

## TRATAMIENTO TÓPICO DE LA PSORIASIS

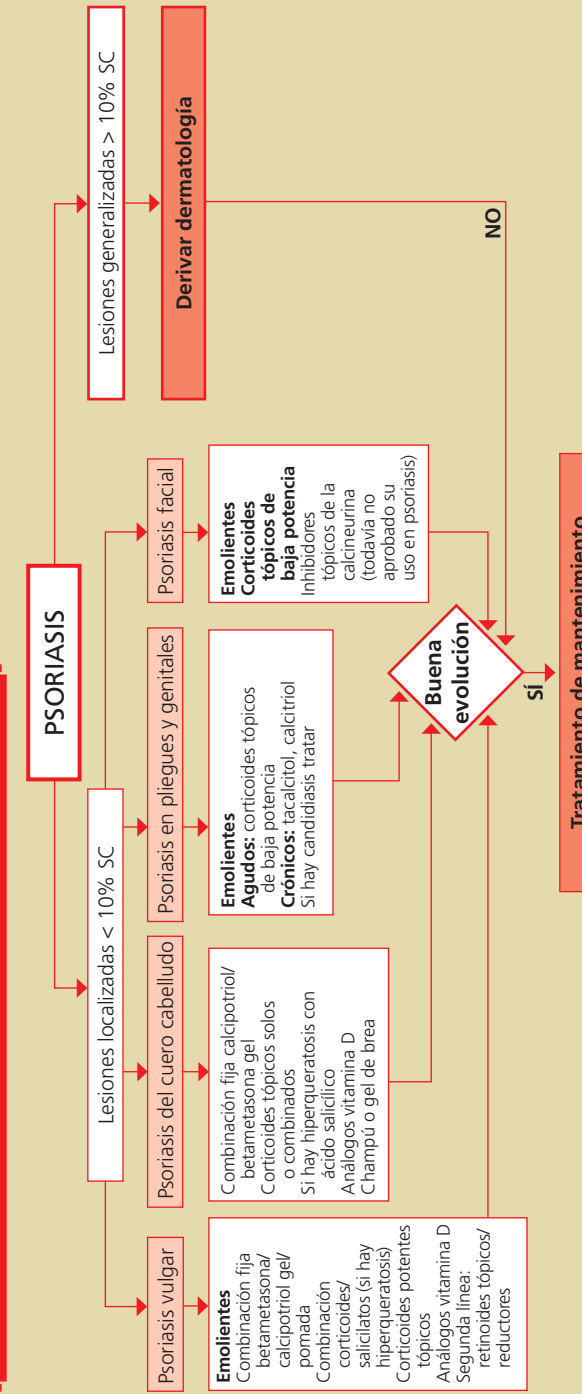
En **Atención Primaria** solamente trataremos y realizaremos seguimiento en la psoriasis leve (< 10% superficie corporal y áreas no invalidantes) con tratamiento tópico; realizaremos una pauta de tratamiento escalonado: primero se propone tratamiento tópico, después el dermatólogo puede prescribir fototerapia, tratamiento sistémico y, como último recurso, tratamientos biológicos según evolución.

Los tratamientos tópicos que disponemos son:

Fármacos	Brote o exacerbación	Continuidad	Observaciones
<b>Emolientes</b>	2-3 a/d*	2-3 a/d	Proporcionan hidratación al estrato córneo. Previenen la aparición de fisuras y ayudan a la eliminación de escamas excesivas Se recomienda <b>en todos los cuadros de psoriasis</b>
<b>Queratolíticos</b> Vaselina salicilica 2-5%, urea, ácido láctico formulado en cremas o pomadas	1a/d		Se aplica en curas oclusivas, son útiles para hidratar, facilitan la penetración percutánea de algunos medicamentos. Estas curas no deben prolongarse más de 6-8 horas para evitar la maceración e infección y salicilemia <b>Efectos secundarios frecuentes:</b> irritación cutánea
<b>Corticoides tópicos (valorar topografía/potencia)</b> • Potencia muy alta, alta o media: clobetasol 0,05%, betametasona 0,05-0,1%, mometasona 0,1%, clobetasona 0,05% y otros • Potencia baja: cara, pliegues y genitales: hidrocortisona acetato 1-2,5% y fluocortina 0,75% <b>Fuerza recomendación A</b> <b>Nivel de evidencia II-ii eficacia</b>	1-2 a/d (según principio activo) durante 2-4 semanas <b>Inicio de respuesta al tratamiento:</b> tras 1-2 semanas de aplicación	2-3 a/semana	<b>Es el tratamiento de elección en monoterapia como en combinación en psoriasis leve o moderada en brote. Se ha contrastado su eficacia y perfil de seguridad en numerosos ensayos clínicos</b> Con el control de la enfermedad reduciremos la potencia de los mismos y su frecuencia de aplicación, de forma progresiva, para reducir el efecto rebote y taquifilaxia <b>Efectos secundarios frecuentes:</b> hipopigmentación, atrofia cutánea, estrías <b>Contraindicaciones:</b> rosácea, acné vulgar, dermatitis perioral, infecciones cutáneas. <b>Puede empeorar patologías de base</b> como la diabetes, la hipertensión o provocar retraso del crecimiento infantil
<b>Combinación en dosis fijas de calcipotriol y corticoides</b> <b>Fuerza recomendación A</b> <b>Nivel de evidencia I-i eficacia</b>	1a/d durante 4 semanas <b>Inicio de respuesta al tratamiento:</b> tras 1 semana	2-3 a/semana a 1a/d <sup>15</sup> hasta 52 semanas	<b>La eficacia y la seguridad a dosis fijas son superiores a los medicamentos por separado y reducen la cantidad de aplicación de corticoide</b> La terapia de continuidad con la combinación es más efectiva y tan segura como los análogos de la vitamina D (B-I-ii) <b>Efectos secundarios frecuentes:</b> irritación, prurito ocasional <b>Presentación en gel y pomada para placas y gel lipofílico</b> para cuero cabelludo
<b>Combinación de corticoides y ácido salicílico</b> <b>Fuerza recomendación B</b> <b>Nivel de evidencia I-i eficacia</b>	1-2 a/d durante 2-4 semanas <b>Inicio de respuesta al tratamiento:</b> tras 1-2 semanas	ND	Indicado en lesiones hiperqueratósicas. La eficacia y la seguridad en fase aguda de la combinación son superiores a la medicación por separado <b>Efectos secundarios frecuentes:</b> irritación, prurito, atrofia cutánea
<b>Análogos de la vitamina D<sub>3</sub></b> <b>Calcipotriol</b> <b>Tacalcitol</b> <b>Calcitriol</b> <b>Fuerza recomendación A</b> <b>Nivel de evidencia I-i eficacia y II-i seguridad</b>	1-2 a/d (según principio activo) durante 6-8 semanas <b>Inicio de respuesta al tratamiento:</b> tras 2 semanas	1-2 a/d máximo 8 semanas	<b>Es el tratamiento de elección en monoterapia y en combinación con corticoides en psoriasis leve o moderada durante la fase de inducción. Se ha contrastado su eficacia y perfil de seguridad en numerosos ensayos clínicos.</b> Combinado con UVB o PUVA es efectivo <b>Efectos secundarios frecuentes:</b> irritación, prurito, dermatitis irritativa, hipercalcemia sin necesidad de monitorización con dosis inferiores a 120 g/semana <b>Interacciones:</b> el calcipotriol se inactiva en presencia del ácido salicílico y con la luz ultravioleta (se aplica 2 horas antes de la radiación). No administrar conjuntamente con medicamentos que aumenten los niveles séricos de calcio (p. ej., diuréticos tiazídicos), ni en pacientes que tomen suplementos de calcio o altas dosis de vitamina D <b>Contraindicaciones:</b> insuficiencia renal o hepática
<b>Retinoides</b> <b>Tazaroteno gel</b> <b>Fuerza recomendación B</b> <b>Nivel de evidencia I-ii eficacia</b>	1a/d por la noche durante 6-12 semanas (no tocar piel sana) <b>Inicio de respuesta al tratamiento:</b> tras 2 semanas	ND	La formulación en gel para una aplicación diaria resulta agradable cosméticamente. Cuando se utiliza en monoterapia presenta una eficacia limitada y alta capacidad de irritación; con la combinación de corticoides tópicos presenta mayor efectividad y menos irritación. Puede utilizarse con fototerapia. También se puede combinar con calcipotriol <b>Contraindicaciones:</b> embarazo y lactancia, psoriasis pustulosa y exfoliativa
<b>Reductores</b> <b>Alquitrán: ditranol o antralina</b> <b>Fuerza recomendación B</b> <b>Nivel de evidencia I-ii eficacia</b>	Escalonamiento 1a/d (4 semanas) <b>Inicio de respuesta al tratamiento:</b> tras 2-3 semanas de aplicación	ND	El tratamiento en pauta de contacto breve en monoterapia en pacientes con psoriasis leve-moderada está recomendado en la inducción del tratamiento en centros especializados siguiendo instrucciones precisas y una evaluación continuada. Se puede combinar con corticoides y queratolíticos <b>Efectos secundarios:</b> irritación, foliculitis, probable riesgo de carcinogénesis en animales de laboratorio <b>Contraindicaciones:</b> foliculitis, acné vulgar, lupus eritematoso, pieles inflamadas o heridas abiertas con supuración
<b>Inhibidores de la calcineurina</b> <b>Tacrolimus</b> <b>Pimecrolimus</b>	2 a/d máximo 3 semanas, después reducir 1 a/d hasta desaparecer la lesión <b>Inicio de respuesta al tratamiento:</b> tras 2 semanas	ND	Se han empleado con éxito en determinadas variantes y localizaciones (facial, intertriginosa y perianal) de psoriasis, si bien no está aprobada para esta indicación (fuerza recomendación B) <b>Efectos secundarios frecuentes:</b> quemazón/escozor, prurito, rosácea. Parestesias e hiperestésias. Intolerancia al alcohol. Riesgo de infección por virus del herpes <b>Interacciones:</b> con vacunas <b>Contraindicaciones:</b> hipersensibilidad a macrólidos en general

