

## PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO ALGUNOS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO

Dr. Reynaldo Arosemena S. \*  
Dra. Olga Halmi S. \*\*  
Dra. María Ester Chirinos \*  
Dra. Marcela Fundaminsky \*\*\*\*  
Dr. Eduardo Weiss \*\*\*

### Resumen

La afectación del cuero cabelludo en pacientes con psoriasis es de gran preocupación, ya que el aspecto del cabello y cuero cabelludo influyen en el bienestar psicológico de los mismos. El tratamiento tópico de la psoriasis del cuero cabelludo es en principio el mismo que en otras partes del cuerpo. La idea de este artículo es presentar alternativas terapéuticas menos frecuentemente utilizadas en el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo.

### SUMMARY

Scalp involvement is frequently of great concern to the patient with psoriasis. Normal hair and scalp are important to psychological well-being. The topical treatment of psoriasis of the scalp is therefore in principle the same as for other body sites. This article will address itself to aspects of less commonly used surface treatments of the scalp that might be useful if routine therapy proves inadequate.

**Palabras Claves:** Psoriasis del cuero cabelludo, tratamiento tópico, irradiación con rayos ultravioleta, rayos grenz, retinoides, citotóxicos / inmunosupresores, benoxaprofen, ketoconazol.

La Psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que no sólo afecta la superficie cutánea, sino además otras estructuras ectodérmicas como las uñas, pelo y raramente membranas mucosas<sup>1</sup>.

La afectación del cuero cabelludo en pacientes con psoriasis es de gran preocupación, ya que el aspecto del cabello y cuero cabelludo influyen en el bienestar psicológico de los mismos<sup>2-4</sup>.

Además de la presentación clásica de placas eritematosas gruesas con escamas blanquecinas se ha descrito una disminución clínica de la densidad de los pelos en las placas, con bulbos distróficos o en telógeno lo cual conlleva a una alopecia<sup>5</sup>.

En otros estudios se ha observado alopecia cicatrizal, con inflamación crónica perifolicular y fibrosis<sup>6</sup>.

A pesar que en las placas psoriáticas existe una tasa de recambio aumentada, todas las capas del pelo con excepción de la vaina externa muestran una epidermopoesis normal<sup>7</sup>. La tasa de crecimiento es similar en controles normales y enfermos, y también en áreas no afectadas de pacientes con psoriasis, implicándose un factor regulador dérmico mas que epidérmico<sup>1</sup>.

El tratamiento tópico de la psoriasis del cuero cabelludo es en

principio el mismo que en otras partes del cuerpo. En general responde similarmente a la psoriasis de aspectos extensores de la piel, particularmente los codos y rodillas<sup>4</sup>.

Las preparaciones prescritas dependerán de la severidad del cuadro, estatus social y profesional del paciente; y se deberán escoger productos cosméticamente aceptables y que huelan bien, lo cual es difícil dada la composición de estos<sup>8-9</sup>.

La idea de este artículo es presentar alternativas terapéuticas menos frecuentemente utilizadas en el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo.

### TRATAMIENTO TOPICO

El cuero cabelludo normal tiene un estrato córneo grueso, el cual está magnificado considerablemente en casos de psoriasis<sup>8 10</sup>.

\* Residente del Post-Grado de Dermatología del Instituto de Biomedicina.

\*\* Dermatólogo Egresado del Instituto de Biomedicina.

\*\*\* Jefe de Consulta de Fototerapia y Psoriasis del Instituto de Biomedicina.

\*\*\*\* Interno Escuela de Medicina "José María Vargas"

El fallo de la terapéutica tópica puede ser debida a la incapacidad de penetración del ingrediente activo de una forma satisfactoria.

Cualquier intento de tratamiento tópico debe ser iniciado con una adecuada remoción de las escamas ya sea con aceite mineral, solución de Baker o queratolíticos. Los queratolíticos pueden estar incorporados a vehículos en forma de lociones, geles, ungüentos, o incluido con otros ingredientes activos como esteroides, antralina o alquitrán de hulla<sup>4</sup>.

#### IRRADIACION CON RAYOS ULTRAVIOLETA

Tanto los regímenes tradicionales Goeckerman (alquitrán de hulla) y de Ingram (antralina) requieren la utilización rutinaria de rayos UVB<sup>4,8</sup>. Ninguno de estos dos regímenes mejoran mucho el cuero cabelludo, por lo que es necesario utilizar terapia tópica intensiva como coadyuvante.

Si se usa PUVA (psoralenos + UVA) para aclarar una psoriasis sin exposición directa de radiación al cuero cabelludo, usualmente éste mejora como poco o ningún tratamiento tópico, implicando un efecto sistémico de este régimen". Sin embargo, otros autores no consideran esta modalidad efectiva; solamente en casos de cueros cabelludos alopecicos utilizando psoralenos en forma tópica o sistémica y exposición directa a UVA<sup>4</sup>.

#### IRRADIACION CON RAYOS X

La irradiación con rayos Grenz (8-15 Kv) es una modalidad terapéutica efectiva, cada vez más en desuso.

En un estudio comparativo usando rayos Grenz 4Gy semanales por 6 semanas en comparación al mismo esquema de rayos Grenz combinado con esteroides tópicos, no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, observándose aclaramiento de la psoriasis del cuero cabelludo en un 70-85%<sup>12</sup>. Por lo tanto

se puede considerar como una alternativa terapéutica segura en el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo en casos recalcitrantes<sup>13</sup>.

#### ALGUNOS EFECTOS DE LA TERAPEUTICA SISTEMICA

##### Retinoides

El descubrimiento de estas drogas representa un avance importante en la terapia de la psoriasis, sea sola o en combinación con otras modalidades terapéuticas<sup>14</sup>.

Cualquiera sea el régimen de retinoides utilizados, la psoriasis del cuero cabelludo responde en forma similar que en otras partes del cuerpo.

Un efecto secundario reportado en todos los estudios de la droga, bien conocido desde hace varias décadas en relación con la hipervitaminosis A, es la pérdida de pelo y cambios de los caracteres del mismo (resequedad, fragilidad, rizamiento del pelo), el cual varía entre 5-85% según el estudio y depende de la dosis utilizada en estos. Existen pocos estudios formales del mecanismo de la pérdida de pelo, pero se cree que se debe a un efluvium telógeno inducido por drogas<sup>15</sup>.

Debido a que la pérdida de cabello es importante durante el tratamiento con retinoides, debe considerarse el uso de combinaciones terapéuticas como RePUVA para así administrar una menor dosis del retinoide y evitar así este efecto secundario.

##### Citotóxicos / Inmunosupresores

Se han practicado varios estudios con aplicaciones tópicos de drogas de este tipo, en estados hiperproliferativos como la psoriasis, con el fin de evitar sus efectos secundarios sistémicos, pero no se ha demostrado su eficacia en esta forma y muchos han resultado ser potentes sensibilizantes al contacto.

La ciclosporina A ha demostrado algún efecto beneficioso en forma tópica<sup>16</sup>. En forma sistémica ha tenido un considerable éxito en tra-

tamiento de psoriasis recalcitrante<sup>17</sup>. Uno de sus efectos secundarios, aunque no el más importante, es la hipertrichosis en un 40% de los casos<sup>18</sup>.

Estas drogas tienen el potencial de interferir con el crecimiento del pelo. Sin embargo, ya que las dosis utilizadas para la psoriasis en general son más bajas que para el tratamiento de tumores o totalmente inmunosupresoras, los cambios del pelo pueden ser tan discretos que no son perceptibles a simple vista<sup>19</sup>.

Durante el tratamiento con metotrexate el cambio más precoz es detectado en el bulbo del pelo, observándose una disminución del diámetro del mismo, lo cual provoca una constricción del pelo o su fractura. Eso se observa a los 4 a 6 días de iniciado el tratamiento<sup>19</sup>.

Existe evidencia clínica (la cual nunca se ha confirmado con estudios objetivos) que los folículos pilosos en pacientes psoriáticos son de alguna forma resistentes al daño en la fase anágena producida por droga citotóxicas. En pacientes psoriáticos tratados con drogas como el metotrexate o ciclofosfamida, a dosis antineoplásicas para controlar la enfermedad, se ha observado menor caída de pelo, en comparación con pacientes tratados por neoplasias<sup>19</sup>.

##### Benoxaprofen

Esta droga es un antiinflamatorio el cual ha sido retirado del mercado por sus efectos secundarios severos. Debido a su actividad antilipooxigenasa se pensó que sería una droga efectiva para el tratamiento de la psoriasis. Durante su uso se observó que producía alopecia severa, y al igual que varios antiinflamatorios no esteroideos ocasionalmente producían repigmentación de pelos canosos.

##### Ketoconazol

Este agente antimicótico fue reportado como droga efectiva en el tratamiento de la psoriasis del cuero

cabelludo, pero este hallazgo necesita ser confirmado con estudios futuros<sup>20</sup>.

La combinación de champú alquitranado, esteroides tópicos y ketoconazol, es más efectivo que el ketoconazol solo para mejorar la psoriasis<sup>5</sup>.

En resumen, cualquier tratamiento sistémico usado en la psoriasis, es capaz de alterar o inhibir el crecimiento normal del pelo. El paciente debe estar al tanto de esta posibilidad debido a su relativa frecuencia.

### ASPECTOS PRACTICOS DEL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO.

El tratamiento a elegir depende principalmente de la severidad de la psoriasis del cuero cabelludo.

- 1.- Casos leves y difusos: Esta es la forma que más se confunde con la dermatitis seborreica. Responde bien a lavado con champú alquitranado y/o ácido salicílico. También se pueden usar soluciones salinas con fenol en la noche y lociones con esteroides de mediana potencia en las mañanas.
- 2.- Casos con placas localizadas: Responden bien a preparaciones con alquitrán y/o ácido salicílico. También se pueden usar esteroides intralesionales (triancinolona 5 mg/cc in situ). No pasar de 1 cc por vez ni se debe repetir muy frecuentemente (cada 4 a 6 semanas) ya que puede haber atrofia o efectos sistémicos del mismo.
- 3.- Casos severos y extensos: esta es la forma más difícil de tratar, y se debe con frecuencia hacer cambios de tratamiento para prevenir la resistencia a los tratamientos.

En la noche se aplica una preparación con alquitrán de hulla o liquor carbonis detergens y ácido salicílico en aceite o gel. Estos preparados se aplican en fricciones en el cuero

cabelludo y se cubren con plástico. En la mañana, el paciente se moja la cabeza en ducha o bañera y se lava con el champú alquitranado, luego se envuelve el cuero cabelludo en una toalla caliente húmeda, la cual se deja por unos 15 minutos después de los cuales se enjuaga de nuevo el champú residual y se remueve por completo la preparación de noche. Al terminar esto se puede aplicar una loción esteroidea de alta potencia. Si la respuesta a esta terapia es lenta se puede añadir una preparación con antralina al 1% en propilenglicol como vehículo, por 15 a 20 minutos antes de lavar el pelo. Es importante recalcar al paciente evitar el contacto con los ojos y de remover los residuos para evitar irritación.

### PREPARACIONES UTILES EN LA PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO

#### Fenol y solución salina

Es útil en la afección leve, se usa en la noche y se lava fácilmente con champú. Su mecanismo de acción se desconoce.

#### Acido salicílico

Es útil en muchas enfermedades descamativas, siendo su mecanismo de acción como queratolítico. Se puede incorporar a lociones, geles o ungüentos, en concentraciones que van del 2% al 10%.

#### Esteroides tópicos

Los más usados son en soluciones alcohólicas, lociones o geles. No son tan útiles si se usan sobre placas muy gruesas y descamativas, por lo que deben usarse previamente preparaciones queratolíticas.

#### Preparaciones alquitranadas

Se ha demostrado que son útiles en la psoriasis, solas o con luz ultravioleta. Su mecanismo de acción preciso no se conoce.

El alquitrán puede estar solo o con ácido salicílico, en concentraciones

de alquitrán entre 2% y 5%, y ácido salicílico de 5% a 10%, en petrolato, y aplicado en la noche. Otra forma de preparación es aceite de cade al 6% y azufre precipitado al 2% en ungüento.

El liquor carbonis detergens puede ser usado como sustituto del alquitrán en concentraciones entre el 10% y 20%. Esta preparación es menos pegajosa pero tal vez menos efectiva que el alquitrán en cualquiera de sus preparaciones.

#### Antralina

Es muy útil en el tratamiento de la psoriasis en general, y en especial la del cuero cabelludo.

