

BIBLIOGRAFÍA

1. López Ríos F, Rodríguez Peralto JL, Castaño E, Benito A. Squamous cell carcinoma arising in a cutaneous epidermal cyst: case report and literature review. *Am J Dermatopathol* 1999;21:174-7.
2. Dini M, Innocenti A, Romano GF. Basal cell carcinoma arising from epidermal cyst: a case report. *Dermatol Surg*. 2001;27:585-6.
3. Mehregan DA, Al-Sabah HY, Mehregan AH. Basal cell epithelioma arising from epidermal cyst. *J Dermat Surg Oncol*. 1994;20:405-6.
4. Malone JC, Sonnier GB, Hughes AP, Hood AF. Poorly differentiated squamous cell carcinoma arising within an epidermoid cyst. *Int J Dermatol*. 1999;38:556-8.



Localizador web
Artículo 241.719

Etanercept en el manejo de la psoriasis ungueal

Sr. Director:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria común, crónica y recidivante que condiciona una importante repercusión psicosocial.

La afección ungueal ocurre en un 50% de las ocasiones, con diferentes alteraciones clínicas, y son las uñas de las manos las que con mayor frecuencia se ven implicadas, con diferentes grados de limitación funcional¹. La alteración no sólo es estética, sino también de la destreza manual, por lo que estos pacientes suelen demandar algún tratamiento eficaz para esta manifestación, que se suele considerar resistente al tratamiento.

Se han utilizado diversas modalidades terapéuticas², con escasos resultados en gran medida por la escasa permeabilidad de la lámina, lo que ha limitado el tratamiento tópico a las formas clínicas leves de la enfermedad. Clásicamente se han usado los corticoides tópicos potentes³ o intralesionales⁴, pero sus efectos secundarios limitan su uso. También se han utilizado los derivados tópicos de la vitamina D⁵, solos o en combinación con corticoides potentes, el 5-fluorouracilo⁶ al 1-5% y la terapia PUVA tópica, con resultados poco satisfactorios. En muchas ocasiones sólo obtendremos mejoría con el tratamiento oral, cuando la psoriasis sea lo suficientemente grave como para precarlo.

Varón de 61 años con antecedentes personales de hipertensión, pancreatitis aguda edematosa y hepatopatía alcohólica, que presentaba psoriasis en grandes placas de más de 20 años de evolución, con seria afección ungueal de los pies y las manos (fig. 1) que incluso llegaba a interferir de forma importante con sus tareas cotidianas, sin respuesta a los diferentes tratamientos empleados con anterioridad (corticoides tópicos, queratolíticos y análogos de la vitamina D). Dadas las anteriores circunstancias que limitaban el uso de



Figura 1. Onicopatía psoriásica severa con hiperqueratosis subungueal y traquioniquia significativas.

otras terapias sistémicas, así como el carácter severo de la psoriasis ungueal, con importante limitación funcional, propusimos instaurar tratamiento con etanercept^{7,8}.

Iniciamos etanercept previo estudio de las pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, serología de hepatitis, VIH, radiografía de tórax, anticuerpos antinucleares y Mantoux), a la dosis de 50 mg dos veces a la semana durante 12 semanas. La respuesta ya fue notable prácticamente desde el inicio, pues se objetivó un «blanqueamiento» total de las lesiones cutáneas, al tiempo que se evidenciaba una mejoría algo más lenta de las lesiones ungueales, con importante disminución de la hiperqueratosis subungueal, la onicólisis y la traquioniquia. Dada esta favorable respuesta, sin necesidad de otros tratamientos tópicos, se redujo la dosis a 25 mg dos veces a la semana, con mejoría lenta pero progresiva, a la vez que también la refería de forma paralela en su ámbito psicosocial. Continuamos tratamiento de forma ininterrumpida a dicha dosis durante 36 semanas, y actualmente, a los 12 meses de iniciada esta terapia, observamos una casi completa renovación ungueal principalmente de las manos, con destacada mejoría de las manifestaciones psoriásicas (fig. 2).

Etanercept es una proteína recombinante completamente humana y dimérica obtenida por la fusión de dos receptores solubles (p75) humanos naturales del factor de necrosis tumoral (TNF) y la fracción constante (Fc) de una IgG1 humana. Actúa mediante la unión reversible, competitiva, tanto del TNF α como al TNF β libre circulante y unido a membrana, evitando así su unión a los receptores específicos en la superficie celular de las células diana. Esto conlleva una inhibición de la acción proinflamatoria del TNF. Está indicado para el tratamiento de adultos con psoriasis en placas de moderada a grave, que no han respondido o que tienen contraindicada o no toleran otra terapia sistémica, como ciclosporina, metotrexato o PUVA.

La respuesta favorable de la psoriasis ungueal de nuestro paciente, con eficacia sostenida en el tiempo, junto con la ausencia de efectos secundarios hasta la fecha, a pesar de la mayor prolongación de la terapia, hacen que etanercept hoy sea una alternativa útil⁹, segura y eficaz en el manejo de la



Figura 2. Notable mejoría de las lesiones tras 1 año de tratamiento.

psoriasis ungueal severa, manifestación que se suele considerar resistente a otras modalidades terapéuticas, consiguiendo, además, una notable mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

Guadalupe Aguilar-García^a,
Anna Vilanova-Mateu^b,
Carmen Dulanto-Campos^a,
y Ramón Naranjo-Sintes^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

^bCAP II Sant Andreu. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Jong EM, Seegers BA, Gulink MK, Boezeman JB, Van de Kerkhof PC. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients results of a recent interview with 1,728 patients. *Dermatology*. 1996;193:300-3.
2. Duhard-Brohan E. Psoriasis of the nails. *Ann Dermatol Venerol*. 1999;126:445-9.
3. Sánchez Regaña M, Martín Ezquerro G, Umbert Millet P, Llambi Mateos F. Treatment of nail psoriasis with 8% clobetasol nail lacquer: positive experience in 10 patients. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2005;19:573-7.
4. Camacho Martínez F, Armijo Moreno M, Naranjo Sintes R, Gutiérrez Salmerón MT, De Dulanto F. [Triamcinolone acetonide in ungueal psoriasis]. *Actas Dermosifiliogr*. 1976;67:49-54.
5. Tosti A, Piraccini BM, Cameli N, Kokely F, Plozzer C, Cannata GE, et al. Calcipotriol ointment in nail psoriasis: a controlled double-blind comparison with betamethasone dipropionate and salicylic acid. *Br J Dermatol*. 1998;139:655-9.
6. De Jong EM, Menke HE, Van Praag MC, Van de Kerkhof PC. Dystrophic psoriatic fingernails treated with 1% 5-fluorouracil in a nail penetration-enhancing vehicle: a double-blind study. *Dermatology*. 1999;199:313-8.
7. Leonardi CL, Powers JL, Matheson RT, Goffe BS, Zitnik R, Wang A, et al. Etanercept as monotherapy in patients with psoriasis. *N Engl J Med*. 2003;349:2014-22.
8. Lebwohl MG. Use of etanercept in the dermatology setting. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6:49-59.
9. Nandedkar-Thomas MA, Scher RK. An update on disorders of the nails. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52:877-87.