



UPDATE360
EN ATENCIÓN PRIMARIA

MAYO 2024 | VALENCIA

Psoriasis y sus implicaciones cardiovasculares

Dra. Patricia Arbués Espinosa
Miembro del GdT Nacional Dermatología SEMERGEN
Investigadora en el estudio nacional REPICA: Psoriasis y
Riesgo cardiovascular

Exoneración de responsabilidad y uso de la presentación

Este documento (la “Presentación”) ha sido preparado exclusivamente para su uso en presentaciones y/o formaciones de Almirall, S.A. (“Almirall”) dirigidas a la comunidad científica (“Uso Permitido”). Este documento incluye información resumida y no pretende ser exhaustivo. La divulgación, difusión o uso de este documento, para un uso distinto al Uso Permitido, sin la autorización previa, expresa y por escrito de Almirall está prohibida.

Almirall no otorga, ni implícita ni explícitamente, ninguna garantía de imparcialidad, precisión, integridad o exactitud de la información, opinión y declaraciones expresadas en dicha Presentación o en discusiones que puedan tener lugar durante su utilización. Tanto la Presentación como los contenidos incluidos en la misma (con carácter enunciativo, que no limitativo, imágenes, diseño gráfico, logos, textos, gráficos, ilustraciones, fotografías, y cualquier otro material susceptible de protección) están bajo la responsabilidad de Almirall y son titularidad exclusiva de Almirall o Almirall tiene sobre ellos la correspondiente autorización de uso.

Igualmente, todos los nombres comerciales, marcas o signos distintivos de cualquier clase contenidos en la Presentación están protegidos por la Ley. La reproducción, distribución, comercialización, transformación, comunicación pública y, en general, cualquier otra forma de explotación, por cualquier procedimiento, de todo o parte de la Presentación o de la información contenida en la misma con fines distintos al Uso Permitido, podría constituir una infracción de los derechos de Propiedad Intelectual y/o Industrial de Almirall o del titular de los mismos y podría dar lugar al ejercicio de cuantas acciones judiciales o extrajudiciales pudieran corresponder en el ejercicio de sus derechos. Todo ello salvo que, previa solicitud, Almirall haya autorizado expresamente y por escrito el uso de los contenidos para un fin específico, en cuyo caso, el destinatario se compromete a citar la Almirall como fuente titular del contenido.

Conflicto de intereses



Patricia Arbués Espinosa

- Miembro del Grupo de Trabajo Nacional de Dermatología SEMERGEN.
- Ponente y docente a nivel nacional y autonómico.
- Autora de varias publicaciones en revistas indexadas relacionadas con Dermatología.
- Colaboración con esta sesión con Almirall.

Caso clínico

Enfoque integral del paciente

Carmen, 53 años.



HISTORIA CLÍNICA



- Dislipemia
- HTA
- Ansiedad
- Obesidad
- Carcinoma Basocelular en 2007



TRATAMIENTO HABITUAL

- Atorvastatina 20mg: 0-0-1
- Enalapril 20mg: 1-0-0
- Torasemida 10 mg: 1-0-0
- Orfidal si precisa



Administrativa



MOTIVO DE CONSULTA

“Lesiones en ambos codos desde hace 1 mes,
que no se van y pican”.



¿Qué le preguntaríais?



“Lesiones en ambos codos desde hace 1 mes, que no se van y pican”.



- ¿Desde cuándo?
- ¿Cómo son las lesiones?
- ¿Tiene lesiones en más partes del cuerpo?
- ¿Qué síntomas tiene?
- ¿Antecedentes dermatológicos familiares/personales?
- ¿Contacto con nuevas sustancias/ropa/animales/plantas?
- Estrés
- Medicamentos (B-bloqueantes, AINES, litio, antipalídicos)
- Infecciones (faringitis).
- Lesiones, tatuajes (fenómeno de Koebner)
- ¿Otros?

¿Posible diagnóstico cutáneo?



- 1. Eccema
- 2. Psoriasis
- 3. Tiña
- 4. Todas las anteriores



Diagnóstico diferencial

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PSORIASIS VULGAR

	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	LOCALIZACIÓN Y CLAVES DIAGNÓSTICAS
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Placas eritematosas ■ Borde neto ■ Descamación nacarada difusa ■ Asintomáticas ■ Fenómenos de Koebner (+) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Caras extensoras de articulaciones ■ Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) ■ Zona lumbar baja periumbilical
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Placas eritematosas descamativas ■ Vesículas ■ Costra ■ Prurito intenso ■ Piel muy seca 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zonas distales de miembros ■ A veces en tronco
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parches ■ Máculas ■ Placas eritematosas descamativas ■ Prurito ocasional 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zonas no fotoexpuestas: tronco, gluteos, flexuras(axilas, ingles, genitales)
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eritema y descamación ■ Pápulas hiperqueratósicas ■ Queratodermia palmoplantar amarillo anaranjado ■ Eritrodermia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dedos, muñecas, codos y rodillas ■ Raro en cara
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Placas eritematosas borde neto ■ Descamación en los bordes ■ Pruriginosas ■ Microvesículas en los bordes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede aparecer en cualquier localización, puede ser lesión única o múltiples y la distribución suele ser asimétrica. ■ Asociado con frecuencia a onicomicosis

Diagnóstico

Sospecha clínica basada en:

- Anamnesis
- Exploración física:
 - Manifestaciones clínicas
 - Formas de presentación



Imagen tomada de Griffiths CEM, *et al.* Psoriasis. *Lancet.* 2021 Apr 3;397(10281):1301-1315

Pruebas complementarias:








- Raspado metódico de Brocq
- Signo de la bujía
- Signo de Auspitz o rocío sangrante



Nasca MR, *et al.* *Br J Dermatol.* 2019 Jun;180(6):e178. doi: 10.1111/bjd.17649.

Clasificación Psoriasis

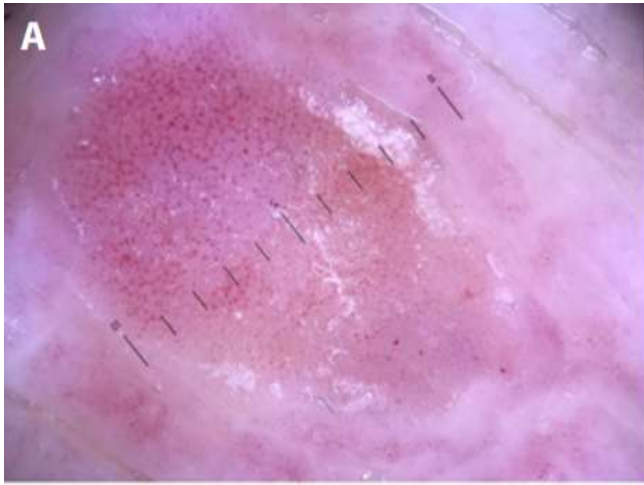


FORMAS DE PRESENTACIÓN	IMAGEN	CARACTERÍSTICAS	LOCALIZACIÓN
Psoriasis vulgar		<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas • Borde neto • Descamación nacarada difusa • En general asintomáticas o discreto prurito • Fenómenos de Koebner (+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de articulaciones • Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) • Zona lumbar baja periumbilical
Psoriasis guttata		<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas • Borde neto • Descamación nacarada difusa asintomática 0,5-1 cm 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de articulaciones • Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) • Zona lumbar baja periumbilical
Psoriasis eritrodérmica		<ul style="list-style-type: none"> • Eritema y descamación • Prurito, dolor y ardor 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada (más del 90% de la superficie corporal)
Psoriasis pustulosa generalizada		<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples pústulas estériles sobre piel eritematosa • Fiebre • Malestar general 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada
Psoriasis pustulosa localizada		<ul style="list-style-type: none"> • Barber: pústulas estériles sobre base eritematosa • Se forman lagos de pus • Hallopeau: erupción pustulosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Palmoplantar • Uñas
Psoriasis invertida		<ul style="list-style-type: none"> • Placas rojo salmón • Bien delimitadas • Ecematosas húmedas y con fisuras 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexuras
Psoriasis del cuero cabelludo		<ul style="list-style-type: none"> • Fina descamación, formas graves → placas costrosas engrosadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuero cabelludo

FUENTE: elaboración propia.

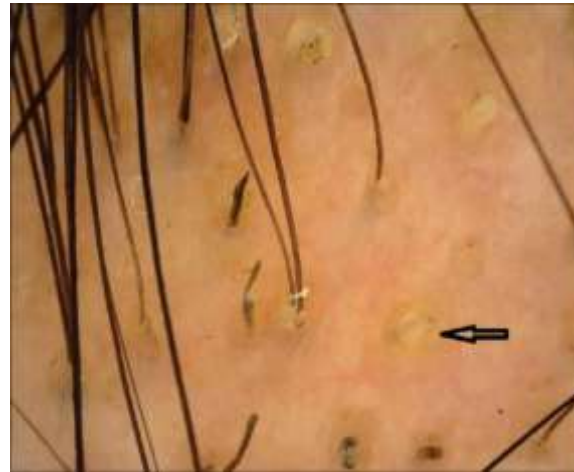
Psoriasis en dermatoscopia

Inflamoscopia



Dermatol Pract Concept. 2019 Jul 31;9(3):169-180

Tricoscopia



[Indian Dermatol Online J. 2020 Nov-Dec; 11\(6\): 965–969.](#)

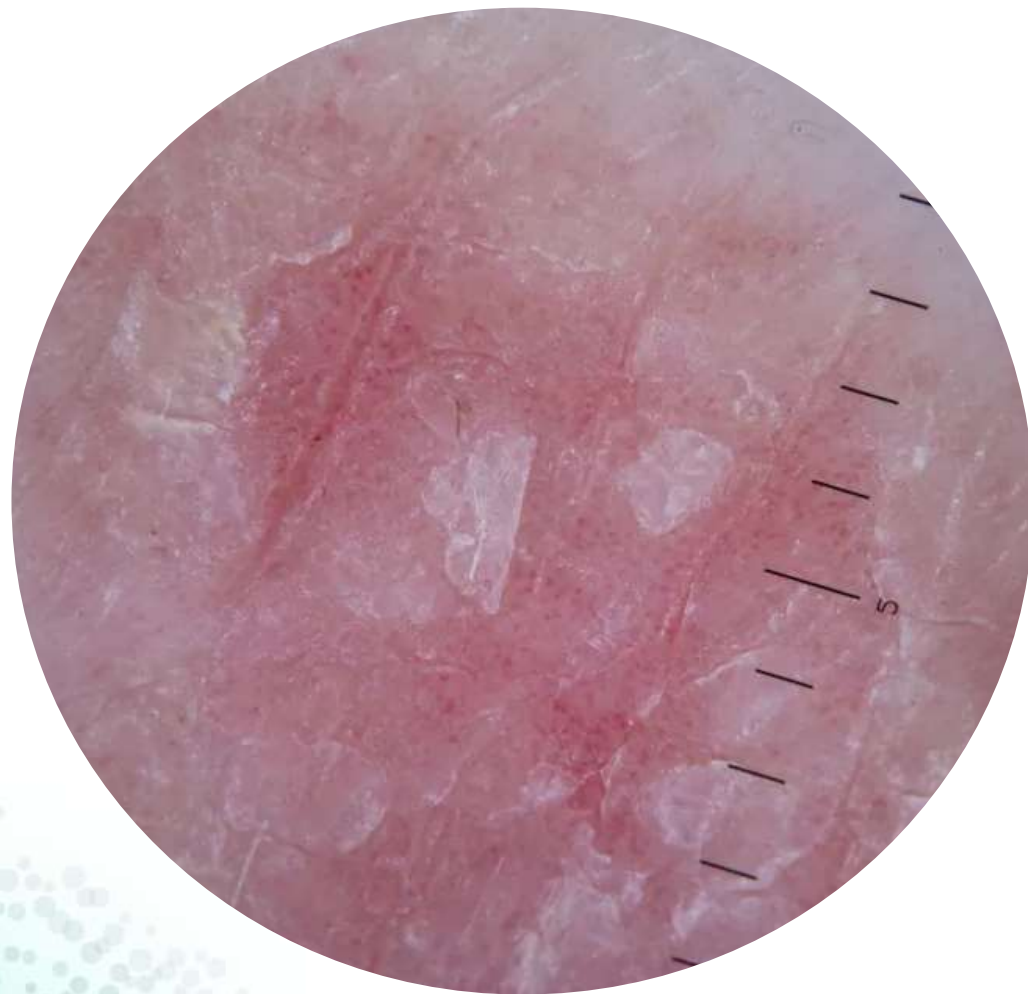
Entomoscopia



[Indian Dermatol Online J. 2021 Mar-Apr; 12\(2\): 220–236.](#)

Non-invasive clinical and microscopic evaluation of the response to treatment with clobetasol cream vs. calcipotriol/betamethasone dipropionate foam in mild to...
Yélamos, Oriol, Alejo, B, Ertekin, S. S, et al Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology volume 35 issue 1 pages 143-149 January 2021

Características dermatoscópicas



- Fondo eritematoso
- Vasos puntiformes
- Escamas blanquecinas



¿Cómo evaluamos la gravedad?

1. Es precisa una analítica sanguínea con marcadores específicos, por lo que tendremos que derivar a la paciente a Dermatología.
2. Mediante biopsia cutánea.
3. Hay índices que evalúan la extensión y calidad de vida del paciente como el BSA, PASI y DLQI.
4. Iniciando el tratamiento y viendo evolución.



¿Cómo evaluar la gravedad?

