

GUÍA UNIFICADA PARA EL MANEJO DE LA **PSORIASIS** EN ATENCIÓN PRIMARIA

Coordinador:
Dr. Josep Riera-Monroig

Revisado por
la AEDV



GUÍA UNIFICADA PARA EL MANEJO DE LA **PSORIASIS** EN ATENCIÓN PRIMARIA

Coordinador:
Dr. Josep Riera-Monroig

GUÍA UNIFICADA PARA EL MANEJO DE LA **PSORIASIS** EN ATENCIÓN PRIMARIA

GRUPO DE EXPERTOS

Coordinador:

Dr. Josep Riera-Monroig

*Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínic. Barcelona.
Secretario de la Sección Catalana de la AEDV*

Dra. María del Mar Ballester Torrens

*Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria. Centro de Atención Primaria
Ramón Turro-10B. Barcelona. GdT Cirugía
Menor y Dermatología de la semFYC.
GdT Dermatología de la CAMFiC*

Dra. Paula Casas Rodríguez

*Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria. Centro de Salud Laguna
de Duero. Valladolid. Grupo de Trabajo
de Dermatología de SEMERGEN*

Dr. Pablo de la Cueva Dobao

*Especialista en Dermatología
Médico-Quirúrgica y Venereología.
Hospital Universitario Infanta Leonor.
Madrid. Vicepresidente de la AEDV (Grupos
de Trabajo y Secciones Territoriales)
y presidente de la Sección Centro*

Dra. Airam Jenny Dávalos Marín

*Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital
General de Segovia. Responsable del Grupo
de Trabajo de Dermatología de la SEMG*

Dr. Julio Antonio Heras Hitos

*Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria. Centro de Salud Villarejo
de Salvanés-DASE. Madrid. Coordinador
del Grupo de Trabajo de Dermatología
de SEMERGEN*

Dr. Juan Jurado Moreno

*Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria. Centro de Salud Medina del
Campo-Rural. Valladolid. Grupo de Trabajo
de Dermatología de la SEMG*

Dra. Anna López Ferrer

*Especialista en Dermatología
Médico-Quirúrgica y Venereología.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona. Coordinadora del Grupo
de Psoriasis de la AEDV*

Dra. Rosa Senan Sanz

*Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria. Centro de Atención
Primaria Clot. Barcelona. GdT Cirugía
Menor y Dermatología de la semFYC*

Declaración de conflictos de interés de los autores

El Dr. Josep Riera-Monroig ha participado como asesor y/o ponente y/o investigador en ensayos clínicos con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Abbvie, Almirall, Bristol Myers Squibb, Boheringer Ingelheim, GalenicumDerma, LEO Pharma, Johnson&Johnson, Lilly, Novartis y UCB.

La Dra. María del Mar Ballester Torrens ha participado como asesora y/o investigadora y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: LEO Pharma, Boheringer Ingelheim y Almirall, y con la sociedad CAMFiC.

La Dra. Paula Casas Rodríguez ha participado como asesora y/o investigadora y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: LEO Pharma, Amgen, Italfarmaco, Pierre Fabre y Daiichi Sankyo.

El Dr. Pablo de la Cueva Dobao ha participado como asesor y/o investigador y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Abbvie, Almirall, Amgen, Bristol Myers Squibb, Boehringer, Celgene, Janssen, LEO Pharma, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, Takeda y UCB.

La Dra. Airam Jenny Dávalos Marín ha participado como asesora y/o investigadora y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Almirall, Faes Farma, LEO Pharma y Boheringer Ingelheim.

El Dr. Julio Antonio Heras Hitos ha participado como asesor y/o ponente y/o investigador en ensayos clínicos con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Abbvie, Almirall, Biogen, Boehringer Ingelheim, MSD, Novartis, Reig Jofre y LEO Pharma.

El Dr. Juan Jurado Moreno ha participado como asesor y/o investigador y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Almirall, Faes Farma, Ferrer, Galderma, LEO Pharma, Medea y Reig Jofre.

La Dra. Anna López Ferrer ha participado como asesora y/o investigadora y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Abbvie, Almirall, Amgen, Bristol Myers Squibb, Boehringer Ingelheim, Galenicum, Janssen, LEO Pharma, Lilly, Novartis, SunPharma, Takeda y UCB.

La Dra. Rosa Senan Sanz ha participado como asesora y/o investigadora y/o ponente con los siguientes laboratorios farmacéuticos: Almirall y LEO Pharma.

GUÍA UNIFICADA PARA EL MANEJO DE LA PSORIASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

ÍNDICE

1. Introducción. Objetivos y alcance del documento

7

Dr. Josep Riera-Monroig

2. Qué es la psoriasis

9

Dra. Paula Casas Rodríguez,

Dr. Julio A. Heras Hitos

y Dra. Anna López Ferrer

· Epidemiología y patogenia 9

· Tipos de psoriasis 10

· Diagnóstico diferencial 14

· Gravedad: índices clínicos (PASI, BSA, DLQI) y estratificación de los pacientes 15

· Impacto en la calidad de vida del paciente 19

3. Comorbilidades asociadas a la psoriasis

23

Dra. Rosa Senan Sanz,

Dra. María del Mar Ballester Torrens,

Dra. Anna López Ferrer

y Dr. Pablo de la Cueva Dobao

· Factores de riesgo-comorbilidades 23

· Psoriasis y síndrome metabólico 24

· Psoriasis y enfermedad cardiovascular 24

· Psoriasis y ansiedad-depresión 26

· Psoriasis, obesidad y nutrición 27

· Artritis psoriásica 27

· Otras comorbilidades menos frecuentes y situaciones especiales 31

4. Manejo y tratamiento en Atención Primaria

37

Dra. Airam Jenny Dávalos Marín

y Dr. Juan Jurado Moreno

· Tratamiento tópico 37

· Manejo compartido de las comorbilidades desde Atención Primaria 47

5. Derivación a la Atención Especializada

53

Dra. Rosa Senan Sanz,

Dra. María del Mar Ballester Torrens

y Dra. Anna López Ferrer

· Criterios de derivación 53

· Sistemas de derivación 54

6. Tratamiento sistémico: ¿qué debe saber el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria?

57

Dr. Josep Riera-Monroig

y Dr. Pablo de la Cueva Dobao

· Fototerapia 57

· Tratamientos sistémicos 58

· Tratamientos biológicos y nuevas moléculas 62

7. Anexos

71

Dra. Paula Casas Rodríguez,

Dr. Julio A. Heras Hitos

y Dr. Josep Riera-Monroig

· Fichas prácticas para la evaluación de la psoriasis 71

· Herramientas de referencia 78

· Abreviaturas 79

8. Conclusiones

81

Dr. Josep Riera-Monroig

INTRODUCCIÓN. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL DOCUMENTO

1

Dr. Josep Riera-Monroig

Las enfermedades dermatológicas constituyen un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. Entre ellas, la psoriasis destaca por su elevada prevalencia (alrededor del 2,69 % de la población en España)⁽¹⁾ y por su impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Su forma más común, la psoriasis en placas, puede ser diagnosticada clínicamente, en la mayoría de los casos, sin necesidad de pruebas complementarias ni intervención del especialista.

Dado que, aproximadamente, dos tercios de los casos son leves, gran parte del seguimiento y tratamiento de estos pacientes recae en Atención Primaria. No obstante, los cuadros más graves o complejos requerirán valoración por parte de Dermatología, lo que hace imprescindible una colaboración fluida entre ambos niveles asistenciales. Además, la coexistencia de comorbilidades, como artritis psoriásica, obesidad, hipertensión o síndrome metabólico, frecuentes en esta enfermedad, refuerza el papel clave de Atención Primaria en su abordaje integral.

En la última década, el conocimiento sobre la fisiopatología de la psoriasis ha avanzado de forma notable, consolidando su consideración como enfermedad inflamatoria sistémica. Paralelamente, la aparición de nuevos tratamientos ha transformado los objetivos terapéuticos, permitiendo plantearse metas, como la remisión completa (PASI 100) o la reducción significativa de la actividad de la enfermedad (PASI 90), sin impacto en la calidad de vida del paciente (*Dermatology Life Quality Index* –DLQI– 0-1)⁽²⁾.

Este documento tiene como finalidad proporcionar una guía práctica, actualizada y adaptada al contexto de Atención Primaria para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la psoriasis, basada en la mejor evidencia disponible. Pretende, además, facilitar el manejo de las comorbilidades más frecuentes, fomentar la coordinación con Dermatología y reflejar los avances terapéuticos recientes desde una perspectiva realista y aplicable.

La elaboración de esta guía ha contado con la participación de miembros de las principales sociedades científicas de Atención Primaria (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia –SEMG–, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria –SEMERGEN– y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria –semFYC–) y de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), lo que garantiza una visión integradora y coherente con la práctica clínica habitual. No pretende sustituir protocolos de consenso ni abordar el manejo avanzado

de la psoriasis moderada-grave ni de la artritis psoriásica, sino ofrecer una herramienta útil en el entorno de Atención Primaria, centrada en el paciente y alineada con los principios de eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, agradecemos el apoyo de LEO Pharma, que ha facilitado el espacio de colaboración necesario para la elaboración de este documento, sin intervenir en sus contenidos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Actualizar los conocimientos sobre la epidemiología y fisiopatología de la enfermedad

3. Proveer recomendaciones de tratamiento basadas en evidencia, con énfasis en su uso práctico

2. Establecer criterios claros y prácticos para el diagnóstico y posibles diagnósticos diferenciales, así como sus tipos de manifestaciones clínicas

4. Fomentar la coordinación entre niveles asistenciales mediante directrices claras para la derivación adecuada

BIBLIOGRAFÍA

1. Puig L, Ruiz de Morales JG, Dauden E, André JL, Cervera R, Adán A, et al. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) en España. Rev Esp Salud Publica. 2019; 93:e201903013.
2. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Practical update of the Recommendations Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPS) on the Treatment of Psoriasis with Biologic Therapy. Part 1. Concepts and General Management of Psoriasis with Biologic Therapy. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(3):261-77.

QUÉ ES LA PSORIASIS

2

Dra. Paula Casas Rodríguez, Dr. Julio A. Heras Hitos y Dra. Anna López Ferrer

EPIDEMIOLOGÍA Y PATOGENIA

EPIDEMIOLOGÍA

La psoriasis es una enfermedad inmunomediada, sistémica, que afecta principalmente a la piel, con un carácter crónico y recurrente. Su prevalencia se estima en el 1-3 % a nivel mundial⁽¹⁾, es decir, aproximadamente 125 millones de personas en el mundo sufren esta enfermedad. En España, su prevalencia se sitúa en el 2,69 %⁽²⁾, lo que implica que en nuestro país la sufren más de 1 millón de personas. Esta patología se puede presentar en varias formas clínicas, de las cuales la más frecuente es la psoriasis en placas, antiguamente llamada “vulgar”. Puede iniciarse a cualquier edad, pero la mayoría de casos debutan entre los 16 a 22 años o los 57 a 60 años, con aparición bimodal⁽³⁾. El 75 % de los casos inician lesiones antes de los 30 años.

Como se verá más adelante, nuestros pacientes pueden presentar distintos grados de afectación, siendo la forma moderada-grave la que aparece en un 30 % de los casos⁽⁴⁾.

Además de la presentación cutánea de la enfermedad psoriásica, esta patología también puede tener manifestación articular, la conocida como artropatía psoriásica, que se presenta en hasta el 30 % de los pacientes con psoriasis⁽⁵⁾.

ETIOPATOGENIA

La psoriasis es una enfermedad de etiología multifactorial en la que se combinan factores genéticos, inmunológicos y ambientales o de exposición. Se han descritos múltiples loci genéticos asociados, siendo el HLA-C06:02 el más estrechamente relacionado con el inicio precoz y también a respuesta a algunos fármacos⁽⁶⁾. Sobre esta predisposición genética influyen unos factores desencadenantes, como las infecciones, especialmente las estreptocócicas⁽⁷⁾, los traumatismos (fenómeno de Köbner), los fármacos (bloqueantes betaadrenérgicos, litio, enalapril, hidroxicloroquina, etc.), la exposición a contaminantes ambientales y el estrés psicoemocional.

Desde el punto de vista inmunológico, intervienen tanto la inmunidad innata como la adaptativa, aunque tiene un mayor papel esta última mediada por linfocitos T. Como respuesta a los

desencadenantes descritos, las células dendríticas se activan y liberan citocinas proinflamatorias, como la interleucina 23 (IL-23). Esta interleucina promueve la diferenciación de linfocitos T vírgenes a Th1 y Th17 en el ganglio linfático. Estos, a su vez, producen mediadores de inflamación, tales como el factor de necrosis tumoral (TNF) o IL-17, fundamentales para la hiperproliferación y disfunción de los queratinocitos⁽⁶⁾. El avance en el conocimiento de estas vías inmunológicas ha permitido el desarrollo de fármacos biológicos con capacidad para bloquear estas interleucinas, lo que ha permitido un salto cualitativo en el control de la enfermedad.

Esta producción de factores inflamatorios no radica únicamente en la superficie cutánea, la psoriasis se asocia con un estado inflamatorio sistémico, base de comorbilidades como la enfermedad cardiovascular o el síndrome metabólico. Estas comorbilidades se comentarán con mayor detalle en el capítulo correspondiente.

En la psoriasis, la alteración principal es la hiperproliferación y diferenciación anómala e incompleta de los queratinocitos, de tal modo que la renovación de la epidermis de las personas con esta enfermedad se puede llegar a reducir de 28 a 4 días. Desde una perspectiva histológica, se traduce en hiperplasia epidérmica (acantosis), hiperqueratosis, dilatación de capilares y un infiltrado inflamatorio dérmico. Clínicamente, conlleva a la formación de placas eritematosas y descamativas⁽⁸⁾.

Por tanto, en la piel de un paciente con psoriasis, si la comparáramos con la piel de un paciente sin esta patología inflamatoria, hay⁽⁹⁾:

- Disminución del tiempo de renovación de la epidermis (4 días desde la capa de células basales hasta el estrato córneo en comparación con los 28 días en la piel sana).
- Disminución del estrato granuloso (hipogranulosis).
- Un tiempo de ciclo celular más corto para los queratinocitos, que puede reducirse hasta 36 horas en estos pacientes, mientras que es de 311 horas en la piel normal.

TIPOS DE PSORIASIS

PSORIASIS EN PLACAS

La psoriasis en placas o psoriasis vulgar es la forma más frecuente de presentación de la psoriasis (80 %) y puede asociarse a otras formas de psoriasis^(10, 11). Se trata de una forma de curso crónico, caracterizada por la presencia de placas eritemato-descamativas, con distribución más o menos simétrica, de escama blanquecina o plateada, muy bien delimitadas, con bordes definidos y con tendencia a la sobreelevación. Las zonas típicamente afectadas son los codos, rodillas,

cuero cabelludo, región lumbosacra y glúteos, aunque cualquier zona de la superficie cutánea puede verse afectada (figura 1, a y b).

Puede presentarse en forma de pequeñas o grandes placas.

PSORIASIS GUTTATA O PSORIASIS EN GOTAS

Es la presentación clínica más frecuente en niños y jóvenes, aunque puede aparecer a cualquier edad. Se suele presentar de forma aguda tras una infección de vías respiratorias superiores, generalmente tras una faringoamigdalitis estreptocócica, si bien se puede desencadenar por otras causas, como la toma de ciertos medicamentos, como, por ejemplo, betabloqueantes, antimaláricos o incluso de forma espontánea. Se presenta como pequeñas placas redondeadas o pápulas generalizadas, predominando en el tronco. La enfermedad puede resolverse espontáneamente (más en niños y jóvenes) o cursar con recidivas, evolucionando a la forma crónica de psoriasis en placas (más frecuente en adultos).

PSORIASIS EN LOCALIZACIONES ESPECIALES

En pliegues (invertida)

Placas o máculas eritemato-rosadas en flexuras, brillantes, bien delimitadas, sin apenas descamación y con poca infiltración. No suele asociar lesiones de psoriasis satélite y es frecuente la afectación del fondo del pliegue con fisuraciones (figura 1, c).

Cuero cabelludo

Puede ser difícil de distinguir de una dermatitis seborreica grave y extensa del cuero cabelludo (sebo-psoriasis), de la cual se suele diferenciar por formar placas más infiltradas y confluentes en el caso de la psoriasis. Es una de las localizaciones más frecuentes, ya que, aproximadamente, un 90 % de los pacientes con psoriasis en placa pueden presentar algún grado de afectación del cuero cabelludo y no es habitual que se asocie a alopecia, excepto en casos graves (figura 1, d).

Genital

Patrón parecido al de la psoriasis invertida, con predominio de eritema con descamación e infiltración más leve que en las placas de psoriasis vulgar. Las placas suelen ser bien delimitadas, como en el resto de formas de psoriasis o la psoriasis invertida. Puede afectar al glande y producir balanitis.

Palmo-plantar

Predomina generalmente la descamación e hiperqueratosis sobre el eritema, asociando generalmente fisuraciones dolorosas en los casos más graves. Puede presentarse sin otras lesiones

2 | QUÉ ES LA PSORIASIS

y ser muy difícil de diferenciar de un eccema crónico de manos en ausencia de clínica articular o lesiones ungueales que ayuden al diagnóstico (figura 1, e y f).

Psoriasis ungueal

Las lesiones clínicas que aparecen en la psoriasis ungueal son derivadas de la inflamación del lecho ungueal o de la matriz. De este modo, las derivadas de la afectación del lecho ungueal son las hemorragias en astilla, la hiperqueratosis subungueal, la mancha en aceite y la onicolisis, mientras que las derivadas de la afectación de la matriz son los pits ungueales, la leuconiquia o bien la traquioniquia. La mancha en aceite es una de las características más sugestivas de psoriasis, aunque en la mayoría de los casos aparecen varias de las características clínicas mencionadas simultáneamente.

Mucosa oral

Los pacientes con psoriasis pueden presentar alteraciones como glositis migratoria (lengua geográfica) y lengua fisurada, y se ha descrito una mayor frecuencia de periodontitis.

ERITRODERMIA PSORIÁSICA

Es una variante que afecta a más del 90 % de la superficie corporal, generalmente con eritema intenso y descamación, que suele ser fina en contra de la descamación gruesa de la psoriasis en placas (figura 1, g). Es poco frecuente y grave, con complicaciones como alteración de la termorregulación, aumento del gasto cardiovascular, pérdida de proteínas o sobreinfección que puede llevar a sepsis, siendo un cuadro clínico que puede comprometer la vida del paciente si no es diagnosticada y tratada correctamente. El diagnóstico se debe apoyar en la existencia previa de psoriasis en placas o pustulosa, coexistencia con lesiones típicas y cambios ungueales característicos, ya que la biopsia puede ser poco específica. Por ello, puede requerir realizar un diagnóstico diferencial clínico-patológico muy amplio y que se describe en el apartado siguiente.

PSORIASIS PUSTULOSA

Generalizada

Tipo Von Zumbusch

Forma grave, generalmente de inicio brusco, con eritema generalizado, pústulas y posterior descamación, dolor cutáneo, fiebre y malestar general. Puede desencadenarse por diversas situaciones, como la retirada brusca de corticoides sistémicos, infecciones, hipocalcemia. Pue-

de producirse durante el embarazo (psoriasis pustulosa generalizada del embarazo o impétigo herpetiforme).

Anular y circinada

Placas de avance anular/circinado pustuloso con aclaramiento central.

Localizada

Asociada a psoriasis vulgar

Algunas placas clásicas pueden formar pústulas en la periferia y pústulas aisladas visibles macroscópicamente, sobre todo en caso de empeoramiento agudo. En estos casos, se recomienda descartar factores desencadenantes.

Palmo-plantar (tipo Barber)

Generalmente se presenta focalizada en palmas y plantas sin lesiones de psoriasis en placas, en forma de pústulas estériles sobre máculas o placas eritemato-descamativas y suele ser de curso crónico (figura 1, h). Es más frecuente en mujeres fumadoras y con debut posterior a la menopausia.

Acrodermatitis continua de Hallopeau

Es característica la aparición de pústulas a nivel distal de los dedos de manos y/o pies que pueden destruir el aparato ungueal e incluso provocar reabsorciones osteoarticulares muy mutilantes.

En cuanto a la clasificación anterior, cabe señalar que todas las formas clínicas o localizaciones especiales pueden presentarse en combinación entre ellas o aparecer como formas aisladas, con afectación exclusiva de dicha localización. En estos casos, el diagnóstico de psoriasis suele ser más difícil y el diagnóstico diferencial es más amplio.

Muchos autores solo emplean el término psoriasis pustulosa palmo-plantar cuando dichas lesiones se presentan en el contexto de lesiones típicas en placas o pustulosas en otra localización. De forma que, en caso de afectación única palmo-plantar, se emplearía el término de pustulosis palmo-plantar. Este patrón morfológico es el más asociado al síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis estériles).

La aparición de una variante pustulosa en edad pediátrica podría ser la forma de presentación de un cuadro autoinflamatorio asociado a mutaciones monogénicas (DIRA, DITRA, CARD14...)⁽¹²⁾. Estos cuadros, además del debut generalmente neonatal o en la infancia, suelen asociar manifestaciones extracutáneas.

