



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamientos tópicos para la psoriasis del cuero cabelludo (Revisión)

Schlager JG, Rosumeck S, Werner RN, Jacobs A, Schmitt J, Schlager C, Nast A

Schlager JG, Rosumeck S, Werner RN, Jacobs A, Schmitt J, Schlager C, Nast A.
Topical treatments for scalp psoriasis
(Tratamientos tópicos para la psoriasis del cuero cabelludo).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD009687.
DOI: [10.1002/14651858.CD009687.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009687.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tratamientos tópicos para la psoriasis del cuero cabelludo

Justin Gabriel Schlager¹, Stefanie Rosumeck¹, Ricardo Niklas Werner¹, Anja Jacobs², Jochen Schmitt³, Christoph Schlager⁴, Alexander Nast¹

¹Division of Evidence Based Medicine, Department of Dermatology, Venerology and Allergology, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany. ²Department of Medical Consulting, Federal Joint Committee (G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss), Berlin, Germany. ³Center for Evidence-Based Healthcare, Faculty of Medicine Carl Gustav Carus, Technischen Universität (TU) Dresden, Dresden, Germany. ⁴c/o Cochrane Skin Group, The University of Nottingham, Nottingham, UK

Contacto: Alexander Nast, Division of Evidence Based Medicine, Department of Dermatology, Venerology and Allergology, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, Berlin, 10117, Germany. alexander.nast@charite.de.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Piel.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 2, 2016.

Referencia: Schlager JG, Rosumeck S, Werner RN, Jacobs A, Schmitt J, Schlager C, Nast A. Topical treatments for scalp psoriasis (Tratamientos tópicos para la psoriasis del cuero cabelludo). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD009687. DOI: [10.1002/14651858.CD009687.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009687.pub2).

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Los pacientes con psoriasis en placas crónica a menudo presentan lesiones en el cuero cabelludo. El pelo hace que el cuero cabelludo sea difícil de tratar y la piel facial adyacente es particularmente sensible a los tratamientos tópicos.

Objetivos

Evaluar la eficacia y la seguridad de los tratamientos tópicos para la psoriasis del cuero cabelludo.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos hasta agosto 2015: registro especializado del Grupo Cochrane de Piel (Cochrane Skin Group), (2015, número 7), MEDLINE (desde 1946), EMBASE (desde 1974) y en LILACS (desde 1982). También se buscó en cinco registros de ensayos, se revisaron los resúmenes de seis conferencias específicas de psoriasis y se verificaron las listas de referencias de los estudios incluidos para obtener referencias adicionales a ensayos controlados aleatorios relevantes.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios (ECA) de diseño de grupos paralelos, cruzados o en el mismo paciente de tratamientos tópicos para pacientes de todas las edades con psoriasis del cuero cabelludo.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores seleccionaron los estudios, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo de forma independiente. Los desacuerdos se resolvieron mediante consulta con un tercer autor.

Para evaluar la calidad de las pruebas se analizaron los resultados siguientes: "aclaramiento" o "respuesta" evaluada según la evaluación global del investigador (EGI), mejoría en la calidad de vida, eventos adversos que requirieron el retiro del tratamiento y "respuesta" evaluada según la evaluación global del paciente (PGA).

Los resultados de los estudios únicos se expresaron como cocientes de riesgos (CR) con intervalos de confianza (IC) del 95% para los resultados dicotómicos, y diferencias de medias (DM) con IC del 95% para los resultados continuos. Cuando los estudios fueron suficientemente homogéneos se realizó un metanálisis de los datos mediante el modelo de efectos aleatorios. Cuando no fue posible

calcular una estimación puntual para un estudio único los datos se describieron cualitativamente. También se presentó el número necesario a tratar para beneficiar (NNTB).

Los corticosteroides tópicos se caracterizaron según la clasificación alemana de la potencia de los corticosteroides como leve, moderada, alta y muy alta.

Resultados principales

Se incluyeron 59 ECA con 11 561 participantes. Treinta estudios se realizaron o fueron patrocinados por el fabricante de la medicación de estudio. El riesgo de sesgo varió considerablemente entre los estudios incluidos. Por ejemplo, la mayoría de los autores no declaró el método de asignación al azar y pocos abordaron la ocultación de la asignación. En su mayoría los resultados se limitaron a los tratamientos a corto plazo, ya que la mayoría de los estudios se realizaron durante menos de seis meses. Solamente un ensayo investigó el tratamiento a largo plazo (12 meses). Aunque se encontró una variedad amplia de intervenciones diferentes, la clasificación de la calidad de las pruebas se limitó a tres comparaciones principales: esteroide versus vitamina D, combinación de dos compuestos de esteroide y vitamina D versus monoterapia con esteroide y versus vitamina D.