Se usa el método de contacto corto a concentraciones del 0,1% al 1%, por 15 a 20 minutos. El problema más importante es la irritación.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Roenigh H, Maibach H. Psoriasis. 2nd edition, Marcel Dekker Inc: New York, 1991, p. 113-119.
- 2.- Pomey-Rey D. Hair and Psychology. In: Zviak C (ed). The Science of hair care. Marcel Dekker Inc: New York, 1986, pp. 571-575.
- 3.- Rook A, Dawber RPR. Diseases of hair and scalp. Blackwell Scientific Publications: Oxford, 1982.
- 4.- Weinstein GD. Dermatologic clinics. Symposium on Psoriasis. WB Saunders Comp. 2 (3), 1984. pp. 471-476.
- 5.- Shuster S. Psoriatic alopecia. Br J Dermatol 87:73-77, 1972.
- 6.- Wright AL, Messenger AG. Scarring alopecia in psoriasis. Acta Derm Venereol (Stockh) 70: 156-159, 1990.
- 7.- Shahred P, Marks R. Hair follicle kinetics in psoriasis. Br J Dermatol 94: 7-12, 1976.
- 8.- Rook A, Wilkinson DS, et al. Textbook of dermatology. 4th edition, Blackwell Scientific Publications: Oxford, 1986, p. 1498.
- 9.- Ross SD, Schanter RK. Randomised comparison of three conventional modes of treatment of psoriasis of the scalp. Cutis 28: 438-439, 1981.
- 10.- Lowe M. Practical psoriasis therapy. Chapter 8, pp 68-82. Year book medical publishers, 1986.

- 11.- Corbett M. Controlled trials of PUVA and etretinate for psoriasis. *Br J Dermatol* 112: 121-125, 1985.
- 12.- Lindelof B, Johannesson A. Psoriasis of the scalp treated with Grenz rays or corticosteroid combined with Grenz rays. A comparative randomized trial. *Br J Dermatol* 119: 241-244, 1988.
- 13.- Lindelof B, Eklund G. Incidence of malignant skin tumours in 14, 140 patients after Grenz ray treatment for benign skin disorders. *Arch Dermatol* 122: 1391-1395, 1986.
- 14.- Ellis CN, Voorhees JJ. Etretinate Therapy. *J Am Acad Dermatol* 16: 267-291, 1987.
- 15.- Orfanos CE. Oral retinoids-present status. *Br J Dermatol* 103: 473-478, 1980.
- 16.- Gilhar A, Winterstein G, Golan TD. Topical cyclosporin in psoriasis. *J Am Dermatol* 18: 378-379, 1988.
- 17.- Biren CA, Barr JB. Dermatological applications of cyclosporin. *Arch Dermatol* 122: 1028-1032, 1986.
- 18.- Wysocki CP, Daley TD. Hipertrichosis in patients receiving cyclosporin therapy. *Clin Exp Dermatol* 12: 191-196, 1987.
- 19.- Crounse RG, Van Scott EJ. Changes in scalp hair roots as a measure of toxicity from cancer therapeutic drugs. *J Invest Dermatol* 35: 83-88, 1960.
- 20.- Rosenberg EW, Belew PW. Microbial factors in psoriasis. *Arch Dermatol* 118: 143-144, 1982.

## REVISION DE LIBROS

**ATLAS VAN MEDISCHE MICROBIOLOGIE, ATLAS DE MICROBIOLOGIE MEDICALE, ATLAS OF MEDICAL MICROBIOLOGY**

**Los autores son: E. Mangelschots, M. Lontie y J. Vandepitte. Editado por ACCO, Amersfoort/Leuven, Bélgica, con el apoyo de Janssen Farmacéutica, 1990.**

Como dice el título, todo el texto viene en 3 idiomas: flamenco (holandés), francés e inglés. Son 126 páginas, incluyendo 221 figuras en colores que reproducen sendas microfotografías de bacterias (figuras 1-69), protozoos (figuras 70-146), helmintos (147-188) y hongos (189-221). Al final, hay un

capítulo sobre "Reagentes y Técnicas de laboratorio".

El libro es cubierto en cartón y plástico. El papel es brillante.

Las figuras son buenas o muy buenas; sus comentarios son sobrios, pero bastante explicativos. Se recomienda a los bioanalistas y a todo médico (sobre todo dermatólogos) que no se haya definitivamente divorciado del microscopio. Una copia del mismo se conserva en la Biblioteca del Instituto de Medicina Tropical de Caracas.

**Dr. Dante Borelli**