

TRATAMIENTO TÓPICO DE LA PSORIASIS

Actualmente existen distintos tratamientos:

Fármacos	Brote o exacerbación	Continuidad	Observaciones
1ª Línea			
Combinación en dosis fijas de calcipotriol y corticoides Fuerza recomendación A Nivel de evidencia I-i eficacia	1a/d durante 4 semanas Inicio de respuesta al tratamiento: tras 1 semana	2-3 a/semana a 1a/d/15 hasta 52 semanas ¹³	La eficacia y la seguridad a dosis fijas son superiores a los medicamentos por separado y reducen la cantidad de aplicación de corticoide. La terapia de continuidad con la combinación es más efectiva y tan segura como los análogos de la vitamina D (B-I-ii). Efectos secundarios frecuentes: irritación, prurito ocasional. Presentación en excipiente gel lipofílico y pomada para cubrir todas las localizaciones y preferencias del paciente. El gel mejora la adherencia del paciente y, por tanto, es más coste-efectivo.
Combinación de corticoides y ácido salicílico Fuerza recomendación B Nivel de evidencia I-i eficacia	1-2 a/d durante 2-4 semanas Inicio de respuesta al tratamiento: tras 1-2 semanas	ND	Indicado en lesiones hiperqueratóticas. La eficacia y seguridad en la fase aguda de la combinación son superiores a la medicación por separado. Efectos secundarios frecuentes: irritación y prurito.
Corticoides tópicos (Observar potencia según localización)	1-2 v/durante 3-4 semanas	1 v/2-3 v/semana	Puede emplearse en todo tipo de psoriasis. Tras 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 (resistencia al tratamiento).
Análogos de la vitamina D Calcipotriol Tacalcitol Calcitriol	1-2 v/durante 3-4 semanas	1 v/2-3 v/semana, máximo 52 semanas de tratamiento ¹³	Puede emplearse en todo tipo de psoriasis con poca afectación PASI. No se necesita monitorización con dosis inferiores a 120 g/semana. No combinar con ácido salicílico u otros compuestos ácidos. Combinado con UVB o PUVA es efectivo. Para reducir el riesgo de hipercalcemia, no administrar más de 100 g/semana de calcipotriol o 30 g/semana de tacalcitol. No administrar en insuficiencia renal. Efectos secundarios frecuentes: dermatitis de contacto irritativa, no aplicar en la cara, ni en los pliegues (excepto calcitriol).
2ª Línea			
Retinoides Tazaroteno gel	Una aplicación por la noche durante un máximo de 3 meses, sólo sobre las áreas afectas por la psoriasis (no tocar piel sana)		La formulación en gel para una aplicación diaria resulta agradable cosméticamente. Cuando se utilizan en monoterapia presentan una eficacia limitada y alta capacidad de irritación. Cuando se combinan con corticoides tópicos presentan mayor efectividad y menos capacidad de irritación. Pueden utilizarse combinados con fototerapia. Los retinoides son potencialmente teratogénicos.
Reductores Alquitrán Ditranol	Una aplicación al día, inicialmente 30 minutos a días alternos, aumentando la duración y frecuencia, según la tolerancia del paciente		Ambos son efectivos, pero poco aceptados por los pacientes. El alquitrán mancha, huele y es fototóxico, por lo que no debe emplearse durante las 24 horas que preceden a un baño de sol. El ditranol o la antralina manchan y son bastante irritantes, si no se aplican cuidadosamente. Después del tiempo de aplicación prescrito, deben eliminarse completamente con aceite mineral, seguido de un lavado con jabón ácido. En la actualidad prácticamente no se usan.
Tratamiento coadyuvante			
Emolientes	2-3 a/d	2-3 a/d	Proporcionan hidratación al estrato córneo. Previenen la aparición de fisuras y ayudan a la eliminación de las escamas. Se recomiendan en todos los casos de psoriasis, menos en los pliegues.
Queratolíticos Ácido salicílico y ácido láctico	1v/d		Son útiles para eliminar las escamas y facilitan la penetración percutánea de algunos medicamentos. Estas curas no deben prolongarse más de 6-8 horas para evitar la irritación, maceración e infección.

a/d: aplicaciones diarias; v/d: veces/día; a/semana: aplicaciones semanales; ND: no determinada.

