

¿DE QUE HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE PSORIASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA?:

Dra. María José Veleiro Tenreiro. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud del Ventorrillo, A Coruña. EOXI A Coruña. Servicio Gallego de Salud.

Dra. Ana González Vázquez. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 4º año. Centro de Salud del Ventorrillo, A Coruña. EOXI A Coruña. Servicio Gallego de Salud.

Dr. Jorge García González. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 2º año. Centro de Salud del Ventorrillo, A Coruña. EOXI A Coruña. Servicio Gallego de Salud.

La Psoriasis es una enfermedad, no infecciosa, de característica inflamatoria, crónica, asociada a componentes genéticos y a otros factores desencadenantes.

Se caracteriza por la presencia de una hiperproliferación de placas eritematosas, induradas, bien delimitadas, con descamación gruesa blanquecina con preferencia por localizaciones específicas

Hoy por hoy no tiene una cura definitiva, pero, sí hay tratamientos que la alivian.

FISIOPATOLOGIA:

Consiste en una alteración de la diferenciación de las células de la piel.

El proceso de desarrollo de la queratinización se produce en unos 28 días y, va desde la capa basal hasta las capas superficiales de la epidermis donde estas células (queratinocitos) se desprenden; en el caso de la Psoriasis este proceso dura sólo 4 días y, se produce un acúmulo de células en las capas superficiales de la piel, apareciendo así las Placas gruesas y con abundantes escamas típicas de la psoriasis.

EPIDEMIOLOGIA:

La psoriasis aparece en el 2-3% de la población general siendo más frecuente en adultos, siendo su etiología desconocida.

De todos los casos aproximadamente un 7% presenta una psoriasis severa. Puede aparecer a cualquier edad, pero, su presentación es más frecuente entre los 20-30 años y los 50-60 años de edad.

Afecta en una proporción similar a hombres y mujeres y, hay una serie de factores que desencadenan los brotes o la agravan, como son:

- Estrés emocional,
- Fármacos,
- Infecciones,
- Clima,
- Tabaquismo y alcohol y,
- Traumatismos (fenómeno de Köebner)

Habitualmente la Psoriasis tiene una presentación CUTÁNEA, placas de queratosis sobre una base eritematosa y, cuya clínica es principalmente de picor

Pero, la Psoriasis puede presentarse en el contexto de enfermedades sistémicas como son:

- Artritis psoriásica,
- Se ha asociado con Diabetes Mellitus, Obesidad, Enfermedad Coronaria e Hipertensión Arterial. Por lo tanto, es importante hacer una detección y control de factores de riesgo cardiovascular asociados a psoriasis.
- Se ha observado que el Síndrome Metabólico (obesidad abdominal, HTA, hiperglucemia y dislipemia) es la comorbilidad más frecuentemente asociada a la psoriasis;
- La psoriasis se ha asociado también a ansiedad, depresión y enfermedad de Crohn entre otras patologías.

Hemos de tener en cuenta que la Psoriasis es una enfermedad con un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, ya que afecta a varias facetas de la vida del paciente como son: la confianza es sí mismo, por la visibilidad de la enfermedad (por ej. La presentación en las manos) que, puede influir en

sus relaciones personales, laborales, puede presentar problemas derivados de los tratamientos.

De hecho, un 30% de los pacientes pueden presentar depresión y más de un 10% tiene pensamientos suicidas.

CLÍNICA:

La enfermedad puede tener diferentes formas de presentación:

- PSORIASIS VULGAR O EN PLACAS
- PSORIASIS INVERTIDA
- PSORIASIS EN GOTAS
- PSORIASIS PUSTULOSA (LOCALIZADA O GENERALIZADA)
- PSORIASIS ERITRODÉRMICA

PSORIASIS VULGAR O EN PLACAS:

Supone el 85% de todas las formas de psoriasis.

Se presenta como parches descamativos engrosados, siendo las localizaciones más frecuentes: codos, rodillas, cuero cabelludo (50-80% de los casos), ombligo y zona sacra, uñas, pudiendo aparecer en una sola localización o en varias al mismo tiempo.

