

Guía

de recomendaciones prácticas en psoriasis

COORDINADOR

Dr. Julio Antonio Heras Hitos





Guía

de recomendaciones prácticas en psoriasis

Coordinador

Dr. Julio Antonio Heras Hitos

Coordinador del Grupo de Trabajo
de Dermatología de SEMERGEN

Autor

Dr. José Antonio Brioso Rodríguez

Grupo de Trabajo de Dermatología
de SEMERGEN

ÍNDICE

Introducción	3
Diagnóstico y diagnóstico diferencial	4
Manejo y tratamiento	9
Bibliografía	15

© Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Jorge Juan 66 -local. 28009-Madrid
www.semegen.es

Diseño, realización y coordinación
editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.^º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-19459-81-7
Depósito Legal: M-8382-2025

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

* En las imágenes señaladas se ha solicitado al paciente el correspondiente permiso para su publicación.

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, crónica, multisistémica, en la cual la afectación cutánea es la más frecuente y, dentro de esta, la presentación más habitual es la vulgar o en placas. Sin embargo, al ser una patología inmunomedida, hay también afectación articular, a la que se asocian otras comorbilidades¹.

Debemos conocer esta entidad, puesto que tiene una prevalencia estimada en España del 2,69 %². Además, es en Atención Primaria donde vamos a tratar los casos leves y moderados y sus comorbilidades^{3,4}. Entre ellas, podemos enumerar la artropatía psoriásica, la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico, la enfermedad por hígado graso no alcohólico, la enfermedad inflamatoria intestinal, la insuficiencia renal, el cáncer cutáneo no melanoma, el linfoma, la apnea del sueño, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la uveítis y otras enfermedades inmunomedidas. Por último, y no por ello menos importante, destacaremos la afectación de la esfera psíquica (ansiedad y depresión).

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

DIAGNÓSTICO

Existen varias presentaciones clínicas. Las más frecuentes son¹:

Psoriasis vulgar o en placas

La más frecuente (90 % de los casos)

Placas eritematosas descamativas con escamas nacaradas en codos, rodillas, sacro, manos



Fuente: fondo bibliográfico del Dr. Briosso*.

Psoriasis del cuero cabelludo

Localización especial de psoriasis en placas que aparece en el 75-90 % de los casos

Placas con bordes definidos y escamas adherentes. A veces indistinguible de la dermatitis seborreica



Fuente: istockphoto.com.

Psoriasis en gotas o *guttata*

Típicamente tras faringoamigdalitis estreptocócica

Placas pequeñas y numerosas, especialmente en tronco y raíz de miembros



Fuente: fondo bibliográfico del Dr. Brioso*.

Psoriasis inversa

Pliegues retroauriculares, interglúteo, inguinales, axilares, submamarios

Placas eritematosas bien delimitadas, lisas y brillantes, con poca descamación



Fuente: fotografía cedida por el Dr. F. J. Esteban González*.

Psoriasis pustulosa

Se distinguen las formas generalizadas y las formas localizadas. Puede ser grave, incluso mortal

Pústulas estériles sobre una base eritematosa



Fuente: Wikipedia (autor: Mohammad 2018).

Psoriasis eritrodérmica

Puede ser mortal, debido a las infecciones y a la pérdida de fluidos por el deterioro de la barrera cutánea

Eritema generalizado con descamación y dolor



Fuente: tomada de la referencia 5. Licencia CC BY 2.0.

Psoriasis ungueal

Afectación variable,
asociada a artritis

Pitting, hiperqueratosis,
onicólisis, mancha oleosa



Fuente: istockphoto.com.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la psoriasis vulgar debería establecerse con:

- ◆ **Liquen simple crónico:** placas eritematodescamativas, con intenso prurito y descamación fina.
- ◆ **Micosis fungoide:** linfoma cutáneo que presenta placas eritematosas y descamación fina poco pruriginosa.
- ◆ **Dermatitis seborreica:** placas eritematodescamativas, con descamación amarillenta y distribuidas por zonas seborreicas.
- ◆ **Liquen plano:** pápulas eritematovioláceas intensamente pruriginosas en la flexión de las extremidades.
- ◆ **Eccema:** placas eritematodescamativas mal delimitadas, con descamación fina y con prurito intenso en zona de tronco y extremidades.
- ◆ **Tiña:** placas blanquecinas en zonas seborreicas con descamación al rascado (fluorescencia anaranjada con luz de Wood).