TRATAMIENTO TÓPICO DE LA PSORIASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Grupo de Dermatología de CAMFiC

Grupo de Cirugía Menor y Dermatología de la semFYC

Autores:

M^a del Mar Ballester

Miquel Ribera

Colaboradores:

Rosa Senan

Montse Andreu

Olga Domínguez



Con el patrocinio de:



Laboratorios LEO Pharma, S. A.
www.leo-pharma.es

¿QUÉ ES LA PSORIASIS?

La psoriasis es una enfermedad eritematoescamosa de la piel que afecta entre el 1,4%¹ y el 2,3%² de la población española, con dos picos de máxima incidencia: segunda y quinta décadas de la vida³. Es una enfermedad inflamatoria autoinmune de etiología desconocida para la que existe una predisposición genética⁴. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y es de gran ayuda para ello observar el signo del rocío hemorrágico (al raspar la lesión aparece un sangrado puntiforme). Al remitir las lesiones, puede objetivarse una hipopigmentación o una hiperpigmentación residual que con el tiempo desaparece. Alrededor del 20% de los pacientes desarrollan artritis psoriásica generalmente en la cuarta y quinta década de la vida.

En los últimos años se ha demostrado que padecer psoriasis moderada-grave comporta un aumento de la morbimortalidad global por enfermedad cardiovascular⁵ debido a una mayor prevalencia de síndrome metabólico, obesidad⁶, diabetes, hipertensión y enfermedad coronaria, lo que ha llevado a plantear la hipótesis que si se optimiza el control de la psoriasis podremos disminuir el riesgo cardiovascular⁷. Por este motivo, en Atención Primaria hemos de ser más estrictos en la detección y también en el control de los factores de riesgo cardiovascular asociados a la psoriasis.

En Atención Primaria realizaremos una evaluación INDIVIDUALIZADA

Se valora primero la **intensidad** del brote. La intensidad o gravedad de la psoriasis se puede valorar de tres formas:

1. Calculando la extensión de las placas con el **BSA** (Body Surface Area). Para ello se utiliza la palma de la mano del paciente (con dedos) que equivale a un 1% de la superficie cutánea corporal, aunque es difícil de calcular en caso de pequeñas placas o de psoriasis en gotas.
2. Midiendo el **PASI**⁸ (Psoriasis Area Severity Index).

3. Valorando la afectación de la calidad de vida que origina la enfermedad con el test **DLQI** (Dermatologic Life Severity Index)⁹.

Se considera que un paciente padece una psoriasis moderada-grave (20% casos) cuando tiene alguno de los valores de PASI, BSA o DLQI mayores de 10 (Regla de los 10).

En **Atención Primaria** haremos el control¹⁰ según las últimas recomendaciones, como las de la guía NICE¹¹, de la psoriasis que puede tratarse con tratamiento tópico: la psoriasis en placas con < 5% de superficie cutánea afecta, la que impacta de forma leve o moderada en la calidad de vida y la psoriasis en gotas leve (< 5% de superficie cutánea o poco impacto en la calidad de vida).

Derivaremos al dermatólogo




Los pacientes con psoriasis en placas con una superficie afecta > 5-10% y/o con impacto moderado-severo de la calidad de vida, psoriasis en gotas extensa y las formas clínicas complejas: psoriasis pustulosa, psoriasis eritrodérmica, psoriasis con afectación ungueal y con afectación articular. También deben derivarse los pacientes que no respondan al tratamiento tópico.

TRATAMIENTO¹¹

- Informar sobre la no contagiosidad, la cronicidad del cuadro, la evolución a brotes, los **factores desencadenantes**, como el estrés y las infecciones (estafilococo, HIV, cándida, estreptococos). Recomendar evitar los traumatismos (incluyendo el rascado para que no se produzca el fenómeno de Koebner) y evitar la ingesta de determinados medicamentos como el litio, los betabloqueantes, los antipalúdicos, los AINE y la supresión del tratamiento con corticoides sistémicos.
- Recomendar que se apliquen diariamente hidratantes para mejorar la elasticidad de las placas, tomar el sol sin quemarse y proporcionar apoyo psicológico, si es necesario.