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

## ALGORITMO DEL TRATAMIENTO TÓPICO DE LA PSORIASIS



# Tratamiento Tópico de la Psoriasis en Atención Primaria

**M.ª del Mar Ballester**  
Grupo de Dermatología (CAMFiC)

**Colaboradores:**

**Montse Andreu**  
Grupo de Medicina Rural y Dermatología (CAMFiC)

**Valentí Aragunde**  
Grupo de Dermatología (CAMFiC)

**Olga Domínguez**  
Grupo de Dermatología (CAMFiC)

**Sandra Pons**  
Grupo de Dermatología (CAMFiC)

**Rosa Senán**  
Grupo de Dermatología (CAMFiC)



Fundación de Atención Primaria

Con el patrocinio de:



LEO Pharma

www.leo-pharma.es

## ¿QUÉ ES LA PSORIASIS?

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, y ocasionalmente de las articulaciones, que sigue un curso crónico, con exacerbaciones y remisiones, pero no es contagiosa. En la anatomía patológica existe una pérdida del control del recambio celular (*turn-over*) de la epidermis (normalmente este recambio de queratinocitos se realiza en 30 días y en estos pacientes es de 3 días), estas células se acumulan en la capa córnea dando unas escamas nacaradas y en las capas profundas se produce una dermatosis inflamatoria (mecanismo inflamatorio activado en la dermis).

La prevalencia en la población española afecta a un 1,4% (3-4%) (dos picos de máxima incidencia: 2.ª y 5.ª décadas), con afectación por igual en ambos sexos; existen dos picos de máxima incidencia: más del 70% de los casos se manifiesta antes de la segunda década de la vida, y algunos después de la quinta década (psoriasis de inicio tardío). Es muy infrecuente o ausente en África occidental, Japón, esquimales e indios americanos. Tiene una etiología desconocida. Existen dos teorías: base genética (clásica) y teoría inmunológica (la actual). Está genéticamente determinada (se asocia a determinados HLA: el más frecuente el Cw6). La incidencia<sup>1</sup> de la enfermedad entre familiares es superior al 30%; si el padre y la madre padecen psoriasis, el 40% de los hijos la sufrirán y, en gemelos univitelinos, la concordancia es superior al 60%. Sobre esta base genética<sup>2</sup> actuarían como desencadenantes determinados como algunos superantígenos infecciosos (estrep-tococos, estafilococos, VIH y candidas), traumatismos (incluyendo el rascado para evitar el fenómeno de Koebner), fármacos (los AINE, la supresión del tratamiento con corticoides sistémicos, β-bloqueantes, litio, antimaláricos, algunos antihipertensivos) o el estrés, el clima frío, o el alcohol, entre muchos. El mejor conocimiento de la etiopatogenia de la psoriasis ha favorecido que sea considerada como un proceso inflamatorio

sistémico que presenta comorbilidades en localizaciones diferentes a la cutánea, como son las articulaciones, el sistema circulatorio y el metabólico.