En cuanto al aclaramiento, evaluado según la EGI, los esteroides fueron mejores que la vitamina D (CR 1,82; IC del 95%: 1,52 a 2,18; cuatro estudios, 2180 participantes, NNTB = 8; IC del 95%: 7 a 11; pruebas de calidad moderada). Estadísticamente, la combinación de dos compuestos fue superior a la monoterapia con esteroide; sin embargo, el efecto beneficioso adicional fue pequeño (CR 1,22; IC del 95%: 1,08 a 1,36; cuatro estudios, 2474 participantes, NNTB = 17; IC del 95%: 11 a 41; pruebas de calidad moderada). La combinación de dos compuestos fue más eficaz que la vitamina D sola (CR 2,28; IC del 95%: 1,87 a 2,78; cuatro estudios, 2008 participantes, NNTB = 6; IC del 95%: 5 a 7; pruebas de alta calidad).

En cuanto a la respuesta al tratamiento, evaluada según la EGI, los corticosteroides fueron más eficaces que la vitamina D (CR 2,09; IC del 95%: 1,80 a 2,41; tres estudios, 1827 participantes; NNTB = 4; IC del 95%: 4 a 5; pruebas de alta calidad). La combinación de dos compuestos fue mejor que la monoterapia con esteroide, pero el efecto beneficioso adicional fue pequeño (CR 1,15; IC del 95%: 1,06 a 1,25; tres estudios, 2444 participantes, NNTB = 13; IC del 95%: 9 a 24; pruebas de calidad moderada). También fue más eficaz que la vitamina D sola (CR 2,31; IC del 95%: 1,75 a 3,04; cuatro estudios, 2222 participantes, NNTB = 3; IC del 95%: 3 a 4; pruebas de calidad moderada).

El informe de los datos de calidad de vida fue deficiente y los datos no fueron suficientes para incluirlos en el metanálisis.

Los esteroides provocaron menos retiros debido a eventos adversos que la vitamina D (CR 0,22; IC del 95%: 0,11 a 0,42; cuatro estudios, 2291 participantes; pruebas de calidad moderada). La combinación de dos compuestos y la monoterapia con esteroide no difirieron en el número de eventos adversos que provocaron el retiro (CR 0,88; IC del 95%: 0,42 a 1,88; tres estudios, 2433 participantes; pruebas de calidad moderada). La combinación de dos compuestos provocó menos retiros debido a eventos adversos que la vitamina D (CR 0,19; IC del 95%: 0,11 a 0,36; tres estudios, 1970 participantes; pruebas de alta calidad). Ningún estudio informó el tipo de evento adverso que requirió el retiro.

En cuanto a la respuesta al tratamiento, evaluada según la EGP, los esteroides fueron más eficaces que la vitamina D (CR 1,48; IC del 95%: 1,28 a 1,72; tres estudios, 1827 participantes; NNTB = 5; IC del 95%: 5 a 7; pruebas de calidad moderada). Estadísticamente, la combinación de dos compuestos fue mejor que la monoterapia con esteroide; sin embargo, el efecto beneficioso no fue clínicamente importante (CR 1,13; IC del 95%: 1,06 a 1,20; dos estudios, 2226 participantes; NNTB = 13; IC del 95%: 9 a 26; pruebas de alta calidad). La combinación de dos compuestos fue más eficaz que la vitamina D (CR 1,76; IC del 95%: 1,46 a 2,12; cuatro estudios, 2222 participantes; NNTB = 4; IC del 95%: 3 a 6; pruebas de calidad moderada).

Los eventos adversos frecuentes con estas tres intervenciones fueron la irritación local, el dolor de la piel y la foliculitis. Los eventos adversos sistémicos fueron poco frecuentes y probablemente no estuvieron relacionados con los fármacos.

Además para los resultados de las tres comparaciones principales se encontró que la combinación de dos compuestos, la monoterapia con esteroides y con vitamina D fueron más eficaces que el vehículo. Los esteroides de potencia moderada, alta y muy alta tendieron a ser similarmente eficaces y bien tolerados. Hay limitaciones inherentes en esta revisión con respecto a la evaluación del ácido salicílico, el alquitrán, el ditranol u otros tratamientos tópicos.

Conclusiones de los autores

La combinación de dos compuestos y la monoterapia con corticosteroide fueron más eficaces y más seguras que la monoterapia con vitamina D. Debido al perfil de seguridad similar y a solamente un efecto beneficioso escaso de la combinación de dos compuestos sobre el esteroide solo, la monoterapia con esteroides tópicos genéricos puede ser completamente aceptable para el tratamiento a corto plazo.

Los ECA futuros deben investigar cómo los tratamientos específicos mejoran la calidad de vida de los participantes. Se necesitan evaluaciones a largo plazo (es decir, seis a 12 meses).

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamientos tópicos para la psoriasis del cuero cabelludo

Tratamientos tópicos para la psoriasis del cuero cabelludo (Revisión)

Antecedentes

Los pacientes con psoriasis en placas crónica a menudo presentan lesiones en el cuero cabelludo. Además de comezón, las lesiones escamosas rojizas son visibles y suelen ser vergonzosas. Los tratamientos "tópicos" (fármacos aplicados a la piel, p.ej. como cremas) generalmente se prueban primero, pero aplicarlos al cuero cabelludo es difícil debido al cabello. Hay varios fármacos en uso como los corticosteroides (también conocidos como esteroides), la vitamina D, las preparaciones con alquitrán, el tacrolimus, el ditranol o el ácido salicílico. Algunos corticosteroides tópicos tienen más potencia que otros por lo que se categorizan en cuatro niveles de concentración: leve, moderada, alta y muy alta. Como la psoriasis es una afección a largo plazo, es de gran importancia saber qué fármacos funcionan mejor, qué clase de efectos secundarios pueden tener y la probabilidad de que ocurran.

Pregunta de la revisión

¿Cuáles son los tratamientos más eficaces y más seguros para la psoriasis en el cuero cabelludo?

Características de los estudios

Se consideraron 59 ensayos controlados aleatorios con 11 561 participantes. Treinta estudios se realizaron o fueron patrocinados por el fabricante de la medicación de estudio.

Calidad de la evidencia

Como promedio, la calidad general de las pruebas fue moderada para las tres comparaciones más importantes que incluyeron corticosteroides (p.ej. dipropionato de betametasona), vitamina D (p.ej. calcipotriol) y su producto de combinación. Se analizó la reducción de la gravedad de la psoriasis, la mejoría en la calidad de vida y los efectos secundarios perjudiciales de los tratamientos. La mayoría de los resultados se basó en los tratamientos a corto plazo con una duración de menos de seis meses.

Resultados clave

Los investigadores anteriores encontraron que el producto de combinación fue más eficaz que el esteroide solo, pero clínicamente el efecto beneficioso fue dudoso. Ambos tratamientos redujeron la psoriasis del cuero cabelludo mejor que la vitamina D.

Debido a la información deficiente, no fue posible evaluar qué tratamiento mejoró más la calidad de vida. La mayoría de los estudios simplemente no midieron la mejora en la calidad de vida.

Los participantes que se aplicaron vitamina D interrumpieron el tratamiento más a menudo debido a los efectos secundarios perjudiciales que los que se aplicaron un esteroide tópico o el producto de combinación. Fue tan probable que los esteroides causaran la interrupción del tratamiento debido a los efectos secundarios como el producto de combinación. Sin embargo, solamente unos pocos participantes que utilizaron uno de los tres fármacos presentaron efectos secundarios perjudiciales. Ningún estudio informó el tipo de efecto secundario que provocó que los participantes interrumpieran el tratamiento.

Los participantes evaluaron la eficacia de los tratamientos de manera similar al investigador: los que se aplicaron un esteroide o el producto de combinación respondieron mejor al tratamiento que los participantes que utilizaron vitamina D sola. Estadísticamente, el producto de combinación fue más eficaz que el esteroide solo, pero clínicamente el efecto beneficioso fue dudoso.

Los efectos secundarios perjudiciales más frecuentes de estos tratamientos fueron la irritación, la comezón y el dolor de la piel en el sitio de la aplicación. Los efectos secundarios en otros sitios del cuerpo fueron muy poco frecuentes y fue más probable que no fueran provocados por el fármaco.

Otros hallazgos fueron los siguientes: los esteroides, la vitamina D y su producto de combinación fueron más eficaces que la preparación vehículo (crema, champú etc.) que no contenía el fármaco activo. Comparados entre sí, los esteroides tendieron a ser similarmente eficaces y a tener efectos secundarios similares, aunque algunos tuvieran una concentración mayor.

No fue posible evaluar de manera suficiente la eficacia y la seguridad de otros tratamientos tópicos, como el ácido salicílico, el alquitrán o el ditranol.

Conclusión

Los esteroides y la combinación de dos compuestos de un esteroide y vitamina D fueron más eficaces, con un riesgo mínimo de provocar efectos secundarios perjudiciales. Debido al perfil de seguridad similar y a solamente un efecto beneficioso escaso de la combinación de dos compuestos sobre el esteroide solo, los esteroides tópicos por sí solos pueden ser completamente aceptables para el tratamiento a corto plazo.

Las siguientes preguntas siguen sin respuesta y deben ser investigadas por futuros ensayos: ¿Verdaderamente no hay diferencias en cuanto a la efectividad o la seguridad entre los corticosteroides tópicos de concentración diferente? ¿La preparación vehículo (p.ej. crema o champú) influye en cómo funciona el agente activo? ¿Qué tratamiento tópico lleva al control de la enfermedad durante mucho más tiempo

sin arriesgar la seguridad de paciente? Finalmente, existe una gran necesidad de más estudios que evalúen qué tratamientos tópicos mejoran más la calidad de vida.