- **El objetivo es mejorar el cumplimiento terapéutico**, pues se ha objetivado que hasta un 40% de personas con psoriasis presentan escasa adherencia al tratamiento (EUROPSO); para fomentarla hemos de crear una relación médico-paciente estrecha, tomar una decisión compartida, elegir el vehículo adecuado y buscar un principio activo que proporcione una mejoría rápida¹².
- Escoger el excipiente de los tratamientos tópicos según la localización de las lesiones (ver recuadro).

FORMAS CLÍNICAS:

				
Psoriasis vulgar (más frecuente)	Psoriasis en gotas	Psoriasis invertida		
Placas eritematosas-descamativas de bordes bien delimitados, con escamas nacaradas o plateadas en la superficie. Curso crónico e intermitente.	Pápulas de < 1 cm diseminadas por todo el tegumento. Brote 15 días después de una infección.	Placas de color rojo intenso, sin apenas descamación.		
Afectación simétrica en codos, rodillas, sacro	Cuero cabelludo	Lesiones en cara y genitales	Tronco	Grandes pliegues: axilas, ingles, submamario, interglúteo
Emolientes. Betametasona-análogos vitamina D (pomada/gel > mejora la adherencia del paciente al tratamiento). Corticoides + queratolíticos. Corticoides de potencia alta. Análogos vitamina D.	Betametasona-análogos vitamina D (gel). Champú brea. Corticoides. Solución/espuma/champú. Loción análogos vitamina D. Hiperqueratosis: queratolíticos.	Emolientes. Corticoides de baja potencia. Betametasona-análogos vitamina D (gel). Análogos vitamina D (calcitriol). No aprobados FDA (inhibidores calcineurina ¹⁴). Si hay candidiasis tratar.	Emolientes. Corticoides tópicos. Betametasona-análogos vitamina D (gel). Antibiótico oral si hay infección bacteriana activa. Desaparece espontáneamente en 2 meses.	Pastas al agua o talcos líquidos. Corticoides de baja potencia (crema). Análogos vitamina D (calcitriol). No aprobados FDA (inhibidores calcineurina ¹⁴).

Localización de las lesiones

Cuero cabelludo	Champús, espráis, lociones, geles
Pliegues	Cremas, polvos, pastas
Cara	Cremas, lociones, geles
Palmas, plantas, rodillas, codos	Pomadas, ungüentos, geles

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ferrándiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15: 20-3.
- 2 Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. Actas Dermosifiliogr 2014;105(5):504-509.
- 3 Christophers E. Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. Clin Exp Dermatol. 2001 Jun;26(4):314-20.
- 4 Valdivia – Blondet L. Patogenia de la psoriasis. Dermatol Perú 2008;18(4): 340-345.
- 5 From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: The risk of cardiovascular disease in individuals with psoriasis and the potential impact of current therapies. J Am Acad Dermatol 2014;70:168-77.
- 6 Carrascosa JM, Rocamora V, Fernández-Torres RM, Jiménez-Puya R, Moreno JC, Coll-Puigserver N, et al. Obesidad y psoriasis: naturaleza inflamatoria de la obesidad, relación entre psoriasis y obesidad e implicaciones terapéuticas. Actas Dermosifiliogr 2014; 105:31-44.
- 7 Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. Actas Dermosifiliogr 2012;103 (Supl 1):1-64.
- 8 http://www.pasitraining.com/calculator/step_1.php
- 9 <http://www.solapso.org/archivos/evaluacion/DLQI-es.pdf>
- 10 Alcántara PA, Menárguez JF. Psoriasis. AMF 2012; 8:606-16.
- 11 <http://pathways.nice.org.uk/pathways/psoriasis>
- 12 Puig L, Carrascosa JM, Belinchón I, Fernández-Redondo V, Carretero G, Ruiz-Carrascosa JC, et al. Adherencia y satisfacción del paciente y características organolépticas y de uso de los tratamientos tópicos utilizados para la psoriasis: Consenso Delphi del panel de expertos y miembros del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Actas Dermosifiliogr 2013;104:488-96.
- 13 Kragballe JP, Austad J, Barnes L, Viví A, de la Brassine M, Cambazard F, et al. 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; 154:1155-60.
- 14 Wang C, Lin A. Efficacy of topical calcineurin inhibitors in psoriasis. J Cutan Med Surg 2014, 18:8-14.