

REVISIÓN

Psoriasis del cuero cabelludo

J. Sola-Ortigosa, M. Sánchez-Regaña y P. Umbert-Millet

Unidad de Psoriasis y Fototerapia. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Sagrado Corazón. Unidad Docente de la Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Resumen. La psoriasis del cuero cabelludo afecta al 50-80% de los pacientes psoriásicos. Su presentación clínica puede ser muy variable: desde una enfermedad leve hasta formas muy graves. Esta condición puede provocar un gran impacto psicológico. El principal objetivo del tratamiento es individualizar el mismo en cada paciente, conseguir una buena respuesta clínica o el blanqueo mediante un tratamiento seguro y cómodo, con una respuesta lo más duradera posible. Se han usado múltiples tratamientos: fototerapia, campos magnéticos pulsátiles, rayos Grenz, queratolíticos, alquitrán de hulla, antifúngicos, ditranol, retinoides, análogos de la vitamina D, corticoesteroides y tratamiento sistémico. El perfil farmacológico ideal para tratar la psoriasis del cuero cabelludo es aquel que sea efectivo, de aplicación intermitente pocas veces por semana en forma de loción, espuma o emulsión y seguro a largo plazo, como la combinación de corticoesteroides potentes y análogos de la vitamina D3, con efecto rápido inicial y seguridad a largo plazo demostrada respectivamente.

Palabras clave: psoriasis, cuero cabelludo, tratamiento tópico, tratamiento sistémico.

AN UPDATE ON SCALP PSORIASIS

Abstract. Between 50% and 80% of patients with psoriasis have involvement of the scalp. The clinical presentation of scalp psoriasis can be very varied, with disease severity ranging from mild to extremely severe. The disease may have a major psychological impact. Treatment should be tailored to each individual in order to achieve a good clinical response or blanching that lasts for as long as possible, with a safe and convenient regimen. Many different treatments have been tried: phototherapy, pulsed magnetic fields, Grenz rays, keratolytics, coal tar, antifungals, dithranol, retinoids, vitamin D analogues, corticosteroids, and systemic treatment. Ideally, for scalp psoriasis, treatment should be effective; applied in the form of a lotion, foam, or emulsion; require few applications per week; and have proven long-term safety. One such treatment is potent corticosteroids and vitamin D3 analogues in combination, which has a fast onset of action and proven long-term safety.

Key words: psoriasis, scalp, topical treatment, systemic therapy.

Introducción

La afectación del cuero cabelludo en los pacientes con psoriasis es una de las más frecuentes que se presentan durante el curso evolutivo de la enfermedad. Dicha afectación se observa en el 50 al 80% de los pacientes, concomitantemente o no a lesiones en otras localizaciones corporales¹. En una serie que presentamos sobre la prevalencia de enfermedades hepáticas crónicas en pacientes con psoriasis se evidenció la afectación del cuero cabelludo en un 68,3% de los casos, siendo la predominante en un 7,3% de los

pacientes (n = 164)². Asimismo, el cuero cabelludo es, junto a la cara, una de las localizaciones anatómicas más afectadas por la psoriasis en la infancia y en la adolescencia.

La psoriasis del cuero cabelludo puede asociarse a los diferentes tipos de psoriasis: vulgar, crónica en placas, en gotas, invertida, pustulosa, eritrodérmica, artropática o onicopatía psoriásica. En nuestra serie un 53% de los pacientes presentaba afectación ungueal asociada a psoriasis del cuero cabelludo³.

La presentación clínica de la psoriasis del cuero cabelludo puede ser muy variable: desde una enfermedad leve, con una fina descamación, hasta formas muy graves y recalci-trantes, con placas costrosas engrosadas que pueden afectar a la totalidad del cuero cabelludo. Estas lesiones pueden afectar a la línea de implantación del cabello y sobrepasarla afectando el área facial, con descamación y placas que se hacen visibles. Esta condición puede provocar un gran im-

Correspondencia:
Joaquín Sola Ortigosa.
C/ París, 83-85, 5ª planta.
08029 Barcelona. España.
38725js@comb.es

Aceptado el 12 de enero de 2009.

Tabla 1. Aspectos generales de la psoriasis del cuero cabelludo

Afectación en el 50-80% de los pacientes psoriásicos, concomitantemente o no a otras localizaciones
Suele ser una de las primeras localizaciones, sobre todo en la infancia y la adolescencia
Presentación clínica muy variable (de formas leves a graves y recalcitrantes)
Dificultad de tratamiento debido a la inaccesibilidad de la superficie del cuero cabelludo y la cercanía del área facial
Importante afectación de la calidad de vida debido a la visibilidad de las lesiones y al prurito
Puede coexistir con la dermatitis seborreica o formar parte de una misma entidad (sebopsoriasis)

pacto psicológico en los pacientes que la padecen. Se han llevado a cabo multitud de estudios para poner de manifiesto el importante impacto psicosocial que genera la enfermedad entre los individuos afectados, siendo el estrés uno de los factores desencadenantes más frecuentes en un 43% de los encuestados (n = 1.500)⁴.