Figura 1. Tipos de psoriasis



a y b, psoriasis en placas; **c**, invertida; **d**, psoriasis de cuero cabelludo; **e y f**, palmoplantar; **g**, eritrodermia psoriásica; **h**, pustulosa palmoplantar.
Imágenes facilitadas por la Dra. Anna López.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial puede ser amplio, sobre todo en casos de presentación atípica o localizaciones especiales, y será diferente en función de la forma clínica de la enfermedad.

La tabla 1 resume los principales diagnósticos diferenciales a considerar.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial

Psoriasis vulgar	Psoriasis en gotas	Psoriasis eritrodérmica	Psoriasis pustulosa generalizada	Psoriasis pustulosa localizada	Psoriasis invertida
Eccema numular	Pitiriasis rosada	Linfoma cutáneo de células T	Dermatosis pustulosa subcórnea	Eccema sobreinfectado	Intertrigo candidiásico
Linfoma cutáneo de células T	Secundarismo luético	Dermatitis atópica	Impétigo	Eccema dishidrótico	Dermatofitosis

Continúa

Tabla 1. Diagnóstico diferencial (continuación)

Psoriasis vulgar	Psoriasis en gotas	Psoriasis eritrodérmica	Psoriasis pustulosa generalizada	Psoriasis pustulosa localizada	Psoriasis invertida
Pitiriasis rubra pilaris	Pitiriasis liquenoide crónica	Toxicodermia	Pénfigo foliáceo	Micosis	Eritrasma
Dermatofitosis (tiña)	Liquen plano	Dermatitis alérgica de contacto	Pustulosis exantemática		Pénfigo benigno familiar

Tabla modificada de la referencia 13.

GRAVEDAD: ÍNDICES CLÍNICOS (PASI, BSA, DLQI) Y ESTRATIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

La gravedad se establece en función del porcentaje de superficie corporal afectada (*Body Surface Area*—BSA—), el índice de gravedad y área de psoriasis (*Psoriasis Area and Severity Index*—PASI—), la presencia de formas especiales, la localización de las lesiones (en áreas de alto impacto, como son: la cara, ungueal, invertida, genital), el impacto psicosocial, la afectación del estado general y la presencia de artritis psoriásica⁽¹⁴⁾. También puede valorarse en función de la respuesta frente al tratamiento y la necesidad de administrar terapias avanzadas para su control⁽¹⁵⁾.

El DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) es un cuestionario corto reportado por el paciente (*Patient Reported Outcome Measures*—PROM—) empleado para medir el impacto de las enfermedades de la piel en la calidad de vida de los pacientes. Es ampliamente utilizado tanto en ensayos clínicos como en práctica clínica, aunque tiene limitaciones. Sirve, principalmente, para tomar decisiones terapéuticas estandarizadas en psoriasis tributarias de tratamiento sistémico y poder valorar la respuesta al tratamiento de una manera más objetiva.

En la práctica clínica se utiliza la regla de los 10, considerando como psoriasis moderada-grave aquellas con valores de PASI mayor de 10, BSA mayor de 10 o una puntuación en el DLQI mayor de 10. Si se cumple alguno de estos puntos, se considera una psoriasis moderada-grave y, por tanto, tributaria de terapia sistémica⁽¹⁶⁾.

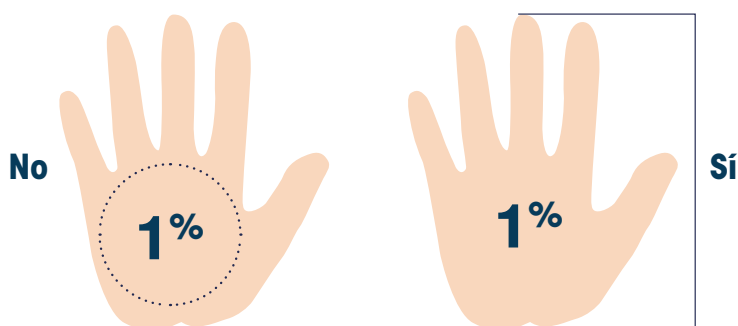
En los últimos años, dada las limitaciones de las consideraciones de psoriasis moderada-grave basadas en el PASI y el BSA, especialmente por motivos de acceso al tratamiento, se ha planteado una nueva recategorización en base a si el paciente es tributario de tratamiento tópico o sistémico⁽¹⁷⁾. En esta clasificación, serían pacientes tributarios de tratamiento sistémico (y, por

tanto, con una psoriasis moderada-grave) aquellos pacientes con un BSA > 10 %, afectación de localizaciones especiales y/o que fallan a terapia tópica.

BSA (Body Surface Area)

Se utiliza la palma de la mano del paciente (incluyendo los dedos), como equivalente al 1 % de la totalidad de la superficie corporal del mismo (figura 2)^(16, 18).

Figura 2. Medida de la gravedad de la psoriasis



Elaboración propia a partir de la referencia 16.

Algunos autores proponen la clasificación del BSA como psoriasis leve cuando afecta a menos del 3 % de la superficie cutánea, moderada cuando afecta a entre el 3 y el 10 %, y grave cuando afecta a más del 10 %^(17, 18).

Es más difícil de calcular en pacientes con morfología en pequeñas placas o *guttata* y cuando hay zonas de discromía residual que no deben ser consideradas en el cálculo, lo cual es una de sus principales limitaciones^(17, 18).

El cuestionario está disponible en diferentes aplicaciones o páginas web, como:
<https://www.calculator.net/body-surface-area-calculator.html>



PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

Es la herramienta más utilizada para medir la gravedad de la psoriasis, aunque tiene limitaciones, especialmente cuando la superficie afecta es baja y está localizada en una única superficie corporal.

Combina la valoración de cada lesión de psoriasis del 0 al 4 (0 = ninguno, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = marcado, 4 = muy marcado) en función de tres parámetros (eritema, infiltración y desca-

mación), así como la evaluación ponderada del área que afecta dividiendo el cuerpo en partes (cabeza, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores): miembros inferiores 40 %, tronco 30 %, miembros superiores 20 % y cabeza 10 %.

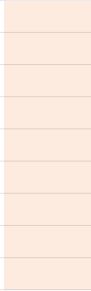
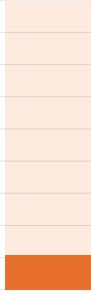
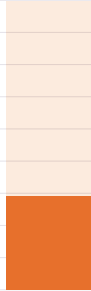
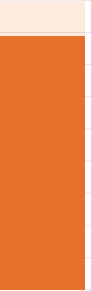
Para cada sección, se estima el porcentaje de área (A) de la piel implicada y después se transforma en una gradación de 0 a 6 (tablas 2 y 3).

Tabla 2. PASI, valoración ponderada

Regiones valoradas	Cabeza (10 %)
	Miembros superiores (20 %)
	Tronco (30 %)
	Miembros inferiores (40 %)
Parámetros valorados	Eritema
	Infiltración
	Descamación
Valores	0 Ninguno
	1 Leve
	2 Moderado
	3 Marcado
	4 Muy marcado

Elaboración propia a partir de la referencia 19.

Tabla 3. PASI, cálculo de la superficie afecta por región corporal

Grado						
Grado 0 Grado 0x0	Grado 1 Grado 1x1	Grado 2 Grado 2x2	Grado 3 Grado 3x3	Grado 4 Grado 4x4	Grado 5 Grado 5x5	Grado 6 Grado 6x6
						
Área implicada						
0 %	< 10 %	10-29 %	30-49 %	50-69 %	70-89 %	90-100 %

Elaboración propia a partir de la referencia 19.

2 | QUÉ ES LA PSORIASIS

La gravedad es estimada por tres parámetros: eritema (E), descamación (D) e induración (I), que se miden en una escala de 0 a 4, de ninguno a máximo, dependiendo de unos criterios concretos (por ejemplo, descamación 3 implica escamas abundantes, gruesas, que cubren totalmente o casi toda la placa).

La suma de los tres parámetros de la gravedad se calcula para cada área corporal y se multiplica por la estimación de la superficie afectada de esa región corporal y por el factor del área respectiva (0,1 para la cabeza y cuello, 0,2 para extremidades superiores, 0,3 para el tronco y 0,4 para las extremidades inferiores). El PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) total se calcula como la suma de los PASI para las cuatro regiones anatómicas.

En la práctica clínica se utiliza el PASI absoluto (la cifra del cálculo) para determinar la gravedad del paciente. En el caso de los ensayos clínicos, para valorar la respuesta terapéutica se tiende a utilizar el porcentaje de pacientes que alcanza un PASI relativo. Por ejemplo, la respuesta PASI90 del 80 % significa que el 80 % de los pacientes han logrado reducir un 90 % su PASI respecto al valor inicial antes del uso de dicho fármaco.

Globalmente, en la actualidad se considera una psoriasis leve o bien controlada aquella con un PASI < 2/3 y DLQI 0/1.

Por supuesto, existen herramientas y aplicaciones para facilitar el cálculo del PASI en línea y diferentes tutoriales para entender y practicar el uso de este índice. Un ejemplo es la que está disponible en la página de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV): <https://aedv.es/calculadora-pasi/>



Sus limitaciones más importantes serían la dependencia de la subjetividad del médico, la falta de inclusión de los síntomas que produce la enfermedad, que la sensibilidad de la escala es menor en los valores bajos y no guarda proporcionalidad. Para evitar la primera de ellas, es muy importante realizar una formación específica para identificar correctamente el grado de eritema, induración y descamación.

DLQI (*Dermatology Life Quality Index*)

Medida de resultados reportada por el paciente que se utiliza con más frecuencia en Dermatología.

Fue el primer cuestionario de calidad de vida específico para Dermatología, publicado en 1994. Incluye 10 preguntas sobre el impacto de la enfermedad cutánea durante los últimos 7 días. No es específico de psoriasis, sino que puede emplearse para cualquier enfermedad dermatológica. A pesar de sus limitaciones, es el más ampliamente usado por su sencillez y su aplicabilidad a múltiples enfermedades y en ensayos clínicos.

El cuestionario está disponible en: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index>



OTROS MEDIDAS Y CUESTIONARIOS

Otras medidas de gravedad que se pueden utilizar son el *Physician Global Assessment* (PGA), el *Self-administered Psoriasis Area and Severity Index* (SAPASI), el índice de Salford (SPI) o el *National Psoriasis Foundation Psoriasis Score* (NPF-PS). Otros cuestionarios que pueden utilizarse para determinar la salud global son WHO-5 o EuroQol-5D, y otros más dirigidos a patología dermatológica, como son Skindex-29 o ItchyQoL. Además, existen cuestionarios específicos para la psoriasis cuyo uso está centrado en ensayos clínicos o estudios específicos.

Ni que decir el valor que tiene la realización de fotografías, de forma inicial y después secuencialmente, que permiten observar la evolución de la enfermedad.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

Como hemos comentado previamente, la enfermedad psoriásica no tiene únicamente manifestaciones en la piel. Además de las manifestaciones articulares y de las comorbilidades que se comentarán en su capítulo correspondiente, la enfermedad psoriásica es una patología que puede provocar una gran estigmatización social, sobre todo en aquellos pacientes que tienen lesiones en las zonas visibles o si presentan una afectación grave de la enfermedad. Es en estos pacientes donde debemos tener especial cuidado por la afectación de las relaciones sociales y laborales del paciente y el aislamiento social que les causa su patología⁽²⁰⁾. También debemos recordar que la cronicidad, algo intrínseco de la enfermedad psoriásica, al igual que las sensaciones de fracaso terapéutico experimentadas, provoca sentimientos de desesperanza y frustración, con afectación importante de la esfera psíquica y un aumento de comorbilidades, tales como ansiedad, depresión, insomnio, e incluso, presentación de riesgo aumentado de tendencias suicidas.

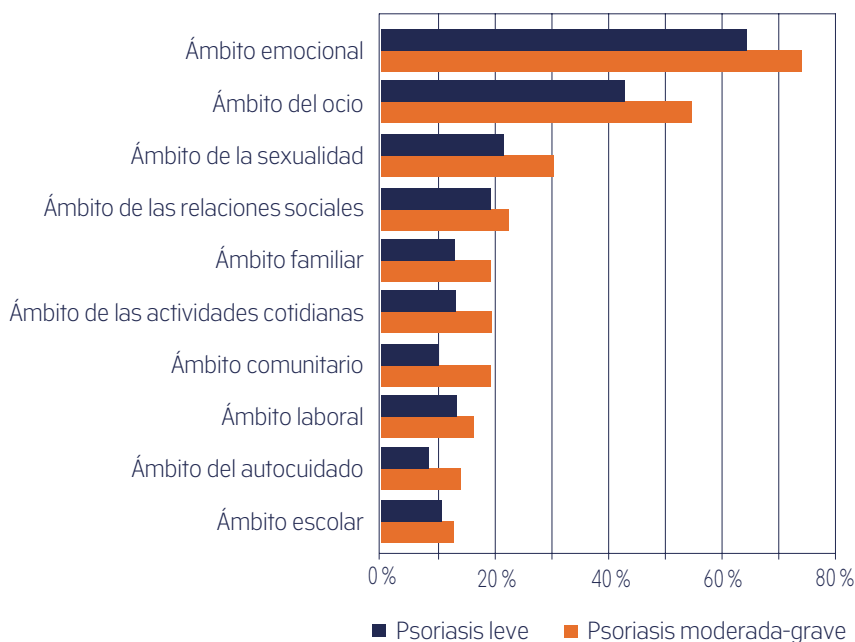
Es importante conocer que un 75 % de los pacientes con psoriasis indican que su calidad de vida ha sido afectada por la enfermedad, especialmente en relación con la gravedad, las áreas afectas, la edad, el sexo, las comorbilidades, etc.⁽²¹⁾. El impacto es en diferentes aspectos de su vida, tales como son la esfera emocional, el ocio, la sexualidad y las relaciones sociales⁽⁴⁾.

A nivel emocional, existe una afectación del estado de ánimo tras el diagnóstico de la enfermedad, teniendo estos pacientes ansiedad, pensamientos negativos, irritabilidad, apatía e insomnio, lo que les provoca conductas evitativas en relación con actividades de ocio⁽²²⁾, relaciones interpersonales o elección de su puesto de trabajo.

Pero no solo en los pacientes adultos se conoce la afectación de la calidad de vida; en pacientes en edad pediátrica, la enfermedad les provoca impacto en su vida escolar⁽²³⁾, tal y como muestra la figura 3⁽²²⁾. Además, es conocido que los pacientes que presentan afectación de localización

nes especiales, a pesar de una baja superficie corporal afecta, tienen una peor calidad de vida medida con diferentes escalas⁽²⁴⁾.

Figura 3. Afectación de la vida del paciente según la gravedad de la psoriasis



Elaboración propia con datos de la referencia 22.

Esta afectación en la calidad de vida, como hemos visto, con impacto en muchos niveles, influye también en una carga económica, no solo directa por los tratamientos prescritos, sino también indirecta por la incapacidad laboral o impacto sobre la calidad de vida y las actividades de la vida diaria⁽²⁵⁾.

Si nuestro trabajo, el día a día, implica una visión holística de la persona/paciente que tenemos sentada frente a nosotros, en los pacientes con psoriasis, al igual que en los que presentan cualquier enfermedad crónica, debemos tener siempre en mente la afectación de la calidad de vida relacionada con la salud, puesto que la relación entre la gravedad de la enfermedad psoriásica y la afectación, a varios niveles, de su calidad de vida tiene una correlación moderada inversamente proporcional y estadísticamente significativa⁽²⁶⁾. Para intentar reflejar el impacto acumulado en la calidad de vida, se desarrolló el concepto de discapacidad acumulada en el transcurso vital (traducido del inglés *Cumulative Life Course Impairment*)⁽²⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Solé M, Betriu-Bars A, Sanmartín-Novell V, Ortega-Bravo M, et al. Características epidemiológicas de la psoriasis. Un estudio poblacional. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(5):385-92.
2. Puig L, Ruiz de Morales JG, Daudén E, André JL, Cervera R, Adán A, et al. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93:e201903013.
3. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. *Can Fam Physician*. 2017;63(4):278-85.
4. Zozaya González N, Abdalla Pereira F, Hidalgo Vega A. Manifiesto para la calidad de vida de las personas con psoriasis y la eficiencia y equidad del SNS. Fundación Weber. 2022.
5. Daudén E, Herrera E, Puig L, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Perulero N. Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con psoriasis activa y estable. Estudio PSO-LIFE. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(8):685-93.
6. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet*. 2021;397(10281):1301-15.
7. Rodríguez Coronilla R, Palacios Martínez D. Introducción, concepto, etiopatogenia, fisiopatología. En: Palacios Martínez D (coord.). *Semergen Doc Psoriasis*. Madrid: Editorial Saned; 2011.
8. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(5):504-9.
9. Feldman SR. Psoriasis: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate; 2024. [Último acceso 1 de diciembre de 2024].
10. Van de Kerkhof PCM, Nestlé FO. Psoriasis. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L (eds.). *Dermatology*. 4th ed. Elsevier; 2018:138-60.
11. Van de Kerkhof PCM. Clinical features. En: Van de Kerkhof PCM (ed.). *Textbook of psoriasis*. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2003:3-29.
12. Marrakchi S, Guigue P, Renshaw BR, Puel A, Pei XY, Fraitag S, et al. Interleukin-36-receptor antagonist deficiency and generalized pustular psoriasis. *N Engl J Med*. 2011;365(7):620-8.
13. Bielsa Marsol I, Ferrándiz. *Dermatología Clínica*. 6.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2025.
14. Osakidetza. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Infac*. 2011;19(3).
15. Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis. Spanish psoriasis group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100(4):277-86.
16. Grupo de Trabajo en Psoriasis. AEDV. ¿Cómo se mide la gravedad de la psoriasis? Principales índices. Academia Española de Dermatología y Venerología. 2019.
17. Strober B, Ryan C, Van de Kerkhof P, Van der Walt J, Kimball AB, Barker J, et al. Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International Psoriasis Council. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(1):117-22.
18. Walsh JA, McFadden M, Woodcock J, Clegg DO, Helliwell P, Dommasch E, et al. Product of the Physician Global Assessment and body surface area: a simple static measure of psoriasis severity in a longitudinal cohort. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69(6):931-7.
19. Palacios-Martínez D (coord.). *Psoriasis. Guía rápida actualizada*. *Semergen Doc*. Madrid: Editorial Saned; 2021.
20. Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kulak E, Khvorik DF. Stigmatization and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020;10(2):285-96.
21. Anguita-Montenegro B, Areas-del Águila VL, Palacios-Moya E, García-Arpa M, Sánchez-Caminero MP, Luque-Jiménez M. Calidad de vida percibida por los pacientes con psoriasis tratados con inhibidores de interleucina 17 y 23. *Farm Hosp*. 2024;48(5):T204-T211.
22. González A, Ivanova Y, Jiménez M, Merino M, Hidalgo Á, Alfonso S, et al. Retorno Social de la inversión de un abordaje ideal de la psoriasis. Instituto Max Weber. 2016.

23. Heras Hitos JA, Doria Carlin NA. Psoriasis en poblaciones especiales. En: Palacios Martínez D (coord.). Psoriasis. Semergen Doc. Madrid: Editorial Saned; 2011.
24. Merola JF, Ogdie A, Gottlieb AB, Stein Gold L, Flower A, Jardon S, et al. Patient and Physician Perceptions of Psoriatic Disease in the United States: Results from the UPLIFT Survey. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(6):1329-46.
25. Zozaya N, Merino M, Maravilla-Herrera P, Adballa F, Hidalgo-Vega A. El valor clínico y económico de una respuesta sostenida en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en España. Madrid: Fundación Weber; 2022.
26. García-Sánchez L, Montiel-Jarquín AJ, Vázquez-Cruz E, May-Salazar A, Gutiérrez-Gabriel I, Loría-Castellanos J. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gar Med Mex*. 2017;153:185-9.
27. Ros S, Puig L, Carrascosa JM. Cumulative life course impairment: the imprint of psoriasis on the patient's life. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(2):128-34.

COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA PSORIASIS

3

Dra. Rosa Senan Sanz, Dra. María del Mar Ballester Torrens, Dra. Anna López Ferrer y Dr. Pablo de la Cueva Dobao

FACTORES DE RIESGO-COMORBILIDADES

Como reconoce la American Heart Association en sus guías clínicas, las enfermedades que cursan con inflamación crónica, como puede ser la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el lupus eritematoso o la psoriasis, asocian un aumento del riesgo cardiovascular⁽¹⁾. Además, algunos estudios apuntan a que a mayor gravedad de la psoriasis, el riesgo cardiovascular aumenta⁽²⁾. De hecho, entre las comorbilidades más asociadas a la psoriasis se incluyen⁽³⁾: las enfermedades cardiovasculares, el síndrome metabólico y el hígado graso no alcohólico (tabla 1).

Tabla 1. Comorbilidades más frecuentes de la psoriasis

Comorbilidad	Prevalencia aproximada	Comentarios
Artritis psoriásica	20-30 %	Dolor articular, inflamación, rigidez matutina
Enfermedades cardiovasculares	50 %	Riesgo elevado de infarto y accidente cerebrovascular
Depresión y ansiedad	30-50 %	Relacionado con el impacto psicológico de la enfermedad
Síndrome metabólico	40 %	Obesidad, diabetes, dislipemia e hipertensión
Enfermedades autoinmunes	10-20 %	Incluye EII, tiroiditis y lupus eritematoso sistémico entre otros

EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

Elaboración propia.

