

TERAPÉUTICA

Tratamiento de la psoriasis ungueal con calcipotriol tópico en cura oclusiva

Resumen.—La afectación ungueal de la psoriasis es común y constituye un difícil problema terapéutico.

Nueve psoriásicos con afectación ungueal fueron tratados con calcipotriol tópico. Los pacientes fueron instruidos a aplicarse calcipotriol en las uñas afectadas y en el pliegue ungueal proximal dos veces al día (en cura oclusiva con plástico durante la noche). El producto fue bien tolerado, con la excepción de dos casos que presentaron una dermatitis de contacto irritativa leve que cedió tras la suspensión temporal de la terapia; en uno de ellos ésta debió realizarse sin oclusión. Todos los pacientes mostraron una buena respuesta desde el primer mes, particularmente en relación a la hiperqueratosis subungueal y a la onicolisis distal. Los hoyuelos puntiformes de las uñas persistieron en casi todos los pacientes. La aplicación intermitente de calcipotriol fue útil en la prevención de recaídas en tres pacientes.

El calcipotriol tópico constituye una terapia efectiva e inocua de la psoriasis ungueal. Se sugiere que el desarrollo de nuevas formulaciones de calcipotriol que mejoren o potencien su penetración podrían permitir la obtención de resultados óptimos.

Palabras claves: Calcipotriol. Psoriasis ungueal.

FRANCISCO URBINA
EMILIO SUDY
*Unidad de Dermatología Occidente.
Universidad de Chile.
Hospital San Juan de Dios.
Santiago de Chile.*

Correspondencia:

FRANCISCO URBINA. Algeciras, 583. Las Condes. Santiago de Chile (Chile).

Aceptado el 7 de julio de 2001.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis ungueal es un problema frecuente. Se presenta hasta en el 55% de los casos (1) y se eleva hasta un 83% cuando existe artropatía psoriásica (2). Pese a que relativamente no produce mayores molestias, los que la presentan acusan sentimientos de vergüenza social y sensación de rechazo, motivos por los que buscan posibles alternativas terapéuticas. Al respecto no existe en la actualidad un tratamiento específico para la psoriasis de uñas, empleándose diversas modalidades que incluyen el uso de corticoides tópicos e intralesionales (3), ciclosporina tópica (4, 5), 5-fluorouracilo tópico (6, 7), fotoquimioterapia (8) y radioterapia (9-12), todos ellos con posibles efectos colaterales; el empleo de etretinato oral puede incluso empeorar las uñas (13, 14).

Recientemente se han descrito buenos resultados con el uso de calcipotriol tópico en algunos casos (15-

17); éste ejercería sus efectos terapéuticos mediante inhibición de la proliferación celular e inducción de la diferenciación celular a nivel de la matriz y del lecho ungueal. Presentamos una serie de pacientes con psoriasis ungueal que en un estudio abierto fueron tratados con calcipotriol tópico en cura oclusiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nueve pacientes (seis mujeres y tres hombres) con edades que fluctuaban entre 9 y 57 años (promedio: 32,5 años), portadores de psoriasis en placas con afectación de las uñas de las manos, fueron instruidos a aplicarse unguento de calcipotriol dos veces al día (en cura oclusiva con plástico durante la noche) tanto sobre la lámina ungueal como sobre el pliegue ungueal proximal. Ninguno de ellos había realizado tratamientos previos para sus lesiones en las uñas.

RESULTADOS

El producto fue bien tolerado, a excepción de dos casos que inicialmente presentaron discretas dermatitis de tipo irritativo con eritema y descamación a nivel periungueal, las que cedieron al suspender transitoriamente las aplicaciones, reiniciándolas paulatinamente en forma posterior; en uno de ellos debió hacerse sin oclusión.

Todos los casos mostraron una buena respuesta al preparado, que se empezó a observar ya desde el primer mes. La hiperqueratosis subungueal y la onicólisis distal fueron las alteraciones que más se beneficiaron con el tratamiento, no así los hoyuelos puntiformes que persistieron en mayor o menor grado en casi todos los pacientes (Fig. 1).

En un caso que hemos podido controlar en forma prolongada (16) y en otros tres de esta serie observamos recidivas al mes y medio o 2 meses de suspender la terapia tras 3 a 6 meses de uso. Con la reinstauración del tratamiento se logró una nueva mejoría, evitándose futuras recaídas mediante el empleo del calcipotriol en forma intermitente (día por medio o incluso dos veces por semana en un caso).

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de la psoriasis ungueal son variadas y no se correlacionan con la gravedad de la afectación cutánea, pudiendo incluso aparecer en forma aislada como única expresión de la enfermedad. Las alteraciones que se producen a nivel de la uña incluyen hoyuelos o depresiones puntiformes, leuconiquia, onicólisis, hiperqueratosis subungueal, manchas de aceite y hemorragias en astilla (18, 19).

La afectación de la matriz ungueal origina las anomalías de la lámina ungueal; la afectación del lecho produce las manchas de aceite, cambios en la coloración

de la uña y la hiperqueratosis subungueal; la afectación del hiponiquio origina la onicólisis y también hiperqueratosis subungueal. Los hoyuelos se producen cuando existe una lesión psoriásica a nivel de la porción proximal de la matriz, que es la responsable de la producción del tercio superior de la uña; el hoyuelo resulta de la descamación en bloque del foco psoriásico paraqueratósico, el que se desprende por una pobre adherencia a medida que la uña crece, viéndose el proceso favorecido por pequeños traumatismos.

