

10 puntos clave

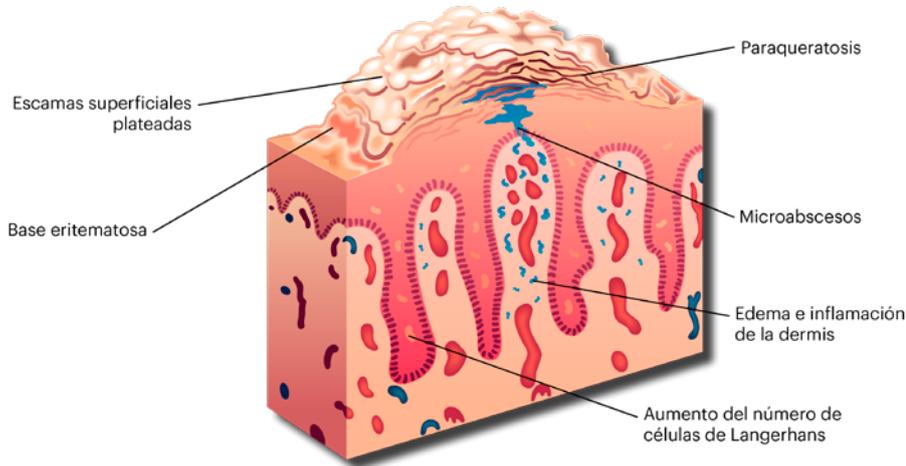
de la psoriasis en placas



ÍNDICE

1	La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por el sistema inmunitario caracterizada por la aparición de lesiones en la piel.	03
2	La psoriasis tiene una importante base genética, pero existen factores ambientales y conductuales que pueden desencadenarla o empeorar su desarrollo.	04
3	Las lesiones características se manifiestan como placas eritematosas endurecidas, bien delimitadas y cubiertas de escamas nacaradas.	05
4	La psoriasis se asocia a múltiples comorbilidades, como artritis psoriásica, enfermedades cardiovasculares, enfermedades autoinmunes o trastornos psicológicos.	06
5	El diagnóstico de la psoriasis se basa principalmente en la exploración física, y es importante evaluar la presencia de comorbilidades.	07
6	La gravedad de la psoriasis se evalúa mediante índices que miden la intensidad de las lesiones o el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.	08
7	Los pacientes con psoriasis de moderada a grave deben ser derivados de atención primaria a dermatología.	09
8	Las estrategias terapéuticas de la psoriasis incluyen el tratamiento no farmacológico, los agentes tópicos, la fototerapia y el tratamiento sistémico.	10
9	Los fármacos de elección en el tratamiento tópico de la psoriasis leve son los corticoesteroides, en monoterapia o en combinación con análogos de la vitamina D o queratolíticos.	11
10	El tratamiento sistémico con medicamentos convencionales o biológicos está indicado en la psoriasis de moderada a grave.	12

1 La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por el sistema inmunitario caracterizada por la aparición de lesiones en la piel.



- La psoriasis es una **enfermedad sistémica inflamatoria** crónica mediada por el sistema inmunitario que se manifiesta en forma de lesiones en la piel y las articulaciones¹.
- La psoriasis en placas (o psoriasis *vulgaris*) es la forma más común, ya que afecta al 90 % de los casos².
- Las lesiones de la psoriasis se producen como consecuencia de una interacción descontrolada entre los componentes del **sistema inmunitario** innato y adaptativo y las **células de la piel**, lo que se traduce en una proliferación anómala de queratinocitos, inflamación, liberación de citoquinas proinflamatorias e infiltración de células inmunitarias en la dermis y la epidermis².
- La **prevalencia** de la psoriasis varía entre el 0,09 % y el 11,4 %, dependiendo del área geográfica y de la serie estudiada. En la mayoría de los países desarrollados, la prevalencia se sitúa entre el 1,5 % y el 5 %. Además, la prevalencia parece haberse incrementado en los últimos años³.
- La frecuencia de la psoriasis es similar en hombres y mujeres, y es **más frecuente en adultos** que en niños. Aunque puede aparecer a cualquier edad, su debut presenta dos picos de edad: entre los 16 y los 22 años y entre los 57 y los 60 años³.

¹ Reich K. [The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management](#). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; 26 (Suppl 2): 3-11.

² Boehncke WH, Schön MP. [Psoriasis](#). Lancet. 2015 Sep 5;386(9997):983-94.

