

## **PSORIASIS ¿CÓMO ABORDAR ESTA PATOLOGÍA EN APS, MÁS ALLÁ DE LA PIEL?**

**Autor(a): Dra. Paulina Cuevas M, Residente Medicina Familiar PUC**

**Tutor(a): Dra. Paulina Rojas V, Docente Departamento Medicina Familiar PUC**

**Editor(a): Dra. Loreto González V, Docente Departamento Medicina Familiar PUC**

### **Resumen de portada:**

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica. Más allá de las dimensiones físicas de la enfermedad, la psoriasis tiene un amplio impacto psicosocial en los pacientes, y múltiples comorbilidades asociadas, por lo que el manejo debe abarcar terapias tópicas efectivas y seguras, e intervenciones sobre las comorbilidades, según sea necesario. En este artículo revisaremos cómo realizar un correcto diagnóstico, comorbilidades asociadas y manejo tópico según la literatura.

**Palabras claves:** psoriasis, corticoides, análogos de vitamina D, calidad de vida, medicina familiar, APS.

## **PSORIASIS ¿CÓMO ABORDAR ESTA PATOLOGÍA EN APS, MÁS ALLÁ DE LA PIEL?**

**Autor(a): Dra. Paulina Cuevas M, Residente Medicina Familiar PUC**

**Editor(a): Dra. Loreto González V, Docente Departamento Medicina Familiar PUC**

**17 de marzo del 2020**

### **INTRODUCCIÓN**

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de base genética, mediada inmunológicamente. La evolución de la enfermedad es muy variable, pero suele presentar un curso crónico con exacerbaciones y remisiones<sup>1, 2, 3</sup>. Además, es desencadenada y/o agravada por múltiples factores.

Si bien existen diferentes presentaciones de la psoriasis, se manifiesta principalmente en la piel con lesiones eritemato-escamosas producida por la hiper proliferación de queratinocitos. También puede afectar mucosas, faneras y articulaciones.

La prevalencia a nivel mundial varía entre un 0.5-11% en los adultos, con afectación por igual en ambos sexos. En Chile, se describe prevalencia de 2-3% de las consultas dermatológicas.

Tiene una presentación bimodal entre segunda y tercera década de la vida, y en la quinta década<sup>4, 5</sup>.

### **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico es clínico, en base a la historia (caracterización de lesiones, evolución, gatillantes, fenómeno de Koebner, compromiso articular), antecedentes personales (comorbilidades, medicamentos y hábitos) y familiares y a un examen físico compatible (evaluación de lesiones y distribución), además de medición de Presión Arterial (PA), peso, talla, índice de masa corporal (IMC), y cálculo del área corporal afectada o body surface área (BSA). Evaluación de laboratorio principalmente para búsqueda de comorbilidades asociadas a psoriasis.

El estudio histopatológico no es siempre necesario y sólo se realiza en caso de duda diagnóstica.

### **CLASIFICACIÓN**

Para definir la gravedad de la enfermedad en la práctica dermatológica se utilizan diferentes métodos, dentro de los cuales está:

- BSA: Cálculo de la superficie corporal afectada por la psoriasis, siendo la primera aproximación de la extensión de la gravedad de la enfermedad. Palma mano equivale a 1%. Ésta es la más utilizada en la práctica clínica por la facilidad y rapidez de estimar el área afectada.
- PASI: Severidad y área de psoriasis (PASI) evalúa el grado de eritema, induración y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje del área topográfica comprometida.
- DLQI: Cuestionario de 10 preguntas al paciente, preguntas relacionadas con síntomas, actividades cotidianas y tratamiento.

Psoriasis leve: <5%; moderada: 5-10%; severa: cuando PASI, BSA o DLQI es >10% <sup>1, 3, 4</sup>.

Evaluar la gravedad de la enfermedad en personas con psoriasis en el momento del diagnóstico es importante porque es el primer paso en la planificación del tratamiento. La evaluación incluye registrar el área de la superficie corporal afectada, afectación de sitios de alto impacto y difíciles de tratar (por ejemplo, la cara, el cuero cabelludo, las palmas, las plantas, las flexiones y los genitales) y el impacto en calidad de vida.

### **COMORBILIDADES**

Existen algunas patologías que se asocian significativamente a la Psoriasis, dado que comparten aspectos de su fisiopatología, aunque no son la causa ni las consecuencias de la misma. Los mediadores inflamatorios como, factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), interleuquinas (ILs) y otras citoquinas, son responsables del impacto

multiorgánico de esta enfermedad: trastornos psicológicos (adicciones, depresión, ideación suicida, trastornos del ánimo, cognitivos y del sueño), obesidad, síndrome metabólico, compromiso hepático, gastrointestinal y cardiovascular <sup>6, 7</sup>.