De manera similar a la “marcha atópica”, algunos autores han planteado la “marcha psoriásica”⁽⁴⁾, donde se relacionaría mediante vínculos genéticos e inflamatorios la psoriasis y el círculo vicioso del síndrome metabólico y la enfermedad cardiovascular como factor clave de la mortalidad en estos pacientes. El papel de las terapias sistémicas dirigidas a la psoriasis en la prevención o tratamiento de las comorbilidades no está todavía claro, con trabajos que apuntan a una disminución de la inflamación en la placa de ateroma, mientras que otros estudios no muestran diferencias. Nuevos datos están por venir mediante estudios indirectos utilizando marcadores como la cuantificación del calcio coronario.

PSORIASIS Y SÍNDROME METABÓLICO

El concepto de síndrome metabólico está basado en la combinación de varios factores de riesgo de aterosclerosis: estado de resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia de 150 mg/dl o más y/o colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) inferior a 40 mg/dl, presión arterial sistólica de 130 mmHg o más y/o presión arterial diastólica de 85 mmHg o más, e hiperglucemia en ayunas de 110 mg/dl o más.

Se considera que los pacientes con psoriasis, especialmente si es moderada-grave, tienen mayor riesgo de padecer síndrome metabólico y, además, el hecho de padecer psoriasis es un factor agravante en sí mismo.

En sí, los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de diabetes mellitus (*odds ratio* –OR–: de 2,01), dislipemia (OR: 1,92), hipertensión arterial (OR: 1,92), síndrome metabólico (OR: 2,21), entre otros⁽⁵⁾. Existen algunos polimorfismos de polinucleótido único asociados a riesgo de padecer psoriasis que también se asocian a un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus y otros componentes del síndrome metabólico⁽⁶⁾.

Además, existe una interacción entre las adipocinas y la inflamación sistémica, al igual que las interleucinas implicadas en la fisiopatogenia de la psoriasis y la formación de las placas de ateroma. En un estudio de cohorte realizado en Reino Unido se observó que los pacientes con psoriasis moderada-grave tienen una esperanza de vida de alrededor de 6 años menos que los individuos sanos. Se postula que esto es debido a patologías cardiovasculares (infarto de miocardio (IM)/infarto cerebral) causadas por la inflamación crónica que padecen los pacientes con psoriasis⁽⁷⁾.

PSORIASIS Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

En 2006, Gelfand *et al.* realizaron un gran estudio de cohorte poblacional y descubrieron que la psoriasis grave era un factor independiente para el IM⁽⁸⁾. Desde entonces, varios estudios epidemiológicos han reportado que la psoriasis es un factor de riesgo independiente de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE), incluidos IM, accidente cerebrovascular y muerte por enfermedad cardiovascular (ECV). La mayoría de las revisiones sistemáticas y metaanálisis han demostrado consistentemente asociaciones significativas entre diversas ECV y psoriasis^(9, 10).

La duración de la psoriasis tiene una fuerte relación con MACE (1 % por año adicional de duración de la psoriasis; índice de riesgo: 1,010; intervalo de confianza del 95 % –IC95 %–: 1,007–1,013)⁽¹¹⁾.

Figura 1. Factores comunes entre la psoriasis y la obesidad que pueden conllevar a un aumento del riesgo cardiovascular



Figura modificada a partir de la referencia 12.

Algunos estudios muestran una asociación entre la gravedad de la psoriasis y el riesgo de comorbilidades cardiovasculares, utilizando el área de psoriasis y puntuación del índice de gravedad (*Psoriasis Area and Severity Index* –PASI–) como medida de la gravedad de la psoriasis^(13, 14). Otros estudios han demostrado una asociación entre afectación del área de superficie corporal (*Body Surface Area* –BSA–) y riesgo cardiovascular^(15, 16). La gravedad de la psoriasis, por tanto, se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ictus, IM), aunque actualmente no se conoce un umbral PASI/BSA específico por encima del cual se recomienda tratamiento más intensivo debido a un mayor riesgo de ECV.

Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que la prevalencia de enfermedad de las arterias coronarias y lesiones vasculares es mayor en la diabetes e hipertensión, la mortalidad es mayor con la psoriasis⁽¹⁷⁾. Esto puede deberse a que la diabetes y la

hipertensión se reconocen comúnmente como factores de riesgo importantes para las lesiones vasculares, por lo que los pacientes y los sanitarios buscan y proporcionan tratamiento de manera proactiva, mientras que la psoriasis no es generalmente conocida como un factor de riesgo cardiovascular, y, por lo tanto, frecuentemente no se tratan o se pasan por alto. Por otro lado, estudios recientes⁽¹⁸⁾ 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⁽¹⁹⁾. Por esta razón se considera que la psoriasis, principalmente en sus formas moderada y grave, se comporta como factor independiente de riesgo cardiovascular. Los hallazgos respaldan la hipótesis de que la inflamación cutánea en la psoriasis contribuye a la inflamación sistémica, lo que a su vez aumenta el riesgo de aterosclerosis y eventos cardiovasculares. La carga coronaria no calcificada es un marcador temprano de aterosclerosis, lo que refuerza la importancia de la inflamación sistémica como un componente clave en la cadena⁽²⁾.

Otros marcadores utilizados es la proporción de monocitos y HDL, que ha demostrado correlacionar con la proteína C reactiva (PCR) de alta sensibilidad, la resistencia a la insulina y la obesidad central. Esta proporción se ha propuesto como posiblemente útil para identificar pacientes con psoriasis y mayor riesgo cardiovascular en los que intervenir⁽²⁰⁾.

En Atención Primaria, la prevención de ECV constituye una de las actividades habituales de la práctica clínica diaria, por lo que no es sorprendente el planteamiento de estas actividades de prevención también en el paciente con psoriasis, si bien resulta novedosa en las consultas de Dermatología, y ha sido objeto de múltiples publicaciones y documentos de consenso⁽²¹⁾. El reto está en conseguir medidas de prevención en estos pacientes, ya que la asociación con la ECV no es tan conocida por muchos facultativos de Atención Primaria y que un porcentaje nada desdeñable de estos pacientes no tienen contacto, o es muy esporádico, con Atención Primaria.

PSORIASIS Y ANSIEDAD-DEPRESIÓN

La enfermedad psoriásica es un trastorno inflamatorio sistémico crónico, y dicha inflamación se ha postulado como nexo con el síndrome ansioso-depresivo. Por otro lado, la obesidad es un factor de riesgo importante también para la depresión y la ansiedad.

Hasta una de cada cinco personas con psoriasis presenta depresión concomitante. En el pasado, esto se atribuía únicamente al estrés psicológico de padecer una enfermedad crónica que a menudo es visible y produce picor, lo que generaba estigmatización y aumentaba una importante carga de enfermedad. En los últimos años, se ha postulado que la enfermedad psoriásica, la obesidad y la ansiedad/depresión pueden ser manifestaciones interconectadas de un estado de desregulación inmunológica ligada al eje IL-17/23⁽²²⁾. Datos recientes proporcionan mayor evidencia de que la depresión asociada con la enfermedad psoriásica está relacionada con el

patrón inflamatorio específico con IL-23, citocinas de la familia IL-17, TNF, IL-6 e IL-8 que causan neuroinflamación y posteriormente depresión o comportamiento depresivo y/o ansiedad. Existe una sorprendente similitud entre el patrón inflamatorio de la enfermedad psoriásica y la neuroinflamación que conduce a la depresión. Por lo tanto, además de la psicoterapia y los medicamentos antidepresivos, se hipotetiza si los tratamientos biológicos, incluidos los inhibidores del TNF, la IL-17 y la IL-23, pueden mejorar la depresión o los síntomas depresivos por sí solos⁽²³⁾.

PSORIASIS, OBESIDAD Y NUTRICIÓN

El tejido adiposo es un órgano endocrino importante que secreta mediadores proinflamatorios involucrados en la inflamación y la inmunidad. En los pacientes obesos con psoriasis se han encontrado altos niveles de leptina y resistina⁽²³⁾, interleucinas proinflamatorias que podrían explicar el empeoramiento de la psoriasis con la obesidad. De hecho, se ha observado que los pacientes con índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m² o más mostraron 2,69 más riesgo para el desarrollo de psoriasis en comparación con los pacientes delgados. Otro estudio prospectivo concluyó que la obesidad y la alta masa grasa abdominal duplicaba el riesgo de psoriasis⁽²⁴⁾.

Por lo tanto, se deduce que la promoción del mantenimiento de un peso corporal normal y la reducción de la masa corporal pueden reducir la incidencia de la psoriasis y/o su gravedad. En efecto, varios estudios han demostrado un impacto positivo de la pérdida de peso en la gravedad de la psoriasis⁽¹¹⁾, por lo tanto, se recomiendan medidas de pérdida de peso en pacientes con obesidad⁽¹²⁾. Una pregunta abierta es si las diferencias en el tipo de dietas (bajas en carbohidratos, cetogénicas o veganas/vegetarianas) tienen un efecto sobre la mejora de la psoriasis. Comprender la relación entre obesidad/nutrición y psoriasis es importante para aclarar la relevancia de los factores ambientales como factores de riesgo modificables en la patogénesis de la psoriasis y desarrollar nuevas estrategias para apoyar los tratamientos antipsoriásicos⁽²⁵⁾.

Por lo tanto, se puede concluir que la nutrición juega un papel importante en el tratamiento⁽²⁶⁾, reduciendo el estado proinflamatorio del paciente y modulando el curso de la enfermedad. Si el paciente presenta un IMC > 25, existe evidencia acerca de que con la dieta hipocalórica se mejora la evolución de la psoriasis⁽¹²⁾. Más recientemente, se ha demostrado cómo la dieta mediterránea, independientemente de la pérdida de peso, también puede disminuir la gravedad de la psoriasis.

ARTRITIS PSORIÁSICA

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria musculoesquelética seronegativa que, junto con la espondilitis anquilosante, se clasifica dentro del grupo de las espondiloartri-

tis (SpA). A diferencia de otras enfermedades del grupo de las SpA, en la APs es característica la afectación heterogénea de articulaciones y entesis tanto periféricas como axiales⁽²⁷⁾. La APs suele asociarse a manifestaciones extraarticulares tales como psoriasis cutánea o ungueal, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y uveítis anterior aguda. La amplia asociación clínica y genética entre la psoriasis y la APs hace que en el contexto actual se defina como enfermedad psoriásica a la conjunción entre ambas enfermedades. Además, la estrecha relación entre ambas enfermedades provoca que tanto los reumatólogos como el resto de especialistas (Atención Primaria y Dermatología), que ven pacientes con psoriasis de cualquier grado, deban conocer los diferentes componentes de la enfermedad psoriásica con el fin de realizar un diagnóstico precoz y prevenir el daño articular a largo plazo.

CLÍNICA Y DOMINIOS CLÍNICOS

La APs es una enfermedad muy heterogénea clínicamente, siendo muy difícil su diagnóstico sin conocer los diferentes dominios clínicos de la enfermedad:

- **Artritis psoriásica periférica:** articulaciones de extremidades superiores e inferiores.
- **Artritis psoriásica axial:** columna y articulaciones sacroilíacas.
- **Entesitis:** punto de inserción de tendones y ligamentos en el hueso.
- **Dactilitis:** afectación de las diferentes articulaciones de un dedo, junto a inflamación de partes blandas, dando lugar al denominado “dedo en salchicha”.
- **Piel/uñas:** cualquier tipo de psoriasis en piel y uñas.

Estos dominios de la enfermedad han sido definidos durante décadas por sociedades científicas, como el *Group for Research of Psoriasis and Psoriatic Arthritis* (GRAPPA), con el fin de estudiar y estadiar la enfermedad en toda su posible variabilidad clínica.

La necesidad de definir estos diferentes dominios clínicos deriva de la diferente respuesta terapéutica frente a determinados fármacos para cada uno de estos dominios, en los que intervienen tipos celulares distintos y específicos de cada dominio⁽²⁸⁾. De este modo, el abordaje terapéutico en función de los dominios afectados de la enfermedad es la estrategia terapéutica validada por las diferentes guías clínicas de tratamiento de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Si bien los criterios CASPAR (*Classification of Psoriatic Arthritis*)⁽²⁹⁾ pueden utilizarse como criterios de diagnóstico, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe ser confirmado por un reumatólogo experimentado, conocedor de la heterogeneidad clínica de la enfermedad.

En este sentido, la realización de una historia clínica exhaustiva y una exploración física dirigida a explorar los diferentes dominios de la enfermedad es clave para orientar el diagnóstico de APs por parte del reumatólogo. La confirmación diagnóstica puede requerir la realización de pruebas complementarias, como una analítica o pruebas de imagen. La ausencia en sangre de factor reumatoide (FR) y de otros marcadores de artritis reumatoide (AR), como el antipéptido citrulinado cíclico, apoyan el diagnóstico de APs frente a enfermedades clínicamente similares que forman parte del diagnóstico diferencial (tabla 2), como la AR⁽³⁰⁾. A nivel radiológico, la visualización de imágenes que indiquen actividad de la enfermedad, como la ecografía y la resonancia magnética (RM), puede ser muy útil para la confirmación del diagnóstico y la presencia de actividad de la enfermedad, aunque la radiología simple nos puede mostrar datos característicos, como las erosiones y la neoformación yuxtaarticular en pacientes con largo tiempo de evolución de la enfermedad.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la artritis psoriásica periférica

Variable	Artritis psoriásica	Artritis reumatoide	Gota	Osteoartritis
Distribución articular al inicio	Asimétrica	Simétrica	Asimétrica	Asimétrica
Número de articulaciones afectas	Oligoarticular	Poliarticular	Monoarticular u oligoarticular	Monoarticular u oligoarticular
Zonas afectas de manos y pies	Distal	Proximal	Distal	Distal
Áreas implicadas	Todas las articulaciones de un dedo	Misma articulación en diferentes dedos	Monoarticular	Todas las articulaciones de un dedo
Decoloración violácea	Sí	No	Sí	No
Afectación axial	Común	No común	No	No inflamatoria
Sacroileítis	Sí	No	No	No

Tabla modificada de la referencia 31.

En el contexto de Dermatología y Atención Primaria, la utilización de cuestionarios de *screening*, como el PURE-4 (*Psoriatic arthritis UnclutteRed screening Evaluation*), pueden ser de gran utilidad en la práctica clínica y serán abordados en apartados posteriores. En estos contextos, los especialistas implicados pueden utilizar estas herramientas y realizar la derivación precoz al reu-

matólogo si se produce la sospecha clínica, con el fin de no prolongar el tiempo de diagnóstico ni el inicio de tratamiento específico.

RIESGO DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES CON PSORIASIS

En estudios recientes se indica que los pacientes con psoriasis grave, obesidad, afectación ungueal, artralgias, historia familiar de APs y alteraciones radiológicas que indiquen inflamación (sinovitis, entesitis, tenosinovitis) o daño estructural (erosiones o signos de neoformación ósea) tienen un riesgo aumentado de desarrollar APs, siendo las artralgias (riesgo relativo –RR–: 2,15) y las alteraciones radiológicas (RR: 3,72) las que tendrían un mayor impacto⁽³²⁾. Dada la ausencia de biomarcadores séricos que nos ayuden a identificar a aquellos pacientes con psoriasis que tienen un mayor riesgo de APs, estos factores de riesgo nos indican qué pacientes son más susceptibles de iniciar un proceso de transición de la psoriasis hacia la APs. En este sentido, sociedades científicas como la European League Against Rheumatism (EULAR) han definido estas etapas de transición entre psoriasis y APs y la nomenclatura para describir con precisión en qué punto de esta transición se encuentra cada paciente⁽³³⁾.

A nivel clínico, es importante considerar el riesgo de APs en los pacientes con psoriasis que además presenten obesidad, formas graves de psoriasis o bien afectación ungueal, ya que el riesgo es más elevado que en pacientes que no tengan estos factores de riesgo.

Tratamiento de la artritis psoriásica

El tratamiento específico de la APs precisa del cumplimiento de dos premisas fundamentales: por un lado, el diagnóstico deberá ser confirmado por un reumatólogo, siempre que sea posible, con el fin de proporcionar la mejor terapia a los pacientes; y por otro, el diagnóstico de la APs implica la confirmación de afectación de los diferentes dominios articulares, así como la estadificación de la gravedad de cada uno de ellos. Varias organizaciones han establecido directrices de tratamiento, entre ellas el GRAPPA, la EULAR y el American College of Rheumatology en colaboración con la National Psoriasis Foundation. Estas recomendaciones están organizadas para abarcar los diferentes dominios de la APs, incluidas la artritis periférica, la enfermedad axial, la entesitis, la dactilitis, la psoriasis cutánea y la psoriasis ungueal, y las comorbilidades más importantes, como la EII y la uveítis⁽³⁴⁾. Estas directrices son elaboradas basándose en la evidencia y siguen una metodología rigurosa, pero tienen la limitación de ser demasiado genéricas y poco útiles para apoyar el uso práctico en contextos reales más complejos. Además, la aparición constante de nuevas terapias en el arsenal terapéutico de la APs hace que a menudo estas recomendaciones dejen de estar actualizadas poco tiempo después de su publicación, por lo que son una guía en el manejo del paciente con APs en función de sus dominios afectados y sus comorbilidades principales.

OTRAS COMORBILIDADES MENOS FRECUENTES Y SITUACIONES ESPECIALES

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La psoriasis y la EII son patologías inflamatorias crónicas que comparten características clínicas y mecanismos patogénicos. Diversos estudios han evidenciado una asociación significativa entre ambas enfermedades. La prevalencia de psoriasis en pacientes con EII es superior a la de la población general. De igual manera, los individuos con psoriasis presentan un riesgo incrementado de desarrollar EII, incluyendo tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerosa. Un metaanálisis publicado en *JAMA Dermatology* reportó que los pacientes con psoriasis tienen una mayor probabilidad de padecer enfermedad de Crohn (*odds ratio* –OR–: 1,70) y colitis ulcerosa (OR: 1,75) en comparación con individuos sin psoriasis⁽³⁵⁾.

Ambas enfermedades comparten vías inmunológicas similares, particularmente la activación de células Th1 y Th17, que producen citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) y la interleucina 17. Este solapamiento en las rutas inflamatorias podría explicar la coexistencia de ambas patologías en ciertos pacientes⁽³⁶⁾.

El tratamiento de estas enfermedades a menudo implica el uso de agentes terapéuticos comunes. Fármacos biológicos dirigidos contra el TNF α , como infliximab y adalimumab, han demostrado eficacia en el manejo tanto de la psoriasis como de la EII. Recientemente, fármacos como los inhibidores de IL-23 han conseguido indicación. Sin embargo, es preciso considerar la posible aparición o exacerbación de EII al tratar con inhibidores de la interleucina-17, empleados en la terapia de la psoriasis⁽³⁷⁾.

Dada la interrelación entre estas enfermedades, es aconsejable evaluar regularmente a los pacientes con psoriasis para detectar signos de EII y viceversa, permitiendo una intervención temprana y mejorando los resultados clínicos⁽³⁸⁾. La colaboración multidisciplinaria entre dermatólogos y gastroenterólogos es fundamental para optimizar el diagnóstico y el tratamiento.

HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

La enfermedad por hígado graso no alcohólico (HGNA), actualmente conocida como enfermedad hepática metabólica, está considerada la primera causa de hepatopatía crónica en los países occidentales, y puede progresar desde la esteatosis hacia diferentes estadios de inflamación, fibrosis y cirrosis (esteatohepatitis no alcohólica, EHNA)^(39, 40). Numerosos estudios epidemiológicos confirman la mayor prevalencia de HGNA (alrededor del 50 %) en la psoriasis. Asimismo,

3 | COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA PSORIASIS

los pacientes con psoriasis parecen tener un mayor riesgo de progresión a formas avanzadas de HGNA. Y viceversa, los pacientes con HGNA presentan mayor gravedad de la psoriasis.

La relación patogénica entre el HGNA y la psoriasis es compleja y probablemente multifactorial. Algunas comorbilidades frecuentes en la psoriasis, como la obesidad, la dislipemia o la diabetes mellitus tipo 2, son también causa de HGNA; un estado de inflamación crónica persistente y la resistencia periférica a la insulina parecen ser el vínculo patogénico entre ambas.

ENFERMEDAD RENAL

La incidencia de enfermedad renal crónica en pacientes con psoriasis está incrementada y se ha relacionado con el incremento de comorbilidades del ámbito cardiometabólico⁽⁴⁰⁾. Un estudio encontró en pacientes con psoriasis grave un aumento importante del riesgo de muerte por enfermedad renal no hipertensiva. Otro estudio de cohortes también objetivó un aumento de riesgo de muerte por causa renal, incluso en pacientes con psoriasis leve. Los niveles de citocinas proinflamatorias pueden ser más bajos en los sujetos tratados sistémicamente.

OTRAS COMORBILIDADES

Se han descrito múltiples asociaciones más infrecuentes, como: enfermedades autoinmunes (sarcoidosis, lupus eritematoso), trastornos hematológicos (linfomas, anemia hemolítica...), enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple, neuropatía periférica), alteraciones oculares (uveítis, queratitis), enfermedades gastrointestinales (enfermedad celiaca, colitis), miopatías, trastornos metabólicos, etc.

