

emergen

DOC

documentos
clínicos
semergen

Lo esencial en

Psoriasis



Con el patrocinio de:



área dermatología

© De los contenidos: SEMERGEN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© SANED 2021

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

I.S.B.N.: 978-84-18351-45-7

Depósito Legal: M-23470-2021

Coordinación técnica y editorial:

saned.
GRUPO








Poeta Joan Maragall, 60, 1º · 28020 Madrid · Tel.: 91 749 95 00

Frederic Mompou, A4, 2º 2ª · 08960 Sant Just Desvern (Barcelona) · Tel.: 93 320 93 30

Contenido

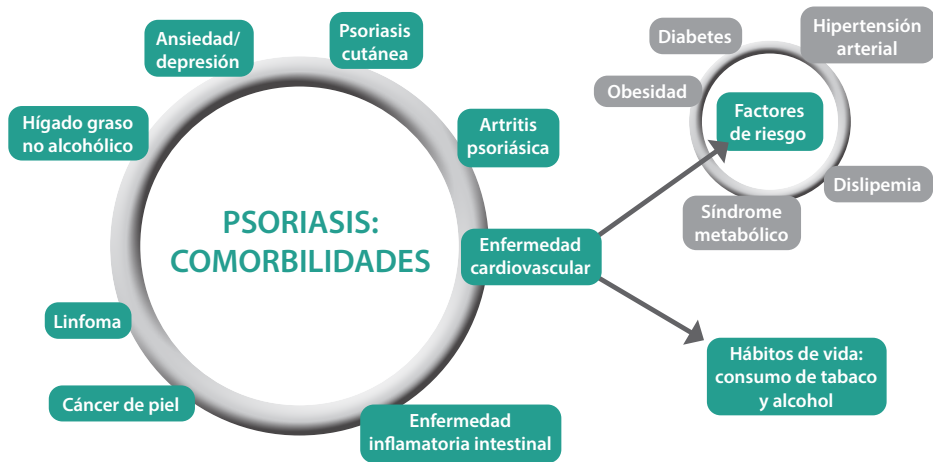
Formas clínicas.....	1	Manejo terapéutico de las manifestaciones articulares de la psoriasis.....	8
Comorbilidades. Factores de riesgo	2	Recomendaciones para cada visita de seguimiento del paciente con psoriasis.....	9
Diagnóstico	3	Criterios de derivación de la psoriasis	9
Diagnóstico y diagnóstico diferencial de la psoriasis vulgar	4	Tratamientos tópicos apropiados para la psoriasis por localización y tiempo de tratamiento.....	10
Criterios CASPAR de artritis psoriásica	5	Formulaciones.....	11
Criterios GRAPPA. Diagnóstico de la afectación axial	5	Eficacia clínica.....	11
Manejo terapéutico de las manifestaciones cutáneas de la psoriasis.....	6	Algoritmo.....	12
Manejo terapéutico de las manifestaciones cutáneas de la psoriasis. Características de los análogos de vitamina D y su combinación fija con corticoide.....	7		

Formas clínicas

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 • Eccematosas 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.

Comorbilidades. Factores de riesgo



FUENTE: elaboración propia a partir del trabajo realizado por Dauden E, Castaneda S, Suarez C, et al. [Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-associated Comorbidities], Actas Dermosifiliogr. 2012;103(1):1-64.

Diagnóstico

Sospecha clínica

Basada en:

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

Pruebas complementarias






Ante dudas diagnósticas, puede precisar:

- Raspado metódico de Brocq (raspar la superficie de la lesión con un objeto romo), apareciendo:
 - Signo de la bujía o mancha de la cera (desprendimiento de escamas finas).
 - Signo de Duncan-Buckley (despegamiento de una fina membrana epidérmica).
 - Signo de Auspitz o rocío hemorrágico (punteado hemorrágico superficial al quitar escamas plateadas).
- Biopsia cutánea (histología).
- Estudios de laboratorio.
- Estudios radiológicos de las lesiones articulares.

