

PSORIASIS

2022 - 2.^a edición

PATROCINADO POR



© IM&C, S.A.
Alberto Alcocer, 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70
www.imc-sa.es

© semFYC.
Diputació, 320
08009 Barcelona
Tel.: 93 317 03 33
www.semfy.com

ISBN: 978-84-7867-834-1

Ni los propietarios del copyright ni el patrocinador pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin permiso escrito del titular del copyright.



Autoras

María del Mar Ballester Torrens

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Atención Primaria Ramón Turro-10B,
Barcelona. GdT de Dermatología de la CAMFiC*

Rosa Senán Sanz

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Atención Primaria Clot, Barcelona.
GdT de Dermatología de la CAMFiC y semFYC*

> Introducción

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica que cursa a brotes. Fue reconocida en 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las personas con psoriasis severa presentan mayor riesgo de padecer cardiopatías, accidente cerebrovascular, hipertensión y diabetes. El primer objetivo del manejo del tratamiento tópico en la psoriasis desde la Atención Primaria (AP) es obtener un óptimo control de la enfermedad, lo que mejorará la calidad de vida de los pacientes.

> Definición

- La **psoriasis** es una enfermedad **inflamatoria e inmunomediada de la piel**, y ocasionalmente de las articulaciones.
- Sigue un **curso crónico**, con exacerbaciones y remisiones.
- **No contagiosa** y asociada a un componente genético y a otros factores de riesgo desencadenantes.
- Se produce una **hiperproliferación y alteración** de la diferenciación de los **queratinocitos** que ocasiona un aumento excesivo de la epidermis, lo que genera placas descamativas y eritematosas⁽¹⁾.

> Epidemiología

- Afecta a un **2,3 % de la población** española⁽²⁾, igual en ambos sexos.
- El **70 %** de los casos se manifiesta antes de la **segunda década** de la vida^(1,2) y algunos después de la quinta década (psoriasis de inicio tardío).

ETIOLOGÍA

Es desconocida. Puede existir historia familiar, estando genéticamente determinada, habiéndose identificado más de **70 genes implicados**⁽³⁾; se asocia a determinados antígenos leucocitarios humanos (HLA): el más frecuente es el Cw6. La incidencia de la **enfermedad entre familiares** es superior al **30 %**.

TEORÍA INMUNOLÓGICA

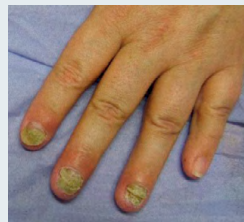
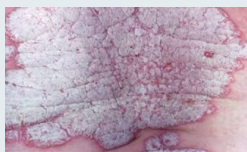
Se basa en las **interacciones entre linfocitos T y células epidérmicas** que estimulan la producción de citocinas y/o adhesión intercelular, con un claro papel en el inicio y perpetuación de las lesiones psoriásicas.

Sobre esta **base genética** actuarían como desencadenantes **otros factores**, como:

- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Clima⁽⁴⁾.
- Determinados factores ambientales.
- Superantígenos infecciosos (estreptococos, estafilococos, VIH y cándidas).
- Traumatismos (incluyendo fenómeno de Koebner).
- Fármacos (antiinflamatorios, supresión del tratamiento con corticoides sistémicos, β-bloqueantes, litio, antimaláricos, algunos antihipertensivos).
- Estrés⁽⁵⁾.

Los agentes terapéuticos dirigidos a inhibir los estadios de estos procesos son de gran ayuda terapéutica.

CLASIFICACIÓN



Psoriasis vulgar (80 % de los casos)

Psoriasis ungueal

Psoriasis en gotas

Psoriasis invertida

Psoriasis pustulosa

Psoriasis eritrodérmica

En placas eritematosas-descamativas con escamas nacaradas o plateadas no adherentes y bordes delimitados.
Pruriginosa en ocasiones.
De curso crónico e intermitente.

Pitting ungueal: lesión punteada de las uñas.

En pápulas diseminadas.
Es típica la erupción 15 días después de una infección estreptocócica.

Placas de color rojo intenso o salmón, sin descamación.

- Von Zumbusch: generalizada y grave.
- Palmo-plantar: brotes repetidos.
- Acral: alrededor de las uñas.

Eritrodermia exfoliativa: generalizada, grave.