³ World Health Organization. [Global report on psoriasis](#). 2016.

3 Las lesiones características se manifiestan como placas eritematosas endurecidas, bien delimitadas y cubiertas de escamas nacaradas.



- Las lesiones típicas de la psoriasis en placas tienen un tamaño variable (diámetro de menos de 1 cm a 10 cm), son monomórficas, están **bien delimitadas**, son rosáceas o **eritematosas** y están cubiertas de una capa de **escamas plateadas**, aunque a veces no se aprecia debido al baño y los emolientes¹.
- Los síntomas referidos por los pacientes pueden incluir sensación de quemazón, dolor, picor o sangrado^{1,2}.
- Aunque puede afectar a cualquier zona del cuerpo, las áreas de la piel más afectadas son las **rodillas**, los **codos**, el **cuero cabelludo**, y la zona **sacra**. La afectación del cuero cabelludo se produce en el 75 %-90 % de los casos y frecuentemente se observa alopecia no cicatrizante².
- Las placas psoriásicas pueden mostrar el **signo de Auspitz** (sangrado puntiforme que aparece al retirar la escama de una placa) o el **fenómeno de Koebner** (aparición de lesiones en zonas que han sufrido un traumatismo). Sin embargo, estos signos no aparecen en todos los casos de psoriasis ni son específicos de esta patología³.
- Cuando la enfermedad comienza a remitir, las placas se vuelven pálidas y, aunque puede producirse una remisión completa, es posible observar hipopigmentación o hiperpigmentación posinflamatorias definitivas⁴.

¹ Boehncke WH, Schön MP. [Psoriasis](#). Lancet. 2015 Sep 5;386(9997):983-94.

² Feldman SR. Psoriasis: [Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis](#). UpToDate. 2019.

³ Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl MG, Gladman DD, Wu JJ, et al. [Psoriasis](#). Nat Rev Dis Primers. 2016; 2: 16082.

⁴ Du-Thanh A, Jullien D, Girard C. [Psoriasis](#). EMC-Dermatología. 2013; 47 (4).

4 La psoriasis se asocia a múltiples comorbilidades, como artritis psoriásica, enfermedades cardiovasculares, enfermedades autoinmunes o trastornos psicológicos.



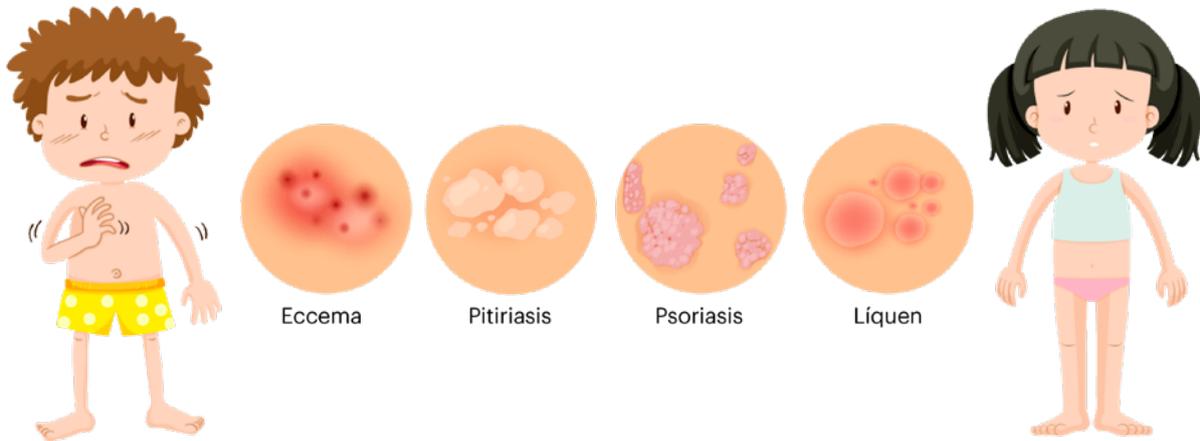
- La **artritis psoriásica** es una de las comorbilidades más frecuentes, ya que afecta al 11-30 % de los pacientes con psoriasis . Se trata de una **enfermedad inflamatoria articular** de curso crónico y recidivante, que evoluciona en forma de brotes y cuya gravedad no está relacionada con la extensión de las lesiones psoriásicas .
- La **comorbilidad cardiovascular** es la principal causa de mortalidad en pacientes con psoriasis. El riesgo de mortalidad por esta causa correlaciona con la gravedad de la enfermedad y puede aumentar hasta en un 57 %¹. La psoriasis se asocia a diversos **factores de riesgo cardiovascular**, como síndrome metabólico, obesidad, diabetes *mellitus*, hipertensión, dislipemia o consumo de tabaco y/o alcohol².
- Diversas **enfermedades autoinmunes** parecen estar asociadas con la psoriasis, incluidas la enfermedad inflamatoria intestinal, la alopecia *areata*, la enfermedad celíaca, la esclerosis sistémica o el vitíligo³.
- La psoriasis se asocia también a **esteatosis hepática**, lo cual puede tener implicaciones en el tratamiento, ya que algunos fármacos (como el metotrexato) pueden causar hepatotoxicidad³.
- Los pacientes con psoriasis muestran una alta prevalencia de **trastornos psicológicos**, como ansiedad o depresión. Las lesiones visibles pueden conducir a la exclusión social, la discriminación y la estigmatización en los pacientes².