BSA
(Body Surface Area)

PASI
*(Psoriasis Area and
Severity Index)*

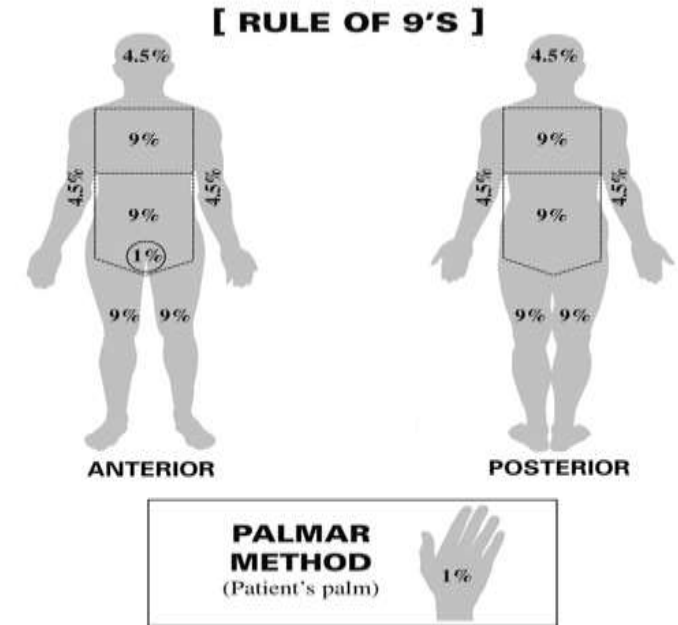
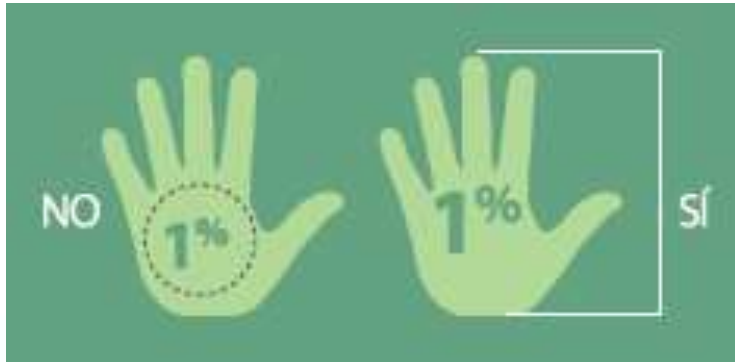
DLQI
*(Dermatology Life
Quality Index)*

¿Cómo evaluar la gravedad?

Escalas de diagnóstico en AP

BSA (Body Surface Area)

- Para ver extensión
- Emplea mano del paciente
- La gravedad depende de la extensión de la afectación



Grado de afectación	Superficie corporal afecta (BSA)
Leve	<3%
Moderada	3-10%
Grave	>10%

¿Cómo evaluar la gravedad?

Escalas de diagnóstico en AP

PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

PASI (valoración ponderada)	
Regiones valoradas	Cabeza (10 %)
	Miembros superiores (20 %)
	Tronco (30 %)
	Miembros inferiores (40 %)
Parámetros valorados	Eritema
	Infiltración
	Descamación
Valores	0 Ninguno
	1 Leve
	2 Moderado
	3 Marcado
	4 Muy marcado

	Superficie	ST	Eritema	Infiltración	Descamación
Cabeza	<input type="text"/> %		0 ∨	0 ∨	0 ∨
Tronco	<input type="text"/> %		0 ∨	0 ∨	0 ∨
EES	<input type="text"/> %		0 ∨	0 ∨	0 ∨
EEII	<input type="text"/> %		0 ∨	0 ∨	0 ∨

PASI = ## BSA = ## %

<https://aedv.es/calculadora-pasi/>

Gravedad	PASI
Leve	0-7
Moderada	7-12
Grave	>12

Importancia por:

- ✓ PASI 50,
- ✓ PASI 75, o
- ✓ PASI 90

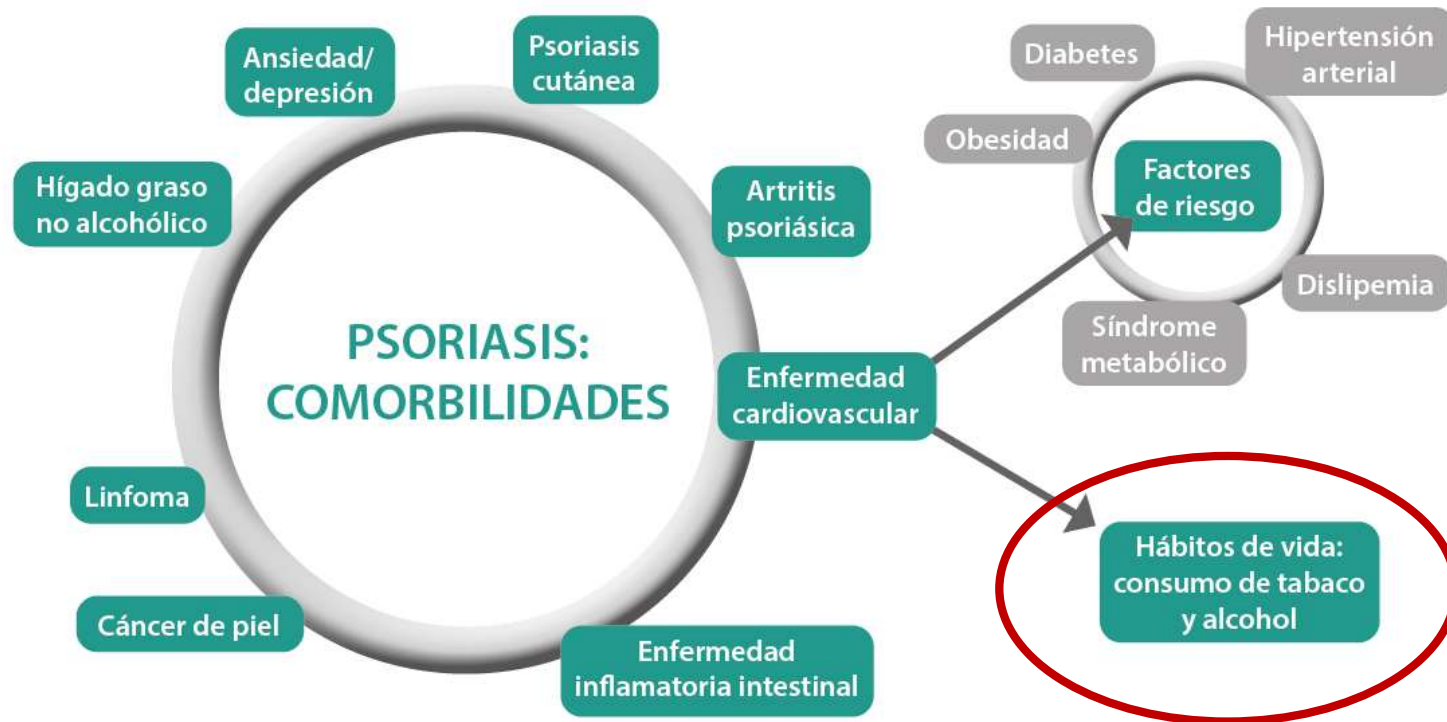
¿Qué más podemos hacer por nuestra paciente?

- 1. Además de iniciar el tratamiento tópico lo antes posible, habrá que tener en cuenta otras comorbilidades.
- 2. Aunque sea una psoriasis leve, la derivaremos a dermatología para iniciar tratamiento.
- 3. De momento no iniciaremos tratamiento. Citaremos a la paciente cada 15-20 días para revisión.
- 4. Iniciaremos tratamiento tópico, evaluaremos otras comorbilidades y solicitaremos pruebas complementarias si es preciso.



Tener en cuenta las comorbilidades

La psoriasis ha dejado de entenderse e interpretarse como una enfermedad con afectación CUTÁNEA y/o ARTICULAR, para pasar a ser interpretada como una **enfermedad sistémica**.



Asociadas con mayor frecuencia	Asociadas con menor frecuencia
Artritis psoriásica	Enfermedades cardiovasculares
Sobrepeso u obesidad	Diabetes <i>mellitus</i>
Ansiedad	Hepatopatías
Hipertensión arterial	
Depresión	

Hábitos de vida



Tabaco



Alcohol



Alimentación

Tanto el alcohol como el tabaco, además de **umentar el riesgo cardiovascular**, que ya es elevado en los pacientes con psoriasis, **umentan el riesgo de tener psoriasis y su gravedad**.

Se ha comprobado que **un mayor consumo de tabaco** conlleva un **mayor riesgo de psoriasis**, por lo que se recomienda dejar el tabaco en estos pacientes.

¿Qué dieta recomendar para mejorar la psoriasis?



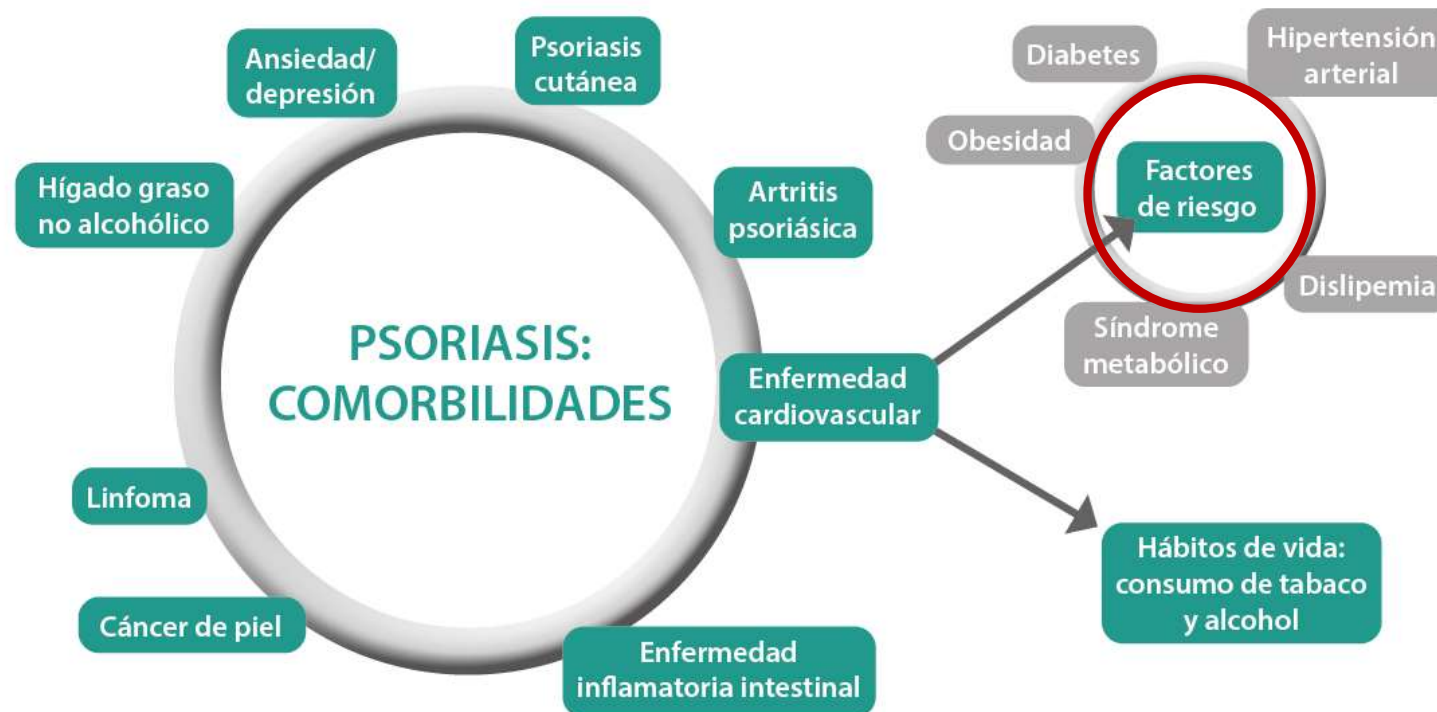
- **Hipocalórica si IMC >25**
- **Carbohidratos con índice glucémico bajo**
- Rica en fibra, baja en grasas saturadas, cereales integrales
- Rica en verduras y hortalizas
- Con alimentos ricos en vitaminas (A, E, D, C, B12) y minerales: magnesio, selenio, yodo, calcio, zinc, genisteína
- Acompañada de **ejercicio, control del estrés**



- Evitar alimentos **oxidantes** y **proinflamatorios**:
- Grasas saturadas: Carnes rojas, embutidos, (y especialmente vísceras, que contienen ácido araquidónico)
- Azúcar, dulces
- Alcohol
- Alimentos con gluten, si celiacía o marcadores serológicos +

Tener en cuenta las **comorbilidades**

La psoriasis ha dejado de entenderse e interpretarse como una enfermedad con afectación CUTÁNEA y/o ARTICULAR, para pasar a ser interpretada como una **enfermedad sistémica**.



Asociadas con mayor frecuencia	Asociadas con menor frecuencia
Artritis psoriásica	Enfermedades cardiovasculares
Sobrepeso u obesidad	Diabetes <i>mellitus</i>
Ansiedad	Hepatopatías
Hipertensión arterial	
Depresión	

Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología 4.ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2018.
 Palacios-Martínez D. SEMERGEN Doc Psoriasis. Madrid, Ed. SANED; 2021.

Bielsa I, Ferrándiz. Dermatología clínica. Madrid: Elsevier; 2019. Dauden E, Castaneda S, Suarez C, et al. Actas Dermosiflogr. 2012;103(1):1-64.

¿Qué factores de riesgo tiene Carmen?