Afectación simétrica en codos, rodillas, sacro y cuero cabelludo.

Lesiones ungueales.
Es un factor de riesgo de desarrollo de artritis psoriásica⁽⁶⁾.

Afecta predominantemente al tronco.

Grandes pliegues: axilas, inguinales, submamario, interglúteo.

Afecta a todo el tegumento, incluyendo pelo y uñas.

Willan R. On Cutaneous Diseases. London: J Johnson, 1808

> Factores de riesgo-comorbilidades

Los pacientes con psoriasis moderada o severa presentan un aumento del **riesgo cardiovascular**^(5, 7-9) y un **mayor riesgo de varias patologías**⁽¹⁰⁾. Es importante valorar en consulta los factores de riesgo cardiovascular, ya que cuanto más bajo sea el riesgo cardiovascular, mejor controlada estará la psoriasis severa.

Por otro lado, el control óptimo de la artritis psoriásica y la psoriasis mejora el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

En AP, la prevención de enfermedades cardiovasculares constituye una de las actividades habituales de la práctica clínica diaria, aspecto que también se aplica al paciente con psoriasis⁽¹¹⁾.

> Diagnóstico

Es fundamentalmente **clínico** y se caracteriza por:

- **Lesión típica:** pápula o placa eritematosa cubierta por abundante descamación blanco-nacarada.
- **Signo de Auspitz o rocío hemorrágico** (al raspar la lesión aparece un sangrado puntiforme) y, al remitir las lesiones, puede objetivarse el halo hipocrómico de Woronoff.

Su curso crónico suele caracterizarse por periodos de mejoría y de empeoramiento.

Para su **diagnóstico**, la **dermatoscopia**⁽¹²⁾ es una herramienta complementaria y fiable.

Se debe tener en cuenta:

- La morfología y la distribución de las estructuras vasculares.
- Colores de fondo.
- Anomalías foliculares.
- Presencia de escamas.

> Diagnóstico diferencial

Se debe establecer con:

- Dermatitis seborreica.
- Micosis.
- Eritrasma.
- Liquen simple.
- Eccema de contacto.

La psoriasis en gotas debe diferenciarse de:

- Varicela.
- Liquen plano.
- Lúes secundaria.
- Pitiriasis rosada.
- Tiña.

> Evaluación de la gravedad

Para **evaluar la gravedad** de la psoriasis suelen utilizarse:

PASI ⁽¹³⁾ (<i>Psoriasis Area Severity Index</i>)	Mide el grado de eritema, descamación e infiltración cutánea en cada una de las áreas corporales (<i>score</i> de 0 a 72).
BSA (<i>Body Surface Area</i>)	Porcentaje de superficie de piel afectada.
DLQI ⁽¹⁴⁾ (<i>Dermatology Life Quality Index</i>)	Impacto de una dermatosis sobre la calidad de vida del paciente (<i>score</i> de 0 a 30).

Se considera que un paciente presenta psoriasis⁽¹⁵⁾:

- **Leve:** BSA < 5-10 % y/o el PASI < 10.
- **Moderada-grave:** BSA > 10 % y PASI > 10.

La calificación se aumenta un grado cuando la psoriasis afecta áreas de la piel consideradas incapacitantes (cara, palmas y/o plantas, genitales).

> Criterios de derivación

Derivación a Atención Especializada

Siempre que tengamos:

- Dudas diagnósticas.
- Ante la sospecha clínica (primer episodio) se podría derivar para confirmar el diagnóstico y para reforzar el cumplimiento del tratamiento.
- Casos leves (BSA o PASI: 5-10 %) que no responden al tratamiento tópico tras 2-3 meses desde su inicio.
- Casos moderados o graves (BSA, PASI y DQLI > 10).
- Psoriasis palmo-plantar.
- Psoriasis en uñas incapacitante.
- Si es necesario valorar tratamiento sistémico.
- Artropatía psoriásica (derivar a Dermatología y Reumatología).

Criterios de derivación inmediata

- Eritrodermia aguda (eritema y escamas sobre la mayor parte de la superficie cutánea).
- Psoriasis inestable aguda.
- Psoriasis pustulosa generalizada.

> Manejo

Debido al curso crónico de la enfermedad, la mayoría de los pacientes precisarán tratamientos prolongados.

Para reducir sus efectos secundarios e incomodidades se han diseñado diversas estrategias (ver sección *Tratamiento, tabla Estrategia*)⁽¹⁶⁾.

Además, otros factores a tener en cuenta:

- La **nutrición** influye en el desarrollo y progreso de la psoriasis y sus comorbilidades⁽¹⁷⁾.

Exacerban	Mejoran
Ácidos grasos saturados	Ácidos grasos polinsaturados n-3
Azúcares simples	Vitamina D
Carnes rojas	Vitamina B ₁₂
Alcohol	Ácidos grasos de cadena corta
	Genisteína
	Fibras dietéticas
	Probióticos

- **Informar** sobre la no contagiosidad, la cronicidad del cuadro, la evolución a brotes y los factores desencadenantes.

- **Recomendar** aplicación de productos emolientes, fotoexposición sin eritema y valorar apoyo psicológico.
- El **objetivo** es mejorar el cumplimiento terapéutico, ya que hasta un 40 % de personas con psoriasis presentan escasa adherencia al tratamiento (EUROPSO)⁽¹⁸⁾.
- Elegir una **galénica** adecuada es primordial para que el tratamiento sea eficaz. Son de elección los vehículos fácilmente aplicables y lipofílicos que favorezcan la absorción de los principios activos. Según la localización de las lesiones, puede haber diferentes galénicas de elección.

Cuero cabelludo	Espuma cutánea, lociones, geles
Pliegues	Cremas, lociones
Cara	Cremas, lociones, geles
Palmas, plantas, rodillas, codos	Espuma cutánea, pomadas, ungüentos, geles



> Tratamiento

Psoriasis leve

Alrededor del 70-80 % de los pacientes tienen formas leves de psoriasis y se tratarán y se realizará seguimiento en AP⁽¹⁹⁾.

Deben utilizarse **tratamientos tópicos**, que siguen siendo la piedra angular para tratar la psoriasis leve. Incluyen corticosteroides tópicos, análogos de la vitamina D y sus combinaciones, inhibidores de la calcineurina y queratolíticos.

Psoriasis moderada-grave

En psoriasis en placas de moderada a grave se utilizan fármacos sistémicos (metotrexato, ciclosporina, acitretina o apremilast) y biológicos (inhibidores de TNF- α , p40IL-12/23, IL-17 y p19IL-23, así como un inhibidor oral de la fosfodiesterasa)⁽²⁰⁾.

> Tratamiento escalonado

Generalmente, si la psoriasis no mejora, se realiza una pauta de tratamiento escalonado:

1. Se propone tratamiento tópico.
2. Si no mejora, se derivará a dermatología para fototerapia.
3. Posteriormente se puede hacer tratamiento sistémico.
4. Como último recurso, tratamientos biológicos.

La **eficacia** de un fármaco antipsoriásico se valora en base a su "gold standard" cuando hay:

- Reducción de un **75 % del PASI** en relación con la medición basal (PASI-75).
- Reducción de **5 puntos del DLQI**, ya que se correlaciona con la disminución del PASI.

Estrategia de aplicación del principio activo

Monoterapia	
Combinación	Aumenta la eficacia y disminuye las dosis de cada agente, reduciendo su toxicidad. Por ej., asociaciones a dosis fijas como calcipotriol + betametasona.
Rotacional	Se utiliza una terapéutica durante un tiempo determinado para luego rotar a otra alternativa.
Secuencial	Uso inicial de fármacos muy eficaces y más tóxicos para inducir remisiones, para luego reemplazarlos por terapias menos eficaces, pero con una menor toxicidad.
Intermitente	En pacientes con remisiones prolongadas sin medicación, se puede suspender la medicación durante ciertos periodos.
Proactiva	Se basa en aplicar la combinación de calcipotriol/betametasona en espuma* 2 v/semana, para evitar la aparición de nuevas placas. Es una pauta segura y eficaz ⁽²¹⁾ .