Así, por ejemplo, la Psoriasis UNGUEAL, que el 90% de los pacientes la presentan en algún momento de su vida y, las formas más frecuentes de presentación son:

- ✓ Pitting ungueal o piqueteado ungueal: son depresiones puntiformes de la superficie de la uña;
- ✓ Mancha de aceite: se presenta como manchas amarillentas que aparecen debajo de la lámina y se extienden distalmente;



Imágenes publicadas con la autorización de la New Zealand Dermatological Society Incorporated. (Publicado en línea en: <http://www.demmetnz.org/>.)



✓ Onicolisis: Separación de la uña del lecho ungueal;

✓ Hiperqueratosis subungueal.

La Psoriasis Ungueal se considera factor de riesgo para desarrollar una artropatía psoriásica.



PSORIASIS INVERTIDA:

Se manifiestan como lesiones brillantes, lisas, de color rojo, localizadas en pliegues de la piel (flexuras). Suelen ser lesiones poco descamativas y, afectan sobre todo a ingles, axilas, zona submamaria y pliegue interglúteo.



Imágenes publicadas con autorización de la New Zealand Dermatological Society Incorporated.
 (Publicado en línea en: <http://www.dermnetnz.org>.)

PSORIASIS EN GOTAS;

Puede aparecer hasta en un 15% de los pacientes.

Se presenta como múltiples lesiones pequeñas, más frecuentemente localizadas en tronco y parte superior de brazos y muslos.

Habitualmente va precedida de una infección estreptocócica en niños y adultos jóvenes.

Su evolución, como enfermedad es muy diversa pudiendo desaparecer completamente de forma

espontánea o tras tratamiento tópico, puede cronificarse, o derivar a una psoriasis en placas.



PSORIASIS PUSTULOSA (LOCALIZADA O GENERALIZADA):

Es un tipo de psoriasis raro, más frecuente habitualmente en adultos.

Se presenta como pústulas no infecciosas, de color amarillo, dolorosas a la palpación.

Puede desencadenarse por la retirada de corticoides sistémicos, la ingesta de fármacos como litio o la hidrocloroquina, infecciones, embarazo o la exposición a radiación ultravioleta.



PSORIASIS ERITRODÉRMICA:

Es una forma de presentación poco frecuente.

Puede llegar a afectar hasta el 90% de la superficie corporal.



Se presenta como gran extensión eritematosa con descamación y se acompaña de manifestaciones sistémicas.

Puede, al igual que el tipo anterior, ser desencadenada por el abuso o la retirada de corticoides sistémicos, infecciones o por reacciones alérgicas a fármacos.

DIAGNÓSTICO:

Hay varias herramientas para medir la severidad o gravedad de los pacientes con psoriasis, de todas ellas las más utilizadas son:

- **Body Surface Area (BSA):** Extensión corporal afectada (%);
(<https://www.calculator.net/body-surface-area-calculator.html>)
(<https://www.humanservices.gov.au/health-professionals/forms/pb115>)
- **Psoriasis Area Severity Index (PASI):** mide la severidad de las lesiones atendiendo al grado de eritema, descamación y engrosamiento teniendo en cuenta la extensión corporal (entre 0-72).
Esta escala mide el grado de eritema, infiltración, descamación, puntuando de 0 a 4, siendo 0 la falta de afectación y el 4 la afectación muy intensa, y el índice de área afectada, dividiendo el cuerpo en cabeza, tronco, MMSS y MMII.

Estos dos primeros son los más habituales, y últimamente se han añadido:

- **Physician's Global Assessment (PGA):** mide la gravedad de la psoriasis a nivel global, y
- **Dermatology Quality of Life Index (DLQI):** mide el impacto de la psoriasis sobre la calidad de vida del paciente

Teniendo en cuenta estas escalas consideramos como:

- **Psoriasis leve**, sí el $PASI \leq 10$, y/o el $BSA < 5-10$ y el $DLQI \leq 10$; y
- **Psoriasis moderada-grave**, Sí el $PASI > 10$ y/o, el $BSA > 10$ y el $DLQI > 10$;

- son consideradas formas **GRAVES de psoriasis** sí, hay:
 - afectación de cara, palmo-plantar, psoriasis genital o en pliegues,
 - asociación a artritis psoriásica,
 - afectación de la calidad de vida, independientemente de la extensión de las lesiones,
 - formas cónicas especiales como son: psoriasis eritrodérmica, psoriasis pustulosa o psoriasis de extensión rápida.