POBLACIONES ESPECIALES

Población pediátrica

La psoriasis es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en la población pediátrica, que provoca un gran impacto en la calidad de vida y desarrollo de los niños, incluso superior a otras enfermedades crónicas, como la epilepsia o la diabetes⁽⁴¹⁾. Distintos estudios europeos han mostrado una prevalencia de psoriasis del 0,18-0,55 % en niños de 0 a 9 años, y del 0,83-1,37 % en niños de 10-19 años. Su debut es más frecuente durante la adolescencia y suele seguir un curso recidivante. La psoriasis pediátrica, al igual que en el adulto, es una enfermedad multisistémica, asociándose en muchos casos a diversas comorbilidades, como la APs, pero también a la obesidad, la depresión o el síndrome metabólico.

Aunque la psoriasis pediátrica presenta los mismos subtipos clínicos que la psoriasis del adulto, las lesiones pueden diferir en distribución y morfología. Igualmente, los síntomas clínicos y el impacto de la psoriasis pediátrica pueden ser también diferentes y varían en función de la edad del paciente.

Actualmente, además de la fototerapia, disponemos de una serie de tratamientos farmacológicos para la psoriasis en la edad pediátrica, como los tratamientos tópicos y los sistémicos, incluyendo las terapias biológicas.

Población anciana

El curso crónico de la psoriasis y el aumento de la esperanza de vida han hecho que los pacientes de edad avanzada constituyan un grupo importante⁽⁴²⁾. Se estima que hasta el 13 % de los pacientes con psoriasis inician la enfermedad a partir de los 60 años, siendo moderada-grave en, aproximadamente, el 15 % de ellos.

Sin embargo, los pacientes de edad avanzada suelen ser excluidos de los estudios clínicos, por lo que la evidencia en términos de eficacia y seguridad en este grupo es limitada. La mayor prevalencia de comorbilidades, la polimedicación, la inmunosenescencia y el mayor riesgo de efectos adversos en esta población hacen su abordaje terapéutico más complejo. Tanto es así que las terapias biológicas se inician con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, pudiendo existir un infratratamiento injustificado en pacientes de mayor edad.

El Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), en su reciente revisión, recalca la necesidad de tener los mismos objetivos terapéuticos que el resto de población. Así mismo, en este rango de edad, resalta la importancia de: 1) evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes y familiares, 2) potenciar las medidas de apoyo y acompañamiento terapéutico, 3) simplificar el régimen terapéutico y 4) plantear la terapia biológica como opción más segura y eficaz que las terapias sistémicas clásicas.

Paciente oncológico

Numerosos estudios indican que los pacientes con psoriasis tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer, especialmente cutáneo, pudiendo estar relacionado con la naturaleza inflamatoria de la enfermedad y con factores ambientales (tabaquismo, consumo de alcohol, exposición a radiación ultravioleta –UV–) prevalentes en estos pacientes⁽⁴³⁾.

El tratamiento de los pacientes oncológicos con psoriasis fue analizado en un reciente trabajo del Grupo de Psoriasis. El uso de terapias basadas en luz UV y determinados fármacos inmunosupresores se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer, aunque los datos son contradictorios. Algunos trabajos sugieren que la fototerapia y las terapias sistémicas aumentan el

riesgo de cáncer cutáneo. El tratamiento con terapias biológicas también genera incertidumbre, ya que teóricamente podrían tener efectos en las vías innata y adaptativa de los mecanismos de inmunovigilancia del cáncer. Los estudios publicados, aunque escasos en número y con bajo nivel de evidencia, muestran que no existe un incremento estadísticamente significativo en el riesgo de padecer cáncer en los pacientes tratados con terapias biológicas. Los fármacos mejor posicionados son los anti-IL-17 y anti-IL-23. Evidentemente, se recomienda consensuar con Oncología el tratamiento para la psoriasis en pacientes con cáncer activo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):e563-e595.
2. Svedbom A, Mallbris L, González-Cantero Á, Playford M, Wu C, Mehta NN, et al. Skin Inflammation, Systemic Inflammation, and Cardiovascular Disease in Psoriasis. *JAMA Dermatol*. 2025;161(1):81-6.
3. Gisondi P, Bellinato F, Girolomoni G, Albanesi C. Pathogenesis of Chronic Plaque Psoriasis and Its Intersection With Cardio-Metabolic Comorbidities. *Front Pharmacol*. 2020;11:117.
4. Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 1. Conceptos y manejo general de la psoriasis con terapia biológica. *Actas Dermo-Sifil*. 2022;113(3):261-77.
5. Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Soler M, Betriu-Bars A, Sanmartín-Novell V, Ortega-Bravo M, et al. Psoriasis, metabolic syndrome and cardiovascular risk factors. A population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(1):128-35.
6. Wu JJ, Kavanaugh A, Lebwohl MG, Gniadecki R, Merola JF. Psoriasis and metabolic syndrome: implications for the management and treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(6):797-806.
7. Abuabara K, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. *Br J Dermatol*. 2010;163(3):586-92.
8. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA Dermatol*. 2006;296(14):1735-41.
9. Miller IM, Ellervik C, Yazdanyar S, Jemec GB. Meta-analysis of psoriasis, cardiovascular disease, and associated risk factors. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69(6):1014-24.
10. Xu T, Zhang YH. Association of psoriasis with stroke and myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Br J Dermatol*. 2012;167(6):1345-50.
11. Egeberg A, Skov L, Joshi AA, Mallbris L, Gislason GH, Wu JJ, et al. The relationship between duration of psoriasis, vascular inflammation, and cardiovascular events. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(4):650-6.
12. Ford AR, Siegel M, Bagel J, Cordoro KM, Garg A, Gottlieb A, et al. Dietary recommendations for adults with psoriasis or psoriatic arthritis from the medical board of the national psoriasis foundation: a systematic review. *JAMA Dermatol*. 2018;154(8):934-50.
13. Irimie M, Oanta A, Irimie CA, Fekete LG, Minea DI, Pascu A. Cardiovascular risk factors in patients with chronic plaque psoriasis: a case-control study on the Brasov County population. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2015;23(1):28-35.
14. Al-Mutairi N, Al-Farag S, Al-Mutairi A, Al-Shiltawy M. Comorbidities associated with psoriasis: an experience from the Middle East. *J Dermatol*. 2010;37(2):146-55.

15. Armstrong AW, Schupp C, Bebo B. Psoriasis comorbidities: results from the National Psoriasis Foundation surveys 2003 to 2011. *Dermatology*. 2012;225(2):121-6.
16. Curcó N, Barriendos N, Barahona MJ, Arteaga C, García M, Yordanov S, et al. Factors influencing cardiometabolic risk profile in patients with psoriasis. *Australas J Dermatol*. 2018;59(2):e93-e98.
17. Prodanovich S, Kirsner RS, Kravetz JD, Ma F, Martínez L, Federman DG. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality. *Arch Dermatol*. 2009;145(6):700-3.
18. Hugh J, Van Voorhees AS, Nijhawan RI, Bagel J, Lebwohl M, Blauvelt A, et al. 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(1):168-77.
19. Puig L, Strohal R, Husni ME, Tsai T-F, Noppakun N, Szumski A, et al. Cardiometabolic profile, clinical features, quality of life and treatment outcomes in patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis. *J Dermatol Treat*. 2015;26(1):7-15.
20. Berna-Rico E, Abbad-Jaime de Aragón C, Ballester-Martínez A, Pérez-Bootello J, Solís J, Fernández-Friera L, et al. Monocyte-to-High-Density Lipoprotein Ratio Is Associated with Systemic Inflammation, Insulin Resistance, and Coronary Subclinical Atherosclerosis in Psoriasis: Results from 2 Observational Cohorts. *J Invest Dermatol*. 2024;144(9):2002-2012.e2.
21. 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.
22. Zafiriou E, Daponte AI, Siokas V, Tsigalou C, Dardiotis E, Bogdanos DP. Depression and Obesity in Patients With Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Is IL-17-Mediated Immune Dysregulation the Connecting Link? *Front Immunol*. 2021;12:699848.
23. Mrowietz U, Sümbül M, Gerdes S. Depression, a major comorbidity of psoriatic disease, is caused by metabolic inflammation. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2023;37(9):1731-8.
24. Alotaibi HA. Effects of weight loss on psoriasis: a review of clinical trials. *Cureus*. 2018;10:e3491.
25. Barrea L, Nappi F, Di Somma C, Savanelli MC, Falco A, Balato A, et al. Environmental risk factors in psoriasis: the point of view of the nutritionist. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(5):743.
26. Garbicz J, Całyniuk B, Górski M, Buczkowska M, Piecuch M, Kulik A, et al. Nutritional Therapy in Persons Suffering from Psoriasis. *Nutrients*. 2021;14(1):119.
27. Pérez-Chada LM, Elman S, Villa-Ruiz C, Armstrong AW, Gottlieb AB, Merola JF. Psoriatic Arthritis: A comprehensive review for the dermatologist Part I: Epidemiology, Comorbidities, Pathogenesis, and Diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 2024;S0190-9622(24)00851-X.
28. Mumtaz A, Gallagher P, Kirby B, Waxman R, Coates LC, Veale J D, et al. Development of a preliminary composite disease activity index in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(2):272-7.
29. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665-73.
30. Belinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, Ferran M, Coto Segura P, Rivera R, et al. Dermatologists' Role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(10):835-46.
31. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med*. 2017;376(10):957-70.
32. Zabotti A, De Lucia O, Sakellariou G, Batticciotto A, Cincinelli G, Giovannini I, et al. Predictors, Risk Factors, and Incidence Rates of Psoriatic Arthritis Development in Psoriasis Patients: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Rheumatol Ther*. 2021;8(4):1519-34.
33. Zabotti A, De Marco G, Gossec L, Baraliakos X, Aletaha D, Iagnocco A, et al. EULAR points to consider for the definition of clinical and imaging features suspicious for progression from psoriasis to psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(9):1162-70.

34. Gossec L, Kerschbaumer A, Ferreira RJO, Aletaha D, Baraliakos X, Bertheussen H, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(6):706-19.
35. Egeberg A, Mallbris L, Warren RB, Bachelez H, Gislason GH, Hansen PR, et al. Association between psoriasis and inflammatory bowel disease: a Danish nationwide cohort study. *Br J Dermatol*. 2016 Sep;175(3):487-92.
36. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet*. 2012;380(9853):1590-605.
37. Fieldhouse KA, Ukaibe S, Crowley EL, Khanna R, O'Toole A, Gooderham MJ. Inflammatory bowel disease in patients with psoriasis treated with interleukin-17 inhibitors. *Drugs Context*. 2020 Apr 21;9:2020-2-1.
38. Jauregui W, Abarca YA, Ahmadi Y, Menon VB, Zumárraga DA, Rojas Gomez MC, et al. Shared Pathophysiology of Inflammatory Bowel Disease and Psoriasis: Unraveling the Connection. *Cureus*. 2024 Sep 3;16(9):e68569.
39. Carrascosa JM, Bonanad C, Dauden E, Botella R, Oliveira-Martín A. Psoriasis and Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(6):506-14.
40. Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Lencina JJA, et al. Practical Update of the Guidelines Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPs) on the Treatment of Psoriasis With Biologic Agents: Part 2 - Management of Special Populations, Patients With Comorbid Conditions, and Risk. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113(6):583-609.
41. Vicente A, Pérez-Ferriols A, Batalla A, García-Fernandez L, Pérez B, Eiris N, et al. Documento de consenso del Grupo Español de Psoriasis (GPS) y del grupo Español de Dermatología Pediátrica (GEDP) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) sobre el manejo de la psoriasis pediátrica. *Actas Dermosifiliogr*. 2024:S0001-7310(24)01004-4.
42. Mataix J, García L, Belinchón I, Ruiz Carrascosa JC, De la Cueva P, Carrascosa JM. Moderate to Severe Psoriasis in Older Adults: Recommendations on Management from the Psoriasis Working Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV). *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114(9):802-11.
43. Puig L, Notario J, López-Ferrer A, Scheneller-Pavelescu L, Pérez B, Galache C, et al. Recommendations from the Spanish Academy of Dermatology and Venereology Psoriasis Working Group on the Management of Patients with Cancer and Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2024;115(7):T702-T711.

MANEJO Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

4

Dra. Airam Jenny Dávalos Marín y Dr. Juan Jurado Moreno

TRATAMIENTO TÓPICO

CONSIDERACIONES GENERALES

Los tratamientos tópicos para la psoriasis están considerados como la primera línea terapéutica y representan el pilar fundamental en su manejo. Es de vital importancia transmitir a los pacientes la relevancia de la adherencia para lograr una buena eficacia⁽¹⁾.

Las primeras visitas son esenciales, debiendo mantener una actitud comprometida manejando toda la información que tengamos a la hora de planificar su tratamiento. En esta planificación debe involucrarse, entre los objetivos, la calidad de vida relacionada con la salud⁽²⁻⁵⁾.

Antes de pensar en la terapia farmacológica, debemos tener en cuenta ciertos factores que influyen sobre la mejor elección terapéutica (tabla 1):

Tabla 1. Factores que influirán sobre la mejor elección terapéutica

Consideraciones generales	Consideraciones farmacológicas
• Edad del paciente • Embarazo/lactancia • Comorbilidad • Gravedad • Forma clínica • Repercusión individual • Tratamientos previos (aceptación, eficacia) • Conocimiento de su enfermedad • Aislamiento sociofamiliar • Otros factores individuales	• Eficacia farmacológica • Potencia • Rapidez de acción • Seguridad • Riesgo de taquifilaxia • Efectos secundarios • Recidivas • Concentración • Formulaciones galénicas

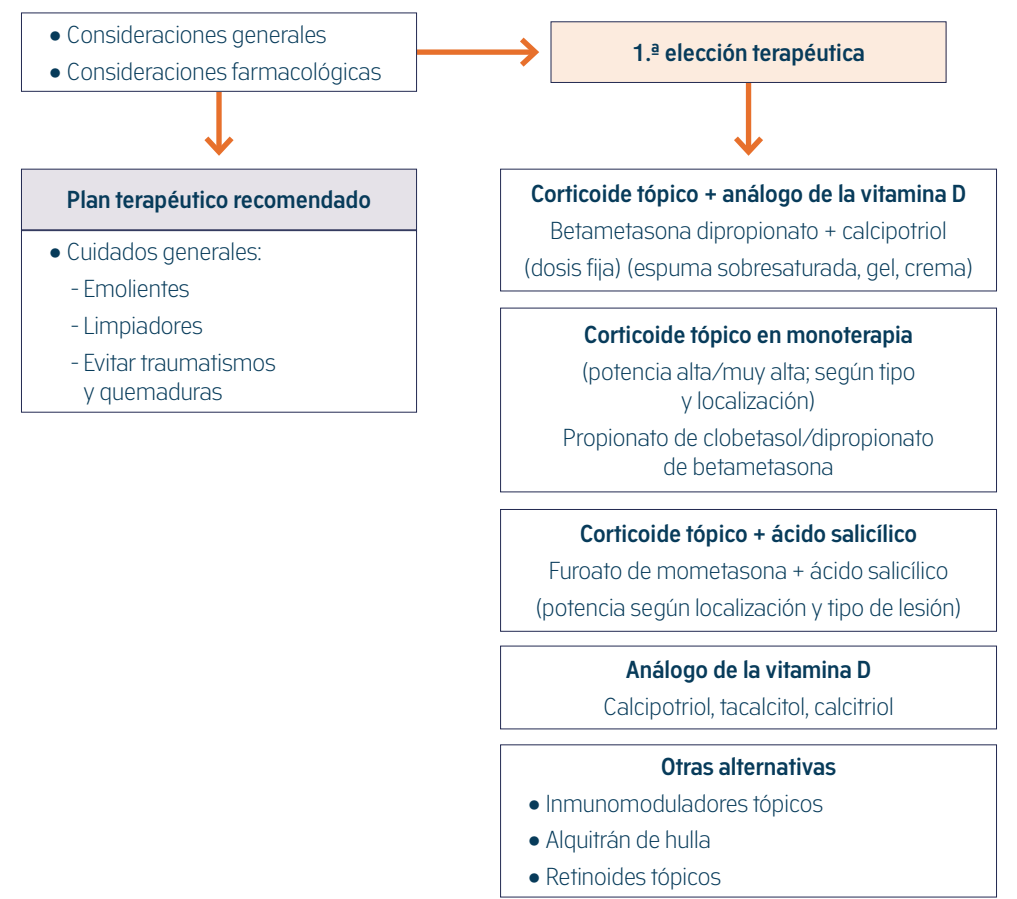
Elaboración propia.

Las formas clínicas de psoriasis en localizaciones especiales (cara, pliegues, cuero cabelludo, uñas, palmas-plantas, áreas genitales) añadirán un grado más de dificultad en su tratamiento.

La elección óptima del vehículo se debe adecuar a la preferencia del paciente, al tipo y la localización de las lesiones. Como ejemplo, podemos ver que, en la psoriasis de cuero cabelludo, son más admitidas las formulaciones vehiculizadas en soluciones, champús, espumas, aceites o geles. Mientras que las cremas son más aceptables cosméticamente que los ungüentos para la piel de tronco y extremidades^(6,7).

Desde Atención Primaria (algoritmo 1) podremos asumir el tratamiento de la psoriasis leve (representan el 70-80 %), que habitualmente suele manejarse con solo el tratamiento tópico, mientras que los casos de psoriasis moderada-grave requerirán fototerapia, tratamiento sistémico clásico o biológico, interviniendo el tratamiento tópico como complementario⁽⁸⁾.

Algoritmo 1. Proceso en la elección terapéutica tópica de la psoriasis



Elaboración propia.

En los pacientes en edad pediátrica, además de las consideraciones generales expuestas para los pacientes adultos, deberán tenerse en cuenta algunas características propias: anatómicas y fisiológicas, mayor riesgo de efectos adversos, psicológicas, contexto familiar, educacional, social⁽⁹⁾.

El plan terapéutico (tabla 2) debe consensuarse con el paciente, lo que redundará en la disminución de los abandonos terapéuticos^(6, 10).

Otro de los componentes que debemos incluir al elegir el tratamiento es considerar los factores que dependen del propio fármaco, como son la capacidad de “blanqueamiento” de las lesiones psoriásicas, los posibles efectos secundarios, la duración de las remisiones del brote producidas, el coste de su empleo efectivo y el grado de aceptación por parte del paciente.

Tabla 2. Plan terapéutico para el manejo integral de la psoriasis

Factores que intervienen en la decisión terapéutica: edad, forma clínica, gravedad, síntomas, comorbilidad, repercusión en el paciente...		
Objetivos generales	Plan individual	Educación
• Inflamación • Recurrencias • Prurito • Comorbilidades • Calidad de vida	• Objetivos individuales • Cuidados generales • Emolientes/queratolíticos • Tratamientos tópicos farmacológicos • Forma galénica adecuada • Pautas • Agenda revisiones	• Intervenciones informativas/educacionales • Recursos externos: fundaciones

Elaboración propia.

La incorporación de una sustancia a la piel, teniendo que atravesar la capa córnea, es un proceso pasivo que se verá influenciado por el grado de saturación del principio activo y también dependerá del tipo de excipiente, que tendrá que cumplir, por definición, ser inerte, no originar sensibilizaciones y cosméticamente aceptable, debiendo adecuarse al tipo de lesión psoriásica y a la zona de anatómica afectada.

Entre los productos y tratamientos tópicos utilizados hasta ahora para la psoriasis podemos incluir:

Tratamiento tópico coadyuvante	• Emolientes	• Queratolíticos
Tratamiento farmacológico tópico	• Corticoides + derivados de la vitamina D • Análogos de la vitamina D tópicos	• Corticoides tópicos • Otros (inhibidores de calcineurina, alquitrán de hulla, retinoides tópicos)

TRATAMIENTO TÓPICO COADYUVANTE

Emolientes

Su objetivo será mantener la hidratación normal de la piel y al mismo tiempo reblandecer el estrato córneo. Se recomienda como coadyuvante en el plan terapéutico, actuando sobre el prurito y sobre la descamación, reteniendo la humedad del estrato córneo.

Queratolíticos

Son sustancias que actúan sobre el estrato córneo de la piel, favoreciendo su degradación, minimizando la descamación y suavizando las placas psoriásicas. Su capacidad queratolítica dependerá del tipo, concentración, dosis y técnica de aplicación. Los más utilizados son:

- El ácido salicílico solo (5-10-20 % en vaselina) o combinado (corticosteroides)⁽¹¹⁾.
- La urea es una molécula higroscópica presente en la epidermis como parte del “factor de hidratación natural”. Para buscar su efecto queratolítico deben usarse concentraciones altas (superiores al 10-15 %).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TÓPICO

Actualmente, la primera elección terapéutica es la combinación de corticoide tópico + análogo de vitamina D a dosis fija.

En segunda línea pueden utilizarse los corticoides tópicos de potencia media/alta/muy alta (localización, tipo de lesión) o combinándolos con ácido salicílico.

El uso de análogos de vitamina D aislados u otros, como los inhibidores de la calcineurina, tienen usos menos amplios, como explicamos a continuación.