Métodos de valoración de la extensión / gravedad

- Body Surface Area (BSA), o cálculo de la superficie corporal afectada.
- Psoriasis Area and Severity Index (PASI).
- Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI).
- Psoriasis Assessment Severity Score (PASS).
- Physician's Global Assessment (PGA).
- Self Administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI).
- Salford Psoriasis Index (SPI).
- National Psoriasis Foundation Psoriasis Score (NPF-PS).
- Toma de imágenes.
- Otros índices:
 - Itch Severity Score (ISS).
 - Pain Quality Assessment Scale (PQAS).
 - POSCUBE.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial de la psoriasis vulgar

	IMAGEN	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	LOCALIZACIÓN Y CLAVES DIAGNÓSTICAS
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
Ecceema numular		<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones discoideas como parches de vesículas y pápulas confluyentes • Costras (pueden evolucionar a lesiones secas y anulares 2-20 cm de diámetro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caras extensoras de extremidades superiores • Glúteos • A veces en tronco
Linfoma cutáneo de células T		<ul style="list-style-type: none"> • Micosis fungoide • Síndrome de Sézary • Estadios: mácula, placa y tumoral 	<ul style="list-style-type: none"> • Regiones no fotoexpuestas
Pitiriasis rubra pilaris		<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
Dermatofitosis o tiñas		<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas borde neto • Descamación en los bordes • Pruriginosas • Microvesículas en los bordes • Signo de la espumadera 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo • Cuero cabelludo y barba • Ingles • Uñas • Pies

FUENTE: elaboración propia.

Criterios CASPAR de artritis psoriásica

CATEGORÍA		PUNTOS	
a	Psoriasis (actual/historia)	Psoriasis actual	2
		Antecedentes personales	1
		Antecedentes familiares SIN afectación del paciente	1
b	Onicopatía psoriásica	Psoriasis ungueal, onicolisis, pitting, hiperqueratosis	1
c	Factor reumatoide negativo		1
d	Dactilitis actual o previa diagnosticada		1
e	Evidencia radiológica de neoformación yuxtaarticular sin ser osteofitos		1

DIAGNÓSTICO

- ≥ 3 Puntos
- Sensibilidad 91 %, especificidad 97 %

FUENTE: elaboración propia.

Criterios GRAPPA. Diagnóstico de la afectación axial

Dolor lumbar inflamatorio	Edad de inicio < 45 años, duración > 3 meses, rigidez matutina > 30 minutos, inicio insidioso, mejoría con el ejercicio, dolor alternante en nalgas
Limitación funcional	En la movilidad cervical, dorsal o lumbar en el plano sagital y frontal
Criterio radiológico	Sacroileítis unilateral \geq grado 2 en radiografía simple, presencia de sindesmofitos, en RM de sacroilíacas: presencia de edema de médula ósea, erosiones o disminución del espacio articular

DIAGNÓSTICO

- ≥ 2 criterios

Manejo terapéutico de las manifestaciones cutáneas de la psoriasis

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.

Manejo terapéutico de las manifestaciones cutáneas de la psoriasis. Características de los análogos de vitamina D y su combinación fija con corticoide

NOMBRE	POSOLÓGIA	DOSIS MÁXIMA	DURACIÓN MÁXIMA	SUPERFICIE
TRATAMIENTO DEL BROTE				
Calcitriol pomada	1 aplicación/12 h	30 g/día	6 semanas	35 % SC
Calcipotriol crema	1 aplicación/12 h 1/24 mantenimiento	100 g/semana	—	—
Tacalcitol pomada	1 aplicación/día	5 g/día	12 semanas	—
Calcipotriol/ betametasona en espuma, gel o pomada	1 aplicación/día	15 g/día y 100 g/semana	4 semanas	30 % SC
TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO A LARGO PLAZO				
Calcipotriol/ betametasona en espuma	2 aplicaciones/semana	15 g/día y 30 g/semana	—	30 % SC

SC: superficie corporal.

FUENTE: elaboración propia.

