

PSORIASIS EN ZONAS ESPECIALES: cara, pliegues, cuero cabelludo y uñas.

Doctora María del Mar Llamas Velasco. Dermatología y Venereología en el Hospital Universitario De La Princesa

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y compleja en la que diferentes factores ambientales y genéticos dan lugar a alteraciones en la diferenciación y crecimiento de la epidermis. Clínicamente, es una enfermedad que presenta diferentes formas, es decir, heterogénea, y que puede tener diferentes grados de gravedad y afectar a diversas zonas.

La psoriasis de cara y de los pliegues altera de manera muy importante la calidad de vida, dada la visibilidad de las lesiones y las molestias que origina.

Entre un 2 y un 6 % de los pacientes con psoriasis tienen afectadas áreas donde dos partes de piel están en contacto, es decir, los pliegues, como son las axilas, las ingles, las zonas submamarias, intermamarias, los pliegues interglúteos y el área retroauricular (detrás de las orejas). En estas áreas, la psoriasis suele presentarse con **placas eritematosas** inflamatorias bien definidas y con escasa descamación, algo diferentes a las placas de psoriasis que afectan el resto del cuerpo, por lo que a veces, su diagnóstico es difícil y requiere, a menudo, descartar una infección fúngica o bacteriana y otros tipos de dermatitis.¹² **Además, es importante tener en cuenta que los síntomas en estas zonas pueden exacerbarse como consecuencia de la fricción o roce y secundariamente a la sudoración, ya que es un área habitualmente afectada por el fenómeno de Koebner, es decir, por la aparición o empeoramiento de manera secundaria a un traumatismo o roce.**

En cuanto a la afectación facial, se consideraba clásicamente un hecho infrecuente en la psoriasis, aunque probablemente no sea tan rara ya que según el cuestionario de la *National Psoriasis Foundation* realizado a 17.488 pacientes con psoriasis, la afectación facial sucede en el 17-29% de los mismos.¹⁴ A nivel teórico, se han definido 3 variantes, la verdadera psoriasis facial, la que afecta las zonas de implantación del cuero cabelludo (que es una variante de psoriasis de cuero cabelludo) y el denominado sebo-psoriasis (placas eritematosas, es decir, rojas, que confluyen, es decir que se juntan, que presentan descamación plateada y que suelen afectar región frontal, es decir frente, retroauricular y de conducto auditivo).

Aparte de lo comentado con anterioridad, algunos autores también consideran áreas especiales las orejas y los párpados y, por último, el **área ungueal y periungueal**. Entre un 50-78% de los pacientes con psoriasis presentan afectación ungueal y ésta puede ser el único signo de la enfermedad en un 1-5% de los casos.⁹ Además, cuando está presente, el 52% de los pacientes con afectación ungueal refieren dolor asociado.

Afortunadamente, tenemos numerosos tratamientos que pueden mejorar la afectación y disminuir las molestias en estas áreas especiales.

El uso de emolientes adecuados favorece el control de la enfermedad, tanto en casos leves como en aquellos moderados o graves. **Para casos más graves o extensos, en estas áreas, los productos tópicos (cremas*) más usados en áreas sensibles, son los corticoides tópicos, los inhibidores de la calcineurina tópicos y los derivados de la vitamina D, como el tacalcitol.**^{13, 6} La elección de un tratamiento y de un emoliente adyuvante, con el excipiente o vehículo más adecuado (la mezcla de grasas, líquido y polvo en diferentes proporciones que constituye la "crema" en la que incluimos los principios activos y que varían para dar lugar a diferentes texturas), depende de la función barrera cutánea (tu propia protección de la piel), de la extensión de la lesión y la localización de la psoriasis.