HISTORIA CLÍNICA

- Dislipemia
- HTA
- Ansiedad
- Obesidad
- Carcinoma Basocelular en 2007







TRATAMIENTO HABITUAL

- Atorvastatina 20mg: 0-0-1
- Enalapril 20mg: 1-0-0
- Torasemida 10 mg: 1-0-0



¿Cómo podemos **avanzar** con nuestra paciente?

-  1. Pediría una analítica sanguínea con glucemia y perfil hepático y una radiografía de tórax.
-  2. Realizaría exploración física y solicitaría analítica sanguínea con RFA y analítica de orina.
-  3. Realizaría exploración física y citaría control al mes siguiente para glucemia capilar.
-  4. Realizaría una exploración física, solicitaría analítica sanguínea con glucemia, colesterol, perfil hepático, RFA y hemograma, analítica de orina y pediría un ECG.



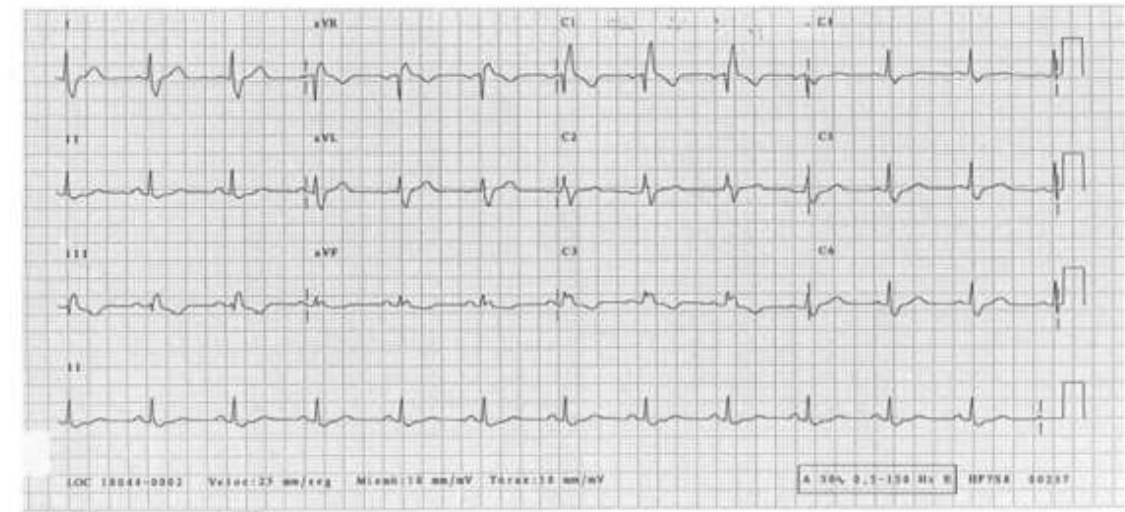
EXPLORACIÓN FÍSICA

- Peso: 88 kg. Talla: 1,63m.
- **IMC: 33.1 kg/m²**
- **TA: 148/95 mmHg**
- AC: tonos rítmicos a 80 lpm, sin soplos.
- AP: normoventilación bilateral.
- Abdomen: anodino.
- EEII: sin edemas ni signos de TVP.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ECG



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica sanguínea





- **Glucemia Basal: 152 mg/dl. HbA1c: 7,3%**
- **Hb: 10,9 g/dl. VCM: 72 fL. CHCM: 28%. Hierro: 74 mcg/dL**
- Creatinina: 0,9 mg/dl
- Urea: 69 mg/dl
- Filtrado Glomerular: 88 ml/min/1,73m²
- **LDL-Col: 161 mg/dl. TGL: 158 mg/dl. HDL-Col: 34 mg/dl**
- Na⁺: 140 mmol/l K⁺: 5,2 mmol/l
- **VSG: 89**
- **PCR: 67**
- ANALÍTICA ORINA: normal (sin microalbuminuria).



¿Qué aspectos
podemos mejorar?

- **Repetimos AS: glucemia basal 159 mg/dl. HbA1c: 7,4%**

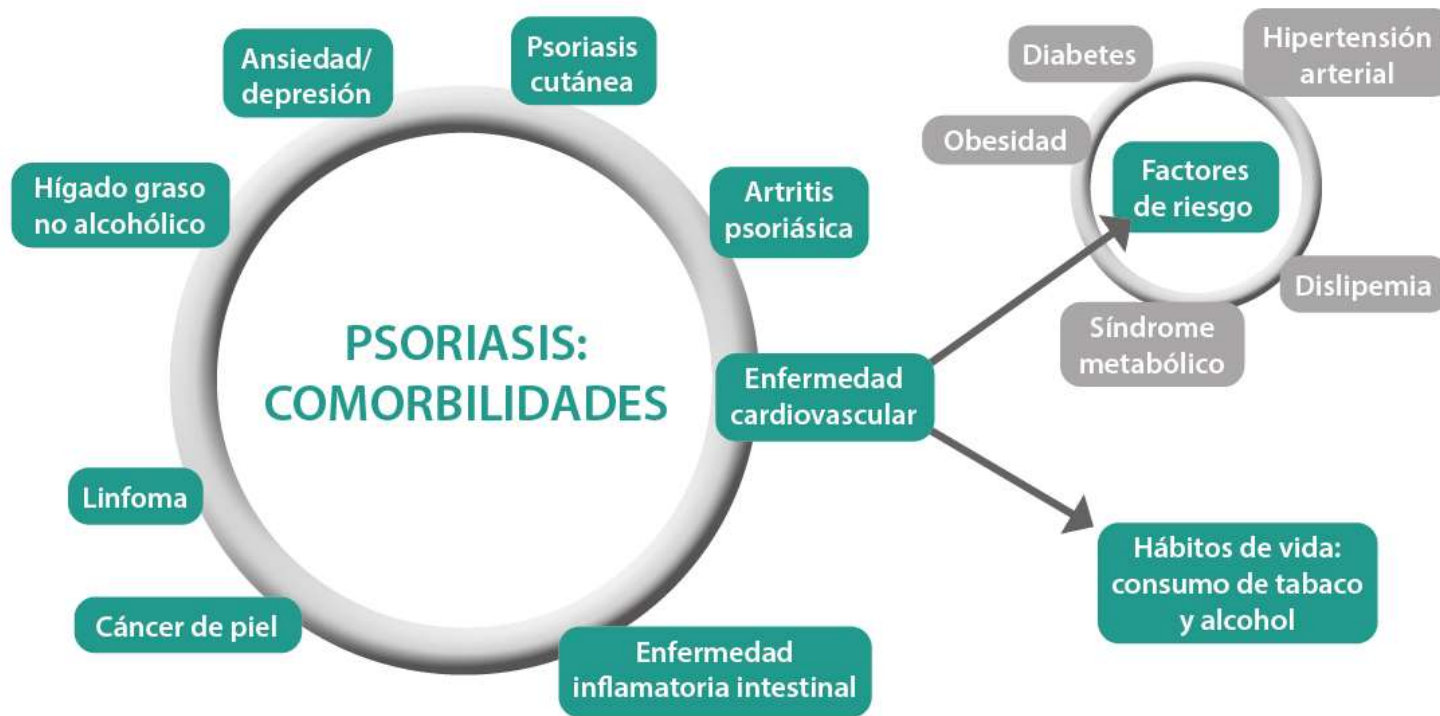
¿Qué afirmación es correcta?

-  1. Nuestra paciente tiene psoriasis y varios FRCV. El control estricto tanto de los FRCV como de la patología cutánea, mejorará el pronóstico.
-  2. Nuestra paciente solo cumple criterios de diabetes.
-  3. De momento, trataremos la psoriasis y secundariamente mejorarán el resto de factores.
-  4. Iniciaremos tratamiento tópico y citaremos revisiones periódicas. De momento, indicamos dieta y ejercicio.



Psoriasis y riesgo cardiovascular

- La psoriasis es considerada como un **factor de riesgo independiente** para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.
- El **control estricto de factores de riesgo** asociados es fundamental con el fin de evitar un evento cardiovascular.
- La psoriasis **se ha agregado a la escala de riesgo de Framingham**, con lo que la mayoría de los pacientes se reclasificaron en una categoría de riesgo cardiovascular más elevado.
- El peligro asociado a psoriasis severa es equiparable con enfermedades crónicas como la diabetes.







 **TRATAMIENTO HABITUAL**

- Atorvastatina 20mg: 0-0-1
- Enalapril 20mg: 1-0-0
- Torasemida 10 mg: 1-0-0

DIABETES

- Glucemia Basal: 152 mg/dl. HbA1c: 7,3% → glucemia basal 159 mg/dl. HbA1c: 7,4%

¿Qué hacemos con nuestra paciente?

-  1. Dieta y ejercicio, no tratamos de momento las lesiones de psoriasis.
-  2. Dieta y ejercicio, metformina, no tratamos de momento las lesiones de psoriasis.
-  3. Dieta y ejercicio, metformina +/- aGLP1 o iSGLT2, tratamos con la combinación calcipotriol/betametasona las lesiones de psoriasis, evaluamos resto de factores de riesgo.
-  4. Dieta y ejercicio, derivamos a Endocrinología y a Dermatología.

Diabetes y obesidad

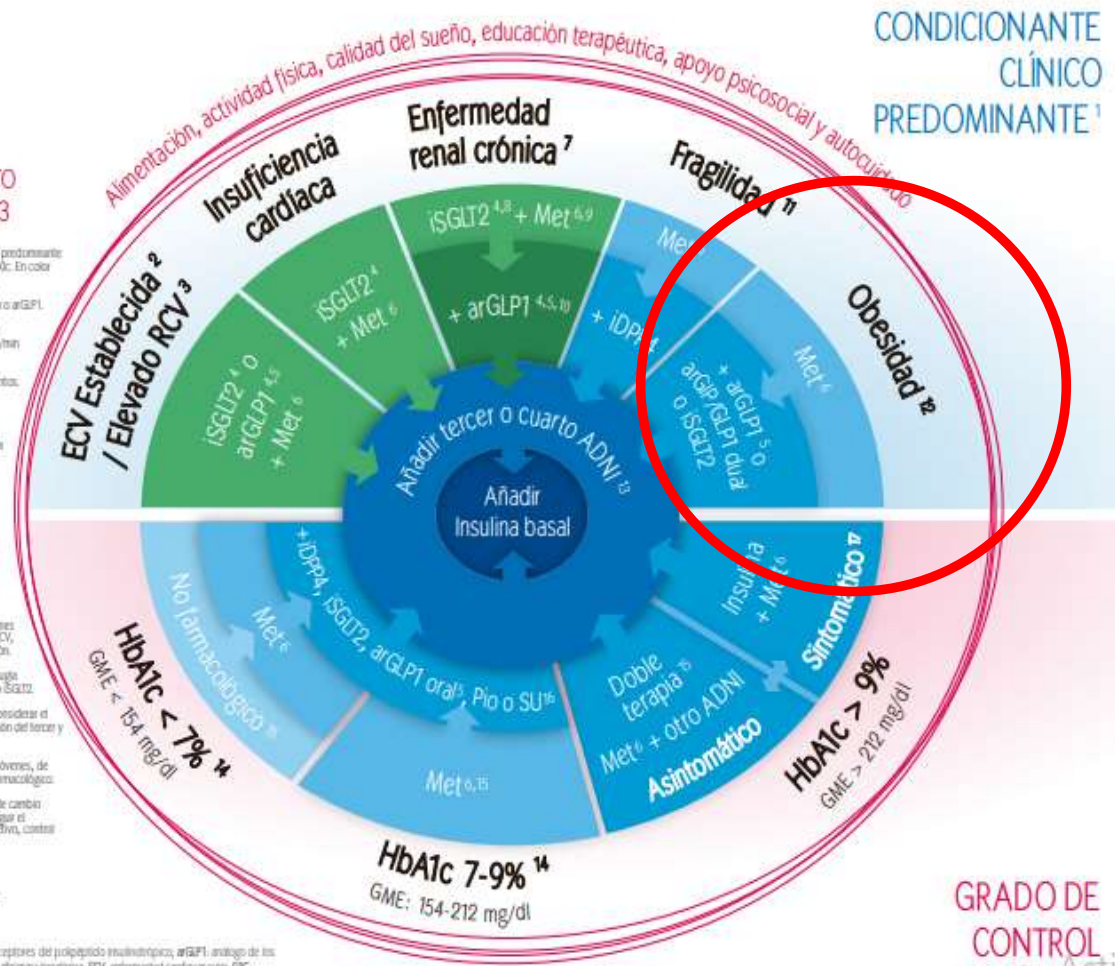


ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA DM2 | redGDPS 2023

1. La elección del fármaco sigue el condicionante clínico predominantemente predominante sobre la elección respecto a los valores de HbA1c. En color verde opciones con evidencia en reducción de eventos.
2. Si antecedentes de ictus, preferiblemente pioglitazina o arGLP1.
3. Se considera elevado RCV si ≥ 3 RCV: Obesidad, HDA, lipocolesterolemia, tabaquismo, albuminuria, FG < 60 ml/min o antecedentes familiares de ECV precoz.
4. iSGLT2 y/o arGLP1 con evidencias en reducción de eventos.
5. Actualmente en España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC ≥ 30 kg/m² al inicio del tratamiento.
6. Titular la dosis de Metformina para mejorar la tolerancia digestiva.
7. Si FG < 15 ml/min preferible DPP4, repaglinida o pioglitazina.
8. Casa, Dapag o Empagliflozina si FG ≥ 20 ml/min.
9. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.
10. Si fragilidad, Dabigatán y Sotaglután se pueden prescribir si FG ≥ 15 ml/min.
11. Se recomienda desintoxicar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos. En pacientes con ECV, elevado RCV, IC o EPC utilizar iSGLT2 o arGLP1, si no hay contraindicación.
12. Si IMC > 35 kg/m² de elección arGLP1 y considerar cirugía bariátrica. Si estromas hepática pioglitazina, arGLP1 y/o iSGLT2.
13. No asociar DPP4 con arGLP1 ni SGL con repaglinida. Considerar el perfil del paciente y su función renal a la hora de la elección del tercer y cuarto fármaco.
14. Considerar un objetivo de HbA1c $< 6,5\%$ en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico, en monoterapia o tratamiento no farmacológico.
15. Reevaluar HbA1c a los 3 meses tras inicio o después de cambio terapéutico. Intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA1c cada 6 meses.
16. Glucosida o glicerolida son las de elección.
17. Clínica cardinal: poluria, polidipsia y pérdida de peso.