La psoriasis en gotas debe diferenciarse de la varicela, el liquen plano, la sífilis secundaria, la pitiriasis rosada, la tiña y la erupción medicamentosa.

Por su parte, la psoriasis inversa debe distinguirse de la tiña corporal y del intertrigo candidásico, mientras que la afectación ungueal debe diferenciarse de la onicomicosis.

Manejo y tratamiento

No existe tratamiento curativo de la psoriasis. El objetivo, por tanto, es hacer desaparecer el máximo de lesiones cutáneas y mantener el resultado con los menores efectos secundarios posibles. Existen dos modalidades de tratamiento: farmacológico y no farmacológico.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO⁶

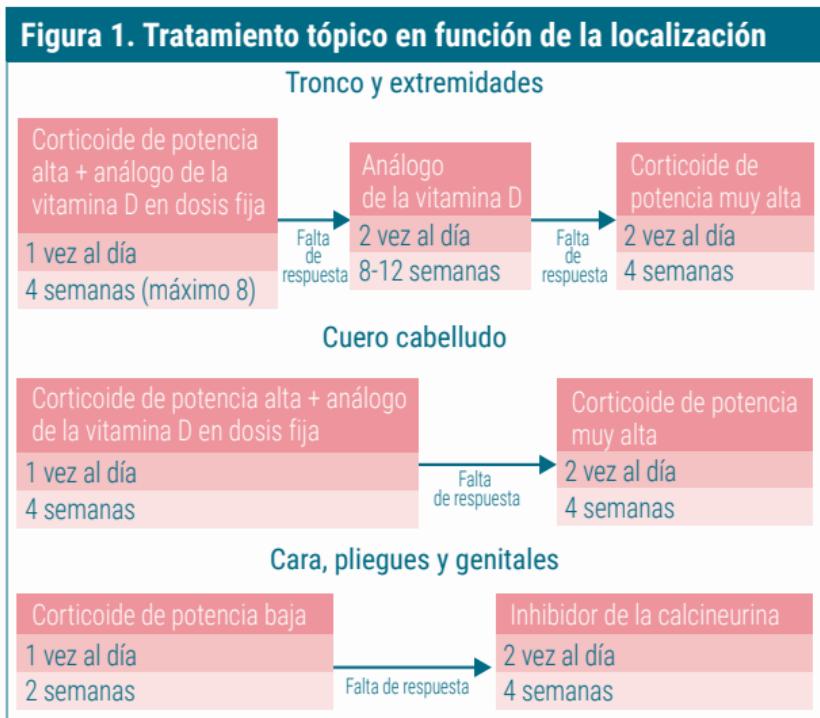
- ◆ Sustancias emolientes e hidratantes usadas como coadyuvantes, como vaselinas, ácido hialurónico, urea o glicerina; con ellas conseguimos disminuir la sequedad de la piel, el prurito y la descamación. Nunca se deben aplicar en pliegues, por el riesgo de maceración cutánea.
- ◆ Dieta sin gluten y mediterránea, y perder peso si existe obesidad.
- ◆ Evitar sustancias irritantes y secantes, como las colonias, y mecanismos abrasivos, como el uso de esponjas.
- ◆ Utilizar geles con pH similares a la barrera cutánea (entre 4 y 4,5).
- ◆ Evitar el uso de ropas con fibras artificiales y el uso excesivo de prendas de abrigo.

- ◆ Se recomienda la radiación solar.
- ◆ Se desaconsejan enfáticamente el tabaco y el alcohol.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Nos centraremos en el tratamiento tópico, al ser el que corresponde a Atención Primaria (figura 1).