A nivel de cuidados generales en las áreas especiales, se ha comprobado que los emolientes de tipo emulsión son capaces de disminuir la cantidad necesaria de corticoides.⁴ Además, pueden inhibir el fenómeno de Koebner² y, aumentan su efectividad en combinación con el ditranol, que debe ser usado con gran precaución en estas zonas, dado que puede irritarlas. La irritación es un problema especialmente relevante en estas zonas ya que incluso los tratamientos con derivados de la vitamina D o **con inhibidores de la calcineurina** pueden producirla. Por tanto, en cualquier paciente con psoriasis es recomendable el uso de un producto emoliente a diario, tras la higiene. En cuanto al baño, debería considerarse el uso de aceites de baño o sustitutos del jabón específicos para psoriasis.⁴ En cuanto al champú, se deberían usar productos que favorezcan la descamación, como podrían ser productos formulados para la psoriasis del cuero cabelludo y que **contienen ácido salicílico, ichtyol Pale, laureth-9 y urea al 5%**, han demostrado mejoría de la descamación y del picor.⁸ **Por último, tras el lavado del pelo, se recomienda la aplicación de lociones con productos queratolíticos sobre el cuero cabelludo, con el pelo seco.**⁴ **Aparte de esto, para tratar la psoriasis, el uso de productos que contienen laureth-9 también pueden ayudar a controlar los síntomas y el uso de un emoliente con urea al 20%, ácido salicílico al 2%, laureth-9 y niacinamida en combinación con crema de valerato de hidrocortisona ha demostrado mayor efectividad en mejorar las placas de psoriasis tanto clínica como evaluadas ecográficamente respecto al uso de corticosteroides dos veces al día, tal y como se muestra en las fotografías, al final del artículo, del estudio de Psorisdin, de los doctores Lacarruba et al.**⁵ El tratamiento de áreas extensas de piel de forma continuada durante períodos muy largos de tiempo con corticoides tópicos puede producir efectos adversos locales y, muy raramente sistémicos, por lo que el uso adecuado de emolientes aumenta también la seguridad de uso de los mismos.¹¹ Como mantenimiento, entre brotes de la enfermedad, los productos hidratantes con urea, aumentan el periodo de tiempo libre de enfermedad hasta nuevo brote.¹⁰ No todos los emolientes sirven, ya que los que apliquemos sobre nuestra piel, cuando tenemos psoriasis, tienen que cumplir unos ciertos requerimientos de seguridad: deben ser capaces de hidratar, tener buenas propiedades cosméticas y un potencial irritativo o de sensibilización mínimo. Por eso, debemos elegir productos que se hayan probado sobre nuestro tipo de piel.

En la prevención de la psoriasis del conducto auditivo externo, que se puede observar hasta en un 18% de los pacientes con esta patología, es importante evitar traumatizar y rascar la zona, ya que empeora las lesiones, y hay que realizar una limpieza cuidadosa del área.

Finalmente, en cuanto a cuidados generales de las uñas, habría que tener en cuenta las medidas incluidas en la tabla de consejos³. En este contexto, el uso de productos que tengan urea, es también útil dado que aumenta la permeabilidad de la lámina ungueal⁷ y con ello su flexibilidad; así como el empleo de lacas de uñas que contienen hidroxipropil-chitosan y extracto de equisetum arvense que han demostrado mejoría de la afectación ungueal psoriática tras 12 semanas de tratamiento.¹

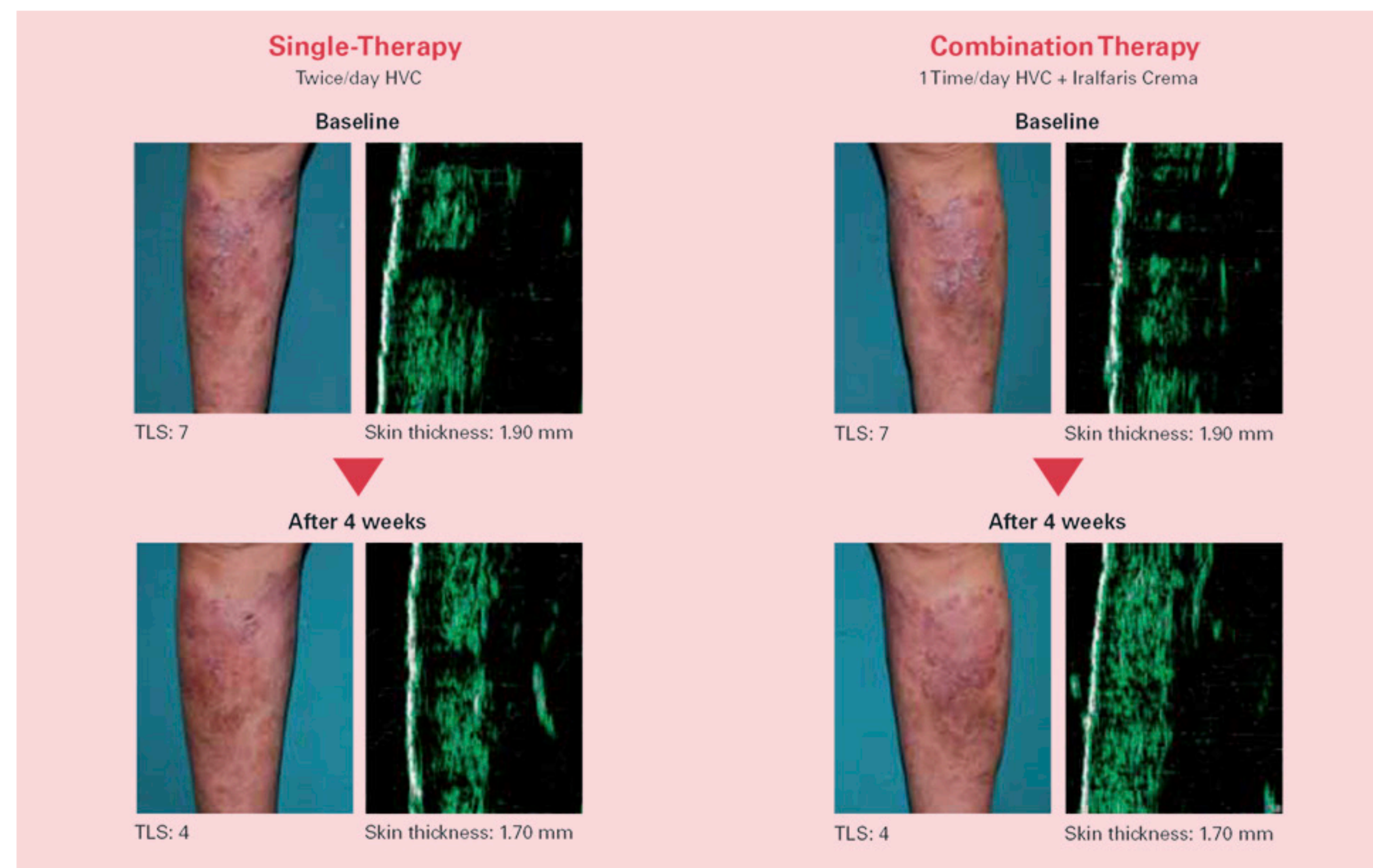
*se denominarán a los productos tópicos cremas

Consejos para el buen manejo de la psoriasis de zonas especiales

- | | |
|---|--|
| Cuidado de las uñas | Cuidado de los pliegues |
| 1 Las uñas deben ser mantenidas cortas para evitar que se separen del lecho distalmente, es decir, la onicólisis. | 1 Se deben aplicar emolientes específicos en emulsión a diario. |
| 2 El traumatismo debe ser evitado ya que aumenta la probabilidad de tener onicólisis y puede favorecer infecciones. | 2 Es recomendable el uso de aceites de baño o de jabones específicos para psoriasis. |
| 3 La protección de las uñas es importante usando guantes y lacas específicas, como la que contiene hidroxipropil-chitosan y extracto de equisetum arvense. Y también se pueden proteger las manos y los dedos con emolientes. | 3 Evitar rascar o pellizcar las zonas afectas. |
| 4 Es prudente evitar usar productos irritantes, como los necesarios para eliminar la cutícula durante la manicura. | 4 Se debe intentar mantener un peso adecuado que evite un exceso de roce en los pliegues. |
| 5 Se puede limar o aplicar laca de uñas pero no es recomendable el uso de uñas permanentes. | 5 Es conveniente lavar y secar los pliegues lo antes posible tras realizar deporte o tras episodios de sudoración intensa. |

Evaluación ecográfica de la placa psoriásica: Estudio de 1 caso

La adición de Psorisdin crema diaria una vez al día al uso de glucocorticoides tópicos una vez al día, sobre las placas de psoriasis, demuestra un efecto clínico y de reducción del grosor de la placa (medido por ecografía) similar al del uso del **glucocorticoide tópico 2 veces al día**.



Corticosteroid Cream Once Daily plus an Emollient Cream in comparison with Corticosteroid Cream Twice Daily in Plaque Psoriasis: An IntraPatient, Randomized Assessor-Blinded, Ultrasound Evaluation Study

F. Lacarruba, M. Musumeci, M. Milani and G. Micali
J Clin Exp Dermatol Res 2014, In press

Bibliografía

- Cantoresi, F., M. Caserini, A. Bidoli, F. Maggio, R. Marino, C. Carnevale, et al. Randomized controlled trial of a water-soluble nail lacquer based on hydroxypropyl-chitosan (HPCH), in the management of nail psoriasis. Clin Cosmet Investig Dermatol 2014; 7: 185-90.
- Comaish, J. S. and J. S. Greener. The inhibiting effect of soft paraffin on the Koebner response in psoriasis. Br J Dermatol 1976; 94: 195-200.
- Dogra, A. and A. K. Arora. Nail psoriasis: the journey so far. Indian J Dermatol 2014; 59: 319-33.
- Filipi, J. W., C. Cavallotti and E. Berardesca. Emollients, moisturizers, and keratolytic agents in psoriasis. Clin Dermatol 2008; 26: 380-6.
- Lacarruba, F., M. Musumeci, M. Milani and G. Micali. Corticosteroid Cream Once Daily plus an Emollient Cream in comparison with Corticosteroid Cream Twice Daily in Plaque Psoriasis: An IntraPatient, Randomized Assessor-Blinded, Ultrasound Evaluation Study. J Clin Exp Dermatol Res 2014.
- Mason, A., J. Mason, M. Cork, H. Hancock and G. Dooley. Topical treatments for chronic plaque psoriasis: an abridged Cochrane systematic review. J Am Acad Dermatol 2013; 69: 799-807.
- Murdan, S. Enhancing the nail permeability of topically applied drugs. Expert Opin Drug Deliv 2008; 5: 1267-82.
- Rossi, A., G. Pranteda, A. Iorio, E. Mari and M. Milani. Efficacy of Itralfaris shampoo in the treatment of scalp psoriasis: a videodermoscopy evaluation prospective study in 70 patients. G Ital Dermatol Venereol 2012; 147: 625-30.
- Schöns, K., R. C. F. Khob, N. Murussi, A. A. Beber, W. Neunsiel and O. A. Monticello. Nail psoriasis: a review of the literature. An Bras Dermatol 2014; 89: 312-7.
- Seife, S., A. Khamis, A. Rougier and J. P. Ortonne. Emollient for maintenance therapy after topical corticotherapy in mild psoriasis. Exp Dermatol 2009; 18: 1076-8.
- Sheu, H. M., J. Y. Lee, C. Y. Chai and K. W. Kuo. Depletion of stratum corneum intercellular lipid lamellae and barrier function abnormalities after long-term topical corticosteroids. Br J Dermatol 1997; 136: 884-90.
- van de Kerkhof, P. (2003). Clinical features. Textbook of psoriasis, Oxford: Blackwell: 3-29.
- van de Kerkhof, P. C., J. Berth-Jones, C. E. Griffiths, P. V. Harrison, H. Honigsmann, R. Marks, et al. Long-term efficacy and safety of tacalcitol ointment in patients with chronic plaque psoriasis. Br J Dermatol 2002; 146: 414-22.
- van de Kerkhof, P. C., G. M. Murphy, J. Austad, A. Ljungberg, F. Cambazard and L. B. Duvold. Psoriasis of the face and flexures. J Dermatolog Treat 2007; 18: 351-60.