En la literatura médica se han presentado diferentes agentes terapéuticos en el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo, desde los corticosteroides y derivados de la vitamina D, hasta la fototerapia y champús con diferentes combinaciones de ellos. A pesar de la abundancia de tratamientos de los que disponemos, la psoriasis del cuero cabelludo es más difícil de tratar respecto a otras localizaciones, debido a la relativa inaccesibilidad a la superficie del mismo por el cabello y a la cercanía de la zona facial cutánea, más susceptible a sustancias potencialmente irritantes. Los pacientes pierden la adherencia al tratamiento prescrito debido, en muchas ocasiones, a sus condiciones organolépticas, como el olor o la sensación grasa que presentan los preparados.

En este artículo presentamos las características clínicas, el diagnóstico diferencial, los efectos sobre la calidad de vida y una aproximación terapéutica apropiada para controlar la psoriasis con afectación del cuero cabelludo (tabla 1).

Clínica

La psoriasis del cuero cabelludo, frecuentemente, es la primera localización de la enfermedad, y puede mantenerse durante años a pesar de la remisión en otras áreas. Las lesiones suelen ser eritematodescamativas, individuales y bien delimitadas, con descamación blanco-plateada. En algunos casos pueden llegar a ser placas confluentes. Las localizaciones más frecuentes son a nivel retroauricular, más allá de la línea de implantación del cabello y en zonas



Figura 1. Paciente afecta de psoriasis del cuero cabelludo, en la que destaca la afectación más allá de la línea de implantación del cabello en la región fronto-temporal y retroauricular, en forma de placas visibles, eritemato-descamativas, blanco-plateadas, individuales y bien delimitadas.

Tabla 2. Signos y síntomas presentes en la psoriasis en general y con afectación del cuero cabelludo en la revisión de van der Kerhof⁵

<i>Signos y síntomas más frecuentes en la psoriasis</i>
Descamación: 79%
Eritema: 65%
<i>Signos y síntomas que más preocupan a los pacientes psoriásicos</i>
Visibilidad de las lesiones: 34%
Prurito: 26%
Descamación: 16%
Eritema: 6%
<i>Signos y síntomas más frecuentes y que más preocupan al paciente con afectación del cuero cabelludo</i>
Descamación: 86%
Prurito: 73%

periféricas faciales como la fronto-temporal y la parte superior de la zona nugal (fig. 1).

En un estudio de 1.023 pacientes psoriásicos encuestados, el 84% presenta afectación del cuero cabelludo. En un 48% de los mismos la psoriasis afecta a más de la mitad de su superficie. Los síntomas más frecuentes y que más preocupan a dichos pacientes son la descamación (86%) y el prurito (73%)⁵ (tabla 2).

En dicho estudio se constata que en el 81% de los pacientes la afectación se ha presentado durante más de

Tabla 3. Patologías a considerar en el diagnóstico diferencial de la psoriasis del cuero cabelludo

Dermatitis seborreica
Pénfigo seborreico
Dermatitis de contacto alérgica
Dermatitis atópica con sobreinfección
Queratosis actínicas
Lupus eritematoso subagudo
Pénfigo vulgar
Enfermedad de Bowen (en placas únicas)
Micosis cutáneas (<i>Tinea capitis...</i>)
Dermatomiositis con afectación del cuero cabelludo

**Figura 2.** Paciente afecto de seborreia de localización en la zona de implantación del cabello en la región occipital.

5 años, en un 62% más de 10 años y en un 40% durante más de 20 años⁵.

La descamación puede ser parcheada, difusa o fina. Esta última suele ser el primer signo de enfermedad en niños y adultos jóvenes.

La psoriasis del cuero cabelludo no cursa con pérdida del cabello, aunque puede presentar un efluvio telógeno y reducción de la densidad del mismo en la zona de las placas. Se han descrito algunos casos de alopecia cicatricial en lesiones extensas presentes en alguna forma eritrodérmica e hiperqueratosis grave crónica¹.

Diagnóstico diferencial

La afectación del cuero cabelludo debe hacernos sospechar la enfermedad psoriásica y buscar lesiones en zonas co-

múnmente implicadas, como las rodillas, los codos y las uñas. Debe descartarse dermatitis seborreica, la infección micótica o la dermatitis de contacto alérgica, entre otros diagnósticos diferenciales que se muestran en la tabla 3.

