

Psoriasis ungueal infantil + onicomicosis. Una alternativa terapéutica con hidroxipropilquitosán-Equisetum arvense-metilsulfonil metano

Children nail psoriasis + onychomycosis. A therapeutic alternative with hydroxypropyl chitosan-Equisetum arvense-methylsulfonyl methane

José Miguel Cortés¹ y Roberto Arenas²

¹ Dermatólogo, Caja de Seguro Social, Panamá; Hospital Punta Pacífica, The Skin Clinic.

² Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

En la psoriasis, la afectación ungueal se presenta en entre 10 y 78%, y en artritis psoriásica se incrementa hasta 87%.^{1,2} Se afectan sobre todo las de manos y en general varias uñas. Las alteraciones en uñas pueden ser un indicador de actividad de enfermedad articular.³

Es similar a otras onicodistrofias y se confunde con onicomicosis, pero también en pacientes con alteraciones ungueales por psoriasis, el riesgo de sobreinfección fúngica es de 27%.⁴ En 5% de pacientes con psoriasis puede haber lesiones ungueales sin que se presenten otras manifestaciones cutáneas.^{5,6}

Las alteraciones en las uñas son múltiples: onicolisis, manchas de aceite o mancha salmón, hemorragias en astilla, depresiones puntiformes u hoyuelos (matriz ungueal) generalmente múltiples e irregulares, traquioniquia (matriz proximal), leuconiquia, líneas de Beau y lúnula roja (matriz distal).⁷

A pesar de los grandes avances en el tratamiento de la psoriasis, el manejo de las uñas con alteraciones es muy largo y la mayoría de las veces no es satisfactorio, lo que ocasiona alteraciones en la calidad de vida.⁸

Algunas veces el tratamiento sistémico o con medicamentos biológicos mejora en forma indirecta estas alteraciones; sin embargo, ante una enfermedad limitada sólo a las uñas, se pueden administrar medicamentos preferentemente tópicos o intralesionales. En general los tópicos no son muy efectivos por la baja penetración de la lámina, y además es muy prolongado notar la mejoría.

Se debe hacer recomendaciones generales, como protegerse con guantes, eliminar irritantes y evitar traumas; en el trabajo, usar hidratantes y mantener las uñas

cortas.⁷ Hay pocos estudios en la literatura y muchos son cuestionables.

Comunicamos un caso que presentó onicomicosis y posteriormente buenos resultados utilizando una laca que se recomienda en diferentes trastornos ungueales, que fortalece uñas, disminuye la fragilidad y la rugosidad.

Caso clínico

Paciente masculino de ocho años de edad que acude por lesiones ungueales en ambos primeros ortejos y en el cuarto dedo del pie izquierdo, de un año de evolución, tratado con antimicóticos tópicos, sin mostrar mejoría. Relata lesiones en la piel cabelluda de un mes de evolución no tratada.

- Uñas: hipertróficas, líneas longitudinales, hoyuelos y pigmentación oscura.
- Cuero cabelludo: placas bitemporales, base eritemato-sa ligeramente infiltrada, descamación furfurácea, sin pérdida de cabello en dichas áreas

Estudio micológico

Uñas: se realiza examen directo: KOH 20% presencia de hifas, el cultivo resulta negativo.

Cuero cabelludo: resultado micológico negativo.

Tratamiento

Se instaura tratamiento con tioconazol tópico al 28%, terbinafina 125 mg durante tres meses, urea 30% con leve mejoría, se repite micológico directo y el resultado es negativo.

CORRESPONDENCIA

José Miguel Cortés ■ jmiguel03@hotmail.com; Roberto Arenas ■ rarenas98@hotmail.com
Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Calzada de Tlalpan 4800, C.P. 14080, México D.F.

Posteriormente se da tratamiento tópico con calcipotriol + betametasona ungüento y urea 30%, muestra leve mejoría. Se inicia hidroxipropilquitosán-*Equisetum arvense*-metilsulfonil metano en laca, evaluamos 60 días después del tratamiento y notamos mejoría moderada: no hipertofia ungueal (figuras 1 y 2) y recuperación casi en la totalidad de la coloración.

Las lesiones de la piel cabelluda responden satisfactoriamente a calcipotril + betametasona gel.

Discusión

En este caso con onicomicosis previa y el resultado con el tratamiento convencional, y ante la ausencia de mejoría de las lesiones ungueales psoriásicas, usamos una laca

ungueal hidrofílica que contiene hidroxipropilquitosán (copolímero de glucosamina y unidades de N-acetilglucosamina) que se ha obtenido de crustáceos, hongos e insectos, combinado con extracto de cola de caballo (*Equisetum arvense*), un producto rico en silicatos, que se unen a la queratina ungueal, y metilsulfonil metano (que aumenta elasticidad a la uña y reduce su fragilidad). Se ha demostrado previamente mejoría de los signos de la psoriasis ungueal, como disminución de hoyuelos y mejoría en el grado de onicodistrofia.⁹⁻¹¹

Nos pareció interesante comunicar esta experiencia, dado que la terapia actual para la psoriasis ungueal que incluye la aplicación de agentes tópicos es muy prolongada y las inyecciones de corticosteroides IL son muy dolorosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reich, K, "Approach to managing patients with nail psoriasis", *J Europ Acad Dermatol Venereol*, 2009, 23 (Suppl. 1): 15-21.
2. Dogra, A. y Kaur Arora, A, "Nail psoriasis: the journey so far", *Ind J Dermatol*, 2014, 59 (4): 319-333.
3. Wilson, F.C, Icen, M. y Crowson, C.S., "Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study", *Arthritis Rheum*, 2009, 61: 233-239.
4. Muñoz, H.L, Leyva, J. y Arenas, R, "Onicomicosis. Su frecuencia en pacientes con psoriasis", *Dermatología Rev Mex*, 1999, 43 (2): 41-45.
5. Sánchez-Regaña, M. y Umbert, P, "Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis ungueal", *Actas Dermosifiliogr*, 2008, 99: 34-43.
6. Grover, C, Reddy, B.S. y Uma, K, "Biopsy and histopathology in diagnosing nail psoriasis", *Br J Dermatol*, 2005, 153: 1153-1158.
7. Jiaravuthisan, MM, Sasdeville, D, Vender, RB. 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.
8. Crowley, JJ, Weinberg, JM, Wu, JJ, Robertson, AD. y Van Voorhees, AS, "Treatment of nail psoriasis best practice recommendations from the medical board of the National Psoriasis Foundation", *JAMA Dermatol*, 2015, 151 (1): 87-94.
9. Baran, R. y Rigopoulos, D, "Nail therapies", *Informa-Healthcare London*, 2012, 9-16.
10. Cantoresi, F, Sorgi, P, Arcese, A. et al, "Improvement of psoriatic onychodystrophy by a water-soluble nail lacquer", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2009, 23: 832- 834.
11. Xua, X, Zhuang, X, Chengb, B, Xua, J, Longc, G. y Zhang, H, "Manufacture and properties of cellulose/O-hydroxyethyl chitosan blend fibers", *Carbohydrate Polymers*, 2010, 81: 541-544.



Figura 1. Psoriasis y onicomicosis infantil.



Figura 2. Dos meses después del tratamiento.