¹ Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl MG, Gladman DD, Wu JJ, et al. Psoriasis. Nat Rev Dis Primers. 2016; 2: 16082.

² Daudén E, Castañeda S, Suárez C, et al. [Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis](#). Actas Dermosifiliogr. 2012; 103(supl. 1): 1-64.

³ Korman N. [Comorbid disease in psoriasis](#). UpToDate. 2019.

5 El diagnóstico de la psoriasis se basa principalmente en la exploración física, y es importante evaluar la presencia de comorbilidades.



- El diagnóstico de la psoriasis requiere una **exploración exhaustiva de la piel**. La biopsia cutánea es útil en los casos dudosos, pero habitualmente no es necesaria¹.
- Las principales patologías con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial son la **dermatitis seborreica** (las escamas son más finas y grasientas), **dermatitis atópica** (la descamación es fina y superficial y las lesiones son pruriginosas), **pitiriasis rosada de Gibert** (las escamas son más finas y furfuráceas y suele comenzar con una lesión inicial anular más grande que las otras), **liquen simple crónico** (las lesiones son secundarias al rascado), **eccema numular** (los bordes están mal definidos) y **micosis** (se puede descartar mediante preparación con hidróxido de potasio o biopsia)^{1,2}.
- La **historia clínica** debe incluir información sobre los posibles casos de psoriasis en otros miembros de la familia y sobre los factores de riesgo que hayan podido desencadenar la enfermedad, como traumatismos, infecciones o inicio de nuevos tratamientos³.
- Debe evaluarse (mediante anamnesis, exploración y pruebas complementarias si es preciso) la presencia de **comorbilidades**, especialmente de artritis psoriásica, para detectarla lo antes posible. También deben tenerse en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y los trastornos psicológicos⁴.

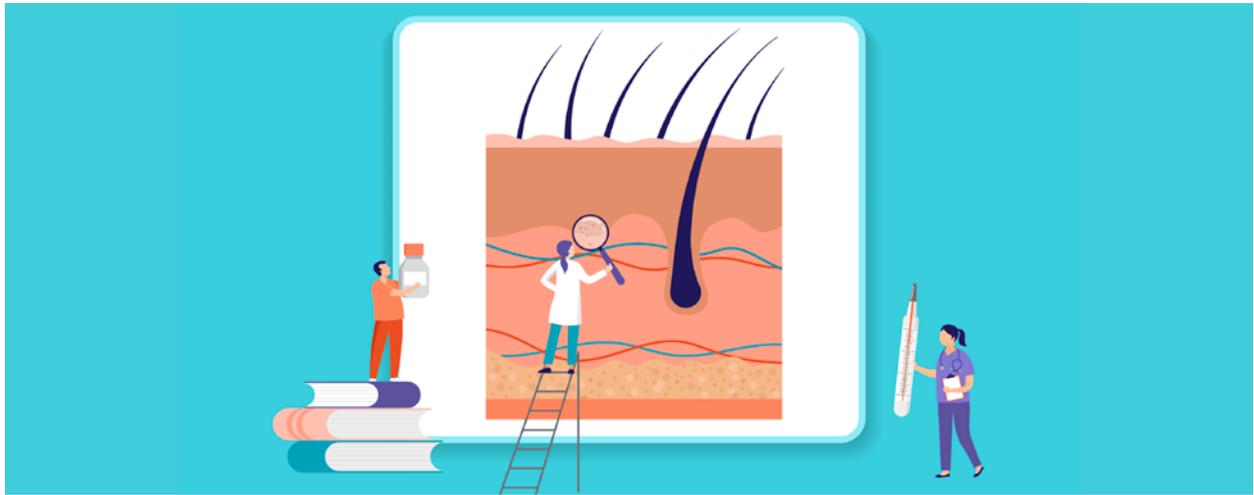
¹ Feldman SR. Psoriasis: [Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis](#). UpToDate. 2019.