ABREVIATURAS:

ADNE: antidiabético no insulínico; arGLP: análogo de los receptores del polipéptido insulinotrópico; arGLP1: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; CAC: cociente albúmina/creatinina; ECV: enfermedad cardiovascular; ERIC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular; RCV: factores de riesgo cardiovascular; GME: glucemia media estimada; HbA1c: hemoglobina glucosilada; IC: insuficiencia cardíaca; DPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; iSGLT2: inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina; Pio: pioglitazina; RCV: riesgo cardiovascular.



CONDICIONANTE CLÍNICO PREDOMINANTE¹

GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO

Objetivo personalizado. Reevaluar cada 3 a 6 meses¹⁵

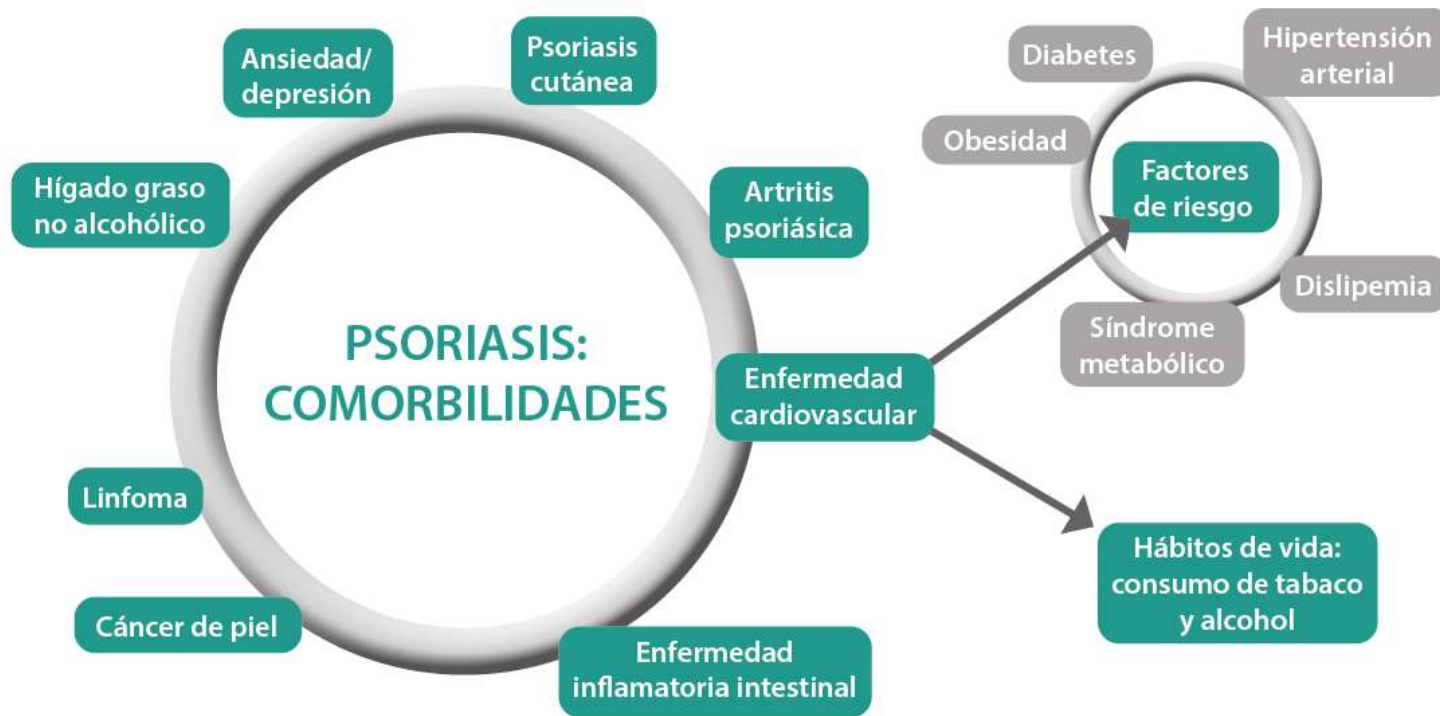
Mata Cases, M; Artola Menéndez, S; Diez Espino, J; Ezkurra Loiola, P; Barrot de la Puente, J; García Soidán, FJ; Franch Nadal, J. Algoritmo de tratamiento de la DM2. RedGDPS 2023.

Diabetes y psoriasis

- **Las personas con psoriasis** no sólo están tienen **mayor riesgo de diabetes tipo 2**, sino que el riesgo también aumenta en consonancia a la gravedad de la enfermedad de la piel.
- Se considera criterio de **SM**, la presencia de niveles de **glucemia basales de 100mg/ dl**. Sin embargo, el diagnóstico de diabetes se debe hacer cuando en dos determinaciones, los valores de glucemia basal son superiores a 126mg/dl, o una determinación al azar mayor a 200mg/dl junto con los síntomas clásicos (polidipsia, poliuria, polifagia) o una respuesta anómala al test de sobrecarga oral de glucosa.
- Varios estudios asocian la diabetes tipo 2 y la intolerancia hidrocarbonada en el contexto del SM, con la psoriasis.

Tabla 3 – Diagnóstico de diabetes tipo 2

- Glucemia basal > 126 mg/dl tras un periodo de ayuno de 8 h
- Glucemia al azar > 200 mg/dl y sintomatología típica de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso)
- Glucemia > 200 mg/dl tras dos horas de test de tolerancia de glucosa con 75 g



TRATAMIENTO HABITUAL

- Atorvastatina 20mg: 0-0-1
- Enalapril 20mg: 1-0-0
- Torasemida 10 mg: 1-0-0

HIPERTENSIÓN

- TA:148/95 mmHg

- Los criterios de la **ATP-III** consideran hipertensión cuando las cifras son **superiores a 130/85mmHg** o el paciente toma tratamiento **antihipertensivo**.
- Las **guías de práctica clínica** recomiendan iniciar el tratamiento cuando los cifras son **superiores a 140/90mmHg**.
- Los pacientes con **psoriasis severa** presentan una prevalencia media de **hipertensión del 20%**, mientras que cuando la **psoriasis es moderada**, esta **prevalencia sería del 15%**.
- El **tratamiento** de la hipertensión debe iniciarse de forma **precoz**. Cuanto mayores son las cifras medias de tensión arterial, mayor es el riesgo de infarto de miocardio, de enfermedad cerebrovascular o fracaso renal.
- Ensayos clínicos demuestran que el tratamiento correcto de la hipertensión arterial, disminuye el riesgo de insuficiencia cardíaca en más del 50%, el de infarto de miocardio en el 25% y el de enfermedad cerebrovascular en el 40%.

Objetivos de PA según comorbilidades

Grupos de edad	Objetivos en PAS (mmHg)			
	HTA	DM	ERC	IC (FEr)
18-69 años	120-130	120-130	< 130-140	120-130
≥ 70 años	PAS lo más baja posible si se tolera			
	< 140 mmHg (< 130 mmHg si se tolera)			
	PAS lo más baja posible si se tolera			
	Objetivos en PAD (mmHg)			
	< 80 mmHg en todos los pacientes			

Guía HTA SEMERGEN 2022. Modificado y traducido de Visseren FLJ, et al. Eur Heart J. 2021;42(34):3227-337.

Hipertensión arterial y psoriasis

La asociación entre psoriasis e hipertensión arterial sistémica ha sido controversial, pues en los grandes estudios de población no se ha encontrado asociación cuando se controlan factores como la obesidad y el consumo de tabaco.

Sin embargo, se observa **mayor frecuencia de HTA** en el grupo de pacientes con **psoriasis**.

¿TA en consulta AMPA, MAPA?

PA clínica (en consulta)		
Categoría de PA ^{a,b}	PAS	PAD
PA óptima	< 120 mmHg	y < 80 mmHg
PA normal	120-129 mmHg	y 80-84 mmHg
PA normal-alta	130-139 mmHg	o 85-89 mmHg
HTA grado 1	140-159 mmHg	o 90-99 mmHg
HTA grado 2	160-179 mmHg	o 100-109 mmHg
HTA grado 3	≥ 180 mmHg	o ≥ 110 mmHg
HTA sistólica aislada	≥ 140 mmHg	y < 90 mmHg
PA fuera de la consulta		
<i>Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA)</i>		
Media diurna (actividad)	≥ 135 mmHg	o ≥ 85 mmHg
Media nocturna (sueño)	≥ 120 mmHg	o ≥ 70 mmHg
Media 24 horas	≥ 130 mmHg	o ≥ 80 mmHg
<i>Automedida de la PA (AMPA)</i>		
Automedida domiciliaria ^f	≥ 135 mmHg	o ≥ 85 mmHg

L. Mallbris, F. Granath, A. Hamsten, M. Stahle. Psoriasis is associated with lipid abnormalities at the onset of skin disease. J Am Acad Dermatol, 54 (2006), pp. 614-621.

¿MAPA o AMPA?

- La **AMPA** es la medida de presión arterial tomada y registrada en el domicilio por el mismo paciente, un familiar o cuidador con unas condiciones muy determinadas.
- Es conveniente efectuar dos medidas por la mañana y otras dos por la noche, con uno o dos minutos de diferencia entre las medidas. El paciente ha de registrarlas para aportarlas a los controles de enfermería o a las visitas médicas.

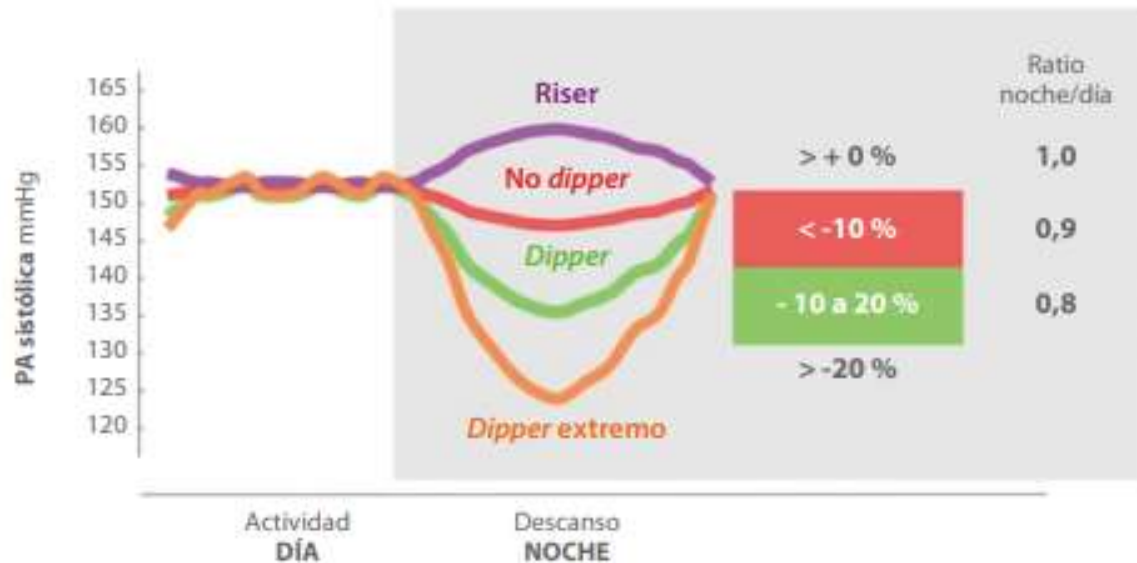
- Evitar el consumo de café, tabaco o hacer ejercicio físico en 30 minutos previos
- Mantener la vejiga urinaria vacía
- Procurar un ambiente tranquilo en el lugar de la medición
- Reposar en los 5 minutos previos a la toma
- Posición correcta: sentado, espalda apoyada en el respaldo, brazo relajado en ángulo recto sobre la mesa a la altura del corazón, no cruzar las piernas, quieto y sin hablar
- Utilizar aparatos validados y calibrados preferiblemente braquiales
- Manguito de tamaño adecuado al del brazo del paciente colocado 2 cm por encima de la flexura del codo

¿MAPA o AMPA?

- La **MAPA** nos permite **conocer las cifras de PA nocturnas**, la **variabilidad de la PA a lo largo del día** y la **diferencia de PA entre el período de actividad y el de reposo**.
- También **se correlaciona mejor con el RCV** que la medida de la PA en la clínica.
- En contrapartida, respecto a AMPA, es **menos accesible** y puede provocar más molestias al paciente.