La psoriasis puede coexistir con la dermatitis seborreica e histológicamente pueden ser indistinguibles. Las lesiones eritemato-descamativas y furfuráceas de la dermatitis seborreica, característicamente, se localizan de manera más difusa en el cuero cabelludo, en la cara y en el tronco. Ambas condiciones se han asociado a infección por *Malassezia globosa*, *restricta* y *furfur*. Esta última es más frecuente en los canales foliculares de la dermatitis seborreica y podría estar implicada en la patogenia de la afectación del cuero cabelludo¹. Se postula que la psoriasis podría desarrollarse a partir de la dermatitis seborreica con respuesta de Köebner secundaria a la colonización por dicha levadura. Para la mayoría de autores estaríamos ante un espectro de la enfermedad cuyo grado medio correspondería al concepto de «seborreia»⁶ (fig. 2).

Otro diagnóstico diferencial importante a tener en cuenta en un paciente afecto de calvicie es la enfermedad de Bowen, que ocasionalmente requerirá examen histológico para excluirla.

Efectos sobre la calidad de vida

La cronicidad de la psoriasis, junto a su prevalencia, hacen que su impacto sobre la calidad de vida sea muy importante, a pesar de no amenazar la vida del paciente. Los efectos emocionales y sociales de la psoriasis del cuero cabelludo están bien documentados en diversos estudios, principalmente la forma moderada-grave con lesiones extensas, antiestéticas e invalidantes^{5,7}. En estas formas se constatan limitaciones importantes en la calidad de vida en un 30-50% de los pacientes en cuanto a vacaciones, deporte, trabajo, relaciones interpersonales, vida en el hogar y relaciones sexuales. En los últimos años se están desarrollando instrumentos, útiles y reproducibles, para valorar la calidad de vida, como el cuestionario genérico SF-36 o más específicos como el *Psoriasis Disability Index* (PDI) o el *Scalpdex*. Este último es un instrumento que permite hacer comparaciones intrapersonales e interpersonales, así como investigar y evaluar los tratamientos disponibles para detectar beneficios terapéuticos y efectos sobre la calidad de vida de nuestros pacientes⁸. Consta de 23 ítems y se ha desarrollado específicamente para medir la calidad de vida en individuos con dermatitis del cuero cabelludo⁹. En la presentación de dicho instrumento se evidencia la existencia de depresión en un 19,6% de los pacientes, desconcierto en un 27,5% y cohibición en un 33,3%. A pesar de disponer de dichos instrumentos, son necesarios más estudios estandarizados para valorar terapias a corto y largo plazo, y así demostrar los efectos sobre la calidad de vida de nuestros pacientes.

Aproximación terapéutica

El principal objetivo en cuanto al tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo debe ser individualizar el mismo en función de las características clínicas de cada paciente y de las peculiaridades de esta localización. Será importante conseguir una buena respuesta clínica o el blanqueo mediante un tratamiento seguro y cómodo de usar por parte del paciente. La respuesta debe ser duradera en el tiempo con periodos libres de enfermedad¹⁰. No existe tratamiento alguno que consiga la remisión absoluta de la enfermedad psoriásica, por lo que las medidas terapéuticas irán encaminadas al control parcial y temporal de las lesiones. Se han usado múltiples terapias en la psoriasis del cuero cabelludo: fototerapia, campos magnéticos pulsátiles, rayos Grenz, queratolíticos, alquitrán de hulla, antifúngicos, ditranol, retinoides, análogos de la vitamina D, corticoesteroides y tratamiento sistémico. Se han realizado pocos ensayos clínicos bien controlados, muchos de ellos con bajo número de pacientes, no enmascarados, con falta de estudios comparativos y gran variabilidad entre los diseños¹. Los protocolos de tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo se basan en la propia experiencia individual de cada dermatólogo. La mayoría de las prescripciones médicas fueron, según el estudio de van der Kerkhof, corticoesteroides potentes tópicos y, en un 63 % de los casos, en combinación⁵. Son necesarios nuevos estudios, sobre todo con tratamientos a largo plazo de más de 8 semanas, pues la mayoría de los realizados se basan en el seguimiento a corto plazo. El mejor perfil farmacológico para tratar la psoriasis del cuero cabelludo es aquel que sea efectivo, de aplicación intermitente pocas veces por semana, en forma de loción, espuma o emulsión y seguro a largo plazo.

Esta localización de la psoriasis es más difícil de tratar que la vulgar de afectación corporal, debido a la mayor inaccesibilidad del cuero cabelludo y al mayor grosor de las placas.

