas para el tratamiento de la psoriasis ungueal. Entre las alternativas de tratamiento se encuentran terapias tópicas, inyección intralesional de corticoides, fototerapia, fotoquimioterapia, radioterapia superficial, tratamientos sistémicos, biológicos, cirugía y terapias combinadas.^(1, 4, 16) Recientemente se ha publicado fuerte evidencia a favor de la efectividad de los agentes biológicos en la terapia de la psoriasis ungueal,^(16, 17) sin embargo, en el tratamiento de ésta como única manifestación de psoriasis, como es el caso de nuestra paciente, parecen ser medidas desproporcionadas. Por esto la terapia tópica se plantea como el tratamiento de elección para estos casos. Dentro de las terapias tópicas que han mostrado buenos resultados se encuentran el 5-fluorouracilo,⁽¹⁸⁾ el tazaroteno⁽¹⁹⁾ y la ciclosporina tópica.⁽²⁰⁾ Todos estos tratamientos, no obstante, han sido evaluados en estudios con escaso número de pacientes. La gran mayoría de las psoriasis ungueales se tratan con corticoides tópicos y con análogos de la vitamina D.^(1, 4) Estos agentes han demostrado ser efectivos en la mejoría de los signos y síntomas de la psoriasis ungueal,⁽¹⁶⁾ pero no existe un esquema estándar para su uso.

En la práctica clínica se prescriben habitualmente corticoides tópicos de alta potencia de forma oclusiva para el manejo de la psoriasis ungueal con compromiso predominantemente de la matriz. En la última década el clobetasol al 8% en un vehículo tipo laca ungueal, en esquemas de aplicación diaria⁽⁵⁾ y de dos veces al día,⁽⁶⁾ ha reportado resultados muy satisfactorios en la mejoría de la mayoría de los signos, en especial de los *pits* y el dolor ungueal, indicando acción en la matriz ungueal. Sin embargo, la mejoría de la hiperqueratosis y la hemorragia en astilla no ha mostrado ser tan satisfactoria, por lo que no tendría gran acción en la psoriasis del lecho ungueal. El tratamiento con clobetasol al 8% ha demostrado ser bien tolerado y los estudios no han reportado efectos adversos, pero se debe tener en consideración que el uso a largo plazo de corticoides tópicos es asociado a atrofia cutánea, estrías, acortamiento de los dedos, telangiectasias y taquifilaxis.⁽¹⁶⁾

Los análogos de la vitamina D en la psoriasis cutánea han demostrado su eficacia durante las últimas dos décadas.

En la psoriasis ungueal, la efectividad terapéutica del calcipotriol ha sido probada en varios estudios, demostrando buena respuesta, en especial en los signos de psoriasis del lecho ungueal, como la hiperqueratosis subungueal, la onicolisis y la decoloración.⁽⁷⁻⁹⁾ En todos estos estudios este agente ha demostrado ser seguro y bien tolerado, pero se ha reportado que puede causar irritación de la piel.⁽¹⁶⁾

El uso combinado de corticoides tópicos y análogos de vitamina D es una alternativa que se ha postulado en los últimos años para pacientes con afectación de la matriz y del lecho ungueal,⁽¹⁰⁻¹²⁾ como es el caso de nuestra paciente. Un estudio evaluó la combinación de calcipotriol en crema aplicado una vez al día por cinco días de la semana, con clobetasol al 8% en crema aplicado una vez al día por los otros dos días restantes de la semana, demostrando una gran respuesta clínica, con una reducción mayor al 70% en la hiperqueratosis subungueal a los seis meses de tratamiento.⁽¹⁰⁾ Creemos que los resultados de este estudio podrían haber sido superiores si se hubiera usado otro vehículo para el clobetasol al 8% que pudiera optimizar la penetración del corticoide a la uña. Por esto en nuestra paciente aplicamos este esquema, pero con clobetasol al 8% en laca ungueal, obteniendo excelentes resultados, con remisión completa de los signos de psoriasis ungueal a los ocho meses de tratamiento, sin reportarse efectos adversos.