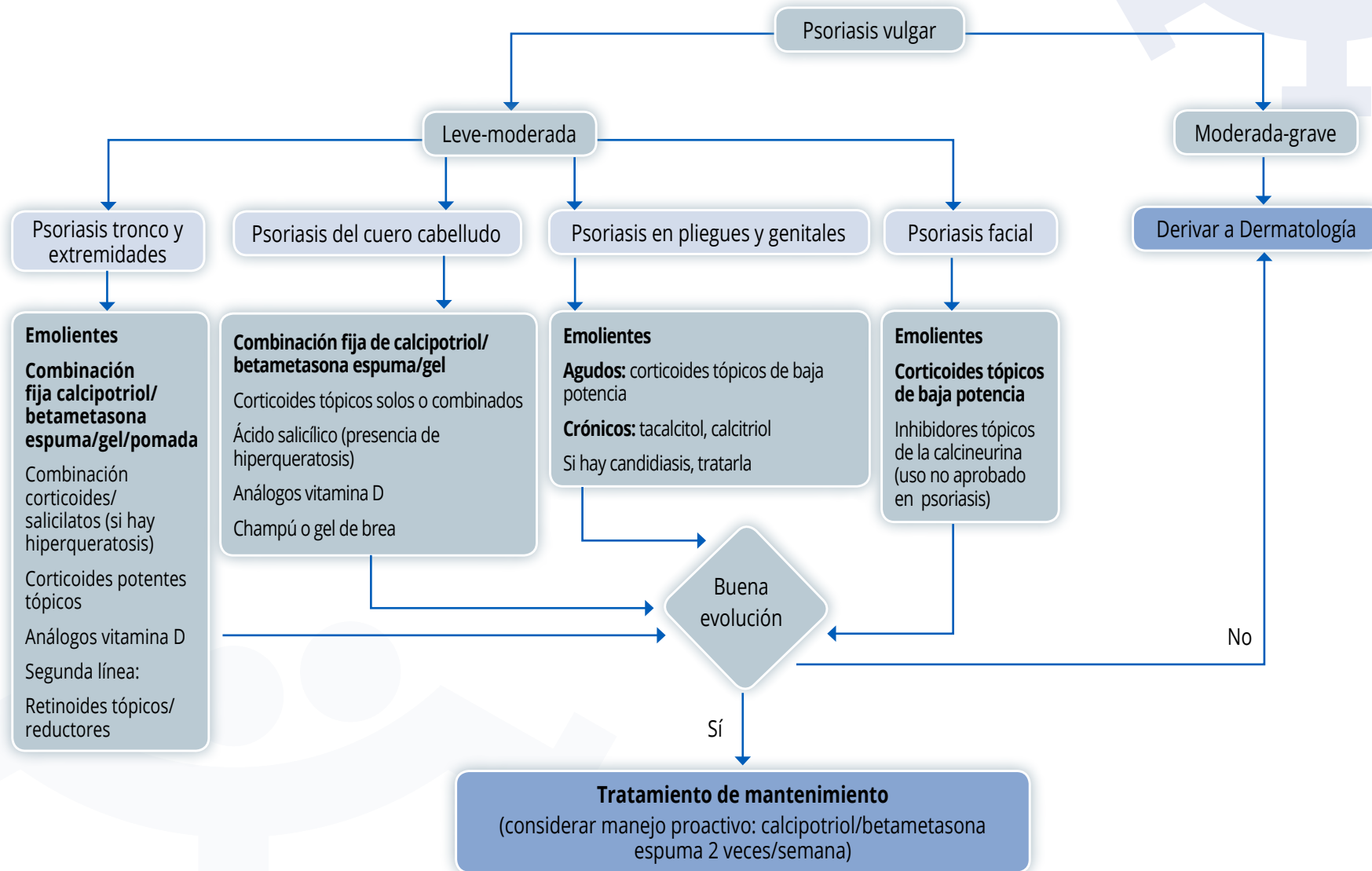
* La combinación calcipotriol/betametasona en espuma es el único tratamiento con la indicación de tratamiento proactivo.



Fármacos	Brote	Continuidad	Observaciones
1.ª Línea			
Combinación en dosis fijas de calcipotriol y corticoides	<ul style="list-style-type: none"> · 1 a/d durante 4 (espuma y pomada) y 8 (gel) semanas. · Inicio de respuesta al tratamiento: tras 1 semana. 	Tratamiento de mantenimiento o proactivo (espuma): 1 a/d 2 v/semana ⁽²¹⁾ .	<ul style="list-style-type: none"> · La eficacia y la seguridad a dosis fijas son superiores a los medicamentos por separado y reducen la cantidad de aplicación de corticoide. · Efectos secundarios frecuentes: irritación, prurito ocasional. · La presentación en galénica espuma ha demostrado ser más eficaz que la misma combinación en pomada y en gel lipofílico⁽²²⁾, con un perfil similar de seguridad⁽²³⁾ (I). · La espuma cutánea mejora la adherencia del paciente.
Combinación de corticoides y ácido salicílico	<ul style="list-style-type: none"> · 1-2 a/d durante 2-3 semanas. · Inicio de respuesta: tras 1-2 semanas. 	ND	<ul style="list-style-type: none"> · Indicado en lesiones hiperqueratósicas. La eficacia y la seguridad en fase aguda de la combinación son superiores a la medicación por separado. · Efectos secundarios frecuentes: irritación y prurito.
Corticoides tópicos (valorar potencia según localización)	1-2 a/d/2-4 semanas.	1 a/d/2-3 v/semana (el uso 2-3 veces por semana depende mucho del corticoide utilizado)*	<ul style="list-style-type: none"> · Puede emplearse en todo tipo de psoriasis. · Tras el control de la enfermedad reduciremos la potencia de estos y su frecuencia de aplicación, de forma progresiva, para reducir el efecto rebote y taquiflaxia (resistencia al tratamiento).
Análogos de la vitamina D Calcipotriol, tacalcitol, calcitriol	1-2 a/d/2-4 semanas.	· 1 a/d/2-3 v/semana (el uso 2-3 veces por semana depende mucho del análogo utilizado) ⁽²⁴⁾ .	<ul style="list-style-type: none"> · Puede emplearse en todo tipo de psoriasis con poca afectación PASI. No se necesita monitorización con dosis inferiores a 120 gramos/semana. No combinar con ácido salicílico u otros compuestos ácidos. Combinado con UVB o PUVA es efectivo. · Para reducir el riesgo de hipercalcemia, no dar más de 100 gramos/semana de calcipotriol o 30 gramos/semana de tacalcitol. No dar en insuficiencia renal. · Efectos secundarios frecuentes: dermatitis de contacto irritativa.
2.ª Línea			
Retinoides Tazaroteno	1 a/d (noche) durante un máximo de 3 meses, solamente sobre las áreas afectadas por la psoriasis (no tocar piel sana).		<ul style="list-style-type: none"> · La formulación en gel para una aplicación diaria resulta agradable cosméticamente. · Cuando se utilizan en monoterapia presenta una eficacia limitada y alta capacidad de irritación. Cuando se combinan con corticoides tópicos presentan mayor efectividad y menos capacidad de irritación. Los retinoides son potencialmente teratogénicos.
Reductores Alquitrán y ditranol (formularlos)	Una aplicación al día, inicialmente 30 minutos a días alternos, aumentando la duración y frecuencia según la tolerancia.		<ul style="list-style-type: none"> · Efectivos, pero poco aceptados por los pacientes. El alquitrán mancha, huele y es fototóxico⁽²⁵⁾, por lo que no debe emplearse durante las 24 horas que preceden a un baño de sol. · El ditranol o la antralina manchan y son bastante irritantes si no se aplican cuidadosamente. Después del tiempo de aplicación prescrito deben eliminarse completamente con aceite mineral, seguido de un lavado con jabón ácido. · En la actualidad prácticamente no se usan.
Tratamiento coadyuvante			
Emolientes	2-3 a/d.	2-3 a/d.	<ul style="list-style-type: none"> · Proporcionan hidratación al estrato córneo. · Previenen la aparición de fisuras y ayudan a la eliminación de las escamas. · Se recomiendan en todos los casos de psoriasis menos en los pliegues.
Queratolíticos Ácido salicílico y ácido láctico	1 a/d.		<ul style="list-style-type: none"> · Son útiles para eliminar las escamas. · Estas curas no deben prolongarse más de 6-8 horas para evitar la irritación, maceración e infección.

a/d: aplicaciones diarias; v/semana: aplicaciones semanales; ND: no determinada.

* Aunque se utilicen, los corticoides no tienen indicación en manejo proactivo.



- Deng Y, Chang C, Lu Q. The Inflammatory Response in Psoriasis: a Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2016;50(3):377-89.
- Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(5):504-9.
- Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl M, Gladman D, Wu JJ, et al. Psoriasis. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16082.
- Di Meglio P, Villanova F, Nestle FO. Psoriasis. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2014;4(8).
- Daschuk A, Dobrzanskaya Y, Pustovaya N. The role of the stress in the development of severe forms of psoriasis (case report). *Georgian Med News*. 2018 Jun;(279):97-102.
- Tan ES, Chong WS, Tey HL. Nail psoriasis: a review. *Am J Clin Dermatol*. 2012;13(6):375-88.
- Puig L, Strohal R, Husni ME, Tsai T-F, Noppakun N, Szumski A, et al. Cardiometabolic profile, clinical features, quality of life and treatment outcomes in patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis. *J Dermatol Treat*. 2015 Feb;26(1):7-15.
- Manfredi AA, Rovere-Querini P. Psoriatic disease, aging, chronic inflammation and acute coronary syndromes. Two and two may not always make four. *Int J Cardiol*. 2018 Dec 15;273:47-48.
- From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: The risk of cardiovascular disease in individuals with psoriasis and the potential impact of current therapies. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70:168-77.
- Hugh J, Van Voorhees AS, Nijhawan RI, Bagel J, Lebwohl M, Blauvelt A, et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: The risk of cardiovascular disease in individuals with psoriasis and the potential impact of current therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(1):168-77.
- Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(Supl 1):1-64.
- Sgouros D, Apalla Z, Ioannides D, Katoulis A, Rigopoulos D, Sotiriou E, et al. Dermoscopy of Common Inflammatory Disorders. *Dermatol Clin*. 2018 Oct;36(4):359-68.
- Gottlieb AB, Chaudhari U, Baker DG, Perate M, Dooley LT. The National Psoriasis Foundation Psoriasis Score (NPF-PS) system versus the Psoriasis Area Severity Index (PASI) and Physician's Global Assessment (PGA): a comparison. *J Drugs Dermatol*. 2003;2:260-6.
- Katugampola RP, Lewis VJ, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index: assessing the efficacy of biological therapies for psoriasis. *Br J Dermatol*. 2007;156:945-50.
- Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo JL, Hernandez-Hermosa JM; Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Mar;30 Suppl 2:1-18.
- Menter MA, Abramovits W. Rational, sequential and combination regimens in the treatment of psoriasis. *Dermatol Ther*. 1999;11:88-95.
- Kanda N, Hoashi T, Saeki H. Nutrition and Psoriasis. *Int J Mol Sci*. 2020 Jul 29;21(15):5405.
- Puig L, Carrascosa JM, Belinchón I, Fernández-Redondo V, Carretero G, Ruiz-Carrascosa JC, et al. Adherencia y satisfacción del paciente y características organolépticas y de uso de los tratamientos tópicos utilizados para la psoriasis: Consenso Delphi del panel de expertos y miembros del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:488-96.
- Boehncke WH, Schon MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386(9997):983-994.
- Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA* 2020 May 19;323(19):1945-1960.
- Lebwohl M, Kircik L, Lacour JP, Liljedahl M, Lynde C, Mørch MH, et al. Twice-weekly topical calcipotriene / betamethasone dipropionate foam as proactive management of plaque psoriasis increases time in remission and is well tolerated over 52 weeks (PSO-LONG trial). *J Am Acad Dermatol*. 2020 Sep 18;S0190-9622(20)32625-6.
- Paul C, Stein Gold L, Cambazard F, Kalb RE, Lowson D, Bang B, et al. Calcipotriol plus betamethasone dipropionate aerosol foam provides superior efficacy vs. gel in patients with psoriasis vulgaris: randomized, controlled PSO-ABLE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Jan;31(1):119-26.
- Menter A, Gold LS, Koo J, Villumsen J, Rosén M, Lebwohl M. Fixed-Combination Calcipotriene Plus Betamethasone Dipropionate Aerosol Foam Is Well Tolerated in Patients with Psoriasis Vulgaris: Pooled Data from Three Randomized Controlled Studies. *Skinmed*. 2017 Apr 1;15(2):119-24.
- Kragballe K, Austad J, Barnes L et al. A 52-week randomized safety study of a calcipotriol/betamethasone dipropionate two-compound product (Dovobet/Daivobet/Taclonex) in the treatment of psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol*. 2006 Jun; 154(6):1155-60.
- Sekhon S, Jeon C, Nakamura M, Afifi L, Yan D, Wu JJ, et al. Review of the mechanism of action of coal tar in psoriasis. *J Dermatolog Treat*. 2018 May;29(3):230-2.