A continuación, ofrecemos la evidencia científica disponible en la actualidad sobre la eficacia de las diferentes opciones terapéuticas para la psoriasis del cuero cabelludo.

Agentes terapéuticos tópicos

El tratamiento tópico es la base terapéutica de la psoriasis del cuero cabelludo. Los principios activos disponibles incluyen queratolíticos, alquitrán de hulla, antifúngicos, ditranol, retinoides, corticoesteroides y análogos de la vitamina D (tabla 4). Los vehículos más usados son en forma de champú o la aplicación directa sobre la superficie del cuero cabelludo, como las lociones alcohólicas, los geles, las espumas, las emulsiones, las cremas o las pomadas (tabla 5). Muchos preparados son grasos y apelmazan el cabello, tienen mal olor y causan prurito o irritación local,

con mayor probabilidad de falta de adherencia al tratamiento y reducción de la efectividad del mismo. Según el estudio de van der Kerkhof la preferencia por parte de los pacientes es la loción en un 34%, el champú en un 32%, la emulsión en un 20 % y las cremas en un 6 %, valorando como más importante que los preparados sean eficaces, que presenten la máxima seguridad a largo plazo y que sean de fácil aplicación con excipientes no grasos⁵.

En un metanálisis reciente sobre el uso de agentes tópicos en el tratamiento de la psoriasis en placas se identifican 42 estudios controlados con placebo y bien diseñados, en el que sólo 11 especifican el tratamiento de las lesiones del cuero cabelludo¹¹. Dicho metanálisis revela la eficacia marginal de la mayoría de los agentes, exceptuando los corticoesteroides potentes (betametasona dipropionato, diflorasona diacetato, desonide, fluticasona propionato, hidrocortisona buteprato y mometasona furoato), los corticoides muy potentes (clobetasol propionato, halcinonida

Tabla 4. Tratamientos tópicos más usados en la psoriasis del cuero cabelludo

<i>Queratolíticos</i> (ácido salicílico a concentraciones superiores al 2%, urea al 10-40%, alfa-hidroxiácidos, ácido glicólico, resorcinas)
<i>Brea de hulla, alquitrán de hulla, ictiol</i>
<i>Ditranol</i> (antralina)
<i>Antifúngicos</i> (ciclopirox olamina 1,5%, ketoconazol 2%, clotrimazol 2%)
<i>Retinoides</i> (tazaroteno)
<i>Corticoesteroides</i> de potencia media o alta
<i>Análogos de la vitamina D</i> Calcitriol Tacalcitol Calcipotriol

Tabla 5. Grado de aceptabilidad según el tipo de vehículo usado en el tratamiento tópico de la psoriasis del cuero cabelludo

<i>Aceptabilidad por parte del paciente (de mayor a menor)</i>
Champú
Lociones alcohólicas
Geles
Espumas
Emulsiones
Cremas
Pomadas

y halobetasol), los análogos de la vitamina D y la combinación de corticoesteroides muy potentes con calcipotriol. Esta última combinación permite reducir los efectos secundarios de quemazón e irritación que pueden provocar, respectivamente, los dos principios activos al inicio de la terapia.

Corticoesteroides

Han sido el pilar del tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo durante más de 30 años. Su eficacia demostrada era pobre debido a la ausencia de estudios con controles adecuados. Investigaciones recientes han aclarado su eficacia demostrando la superioridad de acetónido de fluocinolona –en aceite– y de propionato de clobetasol –en champú– respecto a sus respectivos vehículos en pacientes con formas moderadas-graves de psoriasis del cuero cabelludo^{12,13}. Los efectos de estos agentes son inhibir la proliferación epidérmica, reducir la inflamación y modular la respuesta inmune. Tienen una respuesta rápida y pueden ser aplicados mediante diferentes vehículos, teniendo en cuenta que según sea este presentarán diferente potencia y biodisponibilidad. Se consideraba que los ungüentos y pomadas eran los que permitían mayor penetración, pero estudios actuales demuestran que vehículos como la espuma pueden ser igual de efectivos. Según dos estudios con propionato de clobetasol 0,05 % en espuma, comparado con la solución, mejora la eficacia y reduce la gravedad de la descamación después de dos semanas de tratamiento^{14,15}. Propionato de clobetasol al 0,05 %, corticoesteroide de quinta generación, es una molécula potente aprobada en España en diferentes formulaciones: crema, champú, gel, solución, espuma y pomada. Algunos pacientes describen una sensación de quemazón a los pocos minutos de su aplicación, pero desaparece en posteriores aplicaciones y no precisa discontinuar el tratamiento. En dichos estudios se ha demostrado que propionato de clobetasol reduce el eritema, el grosor de las placas y la descamación, siendo bien tolerado, fácil de usar y satisfactorio para el paciente¹⁶. La presentación de 500 µg/g de propionato de clobetasol en espuma ha demostrado en diferentes estudios ser un vehículo estable, de bajo residuo y termolábil¹⁷. Aplicado sobre la piel, el calor corporal rompe la estructura de la espuma, se deposita el principio activo sobre la misma en segundos y queda un residuo mínimo en la superficie, penetrando el principio activo profundamente en la epidermis. Los componentes de agua y alcohol volatilizan rápidamente. El pico de penetración cutánea con este tipo de vehículo es más del doble que en solución, y se ha demostrado en modelos cutáneos de experimentación¹⁷. A pesar de la alta eficacia de estos agentes, su uso se limita a tratamientos a corto plazo, debido a la ausencia de datos que demuestren su eficacia y seguridad con su uso prolongado. Esta es la razón por la que se utilizan combinaciones con otros agentes, como los análogos de la vitamina D.

Análogos de la vitamina D

En 1992 se introdujeron las tres moléculas de calcipotriol, tacalcitol y calcitriol. Inhiben tanto la proliferación epidérmica como la inflamación y promueven la queratinización normal con un importante efecto antipsoriásico. Tacalcitol en ungüento y en emulsión ha demostrado ser eficaz en la psoriasis del cuero cabelludo en un estudio no controlado y abierto sobre 50 pacientes durante 8 semanas^{18,19}. También mejora las lesiones en las formas de «sebopsoriasis». La molécula de calcipotriol cuenta con estudios a largo plazo que demuestran su efectividad, también en el cuero cabelludo, sin aparente taquifilaxia durante 12 meses de tratamiento con un control significativo de la enfermedad²⁰. En algunos casos se presenta irritación facial al inicio del tratamiento, aunque suele ser transitoria y se atenúa con el uso repetido.

Combinación de calcipotriol y corticoesteroides

El uso combinado de calcipotriol con dipropionato de betametasona ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento de la psoriasis vulgar con afectación corporal, después de 4 semanas de tratamiento, que los componentes por separado²¹⁻²³. Se ha investigado en afectación del cuero cabelludo en dos estudios de muestra pequeña (n = 10 y n = 9) que ponen de manifiesto la mejoría de los síntomas a las 2, 6 y 12 semanas^{1,24}. En una otra muestra (n = 110) se ha observado que dicha combinación presenta una mayor eficacia a las 8 semanas respecto a los mismos principios activos por separado, usando el mismo vehículo, con mejor tolerabilidad y adherencia al tratamiento debido a su única aplicación diaria²¹. Se han conseguido formulaciones en gel que mejoran la aceptación por parte del paciente, que suele rechazar la pomada por las propiedades grasientas, la dificultad de aplicación y la necesidad de lavar el cabello. El beneficio primario de propionato de clobetasol es la rapidez de acción y el de calcipotriol su perfil de seguridad. Recientemente se han publicado nuevos estudios sobre la combinación de propionato de clobetasol en forma de espuma con calcipotriol en pomada, significativamente más efectiva, a corto plazo²⁵, que en monoterapia. Koo et al presentan la terapia secuencial o estrategia «entre semana-fin de semana» que consta de tres fases. Permite maximizar la eficacia y la rapidez en conseguir la mejoría clínica, minimizando los efectos secundarios de los fármacos tópicos²⁵. La primera fase es la de «aclarado», donde se usa calcipotriol junto a propionato de clobetasol dos veces al día durante dos semanas para reducir los efectos de irritación local del análogo de la vitamina D. En la segunda fase, o «transicional», la pauta de corticoide muy potente se limita a los fines de semana, con el mantenimiento de calcipotriol los días entre semana. Se busca evitar el efecto rebote de la interrupción brusca del corticoide con su suspensión gradual y mejorar el mantenimiento de la

Tabla 6. Estrategia terapéutica secuencial en el tratamiento tópico de la psoriasis del cuero cabelludo según la revisión de Koo et al²⁵

Fase del tratamiento	Principios activos	Beneficio
Fase I (aclarado) Dos semanas	Propionato clobetasol o betametasona + calcipotriol (dos veces al día dos semanas)	Maximiza la eficacia con mayor rapidez de acción y mínimos efectos secundarios
Fase II (transicional) Dos semanas	Propionato clobetasol o betametasona «fin de semana» + calcipotriol «entre semana» (dos veces al día dos semanas)	Mantiene la remisión
Fase III (mantenimiento) A largo plazo	Calcipotriol a largo plazo	Maximiza la seguridad a largo plazo

remisión. La tercera y última etapa o de «mantenimiento» se continúa con calcipotriol a largo plazo para conservar la remisión con la máxima seguridad posible (tabla 6).