- Llevar ropa holgada
- Seguir con su actividad habitual, evitando el ejercicio intenso
- Mantenerse quieto en el momento en el que se hincha el manguito
- Explicarle la frecuencia de las mediciones
- Avisarle de que, en caso de lectura errónea, el aparato se volverá a reactivar
- Durante el descanso nocturno, puede dejar el monitor bajo la almohada
- Anotar las actividades que hace en el momento de las mediciones: la toma de medicamentos, la siesta, la actividad laboral...
- Informarle de cómo desconectarlo para efectuar su higiene, al finalizar el periodo de estudio o si nota molestias importantes en el brazo

MAPA: tipos de patrones según relación de PA entre los períodos de descanso y actividad



- **Dipper:** descenso de un 10-20 % de la PAS y/o PAD.
- **No Dipper:** cuando el descenso es < al 10 %.
- **Dipper extremo:** cuando es > al 20 %.
- **Dipper inverso o risser:** cuando la PAS y/o PAD es superior durante el período de sueño.

Los **patrones diferentes del dipper** se dan con más frecuencia en hipertensión secundaria, refractaria, en ancianos, diabetes, en síndrome metabólico, cuando hay lesión de órganos diana (HVI, albuminuria...), apnea del sueño o preeclampsia. Asimismo, **comportan un incremento del RCV.**

Definición de HTA en función del método de medida de la PA

Categoría	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
PA en consulta	≥ 140	y/o	≥ 90
AMPA	≥ 135	y/o	≥ 85
MAPA 24 horas	≥ 130	y/o	≥ 80
MAPA diurna	≥ 135	y/o	≥ 85
MAPA nocturna	≥ 120	y/o	≥ 70

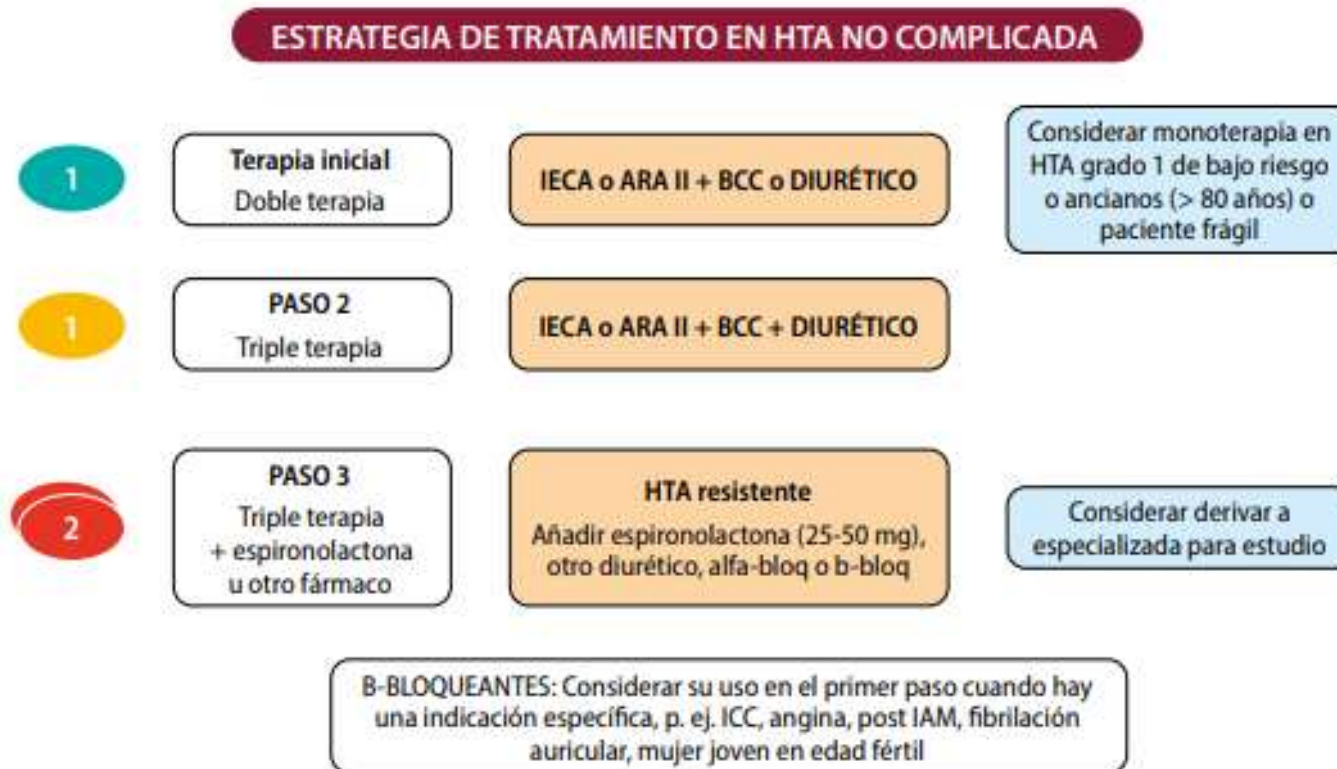
La **ventaja de la MAPA sobre la AMPA** está en que **mejora el estudio de la variabilidad de la PA durante el día y** de las posibles hipotensiones, y sobre todo en que **recoge registros de la PA durante el sueño**. Ello permite comparar la media de las PA durante los períodos de actividad y de sueño.

Score2-OP working group and ESH cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. Eur Heart J. 2021;42:2455-2466.

Divison Garrote JA. Medidas domiciliarias de presión arterial. Documento de consenso. SEH-LELHA 2014. Hipertens Riesgo Vasc. 2015;32(1):27-39. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2014.10.001>.

Hipertensión arterial y psoriasis

Figura 1. Estrategia básica de tratamiento farmacológico para la HTA no complicada. Algoritmo de tratamiento también es adecuado para la mayoría de los pacientes con daño orgánico, ECV o EAP¹



ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; BCC: bloqueadores de los canales del calcio; EAP: enfermedad arterial.

“La psoriasis acentúa hasta cinco veces más la gravedad de la hipertensión”





- El estudio por la Universidad de California y publicado en la revista PLOS ONE (1044 pacientes) sugiere que los pacientes con psoriasis, tienen **niveles superiores de endotelina-1**, proteína que contrae los vasos sanguíneos y aumenta la presión arterial, contribuyendo al desarrollo de la hipertensión.

Psoriasis and Hypertension Severity: Results from a Case-Control Study

April W. Armstrong , Steven W. Lin, Cynthia J. Chambers, Mary E. Sockolov, David L. Chin

Published: March 29, 2011 • <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018227>

¿Qué hacemos con nuestra paciente?

-  1. Optimizar el tratamiento antihipertensivo: subiría la dosis de diurético que lleva (torasemida 10mg).
-  2. Aumentaría la dosis de diurético tiazídico e iniciaría tratamiento tópico de la psoriasis, además de tener en cuenta el resto de factores de riesgo cardiovascular.
-  3. Dejaría de momento el tratamiento igual y reevaluaría en 15 días.
-  4. Cambiaría el tratamiento diurético tiazídico por otro no tiazídico, valoraría la posibilidad de subir dosis de IECA o añadir Calcio Antagonistas e iniciaría tratamiento tópico de la psoriasis, además de tener en cuenta el resto de factores de riesgo cardiovascular.

B-bloqueantes y diuréticos tiazídicos

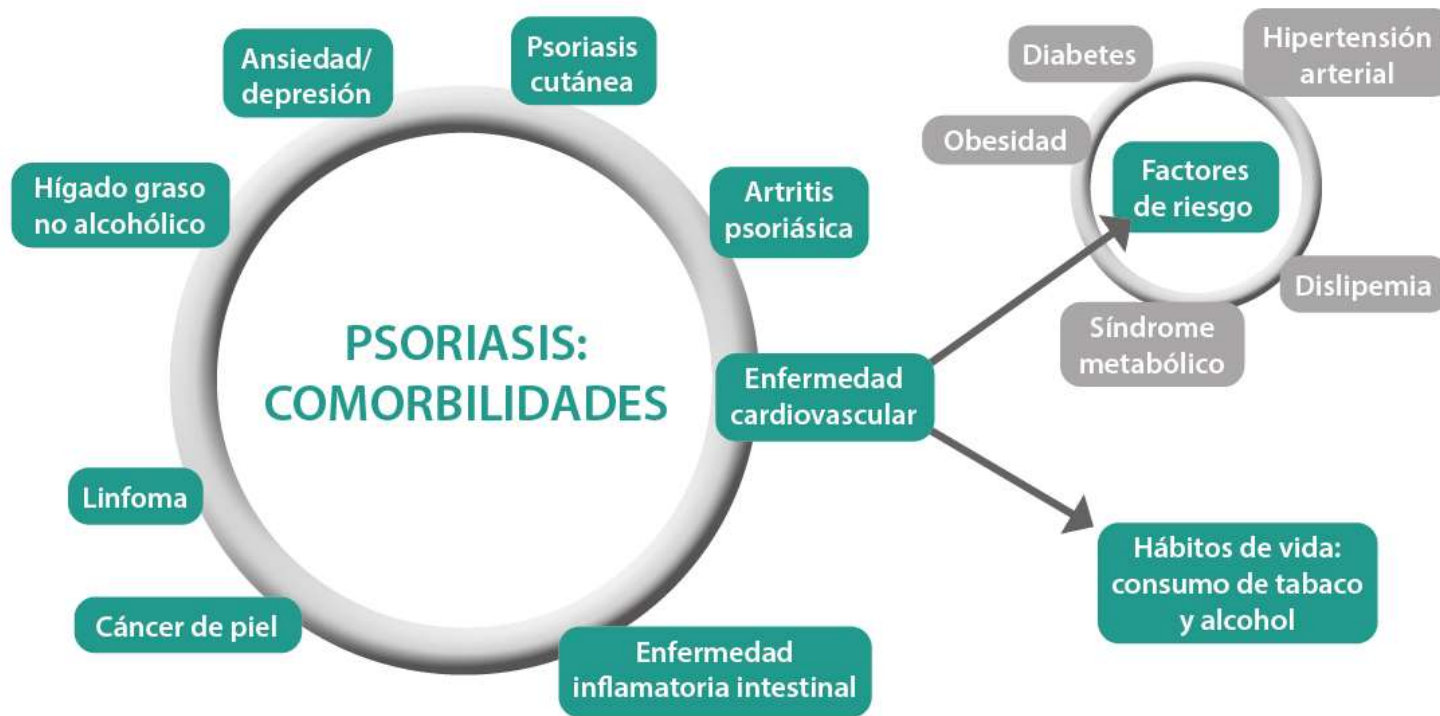
En un estudio reciente (*Surapon Nochaiwong, et al*) se ha demostrado que los pacientes en tratamiento con **diuréticos tiazídicos tienen un mayor riesgo de cáncer de piel**, incluidos los cánceres de piel no melanoma (carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular) y melanoma, que los usuarios de diuréticos no tiazídicos.

Se necesita una evaluación del riesgo de cáncer de piel individual, un seguimiento y la consideración de alternativas farmacológicas adecuadas antes del uso a largo plazo de estos fármacos debiendo valorarse los beneficios de los diuréticos tiazídicos frente a los posibles problemas de seguridad en términos de riesgos de cáncer de piel.

Surapon Nochaiwong, et al. Use of Thiazide Diuretics and Risk of All Types of Skin Cancers: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)*. 2022 May; 14(10): 2566. doi: 10.3390/cancers14102566.

El uso de **betabloqueantes se desaconseja** en pacientes con psoriasis, porque puede agravar el cuadro cutáneo.

López Pupo N, Tablada Robinet ME, Jacas, Portuondo AL, Baltazar Green A, González Vázquez LF. Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con psoriasis. *MEDISAN*. 2019;: p. MEDISAN 2019;23(3):435.







TRATAMIENTO HABITUAL

- Atorvastatina 20mg: 0-0-1
- Enalapril 20mg: 1-0-0
- Torasemida 10 mg: 1-0-0

DISLIPEMIA

- **LDL-Col: 161 mg/dl. TGL: 158 mg/dl. HDL-Col: 34 mg/dl**

¿Qué hacemos con el tratamiento para la dislipemia?

-  1. Recomendamos dieta y ejercicio y bajaría la dosis de Estatina, puesto que este fármaco empeora el curso de la psoriasis.
-  2. Cambiaría la estatina por el fibrato.
-  3. Recomendaría dieta, ejercicio y aumentaría dosis de estatina para alcanzar niveles adecuados. Incluso plantearía la asociación con otro fármaco (Ezetimibe, por ejemplo).
-  4. Dejaría el tratamiento como está y reevaluaría en 2 semanas.

Dislipemia y psoriasis

- Los fármacos de primera línea para reducir los niveles de LDL-Colesterol son las **estatinas**. Se pueden utilizar otros fármacos como los fibratos, el ácido nicotínico, el ezetimibe, o los quelantes de ácidos biliares.

Shirinsky IV, Shirinsky VS. Efficacy of simvastatin in plaque psoriasis: A pilot study. J Am Acad Dermatol. 2007;57:529–31.

› J Am Acad Dermatol. 2007 Sep;57(3):529-31. doi: 10.1016/j.jaad.2007.05.040.