Un ejemplo de gravedad de lesiones y, por tanto, subsidiarias de derivar a dermatología son:

- por su extensión: en este caso PASI es > a 10



- formas pustulosas:



o casos en los que la calidad de vida del paciente se ve afectada por las lesiones como sería el siguiente:



en este caso y dada la localización y extensión de las lesiones, este paciente presentaría en la escala DLQI (Dermatology Quality Life Index, una puntuación superior a 10

En el **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** con la psoriasis se ha de tener en cuenta:

- **Dermatitis seborreica**
 (En la imagen ¿qué os parece?:
 ¿Psoriasis, dermatitis
 seborreica o lupus cutáneo?)



- **Otros eccemas como la dermatitis atópica o el eccema numular.**

(En la imagen ¿qué os parece?: ¿Psoriasis, dermatitis actínica crónica o dermatitis atópica?)



- **Parapsoriasis en placas/micosis fungoide.**



- **Tiña/ Micosis.**



- **Liquen ruber.**

(En la imagen ¿qué os parece?:
 ¿Psoriasis, micosis o liquen
 ruber?)



- **Pitiriasis versicolor.**

(En la imagen ¿qué os parece?:
 ¿Psoriasis, vitíligo o
 pitiriasis versicolor?)



- **Enfermedad de Bowen o carcinoma epidermoide "in situ".**

(En la imagen ¿qué os parece?:
 ¿Psoriasis, enfermedad de
 Bowen o carcinoma de células
 basales?)



¿CUÁNDO DEBERÍAMOS REMITIR A DERMATOLOGIA?


- Sí hay dudas respecto al diagnóstico,
- Tras el fallo del tratamiento tópico durante unos 2-3 meses,
- Sí el paciente presenta lesiones en más del 10% de la superficie corporal,
- Si el paciente necesita aumentar la cantidad o la potencia de los corticoides tópicos,
- Sí hay afectación de zonas sensibles como cara, genitales, palmas y plantas y, no hay respuesta al tratamiento,
- Si el paciente presenta efectos adversos en relación con el tratamiento tópico,
- Sí el paciente presenta un gran impacto psicológico por la enfermedad,
- Sí el paciente es un niño o un adolescente.

Hay casos agudos que requieren una **derivación urgente o rápida** como son:

- eritrodermia aguda con descamación y eritema por todo el cuerpo,
- la psoriasis pustulosa generalizada o
- la psoriasis inestable.

TRATAMIENTO:

En el tratamiento de la psoriasis hemos de tener en cuenta desde el tratamiento TÓPICO, en los casos de psoriasis leve/inicial hasta, el tratamiento SISTÉMICO para los casos de psoriasis grave/resistente.

LEVE		GRAVE/RESISTENTE
<p style="text-align: center;">TRATAMIENTO TÓPICO</p> <p>Según localización utilizaremos: Cuero cabelludo: Espuma cutánea, lociones, geles Pliegues: Cremas, lociones Cara: Cremas, lociones, geles Palma, plantas, rodillas, codos: Espuma cutánea, pomadas, ungüentos, geles</p>	FOTOTERAPIA	TRATAMIENTO SISTÉMICO
<p>Emolientes</p> <p>Corticosteroides tópicos</p> <p>Análogos de la vitamina D</p> <p>Análogos de la vitamina D asociados con corticoesteroide tópico</p> <p>Alquitrán de hulla</p> <p>Retinoides tópicos</p> <p>Reductores (Ditranol)</p>	<p>UVB de banda ancha o estrecha</p> <p>PUVA</p>	<p>Retinoides orales</p> <p>Ciclosporina</p> <p>Metotrexato</p> <p>Terapias Biológicas</p>
<p>TAMBIÉN SE ACONSEJA EL USO ABUNDANTE DE EMOLIENTES</p>		

En cuanto al tratamiento TÓPICO y, en relación con su eficacia, seguridad y comodidad, se recomiendan en la fase aguda los corticoides potentes y los análogos de la vitamina D, así como, las asociaciones de corticoides con calcipotriol o con salicilatos.

La combinación de corticoides (beclometasona) con calcipotriol es la más eficaz tanto en la fase aguda como en la de mantenimiento, así como la más segura en dichas fases y, ofrece gran comodidad para el paciente.

LA COMBINACIÓN DE CORTICOIDES Y ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D, BIEN SÓLOS O EN COMBINACIÓN FIJA SON LOS TRATAMIENTOS DE PRIMERA LÍNEA UTILIZADOS EN LA PSORIASIS LEVE-MODERADA.

Los tratamientos, utilizados en monoterapia o en combinación; serían los siguientes

COMBINACIÓN DE CORTICOIDES Y ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D:

Es la combinación más eficaz en cuanto a eficacia ya que, suman los efectos terapéuticos de ambos.

La combinación más conocida es la de **calcipotriol (Cal) y dipropionato de betametasona (BD)**.

En presentación pomada se recomienda usarla una vez al día durante 4 semanas y, en la presentación gel una vez al día 4 semanas.

Tienen inicio de respuesta a partir de la 1ª semana y con tratamiento de mantenimiento según aparición de lesiones

Actualmente existe una nueva presentación que es **calcipotriol + dipropionato de beclometasona en ESPUMA**, además que la combinación Cal/BD ha demostrado ser más eficaz que sus monocomponentes por separado y, más eficaz que la misma combinación en presentación pomada tras cuatro semanas de tratamiento y, más eficaz que el gel tras 8 semanas de tratamiento.

Estos beneficios de la presentación en Espuma son porque contiene principios activos supersaturados en solución estable lo que permite una mayor biodisponibilidad de los mismos y, por tanto, mayor y mejor penetración a través del estrato córneo de la epidermis.

Se ha observado que la asociación Cal/DB en espuma demostró mayor eficacia que Cal en espuma que, Corticoides potentes (BD) en espuma y/o apósitos que, Cal/BD pomada o gel, manteniendo un perfil de seguridad aceptable.

Además, esta formulación es Espuma no tiene efecto relevante sobre el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) ni sobre la homeostasis del calcio.

Además de la eficacia, esta combinación tiene efectos beneficiosos a nivel de seguridad pues el análogo de la vitamina D reduce la atrofia cutánea

ocasionada por el corticoide y, el corticoide compensa la irritación cutánea causada por el análogo de la vitamina D.

CORTICOIDES

Su pauta sería de 1-2 aplicaciones al día durante 2 a 4 semanas en el brote y con tratamiento de mantenimiento de 1 vez /2-3 días/semana

En el momento de elegir el corticoide, se deben tener en cuenta diferentes factores como son:

- La potencia del corticoide:
 - ✓ De **los más potentes**: dipropionato de beclometasona a clobetasol,
 - ✓ Pasando por los de **alta potencia**: dipropionato de betametasona, furoato de mometasona hasta triamcinolona;
 - ✓ **Potencia media**: valerato de betametasona, hidrocortisona, prednicarbonato hasta acetónido de triamcinolona;
 - ✓ Y llegando a los de **baja potencia**: hidrocortisona 1%-2,5%, prednicarbamato 0,05% y acetónido de triamcinolona al 0,025%.

- Y Los Efectos Adversos.
Los más frecuentes cuando se usan a largo plazo son:
 - Atrofia cutánea,
 - Estrías,
 - Rosácea,
 - Dermatitis perioral,
 - Acné,
 - Purpura,

en ocasiones, raras pueden producir efectos sistémicos.

ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D:

Son fármacos que actúan sobre el crecimiento y la diferenciación celular, sobre los mecanismos que producen la inflamación y sobre el metabolismo calcio/fósforo.

Actualmente están comercializados 3 análogos de la vitamina D:

- ✓ Calcipotriol,
- ✓ Tacalcitol y
- ✓ Calcitriol.

- **Calcipotriol y calcitriol** se administran 2 veces al día hasta remisión de las lesiones (habitualmente más de 6 semanas) y no se deben utilizar más de 15-30 g/día.
- **Tacalcitol:** se administra una vez al día no más de 12 semanas al año (puede ser en dos ocasiones), no se recomienda usar más de 5 gr/d.

Reducen la hiperproliferación de los queratinocitos, reducen la incorrecta diferenciación de los queratinocitos y tienen efectos inmunomoduladores.

El Efecto Adverso más frecuente es la irritación cutánea.

ALQUITRANES DE HULLA:

Son mezclas de diferentes compuestos y, cada preparación puede tener diferentes componentes.