Queratolíticos

Queratolíticos como ácido salicílico a concentraciones superiores al 2%, urea entre el 10 y el 40%, alfa-hidroxiácidos, ácido glicólico y resorcinas han demostrado aumentar la penetración de otros tratamientos tópicos, no recomendándose su uso junto a los análogos de la vitamina D²⁶.

Derivados de la hulla, ditranol, alquitrán de hulla e ictiol

Los preparados con ditranol han sido eficaces durante décadas en la psoriasis del cuero cabelludo. Ditranol posee la capacidad de inducir la cascada de radicales libres e inhibir algunos aspectos de la etiopatogenia de la enfermedad: inhibe el metabolismo enzimático y reduce la actividad mitótica. Actualmente se encuentra en mayor desuso por teñir los tejidos de marrón oscuro y ser difícil de retirar del cabello.

Otros tratamientos tópicos, con escasos estudios, son los preparados derivados de la hulla con cloruro sódico y fenol y preparaciones en gel o champú de alquitrán de hulla, poco usado por el mal olor y por su potencial mutagénico. En cambio, ictiol se ha mostrado como no mutagénico, se puede usar durante el embarazo o la lactancia y presenta mayor tolerabilidad por parte de los pacientes debido a su mejor olor²⁷.

A pesar de los inconvenientes de estos productos, se siguen usando frecuentemente en la actualidad, sobre todo en forma de champús.

Antifúngicos

La asociación de la psoriasis del cuero cabelludo con la dermatitis seborreica ha permitido estudiar la respuesta a los antifúngicos, observándose que es favorable a ketocanazol al 2%, ciclopirox olamina al 1,5% y clotrimazol al

2%. Diferentes investigaciones no muestran efectividad con la aplicación tópica de itraconazol, sin embargo la combinación de bifonazol al 1% con urea al 40% ha demostrado ser efectiva en un estudio de 71 pacientes con dermatitis seborreica y psoriasis del cuero cabelludo^{1,28}.

Fototerapia

Es uno de los tratamientos más clásicos de la psoriasis desde hace años. Se han realizado pocos estudios, todos ellos de muestra pequeña. Hoy en día se reserva para lesiones de psoriasis moderada-grave o resistente al tratamiento tópico. Se puede utilizar tratamiento psolareno + UV-A (PUVA) sistémico, terapia UVB de banda estrecha (311 nm), PUVA tópica y otras variantes como láser excímero de 308 nm o microfototerapia. Deben exponerse directamente las áreas afectadas del cuero cabelludo. Hoy en día el tratamiento de PUVA sistémico está siendo desplazado por la terapia UVB de banda estrecha, con una pauta habitual de 3 sesiones a la semana y mayor comodidad por no tener que tomar el paciente psoralenos ni protegerse de los rayos solares con lentes¹⁰.

Rayos Grenz

Los rayos Grenz utilizan radiación electromagnética similar a los rayos X, pero con menor penetración. Se ha demostrado que junto a propionato de betametasona, los rayos Grenz permiten aclarar las lesiones de forma más rápida y con remisiones más prolongadas (n = 17)²⁹.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico se plantea cuando el paciente no responde al tópico o cuando presenta lesiones en otras localizaciones corporales. En general, en cuanto al tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo no se encuentran diferencias entre los distintos tratamientos sistémicos clásicos como metotrexato, ciclosporina, acitretino, sales del ácido fumárico y los tratamientos biológicos actuales, como efalizumab, etanercept, infliximab y adalimumab.

Tabla 7. Resumen de los tratamientos más usados en la actualidad para la psoriasis del cuero cabelludo

1	Corticoides y derivados de la vitamina D, solos o en combinación Nuevos vehículos: espumas, champús, lociones, etc.
2	Pueden asociarse champús con antifúngicos (ciclopirox olamina, ketoconazol, clotrimazol) e ictiol
3	Si no hay mejoría, asociar tratamiento sistémico clásico o biológico
En lesiones bien delimitadas, aplicar fototerapia UVB de banda estrecha de 311 nm de forma localizada	

Se recomienda descartar el estado de portador sano del virus de la hepatitis C antes de iniciar cualquier tratamiento sistémico, pues en un estudio que presentamos se evidencia que los pacientes con hepatopatía crónica presentan brotes más extensos y recalcitrantes al tratamiento, con una elevada seroprevalencia de portadores sanos². Ante la posibilidad de precisar tratamiento sistémico debe vigilarse estrechamente la aparición de infecciones y realizarse antes de iniciar el tratamiento una prueba de la tuberculina, serología del virus de la inmunodeficiencia humana y de los virus de la hepatitis B y C¹⁰.