Manejo terapéutico de las manifestaciones articulares de la psoriasis

FORMAS DE PRESENTACIÓN	PRIMER ESCALÓN	SEGUNDO ESCALÓN
Artritis periférica	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento sintomático: AINE y/o glucocorticoides• Tratamiento de la enfermedad:<ul style="list-style-type: none">✓ Primera elección metotrexato✓ Podrían emplearse leflunomida o sulfasalazina	<ul style="list-style-type: none">• Si no se alcanza objetivo terapéutico o hay intolerancia, cambiar a apremilast o tratamiento biológico (pudiendo combinarse si fuese preciso con metotrexato)• Ante la ausencia de mejoría, cambiar de terapia, pautando un tratamiento con diferente mecanismo de acción, ya sea dentro de los tratamientos biológicos o bien al apremilast• Si se observa mejoría a los 3 meses de iniciar un tratamiento o se alcanzan los objetivos terapéuticos a los 6 meses, debe continuarse con el mismo tratamiento
Entesitis	<ul style="list-style-type: none">• Pauta de tratamiento similar a la de la artritis periférica	<ul style="list-style-type: none">• En los casos refractarios a los AINE y los glucocorticoides locales: iniciar terapia biológica o apremilast
Dactilitis	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento sintomático: AINE y/o glucocorticoides	<ul style="list-style-type: none">• Fármacos anti-TNF-α
Afectación axial	<ul style="list-style-type: none">• Uso de al menos dos AINE a dosis máximas durante 4 semanas. A continuación utilizar tratamiento biológico, siendo los fármacos anti-TNF-α los más utilizados.• En aquellos casos que cuenten además con afectación cutánea se recomienda utilizar tratamiento biológico con inhibidores de la IL-17.	

AINE: Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos .

FUENTE: elaboración propia.

Recomendaciones para cada visita de seguimiento del paciente con psoriasis

- Descartar aparición de nuevos síntomas.
- Descartar empeoramiento de síntomas que ya presentaba.
- Identificar posibles comorbilidades de reciente aparición.
- Comprobar cumplimiento terapéutico. Si está alterado, valorar las razones y posibles efectos secundarios o reacciones adversas que haya podido experimentar el paciente.
- Evaluar el estado anímico, o la posible afectación de su vida social o laboral, por si hay que incidir o solicitar ayuda para esas áreas.
- Individualizar y optimizar periodicidad de las consultas según sintomatología o tratamiento pautado.
- Indicar a los pacientes las situaciones en las que deben consultar antes: empeoramiento clínico, aparición de nuevos síntomas o presentación de efectos secundarios con el tratamiento.

FUENTE: elaboración propia.

Criterios de derivación de la psoriasis

PSORIASIS CUTÁNEA	PSORIASIS ARTICULAR
<ul style="list-style-type: none">• Casos leves o moderados que no respondan al tratamiento prescrito	<ul style="list-style-type: none">• Dolor inflamatorio o tumefacción periférica
<ul style="list-style-type: none">• Casos severos con afectación de >10 % de la superficie corporal	<ul style="list-style-type: none">• Dolor inflamatorio o nocturno en el esqueleto axial
<ul style="list-style-type: none">• Alteración significativa de la calidad de vida del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Evidencia de entesitis (principalmente en el tendón de Aquiles o las fascias plantares)
<ul style="list-style-type: none">• Impotencia funcional por afectación palmo-plantar	<ul style="list-style-type: none">• Dactilitis actual (definida como inflamación de todo el dedo) o historia de dactilitis previa
<ul style="list-style-type: none">• Reacciones adversas a tratamientos tópicos	<ul style="list-style-type: none">• Dudas respecto al manejo diagnóstico-terapéutico
<ul style="list-style-type: none">• Complicaciones evolutivas	
<ul style="list-style-type: none">• Psoriasis pustulosa	
<ul style="list-style-type: none">• Psoriasis eritrodérmica	
<ul style="list-style-type: none">• Psoriasis invertida	
<ul style="list-style-type: none">• Dudas respecto al manejo diagnóstico-terapéutico	

Tratamientos tópicos apropiados para la psoriasis por localización y tiempo de tratamiento

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

ADAPTADO DE: Thaçi D, de la Cueva P, Pink AE, Jalili A, Segaert S, Hjuler KF, Calzavara-Pinton P. General practice recommendations for the topical treatment of psoriasis: a modified-Delphi approach. BJGP Open. 2020 Dec 15;4(5):bjgpopen20X101108.