Se cree que actúan a través de los hidrocarburos de arilo que, contienen y que son los responsables de los efectos terapéuticos en las células cutáneas.

Se aplican entre una y tres veces al día en función del compuesto.

Suelen ser poco tolerados por los pacientes por razones cosméticas: manchan la ropa, producen un olor molesto, pueden producir foliculitis y fotosensibilidad a los UVA.

RETINOIDES TÓPICOS:

Tazaroteno

Es el único retinoide con indicación en psoriasis.

Una aplicación por la noche durante un máximo de 3 meses (Se administra a una concentración de 0,05% y 0,1%), solamente sobre las áreas afectadas por la psoriasis (no tocar piel sana).

Su mecanismo de acción se basa en que normaliza la diferenciación anormal de los queratinocitos reduciendo la hiperproliferación y la expresión de los marcadores inflamatorios.

Su inicio de acción es lento y, se considera eficaz en el tratamiento de la psoriasis en codos y rodillas.

Es mejor utilizarlo en combinación con corticoides tópicos.

El efecto adverso más frecuente es la irritación local y perilesional hasta en un 20%-40% de los pacientes.

Es teratogénico y fotosensibilizante

REDUCTORES

Alquitranes y Ditranol.

Ditranol:

Es un derivado sintético del antraceno que actúa inhibiendo la excesiva proliferación celular y, puede tener un efecto inmunosupresor.

Se usa con una sola aplicación al día, inicialmente 30 minutos a días alternos, aumentando la duración y frecuencia según la tolerancia. Después del tiempo de aplicación prescrito deben eliminarse completamente con aceite mineral, seguido de un lavado con jabón ácido.

Se considera un tratamiento seguro y eficaz en pacientes con gran afectación de la superficie corporal.

Su efecto adverso más frecuente es la irritación local.

En los tratamientos tópicos tiene una gran importancia una formulación galénica aceptable para el paciente.

De hecho, al igual que en otras patologías la Adherencia al tratamiento es uno de los mayores retos, así entre un 40% y un 70% de los pacientes refiere no tener adherencia al tratamiento tópico.

Para mejorar esta adherencia se debe tener en cuenta:

- ✓ la eficacia y rapidez de acción,
- ✓ que se fácil de usar,
- ✓ que sea cosméticamente aceptable y presente mínimos efectos adversos.

Las espumas y soluciones son las presentaciones más aceptadas por los pacientes.

Además de los tratamientos tópicos en las formas graves/rebeldes se utilizan:

Fototerapia con rayos PUVA,

Inmunosupresores; como metrotexato, ciclosporina y acitretina

y sí son necesarias, las terapias biológicas.

Entre ellas desatacan, como opción del tratamiento para adultos con psoriasis en placas: Adalimumab (Humira®), Etanercept (Enbrel®), Infliximab Ixekizumab (Taltz®), Secukinumab (Cosentyx®) y Ustekinumab (Stelara®)

BIBLIOGRAFÍA

Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo JL, Hernanz-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 Venerolo. 2016 Mar;30 Suppl 2:1-18.

Deng Y, Chang C, Lu Q. The Inflammatory Response in Psoriasis: a Comprehensive Review. Clin Rev Allergy Immunol. 2016;50(3):377-89.

Di Meglio P, Villanova F, Nestle FO. Psoriasis. Cold Spring Harb Perspect Med. 2014;4(8).

Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(5):504-9.

García-Campayo J, Pérez-Yus MC, García-Bustinduy M, Daudén E. Early Detection of Emotional and Behavioral Disorders in Dermatology. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2016;107 (4): 294-300

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.

Guía Nice sobre Psoriasis. Septiembre 2017

[https://www.nice.org.uk/guidance/cg153/chapter/Introduction#systemic-therapy.](https://www.nice.org.uk/guidance/cg153/chapter/Introduction#systemic-therapy)

Paul C, Stein Gold L, Cambard 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

Segaert S, Shear NH, Chiricozzi A, Thaçi D, Carrascosa JM, Young H, et al. Optimizing Anti-Inflammatory and Immunomodulatory Effects of Corticosteroid and Vitamin D Analogue Fixed-Dose Combination Therapy. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2017 Sep;7(3):265-79.