Combinación de corticoides y derivados de la vitamina D

La combinación de corticoides tópicos y derivados de la vitamina D son el tratamiento tópico de elección en primera línea. Esta combinación permite un efecto sinérgico, acumulando una menor dosis de corticoides y limitando los efectos secundarios de irritación propios del calcipotriol. Actualmente, están comercializadas cuatro formulaciones de dipropionato de betametasona con calcipotriol: gel, pomada, espuma y crema. Cada uno de ellos tiene una galénica diferente que permite, entre otros, aplicación más o menos fácil en diferentes áreas corporales.

La posología habitual es de 1 aplicación al día y al menos 8 horas previamente al lavado de la zona. En los casos de la espuma sobresaturada y la pomada, se recomienda un tratamiento de 4 semanas de duración, mientras que en las formas gel y crema este periodo no debe exceder las 8 semanas. En cuanto a su eficacia, la formulación en crema (incorporada más recientemente en el mercado) demostró una reducción completa o casi completa de las lesiones del 43,2 %

a las 8 semanas⁽¹²⁾. En el caso de la espuma, demostró una reducción completa o casi completa a las 4 semanas del 54,6 % vs. 43,0 % de la formulación en pomada⁽¹³⁾.

Han demostrado, concretamente en espuma sobresaturada, la eficacia y seguridad del llamado “tratamiento proactivo” durante la fase de mantenimiento. Consiste en la aplicación dos veces por semana en localizaciones habituales de las placas, aunque estén clínicamente inactivas en el momento actual, pero que generalmente están involucradas en la recurrencia^(7, 14, 15). Con este abordaje proactivo se consiguen 41 días adicionales en remisión al año comparado con el tratamiento reactivo (cuando aparecían lesiones).

Corticoides tópicos

Los corticoides tópicos poseen efectos antiinflamatorios, inmunosupresores, vasoconstrictores, y reducen la proliferación epidérmica^(16, 17).

Según su potencia, se clasifican en diferentes categorías, debiéndose tener en cuenta a la hora de su utilización. Las guías norteamericanas los clasifican en siete categorías (oscila entre la categoría 1, que se corresponde con la “ultraalta potencia”, hasta las categorías 6-7, que son las de menor potencia). Mientras que las guías europeas lo hacen en cuatro clases: potencia baja, media, alta y muy alta⁽¹⁸⁾.

Su potencia se relaciona de forma directamente proporcional con la eficacia y rapidez de acción y con la aparición de efectos secundarios. Aunque la concentración también determina la potencia, esto no es siempre así, debido a que se produce una “curva dosis-respuesta”, alcanzando una meseta para cada corticosteroide y, una vez alcanzada, no se modifica su efecto, pero sí se incrementa el riesgo potencial de efectos secundarios⁽¹⁷⁾.

La elección de un corticosteroide tópico (tabla 3), además de la potencia y la formulación galénica adecuada, se fundamenta en la gravedad y localización de las lesiones, edad y preferencias del paciente.

La experiencia clínica y la evidencia científica disponibles permiten recomendar el empleo de corticosteroides potentes o muy potentes durante el periodo inicial de tratamiento (especialmente propionato de clobetasol o dipropionato de betametasona), con la excepción de localizaciones como la cara y las flexuras. Los de menor potencia deben usarse en áreas faciales y cuello, zonas intertriginosas, y aquellas otras que son más susceptibles a los efectos secundarios (antebrazos, genitales)⁽¹⁶⁾.

Los corticoides de potencia/concentraciones elevadas los utilizaremos en las lesiones hiperqueratósicas, en palmas-plantas y en uñas (laca de uñas con propionato de clobetasol al 8 %), no superando las 4 semanas (riesgo de atrofia cutánea) y retirándose tras la mejoría de forma progresiva (evitando recaídas). El tratamiento de áreas intertriginosas (ingle) o el cuero cabelludo puede ser un desafío debido a la dificultad de aplicar un producto tópico en estas zonas, debiendo seleccionar adecuadamente la formulación galénica.

Tabla 3. Corticoides tópicos más utilizados en Atención Primaria según potencia

Categoría	Principio farmacológico	Recomendaciones pediátricas
Potencia muy alta (IV)	• Clobetasol propionato 0,05 % • Diflucortolona valerato 0,3 %	• Clobetasol: niños > 2 años
Potencia alta (III)	• Dipropionato de betametasona 0,05 % • Dipropionato de beclometasona 0,025 % • Valerato de betametasona 0,1 % • Valerato de flucortolona 0,1 % • Acetónido de fluocinolona 0,025 % • Fluticasona propionato 0,05 % • Hidrocortisona aceponato 0,127 % • Mometasona furoato 0,1 %	• Hidrocortisona aceponato: todos • Fluticasona propionato: niños > 1 año • Mometasona furoato: niños > 2 años
Potencia media (II)	• Dipropionato de aldometasona 0,05 % • Clometasona butirato 0,05 % • Beclometasona dipropionato 0,025 % • Hidrocortisona butirato propionato 0,1 % • Betametasona valerato 0,025 % • Fluocinolona acetónido 0,02 % • Metilprednisolona aceponato 0,1 % • Prednicartrato 0,25 %	• Hidrocortisona butirato propionato: todos • Metilprednisolona aceponato: niños > 4 meses • Beclometasona dipropionato: niños > 1 año • Fluocinolona acetónido: niños > 1 año • Prednicartrato: niños > 2 años • Betametasona valerato: niños > 5 años
Potencia baja (I)	• Hidrocortisona acetato 0,1-2,5 % • Desonida 0,05 %	• Hidrocortisona: todos

Tabla adaptada de la referencia 9.

Los corticoides tópicos son seguros durante el embarazo cuando se utilizan con dosis acumulativas bajas (< 60 g/semana) y evitando las 4 semanas seguidas. Se evitará usar los corticosteroideos de alta potencia en el pezón y en la areola en madres lactantes.

En los casos de psoriasis en edad pediátrica, los corticoides tópicos son los únicos tratamientos que aparecen como indicación en ficha técnica. El riesgo de presentar efectos secundarios locales y sistémicos es más elevado^(9, 19).

Las normas generales en la utilización de los corticoides tópicos son las siguientes^(20, 21):

- En adultos, comenzar con potencia moderada/alta, dejando los de potencia “ultraalta” para las áreas con placas gruesas (hiperqueratósicas), crónicas o localización ungueal (aunque su efecto en esta localización es limitado).
- No superar 2 aplicaciones/día, en capa fina y un máximo de 4 semanas.

- Cuando se produzca una mejoría, se recomienda la reducción de potencia/dosis, y la utilización de pautas intermitentes para el mantenimiento (cada 3 días o de fin de semana), lo que evitará recaídas y un mejor pronóstico.

Para minimizar los efectos adversos de los corticosteroides tópicos (tabla 4), en psoriasis se recomienda utilizarlos combinados con derivados de la vitamina D principalmente, u otros agentes terapéuticos (retinoides tópicos, inhibidores de la calcineurina), que ahorrarán su dosis total, permitiendo pasar a una terapia combinada intermitente cuando se haya alcanzado la mejoría (alternando los diferentes agentes terapéuticos en días diferentes), o siendo sustituidos por estos como recurso de transición a la fase de mantenimiento.

Tabla 4. Efectos no deseados de la terapia corticoidea tópica

Carácter	Efectos	Consecuencias
Efectos locales	● Reversibles	● Hipertriosis ● Irritación cutánea y xerosis ● Acné ● Dermatitis perioral ● Alteraciones pigmentarias ● Sobreinfección
	● No reversibles	● Atrofia ● Telangiectasias ● Estrías
Otros efectos	● Taquifilaxia	● Pérdida del efecto terapéutico tras el uso continuado del fármaco. No superar 4 semanas de tratamiento ininterrumpido
	● Recidivas ● Efecto rebote	● Dermatitis que rebrotan a los pocos días de suspender el tratamiento, a veces de forma intensa
	● Sensibilizaciones	● Puede causar una dermatitis de contacto alérgica
Sistémicos	● Muy improbables	● Supresión del eje hipotálamo-hipofisario ● Retraso en el crecimiento (cierre precoz de epífisis) ● Cushing iatrogénico ● Diabetes mellitus ● Hipertensión ● Efecto mineralcorticosteroide

Tabla adaptada de la referencia 5.

La combinación de corticoides tópicos y queratolíticos (mometasona o betametasona con ácido salicílico 2-5 %) es beneficiosa para su eficacia, pudiéndose aplicar en el tratamiento de las lesiones de psoriasis con elevado componente hiperqueratósico, como sucede en el cuero cabelludo o en psoriasis palmo-plantar⁽¹⁸⁾.

Tabla 5. Recomendaciones del tratamiento tópico según tipo clínico de la psoriasis

Forma clínica/localización	Terapia durante el brote (inducción o “reactiva”)	
En placa	• Calcipotriol/betametasona dipropionato (espuma sobresaturada, gel, crema de elección) • Corticosteroides tópicos (potencia III/IV) • Análogos tópicos de vitamina D₃	1-2 aplicaciones/día
Cuero cabelludo	• Calcipotriol/betametasona dipropionato (espuma sobresaturada/gel, crema) • Corticosteroides tópicos (potencia III/IV)	1 aplicación/día
Ecceematosa	• Corticosteroides tópicos (potencia III/IV) máximo 4 semanas (inicialmente 2 veces al día, luego 1 vez al día)	2 aplicaciones/día 1 aplicación/día
Facial	• Corticosteroides tópicos (potencia II/III) reducción gradual • Inhibidores de la calcineurina como alternativa	1 aplicación/día (5-7 días)
Intertriginosa/genital	• Corticosteroides tópicos (potencia III) durante un máximo de 7 días (antimicrobianos/ antifúngicos si sospecha sobreinfección) • Inhibidores de la calcineurina como alternativa	1 aplicación/día
Hiperqueratósica/ palmo-plantar	• Ácido salicílico al 5-10 %/urea al 10-30 % (5-7 días) • Corticoesteroides tópicos (potencia III/IV) (monoterapia; opcional con oclusión); o en combinación/alternancia con calcipotriol	1 aplicación/día (≤ 4 semanas)

Elaboración propia.

Análogos de la vitamina D tópicos

Ejercen su efecto inhibiendo la proliferación de queratinocitos y mejorando su diferenciación, con una respuesta clínica más lenta, pero con un buen perfil de seguridad y eficacia, lo que les hace muy útiles para los tratamientos prolongados.

Los únicos efectos adversos referenciados con cierta frecuencia (inicio del tratamiento) son de tipo irritativo (ardor, prurito, edema, descamación, sequedad y eritema). Los efectos adversos sistémicos son muy raros (hipercalcemia, supresión de la hormona paratiroidea). Se debe evitar la exposición solar tras su aplicación, ya que son fotosensibilizantes. Su uso durante el embarazo y/o la lactancia solamente si el beneficio supera el riesgo⁽²⁰⁾.

Se utilizan de forma tópica el calcitriol (metabolito activo de la vitamina D) y sus análogos sintéticos, calcipotriol y tacalcitol. Se presentan solos o en combinación con corticosteroides tópicos (ver el siguiente apartado). Su uso en monoterapia es limitado debido a su limitada eficacia por sí solos.

OTROS TRATAMIENTOS TÓPICOS

Inhibidores de calcineurina

Su uso en psoriasis no está aprobado en ficha técnica. El tacrolimus 0,1 % y el pimecrolimus 1 % tópicos se usan a menudo en el tratamiento de la psoriasis, por extensión de su eficacia en la dermatitis atópica^(9, 14, 17).

Se utiliza en el tratamiento de las lesiones de zonas con piel sensible (áreas faciales, zonas intertriginosas), permitiendo a los pacientes minimizar e incluso sustituir los corticosteroides tópicos en tratamientos crónicos. Sus posibles efectos adversos se describen como leves (ardor y prurito), desapareciendo con el uso en muchos pacientes.

Se ha utilizado el tacrolimus junto al ácido salicílico al 6 % (no autorizado en ficha técnica), durante 12 semanas en el tratamiento de la psoriasis en placas, con buenos resultados⁽⁷⁾.

Dada su escasa absorción sistémica, su aplicación durante el embarazo puede hacerse con precaución. Y durante la lactancia debe evitarse su aplicación en el pezón, pero puede utilizarse en otras áreas.

Alquitrán de hulla (coaltar)

Es un producto muy heterogéneo, formado por una mezcla de numerosos compuestos químicos obtenidos de la destilación del carbón^(1, 2). Su empleo en la psoriasis tiene un largo recorrido, conociéndose entre sus efectos su capacidad para reducir la proliferación de queratinocitos, actuando sobre los fenómenos inflamatorios y sobre la función inmunológica. Se ha recomendado su empleo en el tratamiento de la psoriasis leve-moderada, sobre todo en la psoriasis de pliegues cutáneos.

También se ha usado junto a la fototerapia (radiación de UVB de banda ancha), mejorando los resultados clínicos.

Entre los efectos adversos descritos se incluyen la irritación local, la foliculitis, la dermatitis de contacto, la fototoxicidad y la pigmentación. La posible carcinogenicidad sigue siendo controvertida, pero no probada. Se debe evitar el uso de preparados de alquitrán de hulla durante el embarazo y la lactancia. Suele ser rechazado por su olor y por manchar la ropa.

Retinoides tópicos

Solo se utiliza el tazaroteno, retinoide acetilénico tópico con efecto sobre la diferenciación y proliferación de queratinocitos, disminuyendo la expresión de genes proinflamatorios⁽²⁾. No está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Se utiliza en la psoriasis leve-moderada, recomendando su aplicación durante 8 a 12 semanas (no superar los 3 meses) para obtener resultados. Tiene menor eficacia que los corticoides y los análogos de la vitamina D. Se presenta en gel (0,1 y 0,05 %), aplicándose en capa fina por la noche (psoriasis en placas), debiéndose proteger la piel sana perilesional (vaselina, pasta Lassar), ya que son irritantes. Para minimizar su efecto irritante sobre la piel, se recomienda usarlo en combinación con corticoides tópicos de potencia alta (palmas y plantas). En las uñas, se combina con corticosteroides de potencia muy alta (propionato de clobetasol 0,05 % en ungüento), obteniéndose mejores resultados que en monoterapia. Se ha utilizado en fototerapia combinado con radiación UVB de banda estrecha^(15, 17).

Debe evitarse su uso durante el embarazo, no existiendo datos disponibles en humanos sobre la excreción en la leche humana.

Otras opciones terapéuticas disponibles en otros países

La revisión de las diferentes guías, consensos y recomendaciones de expertos, o ensayos clínicos de diferentes países en relación al manejo terapéutico de la psoriasis desde la Medicina Familiar o Atención Primaria, nos ofrece una visión más amplia, pero muy coincidente en las valoraciones generales, y con algunas diferencias en las recomendaciones de los tratamientos tópicos, a veces más vinculadas al modelo asistencial tradicional del país, como ocurre en China (medicina herbal china) o en algunos países latinoamericanos⁽²²⁾. Destaca el uso de roflumilast 0,3 %, aprobado en Estados Unidos, eficaz en localizaciones especiales donde el uso de corticoides o sus combinaciones es limitado por el riesgo de efectos adversos.

Hace pocos años, la Academia Estadounidense de Dermatología ha realizado una revisión muy exhaustiva de las evidencias disponibles sobre el uso de otros tratamientos tópicos y medicinas alternativas, opinando que, aun considerando que la medicina alternativa no suele formar parte de la atención médica convencional, debe tenerse en cuenta⁽¹⁴⁾.

Tabla 6. Tratamientos tópicos alternativos para la psoriasis

Tipo	Características	Valoración
Tratamiento herbal chino	• Son muy variados, con mezclas herbales múltiples y difícil de dilucidar • Falta de estandarización en los estudios • La mezcla de <i>Mahonia aquifolium</i>, <i>Indigo naturalis</i> y <i>Camptotheca</i> spp. mostró beneficios antiinflamatorios en comparación con el vehículo • La fórmula optimizada de Yinxieling, junto a electroestimulación muscular, ha demostrado una reducción PASI del 74,4 %	• La falta de ensayos clínicos estandarizados hace que sea muy difícil evaluar claramente la eficacia de estos tratamientos • Evitar su uso durante embarazo y lactancia • Riesgo de sensibilizaciones
Acupuntura y otras medidas terapéuticas (terapia auricular)	• Electroestimulación muscular. Acupuntura mínima • Terapia auricular + mezcla herbal	• Efecto placebo positivo
Aloe vera	• Estudios poco significativos • Un ensayo clínico doble ciego no demostró ventajas sobre placebo	• Efecto placebo positivo • Considerado como simple tratamiento emoliente • Riesgo de sensibilizaciones cutáneas cruzadas
Hierba de San Juan	• Puede mejorar la psoriasis leve, pero no existe estandarización en su formulación	• Riesgo de fotosensibilización • Riesgos con la fototerapia • Evitar su uso durante embarazo y lactancia

Tabla adaptada de la referencia 14.

MANEJO COMPARTIDO DE LAS COMORBILIDADES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

El abordaje integral del paciente con psoriasis desde Atención Primaria garantizará su adecuada evolución y pronóstico. Esto nos exigirá completar su evaluación y caracterización clínica, con la valoración de sus posibles comorbilidades.

Es clave reconocer desde Atención Primaria la psoriasis como una enfermedad que conlleva un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y establecer medidas para minimizarlo. Su plan terapéutico debe realizarse siempre de una forma compartida e interdisciplinar, involucrando a diferentes especialistas en el caso de ser necesario (dermatólogos, reumatólogos, endocrinos, cardiólogos, psicólogos/psiquiatras, nefrólogos, oftalmólogos, neumólogos, gastroenterólogos e incluso oncólogos).

Recogemos en la tabla 7 las recomendaciones para el **manejo desde Atención Primaria** de las **comorbilidades** más habituales y destacadas⁽²²⁻³⁵⁾.

Tabla 7. Comorbilidades: recomendaciones para su manejo en Atención Primaria

Comorbilidad	Recomendaciones
Síndrome metabólico/enfermedad cardiovascular	• Detectar la presencia de FRCV en el paciente (anamnesis de antecedentes, hábitos nocivos, alimentación, etc.) • Exploración somato-métrica (IMC, índice cintura/cadera) y detectar obesidad/síndrome metabólico • Exploración cardiovascular (presión arterial, ECG) • Estudio de laboratorio dirigido al RCV (perfil lipídico, glucemia, otros) • Control de los FRCV • Derivación a Cardiología/Endocrinología según criterios consensuados
Ansiedad y depresión	• Establecer una buena relación de confianza desde el principio • Informar adecuadamente sobre la naturaleza de su enfermedad y sus consecuencias • Evaluación de la “calidad de vida” en el paciente (DLQI) • Detección del posible impacto emocional oculto-depresión (test PHQ-9) • Compartir las decisiones terapéuticas • Solicitud de interconsulta con Psicología/Psiquiatría, en caso necesario
Nutrición	• Dietas sin gluten: únicamente para pacientes con enfermedad celíaca confirmada
	• Pérdida de peso: dietas hipocalóricas (800-1.400 kcal/día) pueden ser de utilidad en pacientes con sobrepeso/obesidad (IMC ≥ 25)
	• Suplementación dietética: – Aceites de pescado: se han demostrado ineficaces – Vitamina D: no se recomienda suplementarlos en adultos con valores normales. – Selenio, vitamina B₁₂, micronutrientes, dietas especiales: no han demostrado beneficios claros, por lo que no se recomienda la suplementación de estos productos

Continúa

Tabla 7. Comorbilidades: recomendaciones para su manejo en Atención Primaria (continuación)

Comorbilidad	Recomendaciones
Artritis psoriásica	• El mejor manejo de esta comorbilidad desde Atención Primaria es detectarla lo más precoz posible, y esto se hace si pensamos “siempre” en su posible existencia, incluyendo la psoriasis pediátrica • Se recomienda realizar, ante su sospecha, la encuesta PURE-4 o EARP • Derivación precoz a Reumatología
Otras comorbilidades	• Enfermedad inflamatoria intestinal: mayor frecuencia para enfermedad de Crohn y de colitis ulcerosa. Anamnesis/exploración dirigida a buscar síntomas y signos específicos. Laboratorio: serie hemática y sangre en heces. Derivar a Gastroenterología • Comorbilidad oncológica: anamnesis de cáncer familiar. Examen cutáneo completo buscando lesiones sospechosas (cáncer no melanoma, melanoma, linfoma). Participar en las campañas preventivas para cáncer en general según edad y sexo, y en las de cáncer cutáneo
Situaciones especiales	• Pacientes pediátricos: evaluación precoz y adecuada • Pacientes ancianos: gran número de comorbilidades, polimedicación y riesgo elevado de complicaciones. Y no hay recomendaciones expresas para su tratamiento en las guías de práctica clínica. El tratamiento tópico no requiere ajustes • Psoriasis durante el embarazo: puede suponer un reto. Se incrementan los riesgos de determinadas comorbilidades (diabetes, HTA, depresión, tabaquismo, alcoholismo). Puede utilizarse el tratamiento tópico con corticoesteroides y calcipotriol sin problemas. Valorar el uso de tacrolimus. Contraindicado el tazaroteno

CLCI: Cumulative Life Course Impairment; DLQI: Dermatology Life Quality Index; EARP: Early Arthritis for Psoriatic patients; ECG: electrocardiograma; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; PHQ-9: Primary Care Evaluation of Mental Disorders.