En nuestra serie la alteración ungueal que mostró una menor respuesta al calcipotriol tópico fue la presencia de hoyuelos puntiformes; probablemente esto se deba a una menor llegada del preparado a la región proximal de la matriz, zona profunda donde se producen estos defectos. La finalidad de la cura oclusiva fue precisamente lograr una mayor penetración del producto, lo que aparentemente no se logró en el grado deseado. Probablemente el desarrollo de nuevas formulaciones de calcipotriol que potencien su capacidad de penetración o su posible uso intralesional permitan obtener óptimos resultados.

Mientras tanto, aunque se acompañe de recidivas al suspenderlo, creemos que el calcipotriol tópico constituye una buena e inocua alternativa en el difícil y frustrante tratamiento de la psoriasis de las uñas.

Abstract.—Psoriatic nail involvement is common and constitutes a difficult therapeutic problem. Nine psoriatic patients with psoriatic nail involvement were treated with topical calcipotriol. They were instructed to apply calcipotriol on the affected nails and on the proximal nail fold twice a day (in plastic occlusive fashion during night). The product was well tolerated, with the exception of two cases that presented mild irritative contact dermatitis which ceased after temporary suspension of therapy; in one of them it had to be done without



FIG. 1.—Psoriasis ungueal. A: Lesiones previas al tratamiento con calcipotriol tópico. B: Lesiones al sexto mes de tratamiento. Persistencia de los hoyuelos de la lámina ungueal.

occlusion. All patients showed a good response since the first month, particularly with respect to subungual hyperkeratosis and distal onycholysis. Pitting of the nails persisted almost in all patients. Intermittent applications of calcipotriol were useful in preventing relapses in three patients.

Topical calcipotriol constitutes an effective and innocuous therapy of nail psoriasis. It is suggested that the development of new formulations of calcipotriol improving or potentiating its penetration may allow optimum results.

Urbina F, Sudy E. Treatment of nail psoriasis with occlusive topical calcipotriol. Actas Dermosifiliogr 2001;92:527-529.

Key words: Calcipotriol. Nail psoriasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvert HT, Smith MA, Wells RS. Psoriasis and the nails. *Br J Dermatol* 1963;75:415-8.
2. Baker H, Golding DN, Thompson M. The nails in psoriasis arthritis. *Br J Dermatol* 1964;76:549-54.
3. Peachey RDG, Pye RJ, Harman RRM. The treatment of psoriatic nail dystrophy with intradermal steroid injection. *Br J Dermatol* 1976;95:75-8.
4. Tosti A, Guerra L, Bardazzi F, Lanzarini M. Topical cyclosporin in nail psoriasis. *Dermatologica* 1990;180:110-2.
5. Arnold WP, Gerritsen MJP, Van de Kerkhof PCM. Response of nail psoriasis to cyclosporin. *Br J Dermatol* 1993;129:750-1.
6. Fredriksson T. Topically applied fluorouracil in the treatment of psoriatic nails. *Arch Dermatol* 1974;110:735-6.
7. Fritz K. Erfolgreiche Lokalbehandlung der Nagelpsoriasis mit 5-Fluorouracil. *Z Hautkr* 1989;64:1083-8.
8. Marx JL, Scher RK. Response of psoriatic nails to oral photochemotherapy. *Arch Dermatol* 1980;116:1023-4.
9. Finnerty EF. Successful treatment of psoriasis of the nails. *Cutis* 1979;23:43-4.
10. Lindelof B. Psoriasis of the nails treated with Grenz Rays: a double blind bilateral trial. *Acta Dermato Venereol (Stockh)* 1989;69:80-2.
11. Yü RCH, King CM. A double-blind study of superficial radiotherapy in psoriatic nail dystrophy. *Acta Dermato Venereol (Stockh)* 1992;72:134-6.
12. Mensing H. Röntgenbehandlung psoriatischer Fingemagel. *Hautarzt* 1989;40:376.
13. Baran R. Etretnate and the nails (Study of 130 cases). Possible mechanisms of some side effects. *Clin Exp Dermatol* 1986;11:148-52.
14. Gueissaz F, Borradori L, Dubertret L. Psoriasis ungueal. *Ann Dermatol Venereol* 1992;119:57-63.
15. Kokelj F, Lavaroni G, Piraccini BM, Tosti A. Nail psoriasis treated with calcipotriol (MC 903): an open study. *J Dermatol Treatment* 1994;5:149-50.
16. Urbina F. Calcipotriol tóxico en la psoriasis ungueal. *Rev Chilena Dermatol* 1995;11:186-7.
17. Tosti A, Piraccini BM, Cameli N, Kokeli F, Plozzer C, Cannata GE, Benelli C. Calcipotriol ointment in nail psoriasis: a controlled double-blind comparison with betamethason dipropionate and salicylic acid. *Br J Dermatol* 1998;139:655-9.
18. Zaias N. Psoriasis of the nail. A clinical-pathologic study. *Arch Dermatol* 1969;99:567-79.
19. Lewin K, DeWit S, Ferrington RA. Pathology of the fingernail in psoriasis. A clinicopathological study. *Br J Dermatol* 1972;86:555-63.