Figura 1. Tratamiento tópico en función de la localización



Fuente: elaboración propia adaptada de cita 7.

Los fármacos disponibles son: corticoides tópicos, análogos de la vitamina D (calcipotriol, calcitriol, tacalcitol), inhibidores de la calcineurina (pimecrólimus, tacrólímus), queratolíticos (ácido salicílico, ácido láctico), retinoides (azaroteno) y derivados del alquitran. No se recomiendan los corticoides de potencia alta o muy alta en cara, pliegues ni genitales (mayor riesgo de atrofia cutánea). En los pliegues se recomiendan cremas.

No utilizar en ninguna localización:

- ◆ Corticoides de muy alta potencia más de 4 semanas.
- ◆ Corticoides de alta potencia más de 8 semanas.

La opción recomendada para el mantenimiento es: combinación fija de corticoide + análogo de vit. D; una-dos veces por semana.

Según la localización de las lesiones debemos elegir entre un vehículo u otro, siempre, como es habitual en Atención Primaria, teniendo en cuenta las preferencias del paciente (tabla 1).

Tabla 1

Cuero cabelludo	Espumas, lociones, geles, champús, crema acuosa PAD
Cara	Cremas, lociones, geles
Tronco y zonas de extensión de las extremidades	Pomadas, crema acuosa PAD
Pliegues	Cremas, lociones, polvos
Palmas y plantas	Ungüentos

Fuente: elaboración propia adaptada de cita 8.

ADHERENCIA

La sinergia lograda con combinaciones fijas de dos de estos tratamientos es un avance para mejorar la adherencia. Un buen ejemplo es la combinación de calcipotriol y betametasona, que disminuye los efectos adversos de estas dos moléculas por separado. Simplificar el tratamiento, con una posología de una vez al día en vez de dos también aumenta la adherencia de nuestros pacientes⁹.

La elección del vehículo influye en la eficacia, ya que afecta a la administración del fármaco activo y sus características contribuyen al cumplimiento del paciente¹⁰.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN HOSPITALARIA

Aunque no existe un consenso universal, sí podríamos definir una serie de criterios en los que estaría justificada la derivación al Servicio de Dermatología, a saber¹¹:

- ◆ Dudas diagnósticas.
- ◆ Casos moderados o graves según la clasificación de BSA (*Body Surface Area*), PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) y/o DLQI (*Dermatology Life Quality Index*).
- ◆ Afectación ungueal.
- ◆ Psoriasis palmoplantar.
- ◆ Falta de respuesta al tratamiento tópico.

- ◆ Asociación con artritis psoriásica (derivar también a Reumatología).
- ◆ Psoriasis eritrodérmica y pustulosa generalizada (derivar a Urgencias).

UNA LOCALIZACIÓN ESPECIAL: PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO

Una de las presentaciones más frecuentes, afectando al 50-80 % de los pacientes con psoriasis¹², es la del cuero cabelludo (imagen 1). Es de las que más impacto producen en las escalas que miden la calidad de vida. Es habitual su aparición junto a otras comorbilidades o presentaciones, y con manifestaciones y gravedades variables. Puede asociarse a la dermatitis seborreica (sebopsoriasis)¹³.

Se presenta con una fina descamación o con placas costrosas engrosadas que pueden extenderse a la totalidad del cuero cabelludo. Puede afectarse la línea de implantación del cabello y sobrepasarla, dando mayor visibilidad a la clínica.

La razón de este apartado es dar unas recomendaciones sobre el tratamiento, ya que normalmente tenemos dificultad en tratar esta localización por la inaccesibilidad de la superficie del cuero cabelludo y su cercanía al área facial¹³.

Uno de estos tratamientos novedosos, y con buenos resultados en estudios, es la combinación de betametasona y calcipotriol

Imagen 1. Psoriasis de cuero cabelludo



Fuente: istockphoto.com.

en crema acuosa que utiliza la tecnología de dispersión de poliafrón (PAD). Mediante la aplicación del tratamiento con este vehículo se ha logrado igual tolerabilidad y seguridad que con otras formulaciones, pero con mayor eficacia¹⁵ y satisfacción¹⁶ en estas zonas topográficas, con mayor adherencia al tratamiento¹⁷ y mejora de la calidad de vida del paciente con psoriasis¹⁸.