Elaboración propia a partir de la referencia 25.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez-Arnau AM. Psoriasis: bases de actuación terapéutica. Act Dermatol. 1998;3:159-71.
2. Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Ferran M, Pujol RM, Ribera M. Tratamiento tópico de la psoriasis. Piel. 2009;24(10):567-68.
3. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 2015;386(9997):983-94.
4. Ribera-Pibernat M, Caballé G, Fernández-Chico N, Fuente MJ, Ferrándiz C. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida del paciente español. Piel. 2004;19(5):242-9.
5. Alejandre G, Moreno F. Corticoesteroides tópicos. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010;34(3):83-8.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psoriasis: assessment and management. Guidance NICE 2017. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg153>

7. Fargnoli MC, De Simone C, Gisondi P, Pellacani G, Calzavara-Pinton P. Topical treatment for the management of mild to moderate psoriasis: a critical evaluation of the current literature. *J Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(11):2527-47.
8. 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(11):1260-7.
9. Vicente A, Pérez-Ferriols A, Batalla A, García-Fernandez L, Pérez B, Eiris N, et al. Documento de consenso del Grupo Español de Psoriasis (GPS) y del Grupo Español de Dermatología Pediátrica (GEDP) de la Academia Española de Dermatología (AEDV) sobre el manejo de la psoriasis pediátrica. *Actas Dermosifiliogr*. 2025;116(3):T254-T280.
10. Ferrándiz C, Carrascosa JM. Tratamiento tópico o sistémico en la psoriasis. ¿Dilema o acuerdo? *Piel*. 2009;24(5):227-9.
11. Jacobi A, Mayer A, Augustin M. Keratolytics and emollients and their role in the therapy of psoriasis: a systematic review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2015;5(1):1-18.
12. 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.
13. Puig L, Carretero G. Actualización del tratamiento tópico en psoriasis: aportación de la combinación de calcipotriol y dipropionato de betametasona en espuma. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(2):115-23.
14. Elmetts CA, Korman NJ, Prater EF, Wong EB, Rupani RN, Kivelevitch D, et al. Joint AAD–NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol*. 2021;84(2):432-70.
15. Paul C, Gallini A, Archier E, Castela E, Devaux S, Aractingi S, et al. Evidence-based recommendations on topical treatment and phototherapy of psoriasis: Systematic review and expert opinion of a panel of dermatologists. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26 Suppl 3:1-10.
16. Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L, et al. Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100(3):190-200.
17. Kravvas G, Gholam K. Use of topical therapies for pediatric psoriasis: A systematic review. *Pediatr Dermatol*. 2018;35(3):296-302.
18. Castela E, Archier E, Devaux S, Gallini A, Aractingi S, Cribier B, et al. Topical corticosteroids in plaque psoriasis: a systematic review of risk of adrenal axis suppression and skin atrophy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(Suppl 3):47-51.
19. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(3):CD005028.
20. Takhar A, Thoning H, Nyholm N, Petersen B, Stein Gold L. The Effect on BSA of Proactive Management versus Reactive Management of Psoriasis With Fixed-Dose Cal/BD Foam in the PSO-LONG Study. *J Drugs Dermatol*. 2021;20(5):567-70.
21. Lavaud J, Mahe E. Proactive treatment in childhood psoriasis. *Ann Dermatol Venereol*. 2020;147(1):29-35.
22. Bae YS, Van Voorhees AS, Hsu S, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, et al. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67(3):459-77.
23. Moreno-Giménez JC, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Comorbilidades en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(Supl. 1):55-61.
24. Bu J, Ding R, Zhou L, Chen X, Shen E. Epidemiology of Psoriasis and Comorbid Diseases: A Narrative Review. *Front Immunol*. 2022;13:880201.
25. Elmetts CA, Leonardi CL, Davis DMR, Gelfand JM, Lichten J, Mehta NN, et al. Joint AAD–NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(4):1073-113.

26. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and the risk of diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2013;149(1):84-91.
27. Kimball AB, Szapary P, Mrowietz U, Reich K, Langley RG, You Y, et al. Underdiagnosis and undertreatment of cardiovascular risk factors in patients with moderate to severe psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(1):76-85.
28. Luna-Cerón E, Flores AA, Bonilla R, Vichi LJ, Gómez AK. Abordaje diagnóstico y manejo de psoriasis. *Aten Fam.* 2021;28(1):54-61.
29. Carrascosa JM, Belinchón I, de-la-Cueva P, Izu R, Luelmo J, Ruiz-Villaverde R. Recomendaciones de expertos para el tratamiento de la psoriasis en situaciones especiales. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106(4):292-309.
30. Ford AR, Siegel M, Bagel J, Cordoro KM, Garg A, Gottlieb A, et al. Dietary Recommendations for Adults With Psoriasis or Psoriatic Arthritis From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: A Systematic Review. *JAMA Dermatol.* 2018;154(8):934-50.
31. Lundquist P, Hagforsen E, Wagner M, Alimohammadi M, Melo FR, Pejler G, et al. Mild-to-moderate psoriasis is associated with subclinical inflammation in the duodenum and a tendency of disturbed intestinal barrier. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis.* 2025;1871(3):167634.
32. Fu Y, Lee CH, Chi CC. Association of Psoriasis With Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2018;154(12):1417-23.
33. Trafford AM, Parisi R, Kontopantelis E, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Association of Psoriasis With the Risk of Developing or Dying of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2019;155(12):1390-403.
34. Puig L, Notario J, López-Ferrer A, Scheneller-Pavelescu L, Pérez B, Galache C, et al. Recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología sobre el manejo de la psoriasis en pacientes oncológicos. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología sobre el Manejo de Pacientes con Cáncer y Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2024;115(7):T702-T711.
35. Luo Y, Chen J, Kuai L, Zhang Y, Ding X, Luo Y, et al. Chinese Herbal Medicine for Psoriasis: Evidence From 11 High-Quality Randomized Controlled Trials. *Front Pharmacol.* 2021;11:599433.

DERIVACIÓN A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

5

Dra. Rosa Senan Sanz, Dra. María del Mar Ballester Torrens y Dra. Anna López Ferrer

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La derivación de pacientes con psoriasis desde Atención Primaria a Dermatología es fundamental en aquellos casos en los que existan dudas sobre el diagnóstico y que requieran la confirmación por parte del dermatólogo, o bien aquellos casos que, por gravedad o localización, no responden a tratamiento tópico y son candidatos a un tratamiento sistémico (extensión/gravedad, zonas especiales, alteración calidad de vida, sospecha de artritis) (tabla 1).

Aquellos pacientes que inician la enfermedad de forma generalizada pueden requerir una derivación urgente al Servicio de Dermatología.

Las indicaciones de tratamiento sistémico según el grupo de psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) se detallan a continuación⁽¹⁾:

- Pacientes que cumplen al menos 1 de los siguientes criterios: BSA (*Body Surface Area*) $\geq 10\%$ o PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) > 10 o DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) > 10 .
- Psoriasis que afecta a áreas expuestas (región facial y dorso de manos) palmas, plantas, genitales, cuero cabelludo, uñas y placas recalcitrantes cuando hay impacto funcional o psicológico para el paciente.
- Psoriasis que no puede controlarse con tratamiento tópico o fototerapia.

Tabla 1. Criterios de derivación a Atención Especializada

- Dudas diagnósticas
- Necesidad de tratamiento sistémico
- Psoriasis leve-moderada sin respuesta a la terapia tópica tras 2-3 meses desde su inicio
- Psoriasis moderada-grave (BSA $> 10\%$)
- Psoriasis localizaciones especiales que no responde a tópico (cuero cabelludo, uñas o palmo-plantar, flexuras, genitales)
- Alteración significativa de la calidad de vida
- Sospecha de artritis psoriásica (Dermatología y Reumatología)

BSA: *Body Surface Area*.

Elaboración propia.

SISTEMAS DE DERIVACIÓN

Los modelos de derivación varían según la comunidad, pero habitualmente se siguen los criterios de derivación detallados en la tabla 1 según las condiciones del paciente: presencial con indicación ordinaria, preferente o urgente, según el juicio clínico.

En cualquiera de los casos mencionados, la derivación puede realizarse mediante **teledermatología**⁽²⁾, que debe incluir una serie de datos mínimos (tabla 2).

Tabla 2. Datos mínimos para derivar mediante teledermatología

- Los antecedentes familiares y personales de psoriasis y artritis psoriásica
- Tratamientos que haya llevado y su resultado
- Tratamiento actual pautado con posología
- Exploración física. Descripción de las lesiones: si hay eritema, engrosamiento, descamación; en que morfología se presenta predominantemente por ejemplos de placas; si las lesiones están bien delimitadas y que zona afecta como puede ser las zonas de extensión. Muy importante poner la aproximación de la superficie corporal y afectación de la calidad de vida

Elaboración propia.

En España, y particularmente en Cataluña, la **teledermatología** ha emergido como una herramienta esencial para mejorar el acceso a la atención dermatológica, especialmente en zonas rurales o con escasez de especialistas. Este modelo de atención facilita la transmisión de imágenes dermatológicas, optimizando la resolución de casos, gestionando de forma más eficiente las derivaciones y reduciendo los tiempos de espera para consultas especializadas. El uso de tecnologías de imágenes digitales y plataformas virtuales facilita diagnósticos y seguimientos a distancia de manera efectiva.

Existen diversos modelos de teledermatología en la práctica clínica:

- **Teledermatología sincrónica:** consultas en tiempo real mediante videollamadas que permiten diagnósticos rápidos y la prescripción inmediata de tratamientos.
- **Teledermatología asincrónica:** en este modelo, las imágenes de las lesiones y la información clínica se envían desde Atención Primaria a Dermatología para su análisis posterior. Este modelo es útil para reducir los tiempos de espera y mejorar el acceso a la atención en áreas más remotas y ofrece generalmente una mayor calidad de imagen que la videollamada.

Estos modelos pueden clasificarse en tres tipos:

- **Teledermatología de clasificación:** utiliza herramientas de clasificación para asegurar que el paciente sea atendido de manera adecuada y con prontitud, permitiendo determinar el tipo de derivación necesaria.

- **Teledermatología completa:** funciona como una alternativa a la consulta presencial, donde el dermatólogo proporciona un plan de manejo de la psoriasis que es ejecutado por el médico de familia.
- **Teledermatología intermedia:** combina ambos modelos según las necesidades específicas del paciente, derivando algunos a consultas presenciales y proporcionando a otros asesoramientos remoto.

Además, se ha optimizado la **interconsulta entre profesionales**, en la que los médicos de Atención Primaria envían imágenes a Dermatología, que emiten diagnósticos y recomendaciones sin necesidad de derivaciones presenciales. Esta estrategia también permite el seguimiento remoto de enfermedades crónicas, como la psoriasis, mediante herramientas digitales, ajustando tratamientos sin que el paciente deba asistir a consultas frecuentes con el especialista.

En Cataluña, diversos Centros de Atención Primaria (CAP) y hospitales de la red pública del Institut Català de la Salut han implementado sistemas de teledermatología asincrónica. En términos generales, la teledermatología está en expansión tanto en el sector público como en el privado en España, lo que promete mejorar la eficiencia y accesibilidad de la atención dermatológica.

El **uso de la inteligencia artificial (IA)**⁽³⁾ en teledermatología^(4,5) ha permitido avances significativos en la detección de cánceres cutáneos y en el manejo de enfermedades inflamatorias, como la psoriasis. La IA proporciona soporte diagnóstico, equidad en el acceso a la atención y mejora la eficiencia operativa; sin embargo, su implementación enfrenta retos, como la validación de los algoritmos y la integración ética de estas herramientas dentro del flujo de trabajo médico.

La **calidad de las imágenes** es un factor crítico para realizar diagnósticos precisos en teledermatología. Las imágenes deben cumplir con ciertos estándares de calidad, especialmente cuando se toman con teléfonos móviles. La integración de las imágenes en el historial electrónico de salud facilita su acceso y mejora la eficiencia del proceso de atención.

Los **criterios mínimos para la captura de imágenes que consideramos imprescindibles** incluyen:

- Una imagen tomada a distancia para identificar y localizar la lesión.
- Una imagen cercana para valorar las características de la lesión y, si es necesario, imagen dermatoscópica.
- Una imagen perpendicular y tangencial para valorar el volumen y el relieve.
- Es importante poder disponer de una regla junto a la lesión, que nos dará información de su tamaño a la vez que nos ayudará a valorar su evolución.
- Es importante intentar realizar la foto con luz natural. Si no es posible, utilizar el flash de la cámara.

- Es importante evitar brillos y artefactos luminosos.
- En la foto de detalle, se aconseja colocar la cámara de la forma más paralela a la lesión para evitar distorsiones.

Es imprescindible contar con herramientas de visualización de imágenes que permitan al dermatólogo obtener la mayor cantidad de información posible. El Consentimiento Informado⁽⁶⁾ es un componente esencial en teledermatología, ya que garantiza la autonomía del paciente y la protección de sus datos personales, en conformidad con las normativas de privacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Practical update of the Recommendations Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPS) on the Treatment of Psoriasis with Biologic Therapy. Part 1. Concepts and General Management of Psoriasis with Biologic Therapy. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113(3):261-77.
2. Santa Vélez C, Acosta Madieto de Hart AC, Pérez-Madrid C, Galeano Piedrahita E, Morales Restrepo D, Laasch Restrepo M. Estado del arte de la teledermatología. *Rev CES Med*. 2020;34(3):198-206.
3. Giansanti D. The Artificial Intelligence in Teledermatology: A Narrative Review on Opportunities, Perspectives, and Bottlenecks. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(10):5810.
4. Escalé-Besa A, Vidal-Alaball J, Miró Catalina Q, Gracia VH, Marín-Gómez FX, Fuster-Casanovas A. The Use of Artificial Intelligence for Skin Disease Diagnosis in Primary Care Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(12):1192.
5. Pelet del Toro, Yahia R, Feldman SR, Van Voorhees V, Green L, Schwartzman S, et al. National Psoriasis Foundation Telemedicine Task Force guidance for management of psoriatic disease via telemedicine. *JAAD Int*. 2023;12:32-6.
6. Gómez Arias PJ, Abad Arenas E, Arias Blanco MC, Redondo Sánchez J, Galán Gutiérrez M, Vélez García-Nieto AJ. Aspectos medicolegales de la práctica de la teledermatología en España. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2021;112(2):127-33.

TRATAMIENTO SISTÉMICO: ¿QUÉ DEBE SABER EL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA?

6

Dr. Josep Riera-Monroig y Dr. Pablo de la Cueva Dobao

A día de hoy existen múltiples opciones terapéuticas más allá del tratamiento tópico. La mayoría de ellas, sin embargo, están aprobadas solo para la psoriasis moderada-grave y los ensayos clínicos se realizaron en este ámbito⁽¹⁾. Más adelante se describen los criterios de tratamiento sistémico. Aunque su prescripción se realiza principalmente desde Dermatología, conocer el alcance terapéutico de estos tratamientos, así como su perfil de seguridad, puede ser de interés y de consulta para los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que sigan a pacientes con psoriasis por otros problemas de salud.

FOTOTERAPIA

La fototerapia consiste en la aplicación de luz ultravioleta (UV) sobre la piel. No requiere de estudios analíticos y puede usarse en primera línea o como tratamiento sucesivo. En el pasado, se utilizaron diferentes modalidades, como la UVA y la UVA con psoraleno (PUVA), por su elevada eficacia. Sin embargo, sus efectos secundarios a largo plazo, principalmente carcinogénesis, y la aparición de las terapias biológicas han hecho que la forma más empleada actualmente sea la fototerapia UVB de banda estrecha. A nivel práctico, se trata del uso de cabinas para la aplicación de UVB de longitud de onda 311-313 nm, aplicado 2 o 3 veces a la semana con dosis incrementales hasta completar alrededor de 30-35 sesiones. Su eficacia se sitúa alrededor del 62-70 % de pacientes que logran un aclaramiento del 75 % de su psoriasis (PASI75)⁽²⁾. Se puede combinar con tratamiento tópico y con acitretina. Esta última combinación reduce el número de sesiones necesarias y la dosis total de UVB⁽³⁾. Desde un punto de vista práctico, la fototerapia se sigue utilizando en casos de psoriasis gutatta o psoriasis en placas, y en embarazadas sigue siendo una opción válida. Entre sus principales inconvenientes se encuentra la velocidad de la respuesta, la baja tasa de control de enfermedad a largo plazo, la baja respuesta en afectación de localizaciones especiales (cuero cabelludo, genital, invertida), así como aquellas placas muy infiltradas y descamativas.

Las cabinas utilizadas para el bronceado en su mayoría son UVA y no están destinadas al uso terapéutico, por lo que no deben recomendarse para el tratamiento de la psoriasis.

La mejoría estacional en verano se produce en parte de los pacientes, debido a la disminución de estresores o agravantes y por la exposición solar. La helioterapia o climatoterapia ha sido estudiada y, a pesar de la heterogenicidad de los trabajos, su eficacia es baja, pudiendo situarse en una reducción del 75 % (PASI75) del 20 % a los 4-6 meses⁽⁴⁾.

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS

En las guías de las diferentes sociedades dermatológicas, para la elección de la terapia sistémica se tienen en cuenta no solo la gravedad, sino el tipo de psoriasis, la afectación de localizaciones especiales, la edad del paciente, las comorbilidades, el estilo de vida y también las restricciones locales. A pesar de que algunos de los nuevos tratamientos están indicados en ficha técnica en primera línea, múltiples comunidades autónomas exigen el uso inicialmente de uno o dos tratamientos sistémicos clásicos previamente al paso a fármacos biológicos. Es por esta razón por la que, a pesar de su menor eficacia y globalmente peor perfil de seguridad, siguen utilizándose ampliamente.

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS CLÁSICOS

Previo al inicio de todos ellos, se recomienda realizar una analítica con hemograma, perfil hepático, renal y lípidos, al igual que monitorización. Su uso puede combinarse con tratamiento tópico (ver capítulo 4). A día de hoy se utilizan los siguientes:

Acitretina

Es un retinoide oral, igual que la isotretinoína, conocido por su uso en el tratamiento del acné. Tiene un triple efecto: regula la proliferación de queratinocitos, normaliza su proceso de diferenciación y ejerce una acción inmunomoduladora. Existen comprimidos de 10 y 25 mg, que se toman una vez al día. Las dosis varían entre 10 a 50 mg y su eficacia dependerá de la dosis. No se dispone de grandes ensayos clínicos doble ciegos aleatorizados que permitan establecer de forma más precisa su eficacia. Se estima en una reducción de la actividad de la psoriasis (PASI75) del 23-50 % a las 8 semanas⁽⁵⁾, por tanto, tiene una eficacia limitada. No es una terapia inmunosupresora y no tiene efecto sobre la artritis psoriásica. Se sigue utilizando a día de hoy, especialmente en formas pustulosas y/o palmo-plantares. Sus principales inconvenientes son la baja eficacia en formas graves. Los efectos adversos esperados son la xerosis, especialmente labios y mucosas, así como fragilidad cutánea en dosis más elevadas y personas de edad avanzada. Debe recordarse la fotosensibilidad, así como la teratogenicidad. No debe administrarse a mujeres en edad fértil y desde su suspensión debe seguirse utilizando doble método anticonceptivo durante 3 años, por

su acumulación en tejidos. Otros efectos secundarios incluyen alopecia difusa, hipertrigliceridemia, cefalea, hepatitis, artromialgias, edema periférico, trastornos del estado de ánimo, etc.

A nivel práctico, se debe monitorizar el perfil hepático y lipídico. Las alteraciones en las cifras de triglicéridos/colesterol son reversibles con la suspensión del tratamiento. Está contraindicado su uso con tetraciclinas, por el riesgo aumentado de hipertensión intracraneal, en el embarazo y en la insuficiencia renal y hepática graves.

Metotrexato

Es el tratamiento sistémico clásico de elección en la psoriasis en placas. Se trata de un inhibidor competitivo de la dihidrofolato reductasa, cuyo principal efecto se centra en la inhibición de la proliferación linfoide. Su inicio de acción es lento, notándose los primeros signos de mejoría a las 3-4 semanas. Su eficacia ronda el PASI75 del 33-46,5 % a las 16 semanas y 33,8-57,3 % al año de tratamiento^(5, 6). Además, tiene eficacia en la artropatía psoriásica, especialmente en las formas periféricas y oligoarticulares, y en menor medida, dactilitis y entesis. No tiene efecto o este es mínimo en la afectación de espondiloartritis axial. Para aquellos pacientes que toleran dicho tratamiento y tienen buena respuesta, puede mantenerse durante un largo periodo de tiempo. Se utiliza a dosis semanal de 10-25 mg, aunque la dosis más habitual es de 15 mg/semana. Puede administrarse de forma oral, con comprimidos de 2,5 mg, en cuyo caso las náuseas y molestias digestivas son más frecuentes. La dosis se puede repartir en dos administraciones separadas 12 horas para mejorar su tolerancia. La administración subcutánea tiene una mejor biodisponibilidad a partir de 12,5 mg. En cualquier tipo de administración, a las 24 horas se acompaña de la toma de 5 mg de ácido fólico para prevenir la estomatitis y la anemia macrocítica.