Formulaciones

VEHÍCULO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	ZONAS COMUNES DE USO
Ungüento	Oclusivo. Hidratante. Más simple, a veces sin conservantes	Aceitoso. Más difícil de aplicar	Zonas escamosas o secas. No para zonas con pelo
Crema	Menos aceitoso. Hidratante. Cosméticamente aceptable	Menos oclusivo y de menor penetración y eficacia en comparación con la pomada	Apto para todo el cuerpo
Gel (aceite en agua o agua en aceite)	Fácil de aplicar y cosmético	No oclusivo. Hidratación mínima	Apto para todo el cuerpo, muy práctico para zonas con vello
Aerosol / Espuma (hidroalcohólico o emoliente)	Fácil de aplicar, cosmético. Puede ser emoliente	Mínima oclusión e hidratación. Si tiene una base de alcohol, puede reseca la piel o causar picazón	Apto para todo el cuerpo, muy práctico para zonas con vello (excepto opciones a base de emolientes)
Loción	Fácil de aplicar. Aceptable. Refrescante	No oclusivo. No hidratante	Zonas con pelo
Solución (a base de agua o alcohol)	Fácil de aplicar, no mancha. Cosmético	Si tiene una base de alcohol, puede reseca la piel o causar picazón. Debe ser sacudido	Zonas con pelo. Evite la base de alcohol en el caso de piel raspada
Champú	No aceitoso. Para el cuero cabelludo	No oclusivo, no hidratante. Más complejo de usar	Zonas con pelo

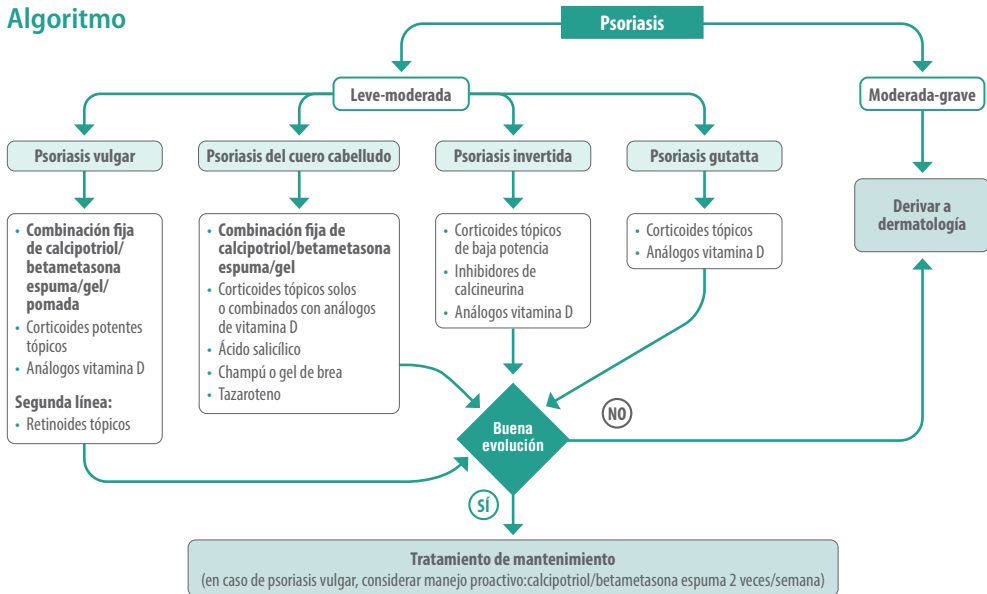
Eficacia clínica

SÍNTOMAS	CORTICOSTEROIDE	ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D	COMBINACIÓN DE DOSIS FIJA DE ESPUMA CAL/BD	INHIBIDORES TÓPICOS DE LA CALCINEURINA	ÁCIDO SALICÍLICO	UREA	ALQUITRÁN
Enrojecimiento	+++	+ / ++	+++	+ / ++	0	0	+
Descamación	+	+ / ++	++	0	+++	++	+
Grosor o infiltración	++	+ / ++	+++	+	0	0	++
Prurito	++ / +++	0	+++	++	0	+	++

CAL/BD: calcipotriol/betametasona. Los símbolos representan la eficacia clínica, donde + = algo eficaz y +++ = muy eficaz; 0 representa un impacto mínimo o nulo en el síntoma.

ADAPTADO DE: Thaçi D, de la Cueva P, Pink AE, Jalili A, Segaeert S, Hjulser KF, Calzavara-Pinton P. General practice recommendations for the topical treatment of psoriasis: a modified-Delphi approach. BJGP Open. 2020 Dec 15;4(5):bjgpopen20X101108.

Algoritmo



FUENTE: elaboración propia.

emergen
DOC
documentos
clínicos
semergen

Con el patrocinio de:



Lo esencial en
Psoriasis

área dermatología