CASOS CLÍNICOS:

CASO CLÍNICO 1:

Mujer de 67 años con lesiones en cuero cabelludo de 5 años de evolución. No mejoría a pesar de múltiples champús para estados descamativos del cuero cabelludo, adquiridos según recomendaciones de una farmacia extrahospitalaria.

Negaba lesiones en otras localizaciones corporales.

Su padre y su hermano habían sido diagnosticados de psoriasis.

En la exploración física presenta una placa eritematosa, con descamación blanquecino-nacarada en superficie, moderadamente infiltrada, afectando a la región ténporo-occipital, desbordando ligeramente a la región cervical posterior.



¿Cuál es la correlación diagnóstico-terapéutica más adecuada?

1. Dermatitis seborreica, tratándola con champú de ketoconazol 3 veces/semana de 4 a 6 semanas.
2. Estado descamativo del cuero cabelludo sin filiar, lo podríamos tratar con champú de selenio 5 veces por semana, 4 semanas.
3. Sebopsoriasis, tratándolo con champú de ciclopirox 3 veces por semana, durante 4 semanas
4. Psoriasis del cuero cabelludo, lo tratamos con una combinación de betametasona y calcipotriol a diario durante 4 semanas.
5. Psoriasis del cuero cabelludo, tratándolo con combinación de betametasona en combinación con calcipotriol a diario durante 4 semanas, seguido de mantenimiento con champú queratorregulador.

Respuesta correcta la 5

Psoriasis del cuero cabelludo, tratándolo con combinación de betametasona en combinación con calcipotriol a diario durante 4 semanas, seguido de mantenimiento con champú queratorregulador.

La psoriasis del cuero cabelludo puede ser la única forma de presentación de psoriasis.

Ayuda a diferenciar entre psoriasis y dermatitis seborreica:

El desbordamiento o no de la línea de implantación del cuero cabelludo.

la Psoriasis típicamente **desborda** la línea de implantación.

Hay afectación de otras áreas corporales, como pueden ser: pliegue umbilical, interglúteo, uñas, etc.,

Y suele presentar antecedentes familiares de psoriasis.

CASO CLÍNICO 2

Varón de 39 años, sin antecedentes personales de interés, con psoriasis de 20 años de evolución.

Además de tratamientos tópicos, había recibido tratamiento sistémico con metotrexato, ciclosporina y acitretino.

Consulta por nuevo brote, con lesiones prácticamente limitadas a miembros superiores.

En la exploración física se observan placas eritemato-descamativas, con infiltración moderada, en dorso de manos, antebrazos, y aisladas en brazos y muslos (figs. 1-2).

Con un PASI de 5,6 y un BSA 3-4%



Fig. 1



Fig. 2

¿Cuál sería la mejor opción de tratamiento?

1. Emolientes mañana + mometasona crema noche.
2. Vaselina salicilica al 1% mañana + tacalcitol pomada noche.
3. Vaselina salicilica al 10% mañana + calcipotriol crema noche.
4. Combinación de calcipotriol y betametasona por la noche.
5. Estaría indicado derivar a consulta de dermatología para inicio de fototerapia.

Respuesta correcta la 4

Combinación de calcipotriol y betametasona por la noche

Los emolientes favorecen la penetración de los restantes tratamientos tópicos.

Pero en presencia de descamación y queratosis manifiesta, son necesarios los queratolíticos para favorecer la eliminación de la queratosis y la penetración de fármacos que actúen sobre la "inflamación" presente en la placa de psoriasis.

Los queratolíticos (ácido salicílico, urea...) también favorecen la penetración de los restantes tratamientos tópicos.

CUIDADO SI GRIETAS O FISURAS - los productos queratolíticos pueden producir prurito.

Los derivados de la vitamina D (calcipotriol, calcitriol, tacalcitol) ven inhibido su efecto en combinación con ácido salicílico.

NO USAR CONJUNTAMENTE.

En este paciente todavía no estaría indicado el tratamiento sistémico, puesto que no ha iniciado tratamiento para el brote actual y la psoriasis que padece se encuentra en el rango de psoriasis leve.