Requiere monitorización analítica al mes de inicio y, aproximadamente, cada 3 meses. Aparte de la intolerancia digestiva con náuseas, entre sus efectos secundarios destaca la astenia, la hepatotoxicidad, el riesgo de fibrosis hepática, la neumonitis, la mielosupresión y los síndromes mielodisplásicos. Está contraindicado en el embarazo y en la insuficiencia renal por debajo de 30 ml/min (por elevado riesgo de toxicidad) y hepática. Se debe ajustar la dosis en función renal en filtrados entre 30 y 60 ml/min. La intoxicación por sobredosis o en situaciones de baja eliminación renal puede manifestarse de forma característica con úlceras orales, estomatitis, dolor y ulceración de las placas de psoriasis.

Ciclosporina

Representa el tratamiento clásico de acción más rápida y potente, motivo por el que hoy en día se utiliza mayoritariamente en situaciones agudas, como la eritrodermia psoriásica, y no más allá de 1 año. Se trata de un inhibidor de la calcineurina que inhibe la proliferación de los

linfocitos T. Se utiliza a dosis de entre 2,5 y 5 mg/kg/día repartida en dos tomas al día. Su eficacia a dosis altas (5 mg/kg/día) es de PASI75 entre el 50 y el 97 % a la semana 16, y del 68-77 % a las 52 semanas⁽⁷⁾.

Su perfil de seguridad es desfavorable a largo plazo. Entre sus efectos secundarios se encuentran la hipertensión arterial, la nefrotoxicidad, el temblor, la cefalea, la astenia, las artromialgias, la hiperlipidemia, la hipertricosis, la hiperplasia gingival y el aumento del riesgo de infecciones. Estos efectos secundarios son más frecuentes a mayor dosis y a mayor plazo. No es teratogénico y puede emplearse durante el embarazo.

Dimetilfumaratos

Están disponibles en España desde 2018, aunque llevan utilizándose desde hace décadas en otros países, como Alemania.

No es un tratamiento utilizado a gran escala debido a su elevado precio, eficacia moderada, posología y mala tolerancia. Se inicia a dosis de 30 mg cada 24 horas y se incrementa 30 mg a la semana hasta alcanzar progresivamente los 240 mg cada 8 horas. Su eficacia es de PASI75 del 37,5 % a las 16 semanas y del 46,0 % a las 52 semanas.

Los efectos secundarios frecuentes son los trastornos gastrointestinales (en hasta 2/3 de los pacientes: náuseas, diarrea y distensión abdominal), leucopenia, linfopenia, eosinofilia, cefalea, parestesias, rubefacción, astenia y alteración del perfil hepático. No está indicado su uso en pacientes con insuficiencia renal y hepática graves ni en el embarazo. No tiene efecto sobre las manifestaciones articulares.

Otros

Previamente a la aparición de fármacos biológicos, se utilizaron otros inmunosupresores fuera de ficha técnica.

También algunos tratamientos, como el tacrolimus, utilizado para prevenir el rechazo de órgano sólido en trasplantados, pueden ejercer cierto efecto terapéutico.

A día de hoy, algunos dermatólogos utilizan fuera de indicación roflumilast, un inhibidor de la fosfodiesterasa 4, aprobado para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En la tabla 1 se recoge un resumen de los diferentes fármacos sistémicos clásicos y sus principales características.

Tabla 1. Resumen de los diferentes fármacos sistémicos clásicos

Principio activo y dosis	Eficacia	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Efecto sobre afectación articular	Comentarios	Interacciones farmacológicas relevantes
Metotrexato (10-25 mg/semana)	++ PASI75 del 35,5-42 % a las 16 semanas, 45 % a las 52 semanas	++ Intolerancia digestiva, náuseas, anorexia, hepatotoxicidad, neumonitis, mielosupresión	Insuficiencia renal grave, insuficiencia hepática, citopenias, inmunodeficiencia, infecciones activas no controladas, alcoholismo, embarazo y lactancia	Sí, en formas de artritis periférica. Efecto limitado o ausente en entesitis, dactilitis, espondiloartritis axial	Es el tratamiento sistémico no biológico más empleado en la actualidad. Tiene indicación para artritis psoriásica	AINE (riesgo de fallo renal), cotrimoxazol, alcohol
Acitretina (10-50 mg/día)	+ PASI75 del 23-56 % a las 8 semanas	+ Fotosensibilidad, alopecia, hipotrigliceridemia, xerosis, teratogenicidad	Embarazo, insuficiencia hepática grave, insuficiencia renal grave, uso concomitante con metotrexato	No	Utilizado hoy en día para pacientes en los que se prefiere evitar la inmunosupresión, formas pustulosas, localización palmoplantar	Tetraciclinas, alcohol, metotrexato
Ciclosporina (3-5 mg/kg/día repartido en cada 12 h)	+++ Dosis de 2,5 mg/kg PASI75 del 28-85%; dosis de 5 mg/kg 50-97 % a las 16 semanas, 68-77 % a las 52 semanas	+++ Hipertensión arterial, nefrotoxicidad, cefalea, hipertricosis, hiperplasia gingival, artromialgias, temblor, hiperlipidemia	Uso con otros inmunosupresores, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial no controlada, infecciones activas PUVA concomitante	No	Poco utilizado en la práctica actual, sobre todo en situaciones agudas. Puede utilizarse en el embarazo	AINE, estatinas, inhibidores de CYP3A4 (itraconazol, fluconazol, macrólidos, verapamilo, diltiazem, ritonavir, lopinavir, zumo de pomelo, etc.)
Dimetilfumarato inicio 30 mg/24 h hasta 240 mg cada 8 horas	+ PASI75 del 37,5 % a las 16 semanas, PASI75 del 46 %, PASI90 de 18,4 % a las 52 semanas	++ Intolerancia digestiva en forma de náusea, vómitos, en hasta dos tercios de los pacientes, <i>flushing</i> , linfopenia, leucoencefalopatía multifocal	Embarazo y lactancia Insuficiencia hepática y renal graves	No	Uso poco extendido	Evitar uso con otros inmunosupresores

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; PUVA: terapia con psoraleno y rayos ultravioleta A.

Elaboración propia.

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS Y NUEVAS MOLÉCULAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS

Las terapias biológicas empleadas en la psoriasis están diseñadas para bloquear específicamente dianas moleculares relevantes en su fisiopatología y presentan un perfil de eficacia/riesgo favorable, demostrado en extensos estudios clínicos y de poscomercialización⁽⁸⁾.

Las moléculas generadas mediante técnicas de biología molecular para el tratamiento de enfermedades de origen inmunológico, como la psoriasis, se pueden clasificar en anticuerpos monoclonales, proteínas de fusión y citocinas. Los anticuerpos monoclonales pueden ser humanos, quiméricos y humanizados. Los humanos son 100 % de origen humano; los quiméricos están constituidos por una fracción constante de origen humano (Fc) y una fracción variable de origen murino (Fab), y los anticuerpos humanizados presentan una fracción constante de origen humano y una fracción variable mixta (humana y murina). Las proteínas de fusión son moléculas constituidas por la unión de secciones de diferentes proteínas⁽⁹⁾.

En el campo de la psoriasis, la irrupción de los tratamientos biológicos hace más de 20 años, ha supuesto una revolución terapéutica, consiguiendo de forma creciente niveles de eficacia muy altos, con tasas de aclaramiento de las lesiones muy elevadas.

En la actualidad, la Agencia Europea del Medicamento (European Medicines Agency –EMA–) ha aprobado los siguientes agentes biológicos para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave: infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, brodalumab, bimekizumab, guselkumab, tildrakizumab y risankizumab. Sus mecanismos de acción, estructura molecular, vía de administración y régimen posológico se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Biológicos aprobados para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave

Tratamiento aprobado	Clase	Estructura molecular	Vía de administración	Posología
Infliximab	Inhibidor TNFα	Anticuerpo monoclonal quimérico	Intravenosa	5 mg/kg semanas 0, 2, 6 Posteriormente cada 8 semanas
Etanercept	Inhibidor TNFα	Proteína de fusión	Subcutánea	50 mg 2 veces/semana; 12 semanas Posteriormente 1 vez/semana
Adalimumab	Inhibidor TNFα	Anticuerpo monoclonal humanizado	Subcutánea	40 mg x 2 semana 0; 40 mg semana 1 Posteriormente 40 mg/2 semanas

Continúa

Tabla 2. Biológicos aprobados para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave (continuación)

Tratamiento aprobado	Clase	Estructura molecular	Vía de administración	Posología
Certolizumab pegol	Inhibidor TNF α	Fragmento Fab' de un anticuerpo humanizado recombinante	Subcutánea	400 mg semanas 0, 2, 4 Posteriormente 200 mg cada 2 semanas
Ustekinumab	Inhibidor IL-12/23	Anticuerpo monoclonal humano	Subcutánea	45 o 90 mg (> 100 kg) semana 0, semana 4. Posteriormente cada 12 semanas
Secukinumab	Inhibidor IL-17A	Anticuerpo monoclonal humano	Subcutánea	300 mg semanas 0, 1, 2, 3, 4 Posteriormente cada 4 semanas
Ixekizumab	Inhibidor IL-17A	Anticuerpo monoclonal humanizado	Subcutánea	160 mg en semana 0, 80 mg en semanas 2, 4, 6, 8, 12 Posteriormente cada 4 semanas
Brodalumab	Inhibidor del receptor de IL-17	Anticuerpo monoclonal humano	Subcutánea	210 mg en semana 0, 1 y 2 Posteriormente cada 2 semanas
Bimekizumab	Inhibidor dual IL-17A y F	Anticuerpo monoclonal humano	Subcutánea	320 mg cada 4 semana durante 16 semanas Posteriormente cada 8 semanas
Guselkumab	Inhibidor de IL-23	Anticuerpo monoclonal humano	Subcutánea	100 mg en semana 0, 4 Posteriormente cada 8 semanas
Tildrakizumab	Inhibidor de IL-23	Anticuerpo monoclonal humanizado	Subcutánea	100 mg en semana 0, 4 Posteriormente cada 12 semanas
Risankizumab	Inhibidor de IL-23	Anticuerpo monoclonal humanizado	Subcutánea	150 mg en semana 0, 4 Posteriormente cada 12 semanas

IL: interleucina; TNF α : factor de necrosis tumoral alfa.

Elaboración propia.

Según el documento de consenso del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) un fármaco biológico está indicado cuando⁽⁶⁾:

- No se ha alcanzado el control terapéutico con los fármacos sistémicos clásicos.
- Pacientes con empeoramiento rápido (en menos de 3 meses) tras suspender el tratamiento.

- Pacientes que necesitan dosis altas de terapia sistémica convencional (con riesgo de toxicidad).
- Pacientes que no toleran el tratamiento sistémico o que presentan alto riesgo de toxicidad con metotrexato, acitretina, ciclosporina o fototerapia.
- Pacientes con comorbilidades en los que está contraindicado el uso de terapias sistémicas como metotrexato o ciclosporina.

En la selección/priorización de este grupo de fármacos, deben tenerse en cuenta distintos factores⁽¹⁰⁾:

- **Relacionados con el fármaco:** evidencia disponible (eficacia a corto y largo plazo, mantenimiento de la respuesta, eficacia comparativa directa e indirecta de metaanálisis entre fármacos, seguridad, eficiencia), vía de administración, velocidad de instauración del efecto, conveniencia.
- **Relacionados con el paciente y la psoriasis:** tipo de afectación, curso, gravedad, extensión e impacto de la psoriasis en la calidad de vida y síntomas, tratamientos previos y la adherencia a estos, edad, sexo, peso y presencia de comorbilidades, con especial atención a la artritis psoriásica.
- **Relacionados con el sistema sanitario y su organización:** resultados de los estudios de coste-eficacia.

Cuando se inicia un fármaco biológico se establecen unos objetivos terapéuticos que, a medida que emergen fármacos más eficaces, son más exigentes para buscar la mayor calidad de vida de los pacientes. Los objetivos que establece el Grupo de Psoriasis de la AEDV se resumen en la tabla 3⁽¹⁰⁾.

Tabla 3. Recomendaciones 2021 sobre el establecimiento del objetivo terapéutico en la psoriasis moderada-grave

1. El objetivo terapéutico debe: ● Individualizarse ● Adaptarse a las características de la enfermedad ● Adaptarse a las características del paciente ● Establecerse independientemente del tipo de fármaco
2. Al establecer el objetivo terapéutico es recomendable diferenciar entre: ● Objetivo óptimo ● Objetivo clínicamente adecuado

Continúa

Tabla 3. Recomendaciones 2021 sobre el establecimiento del objetivo terapéutico en la psoriasis moderada-grave (continuación)

3. Entre los objetivos óptimos deben incluirse: ● Alcanzar una respuesta PASI100, el PASI absoluto 0 o el aclaramiento completo ● Ausencia de manifestaciones clínicas asociadas a la psoriasis ● Ausencia de impacto de la psoriasis en las esferas psicológica, emocional, social y laboral del paciente
4. Entre los objetivos clínicamente adecuados deben incluirse: ● Alcanzar una respuesta PASI90 ● Alcanzar un PASI absoluto ≤ 3, BSA $< 3\%$ y PGA 0-1 ● En localizaciones especiales PGA ≤ 1 ● Minimizar el impacto en calidad de vida ● Alcanzar la actividad mínima de la enfermedad ● Un DLQI de 0/1 no debe considerarse como objetivo terapéutico cuando se evalúa independientemente de la respuesta clínica
5. En pacientes concretos o situaciones determinadas (fracasos previos, comorbilidades asociadas) pueden considerarse clínicamente adecuados otros objetivos terapéuticos (respuesta PASI75, PASI ≤ 5)

BSA: Body Surface Area; DLQI: Dermatology Life Quality Index; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PGA: Physician Global Assessment.

Tabla adaptada de la referencia 10.

Fármacos biosimilares

En los últimos años han aparecido en el mercado fármacos biosimilares, que han ofrecido una mejora en el acceso a la innovación a muchos pacientes con psoriasis moderada-grave. Un fármaco biosimilar es un producto biofarmacéutico equivalente a un fármaco biológico original ya comercializado que se introduce al expirar la patente de este último. La EMA define el fármaco biosimilar como el “medicamento biológico que se desarrolla para que sea similar a un medicamento ya existente (el ‘medicamento biológico de referencia’)”.

Los fármacos biosimilares son autorizados por las autoridades competentes sobre la base de una comparabilidad demostrada con el producto original, con una base de datos clínicos limitada y, a menudo, solo con datos referentes a algunas de las indicaciones. Los biosimilares cumplen unos estrictos requisitos de similitud analítica, farmacocinética, farmacodinamia y equivalencia en eficacia y seguridad con respecto al biológico original⁽¹¹⁾.

El precio menor de los biosimilares supone un potencial ahorro y es un factor de importancia en la búsqueda de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y la implementación de intervenciones eficientes.

En la actualidad, en psoriasis, la agencia reguladora (EMA) ha aprobado los biosimilares de infliximab, etanercept, adalimumab y ustekinumab. Los dos biosimilares más empleados en psoriasis en nuestro medio son adalimumab y ustekinumab.

Pequeñas moléculas innovadoras

Existen dos tratamientos innovadores, que no son de la familia de los biológicos, con indicación en psoriasis moderada grave, que son apremilast y deucravacitinib.

Apremilast es un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa 4 (PDE4) que actúa regulando las respuestas inflamatorias al reducir la producción de citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), la IL-17 y la IL-23. Este medicamento se administra por vía oral y tiene la ventaja de un buen perfil de seguridad, con efectos adversos leves a moderados, como náuseas, diarrea, dolor de cabeza y pérdida de peso.

Deucravacitinib es un inhibidor selectivo de la tirosina quinasa 2 (TYK2), una molécula clave en la señalización de citocinas involucradas en la patogénesis de la psoriasis, como IL-12, IL-23 e interferón tipo I. Aprobado recientemente, este tratamiento también se administra por vía oral y ha demostrado eficacia significativa en la reducción de las lesiones psoriásicas y la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

CONTRAINDICACIONES, PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS Y PERFIL DE SEGURIDAD

El tratamiento con terapias biológicas, incluyendo biosimilares y moléculas sintéticas de nueva generación, presenta, en su conjunto, una seguridad aceptable en la mayoría de los pacientes con psoriasis moderada-grave y representa, de hecho, una de las principales ventajas de su uso.

Las contraindicaciones de los fármacos biológicos aprobados para el tratamiento de la psoriasis son las siguientes: hipersensibilidad al principio activo o a sus excipientes, tuberculosis activa u otras infecciones graves, tales como sepsis e infecciones oportunistas⁽¹²⁾.

En el caso de los fármacos anti-TNF, constituye una contraindicación la insuficiencia cardíaca moderada-grave (clase III/IV de la New York Heart Association –NYHA–).

Las advertencias y precauciones especiales a considerar son: infecciones, posibles reactivaciones de hepatitis por el virus de la hepatitis B (VHB), enfermedades desmielinizantes (fármacos anti-TNF), inmunosupresión, enfermedades malignas y trastornos linfoproliferativos, cuadros he-

matológicos, vacunaciones (existe contraindicación de administración de vacunas vivas), procesos autoinmunes, edad avanzada, enfermedad inflamatoria intestinal (inhibidores de IL-17), embarazo y lactancia, entre otras, recogidos en las fichas técnicas de los diferentes agentes biológicos.

En los pacientes con psoriasis moderada-grave que van a ser tratados con un agente biológico se deben realizar una serie de pruebas complementarias: hemograma, bioquímica completa, incluidas las enzimas hepáticas (GOT y GPT), pruebas de función renal (creatinina y urea) y lípidos (colesterol y triglicéridos), prueba de embarazo en mujeres en edad fértil, serología del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), VHB y virus de la hepatitis C, anticuerpos antinucleares (solo en fármacos anti-TNF), radiografía de tórax y test de cribado de tuberculosis^(13, 14).

Los fármacos biológicos implican un aumento del riesgo de eventos infecciosos. Las infecciones oportunistas más frecuentes son las del tracto respiratorio superior e inferior, seguidas de las infecciones cutáneas y de tejidos blandos, y de las del sistema genitourinario. Generalmente son infecciones leves o moderadas, si bien pueden darse infecciones más graves, como septicemia y bacteriemia, neumonía, peritonitis, pielonefritis, etc.

Por ello, un aspecto de gran importancia es efectuar un cribado de los riesgos infecciosos del paciente: elaborar una historia clínica detallada, evaluar los factores predisponentes y el estado de vacunación y realizar un despistaje de tuberculosis (prueba de la tuberculina y/o técnicas de detección de interferón-gamma –IGRA–, y radiografía de tórax). Aunque el riesgo de reactivación de tuberculosis es muy inferior con los fármacos inhibidores de IL-23 e IL-17, se sigue incluyendo su *screening* por protocolo.

En las últimas recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la AEDV⁽¹⁵⁾ se analizan distintas poblaciones especiales que han de tenerse en cuenta a la hora de manejar los fármacos biológicos, que se resumen en:

- **Mayores de 65 años:** los objetivos terapéuticos deben ser los mismos que los propuestos para la población general. Lo mismo debe considerarse para la indicación y selección de las terapias biológicas, aunque se prestará especial atención a la gestión del riesgo.
- **Pacientes pediátricos:** actualmente tienen indicación para el tratamiento de la psoriasis pediátrica etanercept, adalimumab, ustekinumab, ixekizumab y secukinumab. En la elección terapéutica se debe tener muy en cuenta la conveniencia de la administración (frecuencia, número y dolor de las inyecciones), ya que puede ser determinante en la adherencia al tratamiento.
- **Embarazo:** el paso transplacentario de madre a hijo de los anticuerpos inmunoglobulina G (IgG) se produce a partir del tercer trimestre mediante la unión de su fragmento cris-

talizable a los receptores neonatales para Fc de inmunoglobulina (FcRn) en la placenta. Certolizumab pegol, que carece de Fc, ha demostrado bajo o nulo paso transplacentario.

- En **mujeres gestantes en tratamiento con fármacos biológicos**, el Grupo de Psoriasis recomienda valorar la posibilidad de mantenerlos durante el 1.^{er} y 2.^o trimestre y evaluar con la paciente los riesgos y beneficios de continuar con ellos durante el 3.^{er} trimestre. Las pacientes tratadas con certolizumab pegol podrían usarlo durante todo el embarazo, si se considera clínicamente necesario.

En el citado artículo del Grupo de Psoriasis se resume el impacto de las principales comorbilidades con el uso de terapias biológicas y recomendaciones prácticas (tabla 4).