² Du-Thanh A, Jullien D, Girard C. [Psoriasis](#). EMC-Dermatología. 2013; 47 (4).

³ Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl MG, Gladman DD, Wu JJ, et al. [Psoriasis](#). Nat Rev Dis Primers. 2016; 2: 16082.

⁴ Korman N. [Comorbid disease in psoriasis](#). UpToDate. 2019.

6 La gravedad de la psoriasis se evalúa mediante índices que miden la intensidad de las lesiones o el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.



- El **índice de intensidad y extensión de la psoriasis** (*Psoriasis Area Severity Index, PASI*) es el estándar de referencia para evaluar la gravedad de la psoriasis. El índice valora la **intensidad** (eritema, descamación e induración) y la **extensión** de las lesiones en cabeza, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores. Sus principales problemas son que es complejo, depende de la subjetividad del médico, no incluye los síntomas que la enfermedad produce, no es válido en formas como la pustulosa, la sensibilidad de la escala es menor en los valores bajos y no guarda proporcionalidad. Por eso, su uso es limitado en la práctica clínica y se reserva principalmente para los ensayos clínicos^{1,2}.
- El **área de superficie corporal** (*Body Surface Area, BSA*) evalúa el **porcentaje** de superficie corporal afectada, considerando que la palma de la mano del paciente (incluidos los dedos) representa el 1 % de su superficie corporal².
- La **evaluación global del médico** (*Physician Global Assessment, PGA*) consiste en la valoración por parte del médico de la gravedad de la enfermedad en función de la **intensidad** de las lesiones. Es sencillo y válido para zonas localizadas o extensas, pero es subjetivo y poco sensible a los cambios en pacientes con puntuaciones intermedias².
- El **índice de calidad de vida en dermatología** (*Dermatology Life Quality Index, DLQI*) es un cuestionario que evalúa el impacto de las lesiones en la **calidad de vida** del paciente, incluidos aspectos como síntomas y sentimientos, actividades diarias, ocio, trabajo o estudios, relaciones personales y efectos adversos del tratamiento³.

1 González Ardila CF, Londoño García AM, Cortés Correa CI (editores). [Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psoriasis en Colombia](#). Rev Asoc Colomb Dermatol. 2018; 26 (1): 1-257

2 Grupo de Trabajo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). [¿Cómo se mide la gravedad de la psoriasis? Principales índices](#). S.f.

3 Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. [The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results](#). Br J Dermatol. 2008;159(5):997-1035.

7 Los pacientes con psoriasis de moderada a grave deben ser derivados de atención primaria a dermatología.



- ☑ Psoriasis de moderada a grave
- ☑ Diagnóstico dudoso
- ☑ Falta de respuesta al tratamiento tópico
- ☑ Impacto en la calidad de vida

- La Academia Española de Dermatología y Venereología define la **psoriasis de moderada a grave** si cumple uno de los siguientes criterios¹:
 - valor de PASI, BSA o DLQI >10
 - psoriasis que afecta a áreas de la piel con una importante repercusión funcional y/o psicológica en el paciente
 - necesidad de tratamiento sistémico
 - psoriasis asociada a artritis psoriásica
 - psoriasis complicada (eritrodérmica, pustulosa generalizada)
- La Academia Americana de Dermatología define la psoriasis como **moderada** cuando el BSA está entre el 3 % y el 10 %, y **grave** cuando es superior al 10 % o tiene importantes repercusiones emocionales, afecta a áreas especiales o el prurito es intratable .
- Otras clasificaciones (*International Psoriasis Council*) proponen diferenciar **pacientes candidatos a tratamiento tópico** o candidatos a tratamiento **sistémico**².
- Además de los pacientes con psoriasis de moderada a grave, también deben derivarse a dermatología los casos con diagnóstico dudoso, los que no responden al tratamiento tópico o los que tengan un impacto importante sobre el bienestar físico, psicológico o social del paciente⁴.