## TERAPIA TÓPICA

La psoriasis leve puede ser manejada en APS, a continuación se exponen las alternativas de tratamiento que podemos utilizar, sus beneficios, así como eventuales efectos adversos de su uso:

### - Emolientes

Terapia básica para mejorar la estructura y función alteradas de la piel, producen una reducción de la induración y/o escama, aunque no reducen el área afectada. Suelen ser bien tolerados, sin embargo, algunos pueden causar efectos secundarios como dermatitis de contacto alérgica a fragancias o a otros componentes, prurito, etc. <sup>8</sup>

### - Alquitrán

Su mecanismo de acción no está claro, pero tiene efectos anti proliferativos y modula eventos antiinflamatorios. Se formulan a concentraciones entre el 1 y el 5% en diferentes vehículos según el área a tratar, aunque no existe una estandarización en la formulación.

Existe una escasa aceptación de este producto por que puede producir mal olor, manchas en piel y ropa. Además, pueden irritar, causar foliculitis y es fototóxico.

Hay pocos estudios comparativos y controlados con placebo que sustenten su eficacia y su seguridad.

Forma de uso: Aplicar sobre las lesiones por la noche. Lavar por la mañana con abundante agua y jabón. Evitar el sol durante las 24 horas que siguen a su aplicación <sup>1, 3, 4, 8</sup>.

### - Corticoides.

Son los fármacos más utilizados debido a que son efectivos, actúan con rapidez y son bien aceptados por los pacientes <sup>9, 10</sup>. Tienen efecto antiinflamatorio, antiproliferativo y vasoconstrictor.

La eficacia depende directamente de su potencia, vehículo de administración y adherencia.

En general con corticoides muy potentes/potentes se consigue la remisión en cerca del 70% de los pacientes a las 3-4 semanas. En cara y pliegues se prefiere menor potencia y por períodos más cortos (2-4 semanas).

En la fase de mantenimiento se puede aplicar el corticoide cada 3-4 días o bien los fines de semana, con el fin de conseguir que el paciente permanezca libre de lesiones durante unos meses y reducir el riesgo de efecto rebote, la recidiva precoz y la taquifilaxia. Para evitar efectos secundarios se sugiere no utilizarlos más de 8 semanas seguidas <sup>9, 10</sup>.

Dentro de los efectos secundarios locales los más frecuentes son la atrofia de la piel, telangiectasis, estrías, acné, foliculitis y efecto de rebote o taquifilaxia. Los efectos sistémicos son poco comunes y dentro de ellos está la supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal <sup>9, 10</sup>.

### - Análogos vitamina D.

Inhiben la proliferación de queratinocitos y mejoran la diferenciación de estos.

Se recomiendan para el tratamiento tópico a largo plazo, recomendando aplicación 2 veces al día por 3-4 semanas, donde la mejoría se empieza a notar al cabo de 1 semana de tratamiento, aunque el máximo efecto se observa a las 6 semanas. Luego indicar 2-3 veces por semanas.

Como efecto secundario se describe: irritación local (10-20%), además pueden producir hipercalcemia si se sobrepasan los 100 g semanales <sup>9, 10</sup>.

### - Combinación de corticoides con análogos de vitamina D.

Tienen efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores complementarios, poseen mayor rapidez de acción y duración de efecto postratamiento y disminución de efecto rebote. Se recomiendan en cuero y cuero cabelludo en combinación fija o por separado.

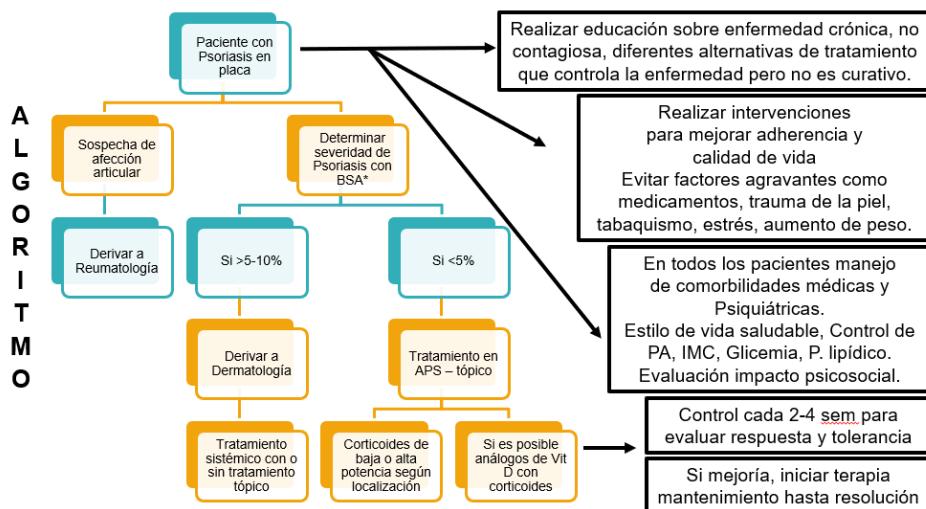
Dentro de los efectos secundarios se describe irritación y prurito ocasional <sup>9, 10</sup>.

