

Psoriasis en las uñas:

Una presentación visualmente precisa que suele estar vinculada a problemas autoinmunes sistémicos importantes

Néstor P. Sánchez, MD, FAAD

Profesor de Dermatología y Patología
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico
Profesor de Dermatología y Dermatopatología
Ponce Health Sciences University
Consultor, Hospital Menonita, Aibonito

Reina González, MD

Dermatology Research Fellow
Ponce School of Medicine

Epidemiología

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria común de la piel que presenta placas bien demarcadas, descamadas y eritematosas, a menudo en las superficies extensoras de las rodillas y de los codos.¹ Puede extenderse al cuero cabelludo, a los genitales y a las uñas.

La psoriasis ungueal es común en la psoriasis moderada a severa limitada a la piel (40% de los pacientes), pero es aún **más frecuente en presencia de artritis psoriásica** concomitante (más del 80% de los pacientes afectados).^{2,3} La psoriasis ungueal puede tener un efecto nocivo en la calidad de vida de los pacientes. Esto puede ser tan significativo que el 47% de los afectados por psoriasis en las uñas indicó su deseo de recibir tratamiento para esta afección.^{4,5}

Patofisiología

La patogénesis de la psoriasis no está completamente dilucidada, en especial en la psoriasis ungueal. Se trata de una enfermedad autoinmune mediada por células T con una respuesta inflamatoria desregulada que se compone de inmunidad innata y adaptativa.^{6,7} También hay factores ambientales y genéticos involucrados. Varios locus genéticos están asociados con la psoriasis, como HLA-Cw6 y PSORS1-9. Aunque el vínculo entre la psoriasis cutánea y HLA-Cw6 ha sido bien establecido, la psoriasis ungueal carece de esta asociación y exhibe diferentes manifestaciones clínicas.^{5,6} Por otro lado, estudios describen que la afección ungueal y la articular están relacionadas con factores específicos

de los tejidos, como el estrés biomecánico tisular y los microtraumatismos, que llevan a la activación de respuestas inmunitarias innatas aberrantes.⁷

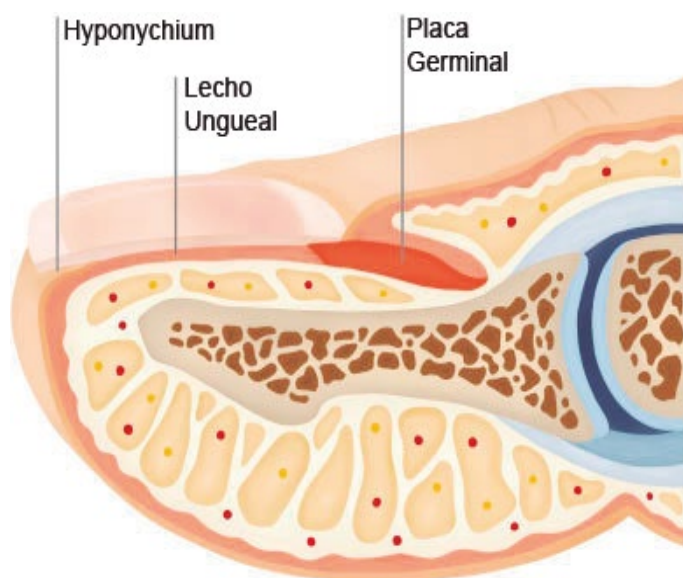
El **vínculo** único entre la distrofia ungueal y la artritis psoriásica puede explicarse entonces por la relación fisiológica y funcional entre las uñas y las entesis.⁸ Por esto, la enfermedad psoriásica de las uñas ha llegado a considerarse un indicador para los pacientes con riesgo de **futuro daño articular psoriásico**.

Aspectos clínicos

La psoriasis ungueal puede mostrar diferentes presentaciones clínicas según la estructura que está involucrada dentro del aparato ungueal.³ Los hallazgos de psoriasis ungueal no son específicos y pueden encontrarse en varias otras condiciones de las uñas. Por lo tanto, la histología del tejido involucrado es el estándar de oro para hacer el diagnóstico de la psoriasis ungueal. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el diagnóstico de psoriasis ungueal se puede realizar clínicamente por reconocimiento del patrón.

Cuando la psoriasis está presente en la unidad formadora de uñas (la matriz ungueal), puede causar pique-teado/*pitting*, leuconiquia (manchas blancas dentro de la placa ungueal), manchas rojas en la lúnula, surcos transversales (líneas de Beau) y desmoronamiento de la placa ungueal.⁹ La psoriasis del lecho ungueal se presenta como descoloración por gota de aceite, hemorragias en astilla que involucran el tercio distal de la placa

ungueal, hiperqueratosis subungueal y/o desprendimiento de la placa ungueal del lecho ungueal (onicólisis). La psoriasis también puede involucrar la región periungueal, lo que resulta en paroniquia psoriásica.⁹



Esquema del hiponiquio y del lecho ungueal.
(cc 4.0; Mendez M, Aguirre M).