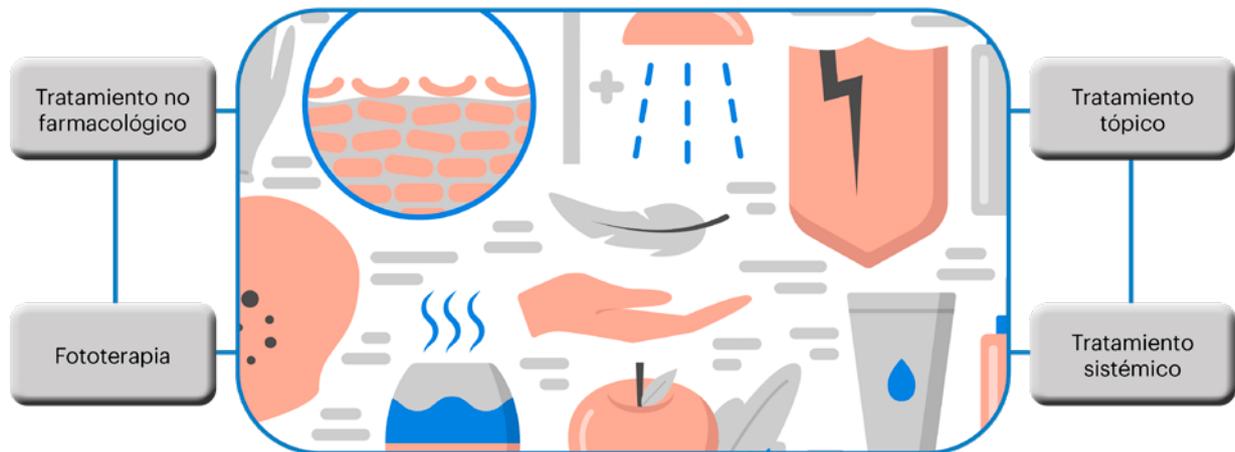
1 Daudén, E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo J, Hernanz-Hermosa J; Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. [Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis](#). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016; 30: 1-18.

2 Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Farley Prater E, Stoff B, et al. [Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics](#). J Am Acad Dermatol. 2019; 80 (4): 1029-1072.

3 Strober B, Ryan C, van de Kerkhof P, van der Walt J, Kimball AB, Barker J, Blauvelt A; et al. [Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International Psoriasis Council](#). J Am Acad Dermatol. 2019; pii: S0190-9622(19)32573-3.

4 Papp K, Gulliver W, Lynde C, Poulin Y, Ashkenas J; Canadian Psoriasis Guidelines Committee. [Canadian guidelines for the management of plaque psoriasis: overview](#). J Cutan Med Surg. 2011; 15 (4): 210-9.

8 Las estrategias terapéuticas de la psoriasis incluyen el tratamiento no farmacológico, los agentes tópicos, la fototerapia y el tratamiento sistémico.



- La elección de un tipo de tratamiento u otro depende de la gravedad de la psoriasis, de las enfermedades concomitantes, de la respuesta previa a otros tratamientos y de las expectativas del paciente.
- El tratamiento no farmacológico incluye la aplicación de **emolientes e hidratantes** que, si bien no son suficientes en monoterapia, sí son útiles como coadyuvantes para disminuir la sequedad y la descamación de la piel y aliviar el prurito. Además, se recomienda seguir **medidas higiénico-dietéticas**, como llevar un cuidado estricto de la piel, mantener un peso adecuado y evitar el consumo de alcohol y/o tabaco¹.
- Los **tratamientos tópicos** son adecuados para tratar a los pacientes con **psoriasis leve** en atención primaria. También son útiles como terapia complementaria a los tratamientos sistémicos².
- La **fototerapia** con radiación ultravioleta B de banda estrecha puede ser una opción eficaz en pacientes con **psoriasis de moderada a grave** sin artritis psoriásica³.
- El **tratamiento sistémico** está indicado en pacientes con **psoriasis de moderada a grave**, y puede abordarse con fármacos convencionales o con medicamentos biológicos (más efectivos y con menos efectos adversos, pero más caros)¹.

¹ Feldman SR. Psoriasis: [Treatment of psoriasis in adults](#). UpToDate. 2019.

² Kley EC, Morsman E, Griffin L, Wu JJ, van de Kerkhof PC, Gulliver W, et al. [Review of international psoriasis guidelines for the treatment of psoriasis: recommendations for topical corticosteroid treatments](#). J Dermatolog Treat. 2019; 30 (4): 311-319.