Efficacy of simvastatin in plaque psoriasis: A pilot study

Ivan Valeryevich Shirinsky, Valery Stepanovich Shirinsky

PMID: 17707157 DOI: 10.1016/j.jaad.2007.05.040

Dislipemia y psoriasis

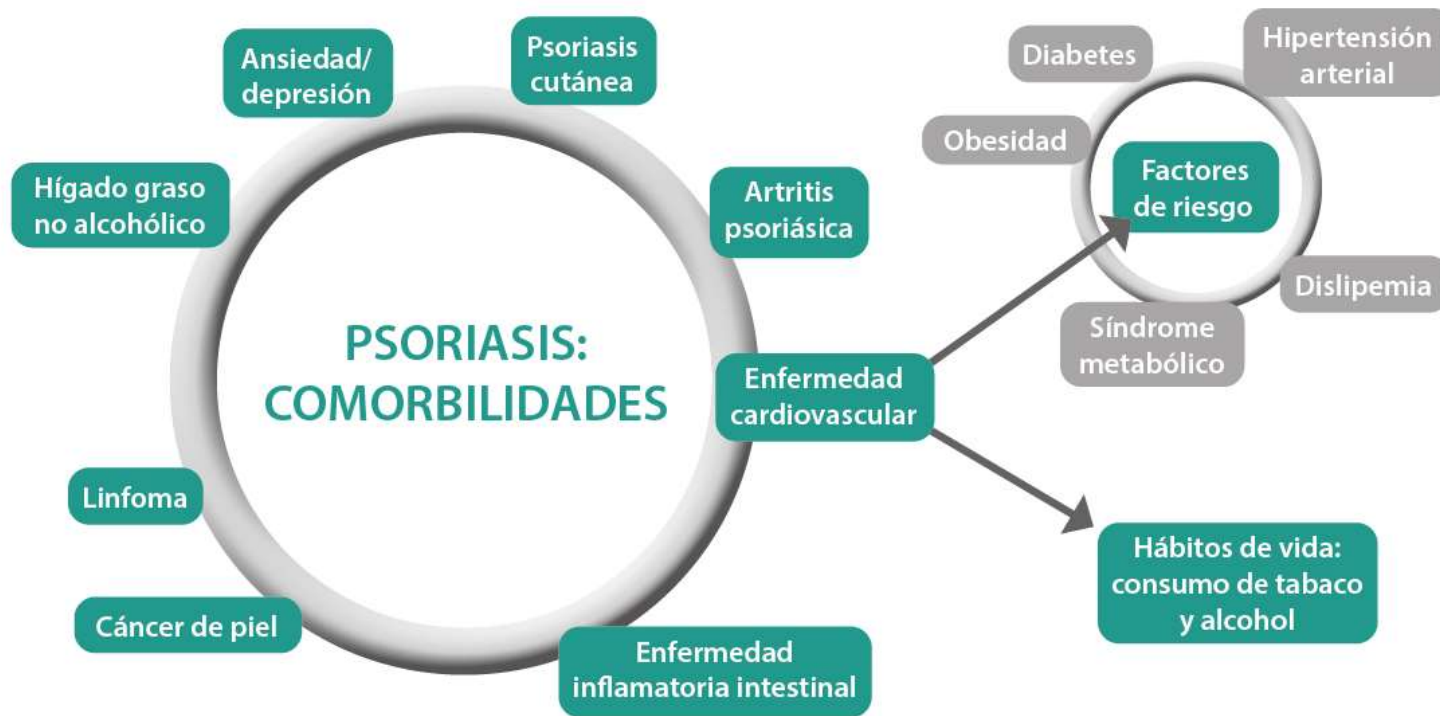
Clase	Incluye	cLDL
Riesgo bajo	SCORE ₁₀ < 1%	No hay umbral de cLDL Medidas higiénicas
Riesgo moderado	SCORE ₁₀ = 1-5% Valorar también: historia familiar, obesidad, TG, HDL (SM), actividad física, PCR, Lp(a), apoB, fibrinógeno, homocisteína, factor social	cLDL < 115 mg/dl (IIa/C)
Riesgo alto	SCORE ₁₀ = 5-10% <ul style="list-style-type: none"> ● Un factor de riesgo grave: HTA, dislipemia familiar ● DMX aislada sin visceralización ● ERC moderada con filtrado glomerular 30-60 ml/min 	cLDL < 100 mg/dl (IIa/A)
Riesgo muy alto	SCORE ₁₀ > 10% <ul style="list-style-type: none"> ● Cualquier ECV documentada o intervenida ● DMX con daño orgánico ● ERC grave con filtrado glomerular < 30 ml/min 	cLDL < 70 mg/dl o cLDL < 50% inicial [VA]
Ancianos	La edad es un importante marcador de riesgo El tiempo de exposición al riesgo	
Jóvenes	Valoración del riesgo relativo El tiempo de exposición al riesgo	

SCORE ₁₀ clase de riesgo	cLDL basal (mg/dl)				
	< 70	70-100	100-155	155-190	> 190
< 1% Bajo					
1-5% Moderado				↓	
5-10% Alto riesgo					
> 10% Muy alto					

Estrategia de intervención
Ninguna
Estilo de vida
Estilo de vida + fármacos si no controla el cLDL
Estilo de vida + se considera dar fármacos
Estilo de vida + se dan fármacos siempre

Figura 1. Grupos de riesgo de la Sociedad Europea de Cardiología 2011 y objetivos de cLDL. apoB: apolipoproteína B; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; HDL: lipoproteína (a); Lp(a): lipoproteína (a); PCR: proteína C reactiva; SM: síndrome metabólico; TG: triglicéridos. Adaptado de Catapano et al¹ y de Perk et al² con permiso.

- Los criterios de SM son dos: uno de ellos es la **hipertrigliceridemia** (>150mg/dl) y los **valores bajos de HDL-C** (40mg/dl en el varón y 50mg/dl en la mujer).
- La relación entre los niveles elevados de colesterol y la enfermedad cardiovascular está bien documentada, de manera que se produce un descenso importante del riesgo, cuando se disminuyen los niveles plasmáticos.
- *Gisondi* demostró que los **pacientes con psoriasis, presentan valores más elevados de triglicéridos**, sin diferencias en los niveles de HDL-C, con el grupo control.
- *Sommer* lo relacionó con **cifras más elevadas de LDL**.
- Los **valores máximos de LDL-C**, a partir de los cuales se recomienda **tratamiento** en pacientes que no asocian otras comorbilidades, son de **160mg/dl**.
- Cuando hay **otros factores de riesgo** como diabetes, tabaquismo, hipertensión, historia familiar de enfermedad cardiovascular o niveles bajos de HDL-C, se debe iniciar el tratamiento al superar los **130mg/dl**.
- Cuando hay antecedentes personales de **enfermedad cardiovascular**, el tratamiento debe ser iniciado a partir de los **100mg/dl**.



 **TRATAMIENTO HABITUAL**

- Atorvastatina 20mg: 0-0-1
- Enalapril 20mg: 1-0-0
- Torasemida 10 mg: 1-0-0

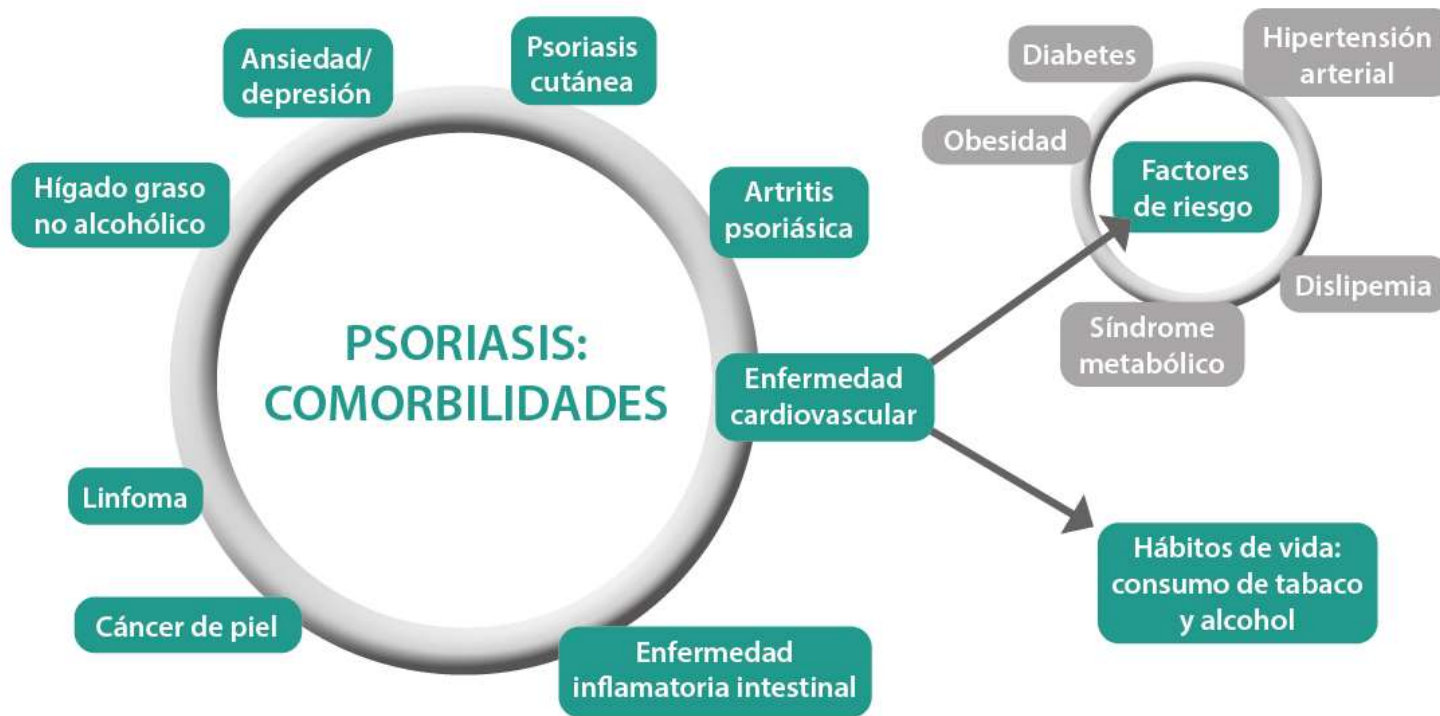
OBESIDAD

- IMC: 33.1 kg/m²

Correlación entre psoriasis y obesidad



- Según la ATP-III, se considera **obesidad abdominal**:
 - **Varones**: perímetro abdominal **superior a 102 cm.**
 - **Mujeres**: perímetro abdominal **superior a 88 cm.**
- El aumento de perímetro abdominal, se ha definido como **criterio imprescindible de SM.**
- Según el **IMC**, se considera obesidad cuando el **cociente es superior a 30 kg/m²** .
- La obesidad y el aumento de perímetro abdominal se asocian al resto de los factores de SM (diabetes tipo 2, apnea del sueño, hipertensión, dislipemia, infarto agudo de miocardio y a un incremento de la mortalidad).
- La **asociación con la psoriasis** ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios epidemiológicos y ensayos clínicos sobre los nuevos tratamientos, y afecta principalmente a mujeres que desarrollan formas más severas de psoriasis.
- Se ha demostrado que el riesgo de padecer psoriasis se asocia con valores superiores de IMC, aunque otros estudios sugieren que la obesidad es secundaria y no precede al debut del psoriasis, existiendo una **correlación positiva entre los valores del BSA y el IMC.**



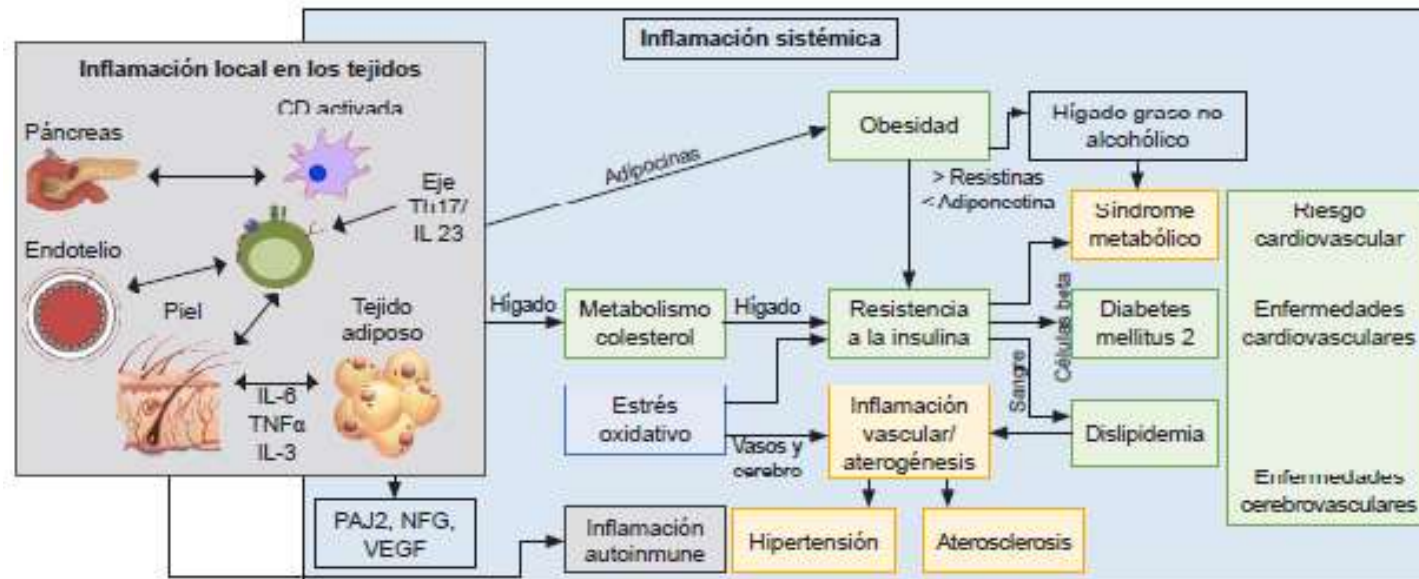
TRATAMIENTO
HABITUAL

- Atorvastatina 20mg: 0-0-1
- Enalapril 20mg: 1-0-0
- Torasemida 10 mg: 1-0-0

SÍNDROME METABÓLICO

Síndrome metabólico, aterosclerosis y psoriasis

La obesidad visceral y la resistencia a la insulina se caracterizan por la **producción persistente de adipocitocinas anormales** como $TNF\alpha$, IL-6, IL-1 β , leptina y adiponectina, que contribuyen al desarrollo de un **estado proinflamatorio** conduciendo además a una **turgencia vascular crónica** subclínica que modula y produce procesos ateroscleróticos.