Se conoce la asociación epidemiológica de la psoriasis, especialmente las formas graves, con diversas enfermedades con las que comparte un sustrato patogénico común (como artritis y enfermedad de Crohn, por ejemplo). En el paciente con psoriasis grave también se encuentra un aumento en la prevalencia<sup>3</sup> de obesidad central, dislipemia, diabetes mellitus del adulto, esteatosis hepática, síndrome metabólico, enolismo y tabaquismo, que contribuyen al incremento en el riesgo de morbimortalidad<sup>4</sup> relacionada con la aterosclerosis, sobre todo a nivel coronario, cerebrovascular y por arteriopatía periférica. Por otro lado, estudios recientes también sugieren que el control óptimo de la artritis psoriásica y las formas graves de psoriasis podrían contribuir a mejorar el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

## TRATAMIENTO<sup>5-7</sup> tópico de la psoriasis en Atención Primaria, está indicado en la psoriasis leve










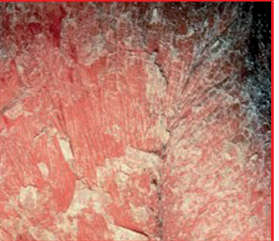
- Informar sobre la no contagiosidad, la cronicidad del cuadro, la evolución a brotes y los factores desencadenantes.
- Recomendar que se apliquen diariamente hidratantes para mejorar la elasticidad de las placas, tomar el sol sin quemarse y apoyo psicológico.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dermatitis seborreica, micosis, eritrasma, liquen simple, eczema de contacto.
- La psoriasis en gotas debe diferenciarse de varicela, liquen plano, lúes secundaria, pitiriasis rosada y tiña.

## FORMAS CLÍNICAS<sup>8,9</sup>

En el siguiente esquema se representan las características diferenciadoras de cada tipo de psoriasis con su tratamiento recomendado:

Psoriasis vulgar	Psoriasis del cuero cabelludo <sup>11</sup>	Psoriasis facial	Psoriasis en flexuras y genitales	Psoriasis ungueal
 <p>En placas eritematodescamativas con escamas nacaradas o plateadas no adherentes y bordes delimitados No pruriginosa De curso crónico e intermitente Afectación simétrica en codos, rodillas, sacro...</p>	 <p>Varía desde pequeñas áreas eritematosas hasta placas gruesas cubiertas de escamas bien delimitadas Localizaciones: zona implantación (inicio cuero cabelludo y cejas) y retroauricular No causa alopecia</p>			 <p>Lesiones ungueales: depresiones puntiformes (<i>pitting</i>), hiperqueratosis subungueal, onicólisis, mancha de aceite (patognomónica)</p>
<p>Combinación betametasona/ calcipotriol/ pomada<sup>10</sup> Combinación corticoides/salicilatos Emolientes Queratolíticos Corticoides potentes tópicos Análogos tópicos vitamina D Retinoides tópicos Reductores</p>	<p>Combinación calcipotriol/ betametasona gel<sup>12-14</sup> una aplicación/día durante 4 semanas Corticoides tópicos solos o combinados Si hay hiperqueratosis, tratar con ácido salicílico Análogos tópicos vitamina D Champú o gel de brea</p>	<p>Emolientes Corticoides tópicos de baja potencia Inhibidores tópicos de la calcineurina (todavía no aprobado su uso en psoriasis)</p>	<p>Emolientes <b>Agudos:</b> corticoides tópicos de baja potencia <b>Crónicos:</b> tacalcitol, calcitriol <b>Si hay candidiasis, tratar</b> Para los inhibidores tópicos de la calcineurina todavía no está aprobado su uso en psoriasis</p>	<p>El tratamiento tópico suele ser ineficaz. Medidas cosméticas (puede ser eficaz derivados de las vitaminas D y A, laca de clobetasol propionato al 8%) Se ha demostrado eficacia con tratamientos sistémicos como ciclosporina o terapias biológicas</p>
Psoriasis en gotas	Psoriasis invertida	Psoriasis palmoplantar	Psoriasis pustulosa	Psoriasis eritrodérmica/exfoliativa
 <p>Cientos de pequeñas pápulas diseminadas por todo el tegumento en forma de gotas Frecuentemente aparece la erupción 15 días después de una infección</p>	 <p>Placas de color rojo intenso, sin apenas descamación Afecta a grandes pliegues: submamario, interglúteo, axilas, ingles</p>		 <p>Von Zumbusch: generalizada y grave Palmoplantar: brotes repetidos Acral: alrededor de las uñas</p>	 <p>Su aparición puede ser espontánea o tras un tratamiento que el enfermo no tolera</p>
<p>Corticoide tópico Antibiótico oral Suele desaparecer espontáneamente en 2 meses</p>	<p>Corticoide tópico poco potente Análogos vitamina D (tacalcitol o calcitriol)</p>	<p><b>Derivar al dermatólogo</b> Corticoides tópicos de alta potencia con o sin ácido salicílico</p>	<p><b>Derivar al hospital</b></p>	<p><b>Derivar al hospital</b></p>

Fuente de fotografías: recogida propia, www.psorinfo.es y www.dermatoweb.net.

## BIBLIOGRAFÍA

- Elder JT, Nair RP, Voorhees JJ. Epidemiology and genetics of psoriasis. *J Invest Dermatol* 1994;102:245-275.
- Martí RM, Casanova JM, Astals M, Baradad M. Etiopatogenia de la psoriasis. *Clínicas Dermatológicas de la AEDV* 2004;2:34-51.
- Moreno-Giménez JC, Jiménez-Puya R y Galán-Gutiérrez M. Comorbilidades en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2010;101 (Supl. 1):55-61.
- Prodanovich S, Kirsner R, Kravetz J, Ma F, Martínez L, Federman DG. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality. *Arch Dermatol* 2009;145 (6): 700-703.
- Gillard SE, Finlay AY. Current management of psoriasis in the United Kingdom: patterns of prescribing and resource use in primary care. *Int J Clin Pract* 2005;59:1260-7.
- Pearce DJ, Stealey KH, Balkrishnan R, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Psoriasis treatment in the United States at the end of the 20th century. *Int J Dermatol* 2006;45:370-4.
- Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L. Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:190-200.
- Casanova JM, Ribera M. Enfermedades de la piel. Protocolo 2002/1. Los 20 motivos de consultas dermatológicas más frecuentes en atención primaria y su diagnóstico diferencial (I). Lesiones de contenido líquido y lesiones eritematosas. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Protocolo 2002/1. 8:1-46.
- Cristina Lodeiro Lodeiro, Joaquín Serrano Peña, Jesús del Pozo Losada. [www.fisterra.com/guias2/psoriasis.asp](http://www.fisterra.com/guias2/psoriasis.asp)
- Langley R, Gupta A, Wexler D, Curcic D, Papp K. Efficacy and safety of calcipotriene plus betamethasone dipropionate gel compared to tacalcitol ointment and gel vehicle alone in patients with psoriasis vulgaris: a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2010;62(3, Suppl. 1).
- Camacho FM. Psoriasis del cuero cabelludo. *Monografías de dermatología* 2009; vol 22:55-60.
- Warren R, Brown BC, Griffiths. Topical Treatments for Scalp Psoriasis. *Drugs* 2008; 68(16):2293-2302. C.E.M.
- Jemec G, Ganslandt C, Ortonne J, Poulin Y, Burden A.D, Unamuno P. Una nueva formulación para cuero cabelludo de calcipotriol y betametasona comparada a sus ingredientes activos y frente a vehículo en psoriasis del cuero cabelludo: ensayo randomizado, doble ciego y controlado. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:455-63.
- Kerkhof PCM, Hoffmann V, Anstey A, Barnes L, Bolduc C, Reich K. A new scalp formulation of calcipotriol plus betamethasone dipropionate compared with each of its active ingredients in the same vehicle for the treatment of scalp psoriasis: a randomized, double-blind, controlled trial. *British Journal of Dermatology* 2009; 160:170-176.
- Kragballe JP, Austad J, Barnes L, Viví A, De la Brassine M, Cambazard F, Fleming C, Heikkilä H, Jolliffe D, Peyri J, Svensson A, Toole J, Wozel G. A 52 week randomized safety study of calcipotriol/betamethasone dipropionate two-compound product (Dovonet®/daivonet®/taclonex®) in the treatment of psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol* 2006; 154:1155-1160.