³ Flor García A, Martínez Valdivieso L, Menéndez Ramos F, Barreda Hernández D, Mejía Recuero M, Barreira Hernández D; SESCAM. [Actualización en el tratamiento de la psoriasis](#). Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha. 2013; 14 (1).

9 Los fármacos de elección en el tratamiento tópico de la psoriasis leve son los corticoesteroides, en monoterapia o en combinación con análogos de la vitamina D o queratolíticos.



- La **elección del corticosteroide** más apropiado depende de la **potencia** y de la **zona del cuerpo** afectada. En general, se recomiendan corticoides de potencia alta o muy alta para tronco y extremidades, moderada o alta para cuero cabelludo y oído externo, y moderada o baja para cara, pliegues y genitales. Tras el tratamiento con corticoides puede producirse **taquifilaxia** (disminución progresiva de la respuesta clínica) o **efecto rebote**, que se puede evitar retirando el fármaco de forma gradual^{1,2}.
- Los **análogos de la vitamina D** (calcipotriol, calcitriol y tacalcitol) son más efectivos y mejor tolerados en combinación con corticosteroides. Su uso durante el brote y el mantenimiento permite reducir la necesidad de corticoides¹.
- Los **queratolíticos**, como el ácido salicílico o el ácido láctico, eliminan las escamas y favorecen la penetración cutánea de algunos fármacos, por lo que son útiles en combinación con corticoides³.
- Entre los tratamientos de segunda línea se encuentran los **retinoides** (aunque su eficacia es limitada y son irritativos) y los **reductores**, como el ditranol o los alquitranes de hulla (son efectivos, pero poco aceptados debido a que manchan la piel)³.
- La **adherencia** es el principal motivo de fracaso al tratamiento tópico, por lo que se recomienda realizar una visita a la semana de iniciar el tratamiento para evaluarla¹.

¹ Feldman SR. Psoriasis: [Treatment of psoriasis in adults](#). UpToDate. 2019.

² Montes Gómez E, Castellano Cabrera JL, Plasencia Núñez M, Calzado Gómez G, Betancor García T, Carretero Hernández G. [Uso adecuado de corticoides tópicos dermatológicos](#). Boletín Canario de Uso Racional del Medicamento del SCS. 2017.

³ Ballester MM, Ribera M; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). [Tratamiento tópico de la psoriasis en atención primaria](#). Fundación de Atención Primaria. 2015.

10 El tratamiento sistémico con medicamentos convencionales o biológicos está indicado en la psoriasis de moderada a grave.



- El **tratamiento sistémico** debe iniciarse cuando se cumpla uno de los siguientes criterios: valor de PASI o DLQI superior a 10, valor de BSA entre el 5 % y el 10 %, psoriasis no controlada con el tratamiento tópico, psoriasis que produce limitaciones funcionales o que compromete áreas visibles, casos con un empeoramiento rápido, psoriasis asociada a artritis psoriásica o psoriasis complicada (eritrodérmica, pustulosa extensa)¹.
- Se recomienda comenzar con medicamentos sistémicos convencionales e iniciar tratamiento con medicamentos biológicos cuando la psoriasis no se controle con estos, se produzcan recaídas rápidas, haya riesgo elevado de efectos adversos o el tratamiento convencional esté contraindicado o no se tolere bien¹.
- Los tratamientos convencionales son el **metotrexato**, la **acitretina**, la **ciclosporina**, los **fumaratos** y el **apremilast**^{2,3}.
- Los medicamentos biológicos son fármacos inyectables a base de anticuerpos que **inhiben el factor de necrosis tumoral α (TNF- α)**, **las interleucinas 12 y 23 (IL-12/IL-23)**, **la interleucina 17 (IL-17)** o **la interleucina 23 (IL-23)**².
- Se recomienda el tratamiento intermitente con los medicamentos convencionales, debido a su mayor toxicidad, y el tratamiento continuo con los biológicos, que tienen buena tolerabilidad¹.

¹ Daudén, E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo J, Hernanz-Hermosa J; Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. [Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis](#). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016; 30: 1-18.

² Feldman SR. Psoriasis: [Treatment of psoriasis in adults](#). UpToDate. 2019.

³ Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl MG, Gladman DD, Wu JJ, et al. [Psoriasis](#). Nat Rev Dis Primers. 2016; 2: 16082.

© 2020 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.



almirall

feel the science