El esquema que usamos en nuestra paciente parece ser una muy buena alternativa para el tratamiento de la psoriasis ungueal, ya que hubo una gran mejoría clínica y gran satisfacción de la paciente. Sin embargo, se debe tener en cuenta que a veces hay regresión espontánea del compromiso ungueal de la psoriasis. Por esto, para avalar este esquema terapéutico, se deben realizar estudios con mayor número de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Berker D. Management of Psoriatic Nail Disease. *Semin Cutan Med Surg* 2009; 28:39-43.
2. Tham SN, Lim JJ, Tay SH, Chiew YF, Chua TN, Tan E, et al. Clinical observations on nail changes in psoriasis. *Ann Acad Med Singapore* 1988; 17:482-5.
3. de Jong EMGJ, Seegers BAMP, Gulinck MK, et al. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: Results of a recent interview with 1728 patients. *Dermatology* 1996; 193:300-303.
4. Jiaravuthisan M, Sasseville D, Vender R, et al. Psoriasis of the nail: Anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57:1-27.
5. Sánchez Regaña M, Martín G, Umberto P. Treatment of nail psoriasis with 8% clobetasol nail lacquer: positive experience in 10 patients. *J Eur Acad Derm Venerol* 2005; 19:573-577.
6. Baran R, Tosti A. Topical treatment of nail psoriasis with a new corticoid-containing nail lacquer formulation. *J Dermatol Treat* 1999; 10:201-204.
7. Zakeri M, Valikhani M, Mortazavi H, et al. Topical calcipotriol therapy in nail psoriasis: a study of 24 cases. *Dermatol Online J* 2005; 11:5.

8. Sánchez Regaña M, Ojeda R, Umberto P. Empleo de calcipotriol tópico en la psoriasis ungueal. *Piel* 2002; 17:104-108.
9. Tosti A, Piraccini BM, Cameli N, et al. Calcipotriol ointment in nail psoriasis: a controlled double-blind comparison with betamethasone dipropionate and salicylic acid. *Br J Dermatol* 1998; 139:655-659.
10. Rigopoulos D, Ioannides D, Prastitis N, Katsambas A. Nail psoriasis: a combined treatment using calcipotriol cream and clobetasol propionate cream. *Acta Derm Venereol* 2002; 82:140.
11. Sánchez Regaña M, Márquez G, Umberto P. Nail psoriasis: a combined treatment with 8% clobetasol nail lacquer and tacalcitol ointment. *J Eur Acad Derm Venereol* 2008; 22:963-969.
12. Rigopoulos D, Gregoriou S, Daniel Iii CR, et al. Treatment of nail psoriasis with a two-compound formulation of calcipotriol plus betamethasone dipropionate ointment. *Dermatology* 2009; 218(4):338-41.
13. Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwippl I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology* 2008; 216: 366-372.
14. Williamson L, Dalbeth N, Dockerty JL, et al. Extended report: nail disease in psoriatic arthritis – clinically important, potentially treatable and often overlooked. *Rheumatology* 2004; 43:790-794.
15. Van Laborde S, Scher RK. Developments in the treatment of nail psoriasis, melanonychia striata, and onychomycosis. A review of the literature. *Dermatol Clin* 2000; 18:37-46.
16. Reich K. Approach to managing patients with nail psoriasis. *J Eur Acad Derm Venereol* 2009; 23(Suppl. 1):15-21.
17. Lawry M. Biological therapy and nail psoriasis. *Dermatologic Ther* 2007; 20: 60-67.
18. de Jong EM. Dystrophic psoriatic fingernails treated with 1% 5-fluorouracil in a nail penetration-enhancing vehicle: a double-blind study. *Dermatology* 1999; 199:313-318.
19. Scher RK, Stiller M, Zhu YI. Tazarotene 0.1% gel in the treatment of fingernail psoriasis: a double-blind, randomized, vehicle-controlled study. *Cutis* 2001; 68:355-358.
20. Cannavò SP, Guarneri F, Vaccaro M, et al. Treatment of psoriatic nails with topical cyclosporin: a prospective, randomized placebo-controlled study. *Dermatology* 2003; 206:153-156.