En la tabla 7 presentamos un resumen del tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo, y en la tabla 8 algunas de las fórmulas magistrales usadas con más frecuencia por los autores de este artículo.

Conclusiones

La afectación del cuero cabelludo en la psoriasis es una localización frecuente, que debido a la visibilidad de las lesiones y el prurito afecta sustancialmente la calidad de vida de estos pacientes. En los últimos años se han usado múltiples terapias tópicas para este tipo de psoriasis, con pocos estudios bien controlados que avalen la eficacia de cada una de ellas. La insatisfacción por parte de los pacientes respecto a estos tratamientos es alta, haciéndose conveniente el uso de vehículos menos grasos, fáciles de aplicar y seguros a largo plazo. En la actualidad ya disponemos de vehículos estables con bajo residuo graso, como las espumas, que permiten la máxima penetración y depósito del principio activo con el mínimo residuo a nivel superficial. En general, los geles y las espumas suelen preferirse a las cremas o las pomadas. Otros preparados como ditranol y alquitrán de hulla se asocian a peor aceptación por parte del paciente, por teñir las prendas o por el mal olor.

Los corticoesteroides siguen siendo el tratamiento por excelencia de la psoriasis del cuero cabelludo, junto a los análogos de la vitamina D. Se ha demostrado que la mejor opción terapéutica para su adecuado control es la combi-

Tabla 8. Fórmulas magistrales más usadas en la psoriasis del cuero cabelludo

<i>Principios activos principales</i>	<i>Principios activos secundarios</i>
Clobetasol propionato 0,05 %	Ciclopirox olamina 1,5 %
Triamcinolona acetónido 0,1 %	Ketoconazol 2 %
Alquitrán de hulla	Queratolíticos
Ictiol pale	Urea 10-30 % Ácido salicílico 5 % Propilenglicol 10-20 % Lactato amónico 12-20 % Ácido glicólico 15 %
	Refrescantes Mentol 0,1-0,25 %
<i>Excipientes idóneos</i>	
Detergente sulfonado aniónico	
Gel hidroalcohólico	
Solución hidroalcohólica	
Aceite capilar	
Emulsiones O/W	
<i>Lesiones graves</i>	<i>Lesiones más leves</i>
Tratamiento nocturno	
Crema base lanette cps 100 g Tar doak 6-10 % Ácido salicílico 3-5 % Clotrimazol 1 % Betametasona 0,1 %	Crema base beeler cps 100 g Ciclopirox olamina 1,5 % Triamcinolona 0,1 % Urea 5-10 %
Base tensioactiva csp 250 g Ciclopirox 1,5 % Piritiona zinc 2 % Coaltar 5-8 % Ácido glicólico 8-10 %	Loción base lanette csp 200g Betametasona 0,1 % Urea 6-10 % Clotrimazol 1 %
	Base tensioactiva csp 200 ml Piritiona zinc 2 % Ketoconazol 2 %
Champú matinal	
Aceite capilar csp 100 ml (solución hidroalcohólica) Clotrimazol 1 % Ácido salicílico 2-4 % Clobetasol 0,05 %	Aceite capilar csp 100 ml (solución hidroalcohólica) Triamcinolona 0,1 % Ictiol pale 1,5 % Clotrimazol 1 %

nación de corticoesteroides, con efecto rápido inicialmente, y análogos de la vitamina D a largo plazo, con un perfil de seguridad demostrado.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Papp K, Berth-Jones J, Kragballe K, de la Brassinne M. Scalp psoriasis: a review of current topical treatment options. *JEADV*. 2007;21:1151-60.
- Sánchez-Regaña M, Iglesias M, Creus L, Umberto P. Prevalencia de enfermedades hepáticas crónicas en pacientes con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2000;91:498-510.
- Sánchez-Regaña M, Umberto P. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis ungueal. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:34-43.
- Sánchez-Regaña M, Ojeda R, Umberto I, Umberto P, Lupo W, Solé J. El impacto psicosocial de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:11-6.
- Van der Kerkhof, de Hoop D, de Korte J, Kuipers MV. Scalp psoriasis, clinical presentations and therapeutic management. *J Dermatol*. 1998;197:326-34.
- Gupta AK, Batra R, Bluhm R, Boekhout T, Dawson TL Jr. Skin diseases associated with *Malassezia* species. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:785-98.
- Ribera M, Caballé G, Fernández N, Fuente MJ, Ferrándiz C. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. *Piel*. 2004;19:242-9.
- Vanaclocha F, Puig L, Daudén E, Escudero J, Hernanz JM, Ferrándiz C, et al. Validación de la versión española del cuestionario *Psoriasis Disability Index* en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con psoriasis moderada-grave. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:659-68.
- Chen SC, Yeung J, Vhren M-M. Scalpdex: a quality of-life instrument for scalp dermatitis. *Arch Dermatol*. 2002;138:803-7.
- Sánchez-Regaña M, Umberto P. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Dermatología Práctica*. 2008;16:5-16.
- Mason J, Mason AR, Cork MJ. Topical preparations for the treatment of psoriasis: a systematic review. *Br J Dermatol*. 2002;146:351-64.
- Pauporte M, Maibach H, Lowe N, Pugliese M, Friedman DJ, Mendelsohn H. Fluocinolone acetonide topical oil for scalp psoriasis. *J Dermatolog Treat*. 2004;17:1-97.
- Jarratt M, Breneman D, Gottlieb AB, Poulin Y, Liu Y, Foley V. Clobetasol propionate shampoo 0.05%: a new option to treat patients with moderate to severe scalp psoriasis. *J Drugs Dermatol*. 2004;3:367-73.
- Gottlieb AB, Ford RO, Spellman MC. The efficacy and tolerability of clobetasol propionate foam 0.05% in the treatment of mild to moderate plaque-type psoriasis of nonscalp regions. *J Cutan Med Surg*. 2003;7:185-92.
- Reid DC, Kimball AB. Clobetasol propionate foam in the treatment of psoriasis. *Expert Opin Pharmacother*. 2005;6:1735-40.
- Mazzotta A, Esposito M, Carboni I, Schipani C, Climenti S. Clobetasol propionate foam 0.05% as a novel topical formulation for plaque-type and scalp psoriasis. *J Derm Treat*. 2007;18:84-7.
- Franz J, Dawn A, Myers J, Hannigan J. Clobetasol propionate foam 0.05%: a novel vehicle with enhanced delivery. *Int J Dermatol*. 2000;39:521-38.
- Ruzicka T, Trompke C. Treatment of scalp psoriasis. An effective and safe tacalcitol emulsion. *Hautarzt*. 2004;55:165-70.
- Aste N. Tacalcitol ointment in the treatment of psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol*. 2004;139:81-4.
- Barnes L, Altmeyer P, Forstrom L, Stenstrom MH. Long-term treatment of psoriasis with calcipotriol scalp solution and cream. *Eur J Dermatol*. 2000;10:199-204.
- Buckley C, Hoffmann V, Shapiro J, Saari S, Cambazard F, Milsgaard M. Calcipotriol plus betamethasone dipropionate scalp formulation is effective and well tolerated in the treatment of scalp psoriasis: a phase II study. *Dermatology*. 2008;217:107-13.
- Anstey AV, Kragballe K. Retrospective assessment of PASI 50 and PASI 75 attainment with a calcipotriol/betamethasone dipropionate ointment. *Int J Dermatol*. 2006;45:970-5.
- Kaufmann R, Bibby AJ, Bissonnette R, Cambazard F, Chu AC, Decroix J, et al. A new calcipotriol/betamethasone dipropionate formulation (Daivobet) is an effective once-daily treatment for psoriasis vulgaris. *Dermatology*. 2002;205:389-93.
- Downs AMR. Overnight application of Daivobet ointment is effective in scalp psoriasis. *Br J Dermatol*. 2004;151 Suppl 68:52.
- Koo J, Blum R, Lebwohl M. A randomized, multicenter study of calcipotriene ointment and clobetasol propionate foam in the sequential treatment of localized plaque-type psoriasis: short-and long-term outcomes. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:637-41.
- Van der Vleuten CJ, van der Kerhof PC. Management of scalp psoriasis: guidelines for corticosteroid use in combination treatment. *Drugs*. 2001;61:1593-8.
- Sánchez-Regaña M, Dilmé E, de la Cruz G, Trullàs C, Umberto P. Treatment of scalp psoriasis with a non-coaltar shampoo: excellent cosmetic results with no loss of effectiveness. Paris: Proceedings of the 17 th European Academy of Dermatology and Venereology; 2008. p. 17-21.
- Shemer A, Nathansohn N, Kaplan B, Weiss G, Newman N, Trau H. Treatment of scalp seborrheic dermatitis and psoriasis with an ointment of 40% urea and 1% bifonazole. *Int J Dermatol*. 2000;39:532-4.
- Johannesson A, Lindelof B. Additional effect of Grenz rays on psoriasis lesions of the scalp treated with topical corticosteroids. *Dermatologica*. 1987;175:290-2.