- Un porcentaje importante de las personas de más de 40 años, que viven en países desarrollados, padecen: **obesidad, diabetes, hipertensión arterial o dislipemia.**
- La mayor parte de estas enfermedades no se presenta de forma aislada, sino formando parte del **síndrome metabólico (SM).**
- La importancia del SM es que confiere un **riesgo cardiovascular mayor** que la presencia de sus componentes individualmente.
- Algunos estudios determinan que los sujetos que cumplen criterios de SM **según los parámetros de la ATP-III** presentan un **riesgo 2,59 veces mayor** de tener un evento cardiovascular en los próximos 10 años.
- En España, la **prevalencia** de SM es del **20%.**

Meigs JB, Wilson PW, Fox CS, Vasan RS, Nathan DM, Sullivan LM, et al. Body mass index, metabolic syndrome, and risk of type 2 diabetes or cardiovascular disease. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91:2906–12. 10. Assmann G, Schulte H, Seedorf U. Cardiovascular risk assessment in the metabolic syndrome: results from the Prospective Cardiovascular Munster (PROCAM) Study. Int J Obes (Lond). 2008;32(Suppl 2):S11–6.

Síndrome metabólico

Criterios de síndrome metabólico según el National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel-III (ATP-III), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *International diabetes Federation* (FID)

ATP-III	OMS	FID
Tres o más criterios de los siguientes	Diabetes, o intolerancia hidrogenada o resistencia a la insulina más dos o más factores	Incremento del perímetro abdominal según la raza mas dos o más de los siguientes criterios
Obesidad abdominal > 102 cm en varones y 88 cm en mujeres. Triglicéridos > 150 mg/dl o recibir tratamiento hipolipemiente HDL-C < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres o tener tratamiento hipolipemiente Sistólica > 130 mmHg, Diastólica > 85 mmHg o Recibir tratamiento hipotensor Glucosa > 110 mg/dl o tener tratamiento de diabetes	Perímetro cintura cadera > 0,9 en hombre y 0,85 en mujeres o IMC > 30 kg/m ² Triglicéridos > 150 mg/dl HDL-C < 35 mg/dl en hombres y < 39 mg/dl en mujeres > 140/90 mmHg Diabetes tipo 2 Intolerancia hidrogenada o glucemia basal alterada Microalbuminuria > 30 mg albumina/g creatinina	Incremento del perímetro abdominal dependiendo de la raza Triglicéridos > 150 mg/dl o recibir tratamiento hipolipemiente HDL-C < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres o tener tratamiento hipolipemiente Sistólica > 130 mmHg, Diastólica > 85 mmHg o Recibir tratamiento hipotensor Glucosa > 100 mg/dl o tener tratamiento de diabetes

Si se tratan las comorbilidades puede mejorar el curso de la psoriasis y viceversa

- El paciente con psoriasis presenta un **aumento de morbimortalidad** global por enfermedad cardiovascular.
- El control de la psoriasis puede favorecer la **disminución del riesgo cardiovascular** del paciente, y viceversa.

FRCV asociados a Psoriasis

- ➔ Síndrome metabólico
- ➔ Obesidad abdominal
- ➔ Hipertensión
- ➔ Dislipemia
- ➔ Diabetes
- ➔ Alcoholismo
- ➔ Tabaquismo
- ➔ Hiperureciemia
- ➔ Tabaquismo
- ➔ Infarto de miocardio

Tamayo Otero, R. A., Prieto Cuesta, clara D., Villegas Llangary, G. M., & Menéndez Reyes, B. E. (2021). Factores de Riesgo y desencadenantes de la Psoriasis: estudio de revisión. *Journal of American Health*.
<https://doi.org/10.37958/jah.v0i0.87>.

López Pupo N, Tablada Robinet ME, Jacas Portuondo AL, Baltazar Green A, González Vázquez LF. Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con psoriasis. MEDISAN. 2019;; p. MEDISAN 2019;23(3):435.

Velilla Zancada , Sánchez Sánchez , Palacios Martínez , Prieto Díaz , Heras Hitos , Pallarés Carratalá , et al. Registro de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular en atención primaria. Estudio repica. Farmacéuticos Comunitarios. 2020;; p. (Supl 1. Congreso Semergen SEFAC):30.

Y en cuanto a la psoriasis... ¿cuál es el tratamiento?

La adherencia es fundamental en los pacientes con psoriasis

- Tratamiento **individualizado**. Que entiendan la cronicidad.
- Evitar desencadenantes. **Control de comorbilidades**.
- **Hidratantes** corporales/emolientes cada día.
- **Exposición solar** evitando quemadura.
- **Dieta** mediterránea evitando el sobrepeso.
- **Ejercicio físico**.
- **Apoyo psicológico** o psico-emocional si es necesario.
- **Tratamiento tópico** (principio activo y vehículo): facilitar galénica fácil de aplicar, que sea cosmética, propiedades organolépticas, etc.

Manejo de la Psoriasis en AP

Escalones terapéuticos



Manejo de la Psoriasis en AP

PSORIASIS VULGAR

LEVE-MODERADA

MODERADA-GRAVE

Psoriasis tronco y extremidades

Psoriasis cuero cabelludo

Psoriasis pliegues y genitales

Psoriasis facial

Derivar a Dermatología

- Emolientes
- Combinación fija calcipotriol/betametasona crema/espuma/gel/pomada
- Combinación corticoides/salicilatos (si hay hiperqueratosis)
- Corticoides potentes tópicos
- Análogos vitD
- Retinoides tópicos/reductores

- Combinación fija calcipotriol/betametasona crema/espuma/gel
- Corticoides tópicos solos o combinados
- Ácido salicílico (si hiperqueratosis)
- Análogos vitD
- Champú o gel de breá

- Emolientes
- Agudos: corticoides tópicos de baja potencia
- Crónicos: tacalcitol, calcitriol.
- *si hay candidiasis, tratarla

- Emolientes
- Corticoides tópicos de baja potencia
- * Inhibidores tópicos de la calcineurina (uso no aprobado en psoriasis)

*Si mala evolución en Psoriasis leve-moderada

*La única que dispone de indicación en FT del tratamiento de la psoriasis en placas en cuero cabelludo es la **crema**

Manejo de la Psoriasis en AP

FORMAS DE PRESENTACIÓN	PRIMER ESCALÓN	SEGUNDO ESCALÓN	TERCER ESCALÓN
Psoriasis vulgar	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del brote: combinación fija de calcipotriol/betametasona, corticoide tópico de potencia moderada o alta, habitualmente asociado a un análogo de la vitamina D • Tratamiento de mantenimiento: combinación fija de calcipotriol/betametasona • Segunda línea de tratamiento tópico: tazaroteno (preferiblemente en combinación con un corticoide tópico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fototerapia en placas limitadas y resistentes • Terapia sistémica: metotrexato, ciclosporina y acitretina en psoriasis extensas 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia biológica
Psoriasis guttata	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides tópicos • Análogos de la vitamina D 	<ul style="list-style-type: none"> • Fototerapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe poca evidencia respecto a la terapia biológica
Psoriasis pustulosa localizada	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides de alta potencia en oclusión 		
Psoriasis invertida	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides de baja potencia de 2 a 4 semanas y como mantenimiento 1 a 2 veces por semana dado el riesgo de atrofia cutánea. De forma excepcional y en tiempo muy limitado se puede utilizar un corticoide más potente • También en primera línea están los inhibidores de la calcineurina tópica* (tacrolimus o pimecrolimus) y los análogos de vitamina D 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe poca evidencia en cuanto al uso de terapia sistémica o biológicos 	
Psoriasis vulgar en el cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación fija de calcipotriol/betametasona • Corticoides de potencia alta o muy alta • Vaselina salicílica antes del corticoide tópico • Ciclo corto de combinación de corticoide tópico junto con el análogo de la vitamina D 2 veces al día • Champú de brea • Tazaroteno • Inyecciones de corticoides intralesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Fototerapia • Tratamiento sistémico clásico: metotrexato, ciclosporina o acitretina 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia biológica

* Aunque se utilicen, los inhibidores de calcineurina no tienen indicación en psoriasis invertida.

FUENTE: elaboración propia.

Manejo terapéutico de la Psoriasis

La importancia de la localización de las lesiones

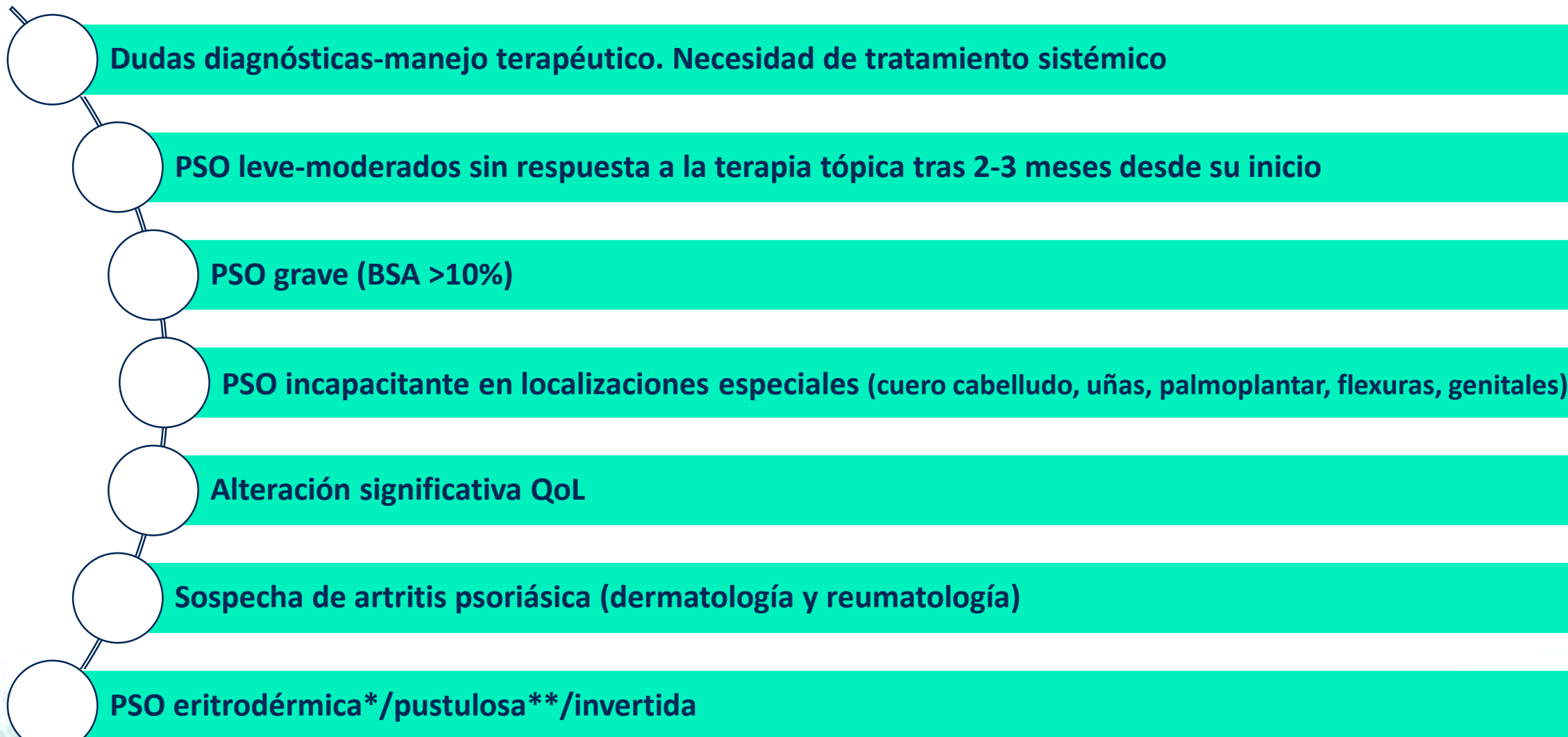
LOCALIZACIÓN DE LA PSORIASIS	TRATAMIENTO	MARCO DE TIEMPO ESPERADO PARA EL RESULTADO
Cuerpo	<ul style="list-style-type: none">• Combinación fija de análogo de la vitamina D y corticosteroide• Análogos de la vitamina D (la dosis no debe exceder los 5 mg/semana)• Corticosteroides potente o superpotente (solo usar a corto plazo)• Ácido salicílico más corticosteroide	2-4 semanas
Manos y pies	<ul style="list-style-type: none">• Combinación fija de análogo de la vitamina D y corticosteroide• Corticosteroides potente o superpotente (solo usar a corto plazo)• Ácido salicílico más corticosteroide• Oclusión durante la noche al inicio del tratamiento (guante o calcetín de plástico)• Propilenglicol más corticosteroide	4 semanas
Cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none">• Combinación fija de análogo de la vitamina D y corticosteroide• Corticosteroides potente o superpotente (solo usar a corto plazo)• Ácido salicílico más corticosteroide• Alquitrán más ácido salicílico más azufre	4 semanas
Cara	<ul style="list-style-type: none">• Corticosteroide de potencia baja o media• Inhibidor tópico de la calcineurina	2 semanas
Áreas perianales o genitales y pliegues cutáneos (axilas, región inframamaria o inguinal)	<ul style="list-style-type: none">• Corticosteroide de potencia baja o media• Inhibidor tópico de la calcineurina	2 semanas

Manejo terapéutico de la Psoriasis

Diferentes galénicas en el tratamiento tópico

VEHÍCULO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	ZONAS COMUNES DE USO
Crema	Hidratante. Buena cosmeticidad. Buena adherencia terapéutica. Fácil de aplicar. Propiedades organolépticas.	Menos oclusiva que pomada.	Apto para todo el cuerpo. Es la única galénica aprobada en ficha técnica en cuero cabelludo.
Espuma	Emoliente. Fácil de aplicar.	En cuero cabelludo puede dificultar la adherencia recomendándose lavarse el pelo posteriormente.	Apto para todo el cuerpo.
Gel	Fácil de aplicar. Cosmético.	Poca hidratación. No oclusivo.	Apto para todo el cuerpo.
Pomada	Oclusiva. Hidratante.	Aceitoso. Peor adherencia. Más difícil de aplicar.	Zonas escamosas o secas.
Loción	Fácil de aplicar. Refrescante.	No oclusivo. No hidratante.	Zonas con pelo.
Solución	Fácil de aplicar. Cosmético.	Si tiene una base de alcohol, puede resecar la piel o irritarla produciendo picor.	Zonas con pelo (y sin irritación).
Champú	Cosmético.	No oclusivo. No hidratante.	Zonas con pelo.

Criterios de derivación



* Casos agudos y **Casos generalizados es criterio de derivación inemdiata al servicio de dermatología.

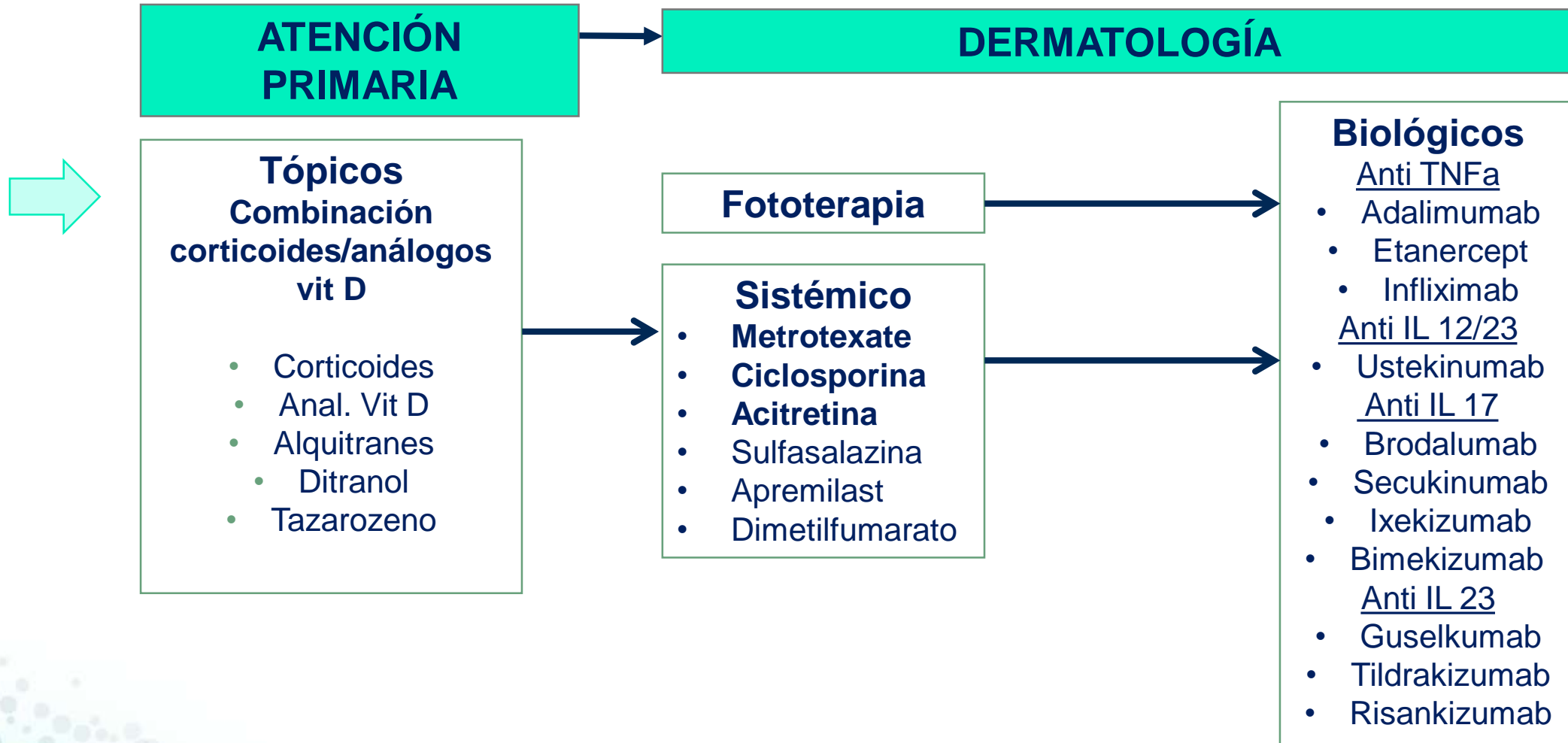
Manejo de la Psoriasis en Atención Hospitalaria

FORMAS DE PRESENTACIÓN	PRIMER ESCALÓN	SEGUNDO ESCALÓN	TERCER ESCALÓN
Psoriasis vulgar	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del brote: combinación fija de calcipotriol/betametasona, corticoide tópico de potencia moderada o alta, habitualmente asociado a un análogo de la vitamina D • Tratamiento de mantenimiento: combinación fija de calcipotriol/betametasona • Segunda línea de tratamiento tópico: tazaroteno (preferiblemente en combinación con un corticoide tópico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fototerapia en placas limitadas y resistentes • Terapia sistémica: metotrexato, ciclosporina y acitretina en psoriasis extensas 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia biológica
Psoriasis guttata	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides tópicos • Análogos de la vitamina D 	<ul style="list-style-type: none"> • Fototerapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe poca evidencia respecto a la terapia biológica
Psoriasis pustulosa localizada	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides de alta potencia en oclusión 		
Psoriasis invertida	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides de baja potencia de 2 a 4 semanas y como mantenimiento 1 a 2 veces por semana dado el riesgo de atrofia cutánea. De forma excepcional y en tiempo muy limitado se puede utilizar un corticoide más potente • También en primera línea están los inhibidores de la calcineurina tópica* (tacrolimus o pimecrolimus) y los análogos de vitamina D 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe poca evidencia en cuanto al uso de terapia sistémica o biológicos 	
Psoriasis vulgar en el cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación fija de calcipotriol/betametasona • Corticoides de potencia alta o muy alta • Vaselina salicilica antes del corticoide tópico • Ciclo corto de combinación de corticoide tópico junto con el análogo de la vitamina D 2 veces al día • Champú de brea • Tazaroteno • Inyecciones de corticoides intralesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Fototerapia • Tratamiento sistémico clásico: metotrexato, ciclosporina o acitretina 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia biológica

* Aunque se utilicen, los inhibidores de calcineurina no tienen indicación en psoriasis invertida.

FUENTE: elaboración propia.

Resumen: tratamiento integral 360°



Korman NJ. Management of psoriasis as a systemic disease: what is the evidence? Br J Dermatol. 2020 Apr;182(4):840-848.

Educación y soporte

Carmen, 53 años.

HISTORIA CLÍNICA



- Dislipemia
- HTA
- Ansiedad
- Obesidad
- Carcinoma basocelular
- **Diabetes**
- **Psoriasis**



- Atorvastatina 20mg: 0-0-1
- Enalapril 20mg: 1-0-0
- **Furosemida 10mg: 1-0-0**
- **Metformina: 875mg 1-0-0**
- **Semaglutida: 1-0-0**
- Orfidal si precisa
- **Calcipotriol/Betametasona**



- ✓ **Psoriasis bien controlada, sin brotes y sin síntomas.**
- ✓ **Realizamos revisiones periódicas para mantener controladas sus comorbilidades.**

Psoriasis en imágenes...





Características clínicas

A veces no hay escama...



Características clínicas

A veces hay pústulas...



Estériles y NO foliculares



Características clínicas

A veces parece dermatitis seborreica, candidiasis o eccema irritativo...



Hay que mirar más zonas corporales y hacer una completa anamnesis



Características clínicas

Las lesiones son **asintomáticas**, pero no siempre....

A veces pican o molestan



Características clínicas

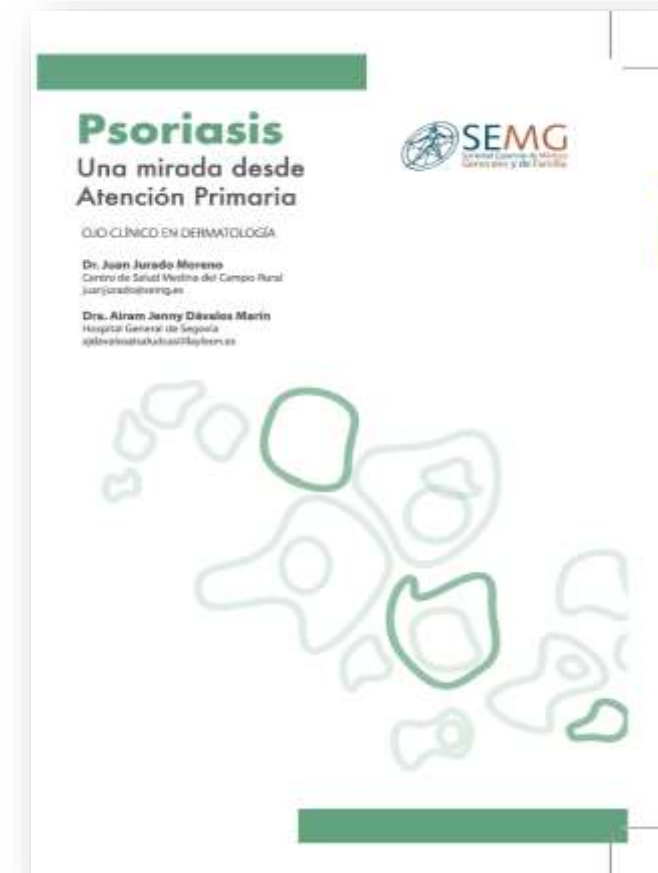
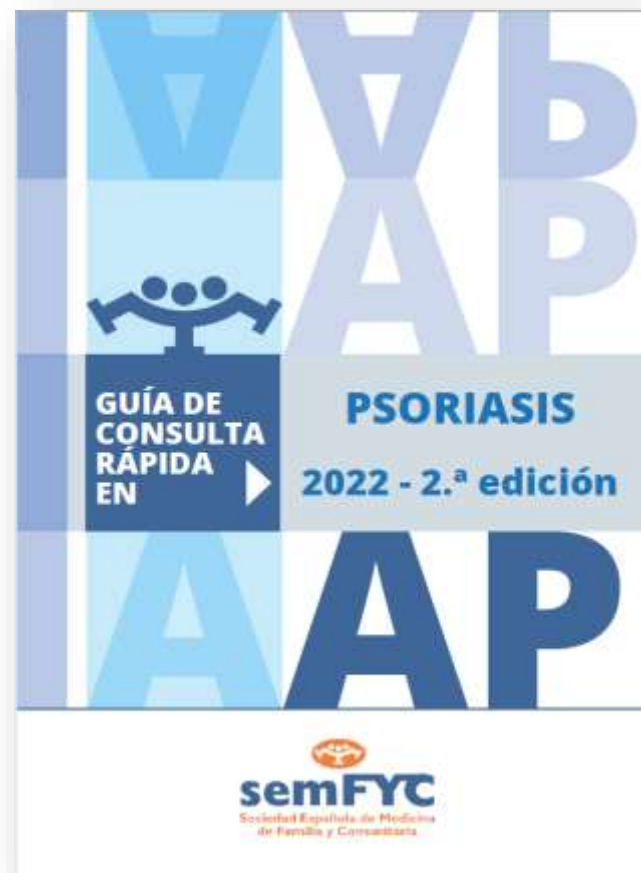
No confundirlo con dermatitis u hongos



Qué hacer en psoriasis

- ✓ Darle la **importancia** que tiene esta enfermedad.
- ✓ **Conocer** las formas clínicas y **su manejo**.
- ✓ Controlar las **comorbilidades**.
- ✓ Tener en cuenta **nutrición, estilo de vida y cuidado de la piel**.
- ✓ Realizar **controles** posteriores.
- ✓ Explicar la **naturaleza inflamatoria crónica**.
- ✓ Aplicar **criterios de derivación**.

Toda esta información la encontraréis en...





Mensajes clave

- Importancia de **explorar la superficie cutánea completa**.
- Englobar al paciente (incluyendo **comorbilidades**).
- **Iniciar el tratamiento tópico** desde las consultas de Atención Primaria.
- Es fundamental la **aceptación del tratamiento tópico por el paciente (por su fácil aplicación, cosmeticidad, propiedades organolépticas...)** para facilitar el **éxito terapéutico**.
- **Reevaluar** al paciente de forma periódica.
- Derivar cuando sea necesario.

“Lo importante es no dejar de hacerse preguntas”.

Muchas
Gracias



parbuese@salud.aragon.es