Tabla 4. Impacto de las principales comorbilidades con el uso de terapias biológicas y recomendaciones prácticas

Comorbilidad	Resultados de estudios	Recomendaciones prácticas
Obesidad	Disminución de la eficacia a mayor peso (especialmente en obesos)	Derivar a Atención Primaria u otro especialista para control de peso
Artritis psoriásica	La eficacia varía dependiendo del fármaco y dominio de la APs evaluado (artritis, entesitis, afectación axial, dactilitis, etc.)	Evaluar la afectación de cada uno de los dominios relacionados con la APs Decisiones terapéuticas consensuadas con reumatólogo
Enfermedad inflamatoria intestinal	Con los inhibidores de la IL-17 la aparición de nuevos casos de EII es muy baja Los ECA con secukinumab y brodalumab en EII se suspendieron por ineficacia o empeoramiento	Priorizar terapias diferentes a los inhibidores de la IL-17 Decisiones terapéuticas consensuadas con gastroenterólogos
Depresión	Alta prevalencia, sobre todo en formas graves de psoriasis Se detectaron algunos casos de suicidio en algunos ECA con brodalumab en pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos	Evaluar rutinariamente la comorbilidad psico-psiquiátrica y solicitar valoración especializada si trastorno subyacente Valorar riesgo/beneficio con brodalumab si historia de depresión o ideación suicida
Cáncer	No existe evidencia robusta que asocie el uso de terapias biológicas con la aparición de cáncer de novo o recurrencia de cánceres previos	Decisiones terapéuticas consensuadas con pacientes y oncólogos
Síndrome metabólico	Alta prevalencia, sobre todo en formas graves de psoriasis Sin evidencia sobre una posible influencia con el uso de terapia biológica	Ninguna actuación específica más allá de la necesidad de abordaje por Atención Primaria o quien se considere oportuno

Continúa

Tabla 4. Impacto de las principales comorbilidades con el uso de terapias biológicas y recomendaciones prácticas (continuación)

Comorbilidad	Resultados de estudios	Recomendaciones prácticas
Diabetes mellitus	Resultados discordantes con anti-TNFα Datos no concluyentes con otros biológicos	Valorar en pacientes con DM avanzada la priorización de los inhibidores de la IL-17, ustekinumab o inhibidores de la IL-23
Hígado graso no alcohólico	Alta prevalencia Los anti-TNFα han demostrado mejorar los parámetros metabólicos y hepáticos, falta de datos clínicos con otras terapias	Ninguna actuación específica en el momento actual
Enfermedad y riesgo cardiovascular	Potencial efecto beneficioso con el uso de terapias biológicas	Ninguna actuación específica en el momento actual
Insuficiencia cardíaca	Empeoramiento de la IC con el uso de anti-TNFα, en particular adalimumab e infliximab, sobre todo en estadios avanzados (III/IV) No señales de riesgo con otras terapias biológicas	Contraindicados los anti-TNFα en pacientes con IC en estadios III/IV, y se recomienda prudencia en estadios I/II
Enfermedad renal	No existe evidencia que permita sospechar el impacto negativo de ninguna de las terapias biológicas	Ninguna actuación específica en el momento actual
Enfermedad neurológica	Riesgo (bajo) de desarrollo o agravamiento de enfermedad desmielinizante con los anti-TNFα No señales de riesgo con otras terapias biológicas	Contraindicados los anti-TNFα en pacientes con enfermedad desmielinizante

APs: artritis psoriásica; DM: diabetes mellitus; ECA: ensayo clínico aleatorizado; EI: enfermedad inflamatoria intestinal; IC: insuficiencia cardíaca; IL: interleucina; TNFα: factor de necrosis tumoral alfa.

Tabla adaptada de la referencia 15.

BIBLIOGRAFÍA

- Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet. 2021;397(10281):1301-15.
- Elmets CA, Lim HW, Stoff B, Connor C, Cordoro KM, Lebwohl M, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with phototherapy. J Am Acad Dermatol. 2019;81(3):775-804.
- Paul C, Gallini A, Archier E, Castela E, Devaux S, Aractingi S, et al. Evidence-based recommendations on topical treatment and phototherapy of psoriasis: systematic review and expert opinion of a panel of dermatologists. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;26 Suppl 3:1-10.
- Trøstrup H, Riis PT, Heidenheim M, Bryld LE, Jemec GB. Long-term evaluation of climatotherapy for psoriasis. Dermatol Ther. 2020;33(3):e13432.

5. Warren RB, Mrowietz U, Von Kiedrowski R, Niesmann J, Wilsmann-Theis D, Ghoreschi K, et al. An intensified dosing schedule of subcutaneous methotrexate in patients with moderate to severe plaque-type psoriasis (METOP): a 52 week, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2017;389(10068):528-37.
6. Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo JL, Hernanz-Hermosa JM; Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30 Suppl 2:1-18.
7. Maza A, Montaudié H, Sbidian E, Gallini A, Aractingi S, Aubin F, et al. Oral cyclosporin in psoriasis: a systematic review on treatment modalities, risk of kidney toxicity and evidence for use in non-plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25 Suppl 2:19-27.
8. Puig L, Carrascosa JM, Daudén E, Sánchez-Carazo JL, Ferrándiz C, Sánchez-Regaña M, et al. Spanish evidence-based guidelines on the treatment of moderate-to-severe psoriasis with biologic agents. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100(5):386-413.
9. Gamo R, López-Estebarez JL. Biologic therapy and psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97(1):1-17.
10. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Practical update of the Recommendations Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPS) on the Treatment of Psoriasis with Biologic Therapy. Part 1. Concepts and General Management of Psoriasis with Biologic Therapy. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113(3):261-77.
11. Puig L, López-Ferrer A. Biosimilars for the treatment of psoriasis. *Expert Opin Biol Ther*. 2019;19(10):993-1000.
12. Amara S, Pasumarthi A, Parikh N, Kodali N, Lebwohl M, Monks G. Psoriasis management tree based on comorbidity. *Int J Dermatol*. 2025;64(2):229-45.
13. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Prater EF, Stoff B, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(4):1029-72.
14. Poelman SM, Keeling CP, Metelitsa AI. Practical Guidelines for Managing Patients With Psoriasis on Biologics: An Update. *J Cutan Med Surg*. 2019;23(1_suppl):3S-12S.
15. Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Lencina JJA, et al. Practical Update of the Guidelines Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPs) on the Treatment of Psoriasis With Biologic Agents: Part 2 - Management of Special Populations, Patients With Comorbid Conditions, and Risk. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113(6):583-609.

FICHAS PRÁCTICAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA PSORIASIS

A continuación, se presentan tablas para reconocer las diferentes formas y tipos de psoriasis.

Tabla 1

Formas clínicas	Manifestaciones	Localización	Imagen
Psoriasis en placas	• Placas eritemato-descamativas • Borde bien delimitado • Descamación nacarada difusa • Prurito variable • Fenómeno de Koebner	• Superficies extensoras (codos, brazos) • Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) • Zona lumbar baja, periumbilical	
Psoriasis guttata	• Pápulas o pequeñas placas eritemato-descamativas (0,5- 1 cm) • Borde neto • Descamación menos marcada que en psoriasis en placas	• Tronco • Menor afectación de extremidades	
Psoriasis eritrodérmica	• Eritema violáceo y descamación • Prurito e incluso dolor	• Generalizada (más del 90 % de la superficie corporal)	

Continúa

Tabla 1 (continuación)

Formas clínicas	Manifestaciones	Localización	Imagen
Psoriasis pustulosa generalizada	• Múltiples pústulas estériles sobre piel eritematosa • Puede acompañarse de clínica sistémica (fiebre, malestar general, etc.)	• Generalizada	
Psoriasis pustulosa palmoplantar	• Pústulas, en ocasiones fisuras y descamación • Dolor	• Palmo-plantar • Uñas	
Psoriasis ungueal	• Piqueteado • Hiperqueratosis subungueal • Engrosamiento de la lámina ungueal con despegamiento (onicolisis) • Leuconiquia • Hemorragias en astilla • Mancha en aceite	• Uñas manos y pies	
Psoriasis invertida	• Placas rojo salmón • Bien delimitadas • Húmedas y con fisura en el fondo del pliegue • Sin pápulas satélite	• Pliegues • Ombigo • Retroauricular	
Psoriasis del cuero cabelludo	• Fina descamación, formas graves: placas costrosas engrosadas	• Cuero cabelludo • No respeta la línea de implantación del pelo • Frecuente en la nuca	

Tabla elaborada por la Dra. Paula Casas. Imágenes facilitadas por el Dr. Josep Riera.

El diagnóstico de la psoriasis es clínico en la mayoría de casos. El diagnóstico diferencial de la psoriasis en placas incluye los siguientes diagnósticos: eccema numular, dermatitis atópica, micosis fungoide (linfoma cutáneo de células T), la pitiriasis *rubra pilaris* o las tiñas o dermatofitosis (tabla 2)⁽¹⁻⁴⁾.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la psoriasis en placas

Patología	Manifestaciones	Localización	Imagen
Psoriasis en placas	• Placas eritemato-descamativas • Borde bien delimitado • Descamación nacarada difusa • Prurito variable • Fenómeno de Koebner +	• Superficies extensoras (codos, brazos) • Cuero cabelludo (sobrepasa los límites de implantación del pelo) • Zona lumbar baja, periumbilical	
Dermatitis atópica	• Placas eritematosas menos descamativas • Prurito intenso, escoriaciones y costras • Xerosis marcada • Liquenificación	• Superficies flexoras de extremidades • Afectación facial, tronco	
Linfoma cutáneo de células T	• Máculas-placas eritematosas con descamación leve • Prurito ocasional	• Zonas no fotoexpuestas: tronco, glúteos, flexuras (axilas, ingle, genitales)	
Pitiriasis rubra pilaris	• Eritema y descamación fina abundante • Pápulas hiperqueratósicas foliculares, islas de piel no afecta • Queratodermia palmo-plantar, amarillo anaranjado • Eritrodermia	• Formas localizadas y formas generalizadas	

Continúa

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la psoriasis en placas (continuación)

Patología	Manifestaciones	Localización	Imagen
Dermatofitosis o tiñas	• Placas eritematosas, borde neto • Descamación, puede haber microvesículas en los bordes • Pruriginosa	• En cualquier localización • Lesión única o múltiples • Distribución asimétrica	

Tabla elaborada por la Dra. Paula Casas. Imágenes facilitadas por el Dr. Josep Riera.

En cuanto a la psoriasis *guttata*, tenemos que pensar en el diagnóstico diferencial con la pitiriasis rosada de Gibert, la sífilis secundaria, la pitiriasis liquenoide crónica y el liquen plano (tabla 3)^(1,2).

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de la psoriasis *guttata*

Patología	Manifestaciones	Localización	Imagen
Pitiriasis rosada	• Placa heráldica • Placa ovalada eritemato-descamativa de mayor tamaño, con descamación en la periferia y aclaramiento central • Asintomática • En los días siguientes lesiones similares, pero más pequeñas	• Placa heráldica en tórax y abdomen • Resto de lesiones distribución en árbol de Pascua (siguiendo las líneas de extensión de la piel)	
Sífilis secundaria	• Manifestaciones diversas: roséola sifilítica, exantema macular • No pruriginoso o prurito ocasional	• Puede comprometer palmas y plantas y presentar lesiones genitales	

Continúa

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de la psoriasis *guttata* (continuación)

Patología	Manifestaciones	Localización	Imagen
Pitiriasis liquenoide crónica	• Lesiones papulosas eritemato-descamativas, algunas con costra • Pequeño tamaño, cicatrices variceliformes	• Predominio en tronco y extremidades proximales	
Liquen plano	• Pápulas eritemato-violáceas, confluentes, brillantes, de 1-10 mm • Descamación difusa fina • Pruriginosas	• Predilección por tobillos y muñecas, puede generalizarse • Afectación de mucosa oral y genital	

Tabla elaborada por la Dra. Paula Casas. Imágenes facilitadas por el Dr. Josep Riera.

Si nos referimos a la psoriasis eritrodérmica, deberíamos pensar en entidades como el linfoma cutáneo de células T, la dermatitis atópica, la pitiriasis *rubra pilaris* y la toxicodermia (tabla 4)^(1, 2, 5) y en muchas ocasiones requiere pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico final.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de la psoriasis eritrodérmica

Patología	Manifestaciones	Localización	Imagen
Psoriasis eritrodérmica	• Eritema violáceo y descamación • Prurito, dolor y ardor	• Generalizada	

Continúa

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de la psoriasis eritrodérmica (continuación)

Patología	Manifestaciones	Localización	Imagen
Síndrome de Sézary	• Afectación de personas de edad avanzada • Piel engrosada • Prurito incoercible	• Generalizado	
Pitiriasis rubra pilaris	• Eritema y descamación fina abundante • Pápulas hiperqueratósicas foliculares, islas de piel no afecta • Queratodermia palmo-plantar, amarillo anaranjado • Ectropion	• En las formas generalizadas, la cara y cuero cabelludo están afectados	
Dermatitis atópica	• Placas eritematosas menos descamativas • Prurito intenso, escoriaciones y costras • Xerosis marcada • Liquefificación	• Superficies flexoras de extremidades • Afectación facial, tronco	
Toxicodermia	• Tras exposición a fármaco (días) • Placas o pápulas de pequeño tamaño	• Tronco y extremidades (afectación facial menor)	

Tabla elaborada por la Dra. Paula Casas. Imágenes facilitadas por el Dr. Josep Riera y el Dr. Juan Jurado (imagen toxicodermia).

La psoriasis invertida precisa realizar diagnóstico diferencial con el intertrigo candidiásico, la dermatofitosis y el eritrasma, así como con el pénfigo benigno crónico familiar (tabla 5)^(1, 2).

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de la psoriasis invertida

Patología	Manifestaciones	Localización	Imagen
Psoriasis invertida	• Placas rojo salmón. • Bien delimitadas. • Eccematosas húmedas y con fisura	• Flexuras.	
Dermatitis seborreica	• En bebés puede manifestarse en pliegues	• Eritema y descamación en pliegues o zona del pañal	
Intertrigo candidiásico	• Eritema y fisuras • Sobreinfección	• Flexuras y pliegues (inframamario, inguinal) • Especialmente si zona húmeda	
Eritrasma	• Manchas marrones rojizas irregulares bien definidas • Brillo coral con luz ultravioleta	• Áreas intertriginosas	

Tabla elaborada por la Dra. Paula Casas. Imágenes facilitadas por el Dr. Josep Riera, el Dr. Juan Jurado (imagen dermatitis seborreica) y la Dra. Paula Casas (imagen eritrasma).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. Madrid: Elsevier España; 2018.
2. Bielsa I. Dermatología clínica. Madrid: Elsevier; 2019.
3. Martínez-Blanco J, García-González V, González-García J, Suárez-Castanon C. Dermatitis numular: presentación de dos casos pediátricos. Arch Argent Pediatr. 2016;114(4):e241-4.
4. Olsen EA, Whittaker S, Kim YH, Duvic M, Prince HM, Lessin SR, et al. Clinical end points and response criteria in mycosis fungoides and Sezary syndrome: a consensus statement of the International Society for Cutaneous Lym-

phomas, the United States Cutaneous Lymphoma Consortium, and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. J Clin Oncol. 2011;29(18):2598-607.

5. Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, Ebihara T, Katayama I, Saeki H, et al. Clinical practice guidelines for the management of atopic dermatitis 2018. J Dermatol. 2019;46(12):1053-101.

HERRAMIENTAS DE REFERENCIA

Herramienta	Uso	Enlace/referencia
PURE-4	Cribado de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis (para su derivación a Reumatología)	https://www.actasdermo.org/es-validacion-version-espanola-del-cuestionario-articulo-S0001731024001534 
Regla de los 9 de Wallace	Inicialmente utilizado para quemados, puede emplearse para estimar la superficie corporal afectada de una dermatosis	https://www.mdcalc.com/calc/10568/rule-nines 
PASI	Cálculo de la gravedad de la psoriasis en placas (considerada moderada-grave si es mayor a 10)	https://aedv.es/calculadora-pasi/ 
DLQI	Índice de calidad de vida en Dermatología. Mide el impacto de una patología en los últimos 7 días	https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index 

Elaboración propia del Dr. Josep Riera.

ABREVIATURAS

AEDV: Academia Española de Dermatología y Venereología.

AP: Atención Primaria.

APs: artritis psoriásica.

AR: artritis reumatoide.

BSA: *Body Surface Area*.

CAP: Centros de Atención Primaria.

CASPAR: *Classification of Psoriatic Arthritis*.

CLCI: *Cumulative Life Course Impairment*. Índice que mide el “grado de discapacidad acumulada a lo largo de toda la vida del paciente con psoriasis”.

DLQI: *Dermatology Life Quality Index*. Permite determinar “cuánto le han afectado sus problemas de piel (psoriasis) en su vida diaria, en los últimos 7 días”.

EARP: *Early Arthritis for Psoriatic Patients*. Herramienta de ayuda para la detección precoz de la artritis psoriásica desde Atención Primaria. Consta de 10 preguntas, con un sistema de puntuación fácil, siendo validada en español.

ECA: ensayo clínico aleatorizado.

ECG: electrocardiograma.

ECV: enfermedad cardiovascular.

EHNA: esteatohepatitis no alcohólica.

EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

EMA: *European Medicines Agency*.

EULAR: *European League Against Rheumatism*.

EuroQol-5D: cuestionario para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud.

Fab: fracción variable de origen murino.

Fc: fracción constante de origen humano.

FR: factor reumatoide.

FRCV: factores de riesgo cardiovascular.

GRAPPA: *Group for Research of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*.

HDL: lipoproteínas de alta densidad.

HGNA: hígado graso no alcohólico.

HTA: hipertensión arterial.

IA: inteligencia artificial.

IgG: inmunoglobulina G.

IGRA: *Interferón Gamma Release Assay*.

IL: interleucina.

IM: infarto de miocardio.

ItchyQol: medida de resultado informada por el paciente para evaluar la calidad de vida en pacientes con prurito.

MACE: eventos cardiovasculares adversos mayores.

NPF-PS: *National Psoriasis Foundation Psoriasis Score*.

NYHA: *New York Heart Association*.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: *odds ratio*.

PASI: *Psoriasis Area and Severity Index*.

PCR: proteína C reactiva.

PDE4: fosfodiesterasa 4.

PGA: *Physician Global Assessment*.

PHQ-9: *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*. Se compone de nueve preguntas que evalúan la frecuencia de síntomas depresivos (DSM-IV) en las últimas 2 semanas.

PROM: *Patient Reported Outcome Measures*.

PURE-4: *Psoriatic arthritis UnclutteRed screening Evaluation*.

PUVA: terapia con psoraleno y rayos ultravioleta A.

RM: resonancia magnética.

RR: riesgo relativo.

SAPASI: *Self-administered Psoriasis Area and Severity Index*.

SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Skindex-29s: herramienta autoadministrada que permite evaluar los efectos de la afectación cutánea en la calidad de vida.

SpA: espondiloartritis.

SPI: índice de Salford.

TNF: factor de necrosis tumoral.

TYK2: tirosina quinasa 2.

UV: ultravioleta.

VHB: virus de la hepatitis B.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

WHO-5: *Well Being Index*. Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud.

CONCLUSIONES

Dr. Josep Riera-Monroig

- La psoriasis es una de las enfermedades inmunomediadas cutáneas más comunes y su alta prevalencia la convierte en una patología relevante en las consultas de Medicina Familiar y Comunitaria. A lo largo de este documento hemos repasado los aspectos clave que pueden ayudar al manejo de la enfermedad desde la Atención Primaria, con una aproximación práctica, enfocada en la evidencia y adaptada a la realidad del primer nivel asistencial.
- La mayoría de los pacientes con psoriasis presentarán formas leves o limitadas que pueden ser diagnosticadas y tratadas de forma efectiva desde Atención Primaria sin necesidad de derivación. Por eso, es tan importante que los profesionales de este ámbito conozcan bien las formas clínicas más frecuentes, los criterios para valorar la gravedad, los principales diagnósticos diferenciales y las opciones terapéuticas tópicas más adecuadas. Para facilitar este trabajo, hemos incluido tablas de diagnóstico diferencial y un algoritmo terapéutico útil, tanto en el abordaje inicial como en función de las localizaciones afectadas.
- Ahora bien, la psoriasis no es solo una enfermedad de la piel. Su estrecha relación con múltiples comorbilidades (como el síndrome metabólico, las enfermedades cardiovasculares, la ansiedad y la depresión, la obesidad, la afectación hepática o la enfermedad inflamatoria intestinal) requiere un enfoque amplio, más allá de lo puramente dermatológico. En ese sentido, la Atención Primaria tiene un papel fundamental, no solo por su cercanía al paciente, sino también por su capacidad para ofrecer una visión integral y de seguimiento continuado. Herramientas como el cuestionario PURE-4 facilitan la identificación precoz de posibles casos de artritis psoriásica y permiten derivar a Reumatología de forma más fundamentada.
- En la última década, el avance en el conocimiento de la fisiopatología de la psoriasis ha ido de la mano de una auténtica revolución terapéutica, especialmente en el ámbito de los tratamientos sistémicos y biológicos. Disponer de criterios de derivación bien definidos nos permite garantizar que los pacientes con formas moderadas o graves puedan acceder, en tiempo y forma, al tratamiento que necesitan. Aunque estas terapias se administran desde la consulta especializada, es deseable que los médicos de familia estén

familiarizados con su perfil de seguridad, las posibles interacciones y el impacto que pueden tener en la evolución general del paciente. Contar con circuitos de derivación claros, canales de comunicación eficaces entre niveles asistenciales y herramientas compartidas (como escalas de gravedad, sistemas de interconsulta electrónica o registros fotográficos) es clave para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención. La colaboración fluida entre Dermatología y Atención Primaria no solo favorece la detección y el tratamiento adecuados, sino que mejora la experiencia del paciente y contribuye a reducir la fragmentación del sistema.

- En definitiva, esperamos que esta guía sea una herramienta útil en la práctica diaria de los profesionales de Atención Primaria y que sirva también como punto de encuentro y entendimiento entre especialidades. La psoriasis, como otras enfermedades crónicas complejas, nos recuerda la importancia de un abordaje compartido, centrado en la persona, que combine conocimientos clínicos, experiencia práctica, sensibilidad y un trabajo en equipo bien coordinado.

PSORIASIS

Con la colaboración de:

