



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ORIGINAL

Psoriasis ungueal: tratamiento con ungüento hidrófilo de tazaroteno al 0,1%

C. Fischer-Levancini^{a,*}, M. Sánchez-Regaña^a, F. Llambi^b, H. Collgros^a,
V. Expósito-Serrano^a y P. Umbert-Millet^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España

^b UT Galénica, Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 20 de septiembre de 2011; aceptado el 9 de abril de 2012

Disponible en Internet el 19 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Enfermedades de las
uñas;
Psoriasis ungueal;
Tazaroteno

KEYWORDS

Nail diseases;
Nail psoriasis;
Tazarotene

Resumen

Introducción: La afectación ungueal de la psoriasis es una presentación frecuente que interfiere de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes. Su presentación clínica va a depender del área ungueal afectada: lecho o matriz. Un 50% de los pacientes refiere dolor asociado. En este estudio evaluamos la eficacia y seguridad del tazaroteno 0,1% en ungüento hidrófilo.

Material y métodos: Estudio abierto y observacional de 6 pacientes diagnosticados de psoriasis ungueal. Se aplicó ungüento de tazaroteno 0,1% (fórmula magistral) en oclusión nocturna, en su domicilio durante 6 meses, sin otro tratamiento tópico o sistémico. Se determinó el *Nail Psoriasis Severity Index* (NAPSI) y se evaluaron la hiperqueratosis subungueal, onicólisis, hemorragias en astilla, manchas de aceite y piqueteado ungueal, en la visita basal, a los 3 y 6 meses.

Resultados: Se observó una mejoría estadísticamente significativa en todos los pacientes: NAPSI basal, media \pm DE 14,3 \pm 6,3; IC 95% 11,74-16,92; mediana 15; NAPSI a los 6 meses: media \pm DE 2,3 \pm 1,21; IC 95% 1,84-2,83; mediana 2,5; $p=0,007$. El porcentaje de mejoría fue del 87,9% al final del tratamiento. No se registraron efectos adversos.

Conclusión: Nuestro estudio muestra un potencial terapéutico del ungüento de tazaroteno en la psoriasis ungueal.

© 2011 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Nail Psoriasis: Treatment With Tazarotene 0.1% Hydrophilic Ointment

Abstract

Introduction: Nail involvement is common in psoriasis and has a considerable impact on patient quality of life. Its clinical presentation depends on which part of the nail is affected: the bed or the matrix. Fifty percent of patients report associated pain. In this study, we analyzed the safety and effectiveness of tazarotene 0.1% in a hydrophilic ointment in the treatment of nail psoriasis.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cfischer2@hotmail.com (C. Fischer-Levancini).

Material and methods: We performed an open observational study of 6 patients diagnosed with nail psoriasis. The patients applied a compounded preparation of tazarotene 0.1% ointment under occlusion every night for 6 months in their homes. They were not receiving any other topical or systemic treatments. Nail psoriasis severity (assessed using the Nail Psoriasis Severity Index [NAPSI]), subungual hyperkeratosis, onycholysis, splinter hemorrhages, oil stains, and nail pitting were evaluated at baseline and at 3 and 6 months.

Results: A statistically significant improvement between baseline and 6 months was observed in all patients: the mean (SD) NAPSI went from 14.3 (6.3; 95% CI, 11.74-16.92) to 2.3 (1.21; 95% CI, 1.84-2.3) while the median went from 15 to 2.5 ($P = .007$). The percentage improvement at the end of treatment was 87.9%. No adverse effects were observed.

Conclusion: Our study shows the therapeutic potential of tazarotene ointment in nail psoriasis. © 2011 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

La psoriasis ungueal representa un reto terapéutico para los dermatólogos, y ello supone una motivación en la búsqueda de nuevas soluciones que den respuesta a los pacientes. La psoriasis es una de las enfermedades que más afecta el lecho ungueal. La afectación ungueal en el transcurso de la psoriasis oscila entre un 10-55%, siendo en nuestra experiencia de un 53%¹. En pacientes pediátricos es menos frecuente (7-13%) y aumenta en sujetos con artritis psoriática hasta en un 80%¹.

Los pacientes afectados por esta patología sufren un gran impacto psicosocial que genera alteraciones en su calidad de vida y en su imagen corporal, y cuando existe dolor ungueal una disminución de las actividades de la vida diaria.

Las manifestaciones clínicas de la distrofia ungueal abarcan un amplio espectro que incluye desde las más frecuentes como el piqueteado, la onicólisis e hiperqueratosis subungueal hasta otras menos habituales como son las hemorragias en astilla en el lecho de la uña.

Actualmente el uso de nuevos vehículos y principios activos a mayor concentración conlleva una mejor absorción transungueal y un aumento de su penetración, con lo cual mejora notablemente la adherencia al tratamiento y su eficacia². El tazaroteno, retinoide sintético derivado de la vitamina A, destaca por ser beneficioso en la modulación de la proliferación de los queratinocitos y en la disminución de la inflamación, factores ambos implicados en la patogénesis de la psoriasis ungueal. Se ha comprobado que genera efectos beneficiosos en la matriz, en el lecho ungueal y en la piel peri-ungueal, a lo que debe añadirse la escasa presencia de efectos adversos².

En este estudio presentamos la eficacia y seguridad del tazaroteno 0,1% en ungüento hidrófilo para el tratamiento de la psoriasis ungueal.

Material y métodos

Se realizó un estudio abierto, observacional, con pacientes diagnosticados de psoriasis ungueal tras acudir a la consulta dermatológica.

Se incluyeron 6 pacientes con psoriasis ungueal que presentaban afectación tanto de la matriz como del lecho

ungueal. Ninguno de los pacientes estaba recibiendo tratamiento sistémico, y no se utilizaron otros agentes tópicos.

Se indicó tratamiento con aplicación de ungüento de tazaroteno al 0,1% (fórmula magistral) en oclusión nocturna, en su domicilio durante 6 meses.

El estudio se inició en octubre de 2009 y finalizó en abril de 2010. Todos los pacientes prestaron su consentimiento a participar en el mismo.

Se realizaron controles clínicos y fotográficos en la visita basal, a los 3 y a los 6 meses, evaluando los siguientes parámetros clínicos: hiperqueratosis subungueal, onicólisis, hemorragias en astilla, manchas de aceite y piqueteado ungueal. También se determinó el *Nail Psoriasis Severity Index* (NAPSI)³ basal, a los 3 y a los 6 meses, siempre con el mismo observador (Dr. Sánchez-Regaña).

Resultados

Las lesiones muestran una mejoría estadísticamente significativa desde los 3 meses de tratamiento ($p = 0,003$), que se incrementa a los 6 meses ($p = 0,007$). (figs. 1 y 2, tabla 1). El NAPSI evoluciona desde una media de $14,3 \pm 6,34$ en la visita basal (IC 95%: 11,74-16,92; mediana: 15), hasta $2,33 \pm 1,21$ a los 6 meses (IC 95%: 1,84-2,83; mediana: 2,5; $p = 0,007$). En términos porcentuales representa una mejoría de las lesiones del 48% a los 3 meses y del 88% a los 6 meses de tratamiento con ungüento de tazaroteno (tablas 1 y 2).

Clínicamente destaca la remisión, en la mayoría de los pacientes, de la hiperqueratosis subungueal, de la onicólisis y del dolor asociado. En dos tercios de los pacientes desaparecieron las hemorragias en astilla y en un tercio lo hicieron las manchas de aceite. En la mitad de los pacientes se observó una marcada mejoría del piqueteado ungueal (tabla 3).

No se observaron efectos adversos debidos al tratamiento en ninguno de los pacientes.

Discusión

Como tratamiento tópico para la psoriasis ungueal se ha venido utilizando como primera opción los corticoides potentes en forma de laca ungueal en oclusión e intralesionales^{4,5}.



Figura 1 Onicólisis basal antes de iniciar el tratamiento. Mano derecha e izquierda de la misma paciente. Podemos observar la afectación ungueal, sobre todo las manchas de aceite y la onicólisis.



Figura 2 Misma paciente a los 2 meses de tratamiento con ungüento con tazaroteno 0,1%. Podemos observar una disminución notoria de la afectación ungueal, destacando la leve presencia de mancha de aceite y la ausencia de onicólisis.

Tabla 1 Resultados NAPSI

	Media ± DE	Mín.	Máx.	Mediana	IC 95% inf.	IC 95% sup.	p-valor*
Basal	14,3 ± 6,3	6	24	15	11,74	16,92	
3 meses	8 ± 3,29	4	12	9	6,66	9,34	p = 0,007
6 meses	2,3 ± 1,21	1	4	2,5	1,84	2,83	p = 0,003

* «t» de Student.

Las infiltraciones de corticoides generan un gran dolor, presentan atrofia, hipocromías, sobreinfecciones, quistes de inclusión y roturas tendinosas. Se recomiendan solo en casos graves como última opción terapéutica en traquioniquias intensas, y solo si la afectación es de uno o dos dedos.

Existen buenos resultados con laca de propionato de clobetasol al 8% mejorando el piqueteado ungueal y sin dejar atrofia⁴. Comparado con el tazaroteno al 0,1% en ungüento hidrófilo el clobetasol tendría una acción más marcada en la psoriasis de la matriz ungueal, mientras que el tazaroteno actuaría preferentemente en las lesiones del lecho ungueal.

De los 3 derivados de la vitamina D (calcipotriol, tacalcitol y calcitriol) el que más se ha estudiado en España es el calcipotriol, mostrando buenos resultados en el lecho ungueal, pero escasos en la matriz, actuando positivamente en la reducción de la hiperqueratosis. Se recomienda combinarlo con corticoides⁵⁻⁷.

Otra opción terapéutica es la terapia con psoraleno, generalmente 8-MOP, de forma tópica o vía oral, con posterior exposición a rayos UVA (320-400 nm). Antes de la laca de clobetasol y de los derivados de la vitamina D el tratamiento con PUVA era muy utilizado para la psoriasis ungueal grave y los resultados continúan siendo muy buenos, sobre todo

combinado con acitretino. Esta última alternativa terapéutica tiene buenos resultados si la psoriasis se presenta con pústulas e hiperqueratosis⁸.

Destaca, asimismo, la utilidad y los buenos resultados de la terapia fotodinámica y del láser de colorante pulsado, siendo efectivos incluso en la afectación de la matriz ungueal, si bien la primera tiene el inconveniente de la

Tabla 2 Resultados por paciente

Paciente	NAPSI basal	NAPSI 3 meses	NAPSI 6 meses
1	16	9	1
2	17	9	3
3	24	12	4
4	9	4	1
5	6	4	2
6	14	10	3
Media	14,3	8	2,3
Δ%		44,1%	87,9%

Δ%: incremento porcentual de la mejoría de las lesiones.

Tabla 3 Evolución de la gravedad de los signos

	Basal (n.º pacientes-intensidad)	3 meses (n.º pacientes-intensidad)	6 meses (n.º pacientes-intensidad)
Piqueteado	4-moderado 2-leve	1-moderado 3-leve	3-leve
Hiperqueratosis subungueal	2-grave 2-moderado 2-leve	3-moderado 1-leve	1-leve
Onicólisis	3-grave 3-moderado	6-leve	3-leve
Hemorragias en astilla	1-moderado 4 - leve	3-leve	2-leve
Manchas de aceite	2-grave 3-moderado 1-leve	3-leve	4-leve

incomodidad que puede presentar durante su aplicación, y el segundo su elevado coste⁹.

El potencial terapéutico del tazaroteno al 0,1% en gel ha quedado bien establecido en sendos estudios^{10,11} que muestran su eficacia y tolerabilidad. Otros trabajos exponen su eficacia en formulación al 0,1% en crema, comparándolo con crema de clobetasol al 0,05%².

Ahora bien, en la literatura científica, hasta la fecha y en nuestro conocimiento, no existe ningún estudio sobre la formulación en ungüento hidrófilo de tazaroteno al 0,1% como el que aquí presentamos.

En los 6 pacientes objetivamos una mejoría clínicamente significativa de los parámetros de la afectación ungueal, en especial la hiperqueratosis subungueal y la onicólisis.

A pesar del limitado número de pacientes nuestro estudio muestra el potencial terapéutico del ungüento de tazaroteno al 0,1% en la psoriasis ungueal, junto a una muy buena tolerancia.

En el futuro sería conveniente realizar más estudios clínicos con mayor número de pacientes para obtener resultados más significativos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Sánchez-Regaña M, Umbert P. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis ungueal. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:34-43.
- Rigopoulos D, Gregoriou S, Katsambas A. Treatment of psoriatic nails with tazarotene cream 0.1% vs clobetasol propionate 0.05% cream: a double blind study. *Acta Derm Venereol*. 2007;87:167-8.
- Rich P, Scher RK. Nail Psoriasis Severity Index: a useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:206-12.
- Sánchez Regaña M, Martín G, Umbert P, LLanbí F. Treatment of nail psoriasis with 8% clobetasol nail lacquer: positive experience in 10 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:573-7.
- Sánchez Regaña M, Márquez G, Umbert P. Nail psoriasis: a combined treatment with 8% clobetasol nail lacquer and tacalcitol ointment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:963-9.
- Sánchez Regaña M, Ojeda R, Umbert P. Empleo de calcipotriol tópico en la psoriasis ungueal. *Piel*. 2002;17:104-8.
- Marquez Balbas G, Sanchez Regaña M, Umbert Millet P. Tacalcitol ointment for the treatment of nail psoriasis. *J Dermatol Treat*. 2009;20:308-10.
- Sánchez-Regaña M, Sola-Ortigosa J, Alsina-Gibert M, Vidal-Fernandez M, Umbert Millet P. Nail psoriasis: a retrospective study on the effectiveness of systemic treatments (classical and biological therapy). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:579-86.
- Fernández-Guarino M, Harto A, Sánchez-Ronco M, García-Morales I, Jaén P. Pulsed dye laser vs. photodynamic therapy in the treatment of refractory nail psoriasis: a comparative pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:891-5.
- Bianchi L, Soda R, Diluvio L, Chimenti S. Tazarotene 0.1% gel for psoriasis of the fingernails and toenails: an open, prospective study. *Br J Dermatol*. 2003;149:207-9.
- Scher RK, Stiller M, Zhu YI. Tazaroteno 0.1% gel in the treatment of fingernail psoriasis: a double-blind, randomized, vehicle-controlled study. *Cutis*. 2001;68:355-8.