Diagnóstico

La dermatoscopia –el examen de la piel mediante microscopía de superficie cutánea– es crucial para el diagnóstico de la psoriasis ungueal incluso antes de que surjan los signos clínicos aparentes. Si esta se aplica al hiponiquio, se puede diagnosticar la psoriasis ungueal cuando hay presencia de capilares dilatados, tortuosos y alargados distribuidos irregularmente.² Además, la dermatoscopia puede ser una herramienta válida para distinguir clínicamente entre psoriasis ungueal y onicólisis traumática. También puede ayudar a identificar la presencia de hongos y documentar los resultados del tratamiento.^{10,11}

La biopsia rara vez se utiliza para diagnosticar la psoriasis ungueal, debido a lo invasivo que resulta para la uña.² El sangrado, el dolor, la cicatrización permanente, la distrofia ungueal y el riesgo de infección secundaria limitan el uso de la biopsia a casos selectos y difíciles de diagnosticar. Por otro lado, los recortes de uñas (*nail clipping*) son útiles para identificar la infección por hongos, paraqueratosis e hiperqueratosis subungueal.²

Hay muchos sistemas de puntuación de uñas para evaluar la severidad de la enfermedad psoriásica ungueal. Algunos de estos son el índice de gravedad de la psoriasis ungueal (NAPSI), el índice de gravedad de la psoriasis ungueal modificada (mNAPSI) y la puntuación de la gravedad de las uñas de la psoriasis (PNSS).⁹ Sin embargo, la mayoría de estos sistemas se desarrollaron para su utilización en ensayos clínicos y no se utilizan usualmente en la práctica diaria. Por lo general, el especialista notará la presencia o ausencia de lesiones en las uñas y su respuesta al tratamiento.

Tratamiento

El tratamiento de la psoriasis ungueal es un desafío clínico. Este debe individualizarse de acuerdo con la cantidad de uñas afectadas, el área afectada de la uña y la presencia de afectación cutánea y/o articular.³

En pacientes con psoriasis **ungueal exclusivamente** o psoriasis en piel con hasta tres uñas afectadas,¹²⁻¹⁴ el tratamiento debe incluir cualquiera de los siguientes: esteroides tópicos, análogos tópicos de la vitamina D en combinación con esteroides, retinoides tópicos y tacrolimus tópico al 0.1%. Estas opciones han mostrados buena eficacia en el tratamiento de la enfermedad del lecho ungueal.¹³

Para aquellos con afectación de la matriz ungueal, las inyecciones intralesionales de esteroides deben considerarse como tratamiento de primera línea. También se puede considerar el metotrexato intralesional.¹⁵

Cuando la enfermedad involucra más de tres uñas, tiene una extensa **afectación cutánea y/o articular**, y tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, se deben considerar las **terapias sistémicas**.^{16,17} La **terapia biológica** para la psoriasis de la piel generalmente mejorará la enfermedad de las uñas coexistente, sin efectos adversos significativos.

La evidencia disponible sugiere que todos los medicamentos bloqueadores del factor de necrosis tumoral (FNT) alfa, interleucina (IL)-17 e IL-12/23 que están disponibles para la psoriasis en placa y la artritis psoriásica son tratamientos altamente efectivos para la psoriasis ungueal.^{14,18}


Aunque los datos son limitados, los ensayos clínicos muestran que algunos productos biológicos pueden ser más eficaces que otros en el tratamiento de la psoriasis ungueal. Un estudio reciente mostró que los pacientes tratados con ixekizumab tuvieron tasas más altas de aclaramiento completo simultáneo de la piel y las uñas en comparación con etanercept, ustekinumab y adalimumab.¹⁹ Actualmente, hay varios ensayos en curso para los inhibidores más nuevos de IL-23 y los inhibidores orales de la quinasa de Janus (tofacitinib, upadacitinib, abrocitinib) como tratamiento de la psoriasis ungueal, **algunos ya aprobados para psoriasis.**

Los tratamientos sistémicos convencionales, que incluyen metotrexato, ciclosporina, acitretina y apremilast, también pueden ser opciones efectivas de tratamiento para la psoriasis ungueal.^{5,14,20}

Otras consideraciones

Las uñas psoriásicas a menudo se infectan secundariamente con dermatofitos.¹⁰ La onicomycosis complica la terapia además de *koebnerizar* (o llevar –ya sea por irritación o por algún estímulo– a que aparezcan nuevas lesiones en lugares que estaban bien) la enfermedad psoriásica de las uñas. El tratamiento antimicótico sistémico está indicado, basado en el hongo causante, y puede durar de 3 a 4 meses.¹⁰ Durante ese tiempo, se deben evitar los esteroides tópicos aplicados en la unidad ungueal, ya que pueden agravar la infección fúngica de las uñas. Es importante prevenir el trauma a la uña, mantener las manos humectadas, usar guantes al lavar los platos y llevar zapatos cómodos, ya que las uñas de los pies también se pueden ver afectadas.³

Comentario

Este problema puntual de las uñas puede tener, en un alto porcentaje, una relación directa con problemas sistémicos autoinmunes, en especial con la artritis psoriásica. En ese sentido, hay variadas alternativas de tratamiento, desde fármacos tópicos hasta medicamentos biológicos que cubren un espectro amplio. Desde ese punto de vista, una evaluación especializada puede llevar a escoger la mejor alternativa para cada paciente en particular, de acuerdo con el cuadro clínico y con las comorbilidades que pudieran presentarse. 

Referencias

1. van de Kerkhof P, Nestlé F. Psoriasis. In: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L, eds. *Dermatology*. 4th ed. Elsevier; 2018:138-160.
2. Kaeley GS, Eder L, Aydin SZ, Rich P, Bakewell CJ. Nail Psoriasis: *J Rheumatol*. 08 2021;48(8):1208-1220.
3. Sobolewski P, Walecka I, Dopytalska K. Nail involvement in psoriatic arthritis. *Reumatologia*. 2017 2017;55(3):131-135.
4. Klaassen KM, van de Kerkhof PC, Pasch MC. Nail psoriasis: a questionnaire-based survey. *Br J Dermatol*. Aug 2013;169(2):314-9.
5. Pasch MC. Nail Psoriasis: A Review of Treatment Options. *Drugs*. 2016-04-01 2016;76(6):675-705.
6. Ricardo JW, Lipner SR. Nail Psoriasis in Older Adults.: *Dermatol Clin*. Apr 2021;39(2):183-193.
7. Singh R, Koppu S, et al. The Cytokine Mediated Molecular Pathophysiology of Psoriasis. *Int J Mol Sci*. Nov 26 2021;22(23)
8. Gottlieb A, Merola JF. Psoriatic arthritis for dermatologists. *J Dermatolog Treat*. Nov 2020;31(7):662-679.
9. Canal-García E, Bosch-Amate X, Belinchón I, Puig L. Nail Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. May 2022;113(5):481-490.
10. Kyriakou A, Zagalioti SC, Trakatelli MG, et al. Fungal Infections and Nail Psoriasis: An Update. *J Fungi (Basel)*. Feb 03 2022;8(2)
11. Hashimoto Y, Uyama M, et al. Dermoscopic features of nail psoriasis treated with biologics. *J Dermatol*. May 2017;44(5):538-541.
12. Rigopoulos D, Baran R, et al. Recommendations for the definition, evaluation, and treatment of nail psoriasis in adult patients with no or mild skin psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. Jul 2019; 81(1): 228-240.
13. Rigopoulos D, Rompoti N, Gregoriou S. Management of Nail Psoriasis. *Dermatol Clin*. Apr 2021;39(2):211-220.
14. Thomas L, Azad J, Takwale A. Management of nail psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2021-01-01 2021;46(1):3-8.
15. Mokni S, et al. A Case of Nail Psoriasis Successfully Treated with Intralesional Methotrexate. *Dermatol Ther*. Dec 2018;8(4):647-651.
16. Stewart CR, Algu L, et al. The Impact of Nail Psoriasis and Treatment on Quality of Life. *Skin Appendage Disord*. Feb 2021;7(2):83-89.
17. Leroy V, Henrot P, Barnetche T, et al. Association of skin hyperpigmentation disorders with digital ulcers in systemic sclerosis: *J Am Acad Dermatol*. Feb 2019;80(2):478-484.
18. Huang IH, Wu PC, et al. Small molecule inhibitors and biologics in treating nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. Jul 2021;85(1):135-143.
19. Elewski BE, Blauvelt A, Gallo G, et al. Simultaneous Nail and Skin Clearance in Ixekizumab Head-to-Head Trials for Moderate-to-Severe Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. Mar 13 2022.
20. Ventura A, et al. New insight into the pathogenesis of nail psoriasis and treatment strategies. *Drug Des Devel Ther*. 2017;11: 2527-2535.