CASO CLÍNICO 3

Varón de 62 años, con alteraciones ungueales en manos y pies de 3 años de evolución, sin mejora a pesar de al menos 3 ciclos de tratamiento antifúngico (tópicos y orales)

En la exploración física existía alteración de las 20 láminas ungueales, con mayor intensidad en las uñas de los pies, con presencia de marcada hiperqueratosis, cambio de coloración a tonalidad amarillenta y onicólisis (figs. 1-2).



¿Cuál sería la actitud más adecuada?

1. Abstinencia terapéutica, se trata claramente de una psoriasis ungueal, y no responde a tratamiento tópico.
2. Sin duda, un ciclo de antimicótico oral de amplio espectro (ejemplo: itraconazol).
3. Toma de muestras para cultivo, y tratamiento tópico combinado con derivado de vitamina D por la mañana y clobetasol crema en oclusión por la noche.
4. Combinación de antimicótico oral y laca de clobetasol con frecuencia de aplicación diaria.
5. El paciente sería candidato a tratamiento sistémico

Respuesta correcta es la 3

Toma de muestras para cultivo, y tratamiento tópico combinado con derivado de vitamina D por la mañana y clobetasol crema en oclusión por la noche.

La onicopatía psoriásica puede ser la única forma de manifestación de la psoriasis.

Las uñas con psoriasis se sobreinfectan por hongos con mayor frecuencia que la lámina ungueal normal.

Sospechar onicopatía psoriásica ante:

Afectación de múltiples láminas ungueales.

Ausencia de respuesta a múltiples ciclos de tratamiento antifúngico.

La onicopatía psoriásica suele responder mal a los diferentes tratamientos, lo cual debe advertirse al paciente.

En ocasiones, una psoriasis ungueal puede justificar tratamiento sistémico (derivar para valoración por dermatología aquellos casos de onicopatía que puedan estar comprometiendo de modo importante la calidad de vida de los pacientes por repercusión en la esfera psicosocial).

CASO CLÍNICO 4

Mujer de 59 años con antecedentes personales de:

Psoriasis,
Artropatía psoriásica
y Dislipemia

Tratamientos:

Metotrexato vía oral 10 mg/semana
y atorvastatina 10 mg/día

Reemitida desde el servicio de Reumatología por reparación de lesiones de psoriasis en rodillas tras años de remisión de la enfermedad cutánea.



¿Cuál sería la primera medida que recomendaría?

1. Aumento de la dosis de metotrexato a 15 mg/semana
2. Añadiría un fármaco biológico al metotrexato
3. Aplicación de un corticoide de alta potencia o la asociación de calcipotriol y dipropionato de betametasona en gel a diario durante 4-8 semanas
4. Valoración de la posibilidad de inicio de fototerapia.

Respuesta correcta es la 3

Aplicación de un corticoide de alta potencia o la asociación de calcipotriol y dipropionato de betametasona en gel a diario durante 4-8 semanas

La paciente se trató con la asociación de calcipotriol y dipropionato de betametasona en gel a diario durante 3 semanas con buen control de su clínica cutánea

Los tratamientos tópicos son un arma importante en aquellos pacientes con psoriasis que reciben tratamientos sistémicos y sufren un empeoramiento de las lesiones dermatológicas, ya permiten evitar en muchos casos ascensos de dosis o el cambio de tratamiento sistémico.

CASO CLÍNICO 5:

Se trata de una mujer diagnosticada de psoriasis y a tratamiento con Adalimumab con respuesta insuficiente y, que decide suspender el tratamiento por deseo gestacional.

Tras retirar Adalimumab presentó un empeoramiento súbito de las lesiones por lo que se decide tratamiento biológico con Ixekizumab y durante las pruebas previas al inicio del tratamiento se pauta "Enstilar". La localización de las lesiones es en piernas y antebrazos



En la valoración clínica:

- PASI:13
- BSA: 9

Presenta lesiones extensas hiperqueratósicas en piernas y antebrazos intensamente incapacitantes.

Se inicia tratamiento con calcipotriol (Cal) y dipropionato de betametasona (BD) (cal/BD) en espuma 1 vez/día.

Al cabo de la **primera semana** el PASI pasa a ser de 3,4, persistiendo sólo algo de eritema y descamación.



Tras **4 semanas de tratamiento** las lesiones se han resuelto por completo, persistiendo sólo hipopigmentación residual y un poco de lesión en los márgenes periféricos.