A continuación, se describe la evidencia disponible de la efectividad y efectos adversos de los diferentes tratamientos disponibles mencionados previamente, para la psoriasis corporal como de cuero cabelludo: <sup>12, 13</sup>

- Los corticoides muy potentes/potentes son la terapia más efectiva en monoterapia.
- Los corticoides en monoterapia y en combinación con análogos de vitamina D son más efectivos que análogos de vitamina D en monoterapia.
- El aumento de la frecuencia de aplicación del tratamiento no se relaciona necesariamente con una mayor efectividad.

- Probablemente existen mayores efectos adversos con el uso de análogos de vitamina D versus el uso de corticoides tópicos. RR 0.22 (IC del 95%: 0.11-0.42). Calidad de evidencia moderada.
- Probablemente existe poca o ninguna diferencia en los efectos adversos con el uso de corticoides versus el uso de análogos de vitamina D con corticoides tópicos. RR 0.88 (IC del 95%: 0.42-1.88). Calidad de evidencia moderada.
- Existen mayores efectos adversos con el uso de análogos de vitamina D versus el uso de la combinación de análogos de vitamina D con corticoides tópicos. RR 0.19 (IC del 95%: 0.11-0.36). Calidad de evidencia alta.

Figura 1. Algoritmo de manejo de pacientes con psoriasis en placa crónica.



## CONCLUSIONES

- La psoriasis es una enfermedad sistémica crónica con un impacto más allá de manifestaciones en la piel.
- El reconocimiento de la psoriasis, así como sus comorbilidades médicas y psiquiátricas asociadas, facilita el diagnóstico y manejo oportuno.
- La psoriasis leve puedes ser tratada eficazmente en APS con manejo tópico.
- Dado la evidencia con respecto a efectividad, la disponibilidad y los costos, los corticoides tópicos serían una buena alternativa como primera línea en psoriasis en placa.
- El tratamiento debe adaptarse para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes. Es importante evaluar las expectativas del paciente y las consideraciones prácticas.

## REFERENCIAS

1. Kim, W. B., Jerome, D., & Yeung, J. (2017). Diagnosis and management of psoriasis. Canadian Family Physician, 63(4), 278-285.
2. National Institute for Health and Care Excellence. (Actualización 2017). Psoriasis: assessment and management. Clinical guideline 153
3. Grupo Argentino de Psoriasis, Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso Nacional de Psoriasis: Actualización Guía de Tratamiento 2019.
4. Feldman, S. (2019). Psoriasis: Epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico. UpToDate.
5. Valenzuela F, Silva P, et al. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. Actas Dermosifiliogr. 2011;102(10):810-816.
6. Takeshita, J., Grewal, S., Langan, S. M., Mehta, N. N., Oggie, A., Van Voorhees, A. S., & Gelfand, J. M. (2017). Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(3), 377-390.
7. Romero, W. A., & De la Cruz, C. (2011). Comorbilidades metabólicas y cardiovasculares en psoriasis. Rev Chilena Dermatol, 27(2), 146-61.
8. Jacobi, A., Mayer, A., & Augustin, M. (2015). Keratolytics and emollients and their role in the therapy of psoriasis: a systematic review. *Dermatology and therapy*, 5(1), 1–18. <https://doi.org/10.1007/s13555-015-0068-3>

9. Menter, A., Korman, N. J., Elmets, C. A., Feldman, S. R., Gelfand, J. M., Gordon, K. B., ... & Van Voorhees, A. S. (2009). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60(4), 643-659.
10. Burden, A. D., Boon, M. H., Leman, J., Wilson, H., Richmond, R., & Ormerod, A. D. (2010). Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults: summary of SIGN guidance. *BMJ*, 341, c5623.
11. Montes, E., Castellano, J. et al. Uso adecuado de los corticoides tópicos dermatológicos. BOLCAN uso racional del medicamento del SCS. Vol.8 N°4. Marzo 2017. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/73457fa1-266b-11e7-bc4e-19616096e1db/BOLCAN\\_vol8\\_n4\\_MAR\\_2017\\_Corticoides\\_top\\_derma](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/73457fa1-266b-11e7-bc4e-19616096e1db/BOLCAN_vol8_n4_MAR_2017_Corticoides_top_derma)
12. Samarasekera, E. J., Sawyer, L., Wonderling, D., Tucker, R., & Smith, C. H. (2013). Topical therapies for the treatment of plaque psoriasis: systematic review and network meta-analyses. *British Journal of Dermatology*, 168(5), 954-967.
13. SchlagerJG, RosumeckS, WernerRN, JacobsA, SchmittJ, SchlagerC, Nasta. Topical treatments for scalp psoriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD009687. DOI: 10.1002/14651858.CD009687.pub2.