Bibliografía

1. Feldman SR. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate. 2024. [Consultado 2 de enero 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>
2. Puig L, Ruiz de Morales JG, Dauden E, Andreu JL, Cervera R, Adán A, et al. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediatadas (IMID) en España. Rev Esp Salud Publica. 2019;93:e201903013.
3. Gerekiz Bidaurrazaga A, Jasone Basterretxea Oyarzabal J. Comorbilidades de la psoriasis cutánea, un campo para el médico de familia. FMC. 2021;28(10): 563-6.
4. Fernández Guarino M. Comorbilidades y psoriasis: evidencias. 2021. [Consultado 2 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dermatologia.almirall-med.es/actualizaciones/comorbilidades-y-psoriasis-evidencias/>
5. Teran CG, Teran-Escalera CN, Balderrama C. A severe case of erythrodermic psoriasis associated with advanced nail and joint manifestations: a case report. J Med Case Rep. 2010;4:179.
6. Lázaro P, Suárez R. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2001;25(4).
7. Algoritmo de tratamiento de la Psoriasis en placas. Disponible en: https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/ALGORITMOS/2019/CADIME_ALGORITMO_PSORIASIS.pdf. [Visitado el 10 de Marzo de 2025].
8. Puig L, Carretero G. Update on Topical Treatments for Psoriasis: The Role of Calcipotriol Plus Betamethasone Dipropionate Aerosol Foam. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2019 Mar;110(2):115-123.
9. Aoki KC, Wong S, Duong JQ, Feldman SR. Adherence to Psoriasis Therapies. Dermatol Clin. 2024;42(3):495-506.

10. Brown KK, Rehmus WE, Kimball AB. Determining the relative importance of patient motivations for nonadherence to topical corticosteroid therapy in psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(4):607-13.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Psoriasis: assessment and management. NICE. 2017. Disponible en: [nice.org.uk/guidance/cg153](https://www.nice.org.uk/guidance/cg153)
12. Sola-Ortigosa J, Sánchez-Regaña M, Umbert-Millet P. Psoriasis del cuero cabelludo. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100(7):536-43.
13. Sykes AJ. Sebopsoriasis. DermNet. 2015. [Consultado 4 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dermnetnz.org/topics/sebopsoriasis>
14. Bewley A, van de Kerkhof P. Engaging psoriasis patients in adherence and outcomes to topical treatments: A summary from the Symposium 'Tailoring topical psoriasis treatments to patients' needs and expectations' of the 30th EADV Congress 2021. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023 Jan;37 Suppl 1:9-13. doi: 10.1111/jdv.18751
15. Bewley A, Van de Kerkhof P. Engaging psoriasis patients in adherence and outcomes to topical treatments: A summary from the Symposium 'Tailoring topical psoriasis treatments to patients' needs and expectations' of the 30th EADV Congress 2021. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37 Suppl 1:9-13.
16. Pinter A, Green LJ, Selmer J, Praestegaard M, Gold LS, Augustin M, et al. A pooled analysis of randomized, controlled, phase 3 trials investigating the efficacy and safety of a novel, fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream for the topical treatment of plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(2):228-36.
17. López Estebaranz JL, Kurzen H, Galván J. Real world use, perception, satisfaction, and adherence of calcipotriol and betamethasone dipropionate PAD-cream in patients with plaque psoriasis in Spain and Germany: results from a cross-sectional, online survey. *J Dermatol Treat.* 2024;35(1):2357618.
18. Reich A, Selmer J, Galván J, Trebbien P, Pi-Blanque A, Danø A, et al. Efficacy, quality of life and treatment satisfaction: an indirect comparison of calcipotriol/betamethasone dipropionate cream versus foam for treatment of psoriasis. *Curr Med Res Opin.* 2022;38(9):1521-9.



Patrocinado por:

