



## Revisión Bibliográfica

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

### Avances terapéuticos en el tratamiento de la Psoriasis.

### Therapeutic advances in the treatment of psoriasis.

**Dra. Paula Conde Saure<sup>1,3</sup>, Dra. Patricia Romero González<sup>1</sup>, Dra. Helen Díaz González<sup>2</sup>, Dr. Vladimir Sánchez Linares<sup>3</sup>**

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Dermatología. Profesor Asistente <sup>1</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Dermatología y Administración de Salud. Profesor Asistente <sup>2</sup>

Especialista de 1<sup>er</sup> grado en MGI. Residente en Dermatología <sup>3</sup>

## RESUMEN

Psoriasis es una enfermedad de la piel que tiene una incidencia de un 1 % dentro de la población mundial, teniendo predilección por la raza blanca, es rara en personas de raza negra y prácticamente inexistente en los indios americanos puros. Dado que los pacientes con Psoriasis suelen buscar atención médica al cabo de varios años del inicio de la enfermedad, la incidencia clínica tiende a reflejar más la prevalencia que la incidencia de esta enfermedad en la población, la cual se ha cifrado próxima al 20 % (1). A pesar de que en los últimos años el tratamiento de la Psoriasis ha registrado pocos cambios por tratarse de una patología que es crónicamente recidivante y además de origen desconocido. Se ha comprobado que diversas medidas terapéuticas muy diferentes son efectivas, lo que indica que cada una de ellas rompe un eslabón de la cadena patógena, afectando así su evolución (2). Hemos tratado en este trabajo de actualizar su tratamiento con el objetivo de que sirva como material de consulta a especialistas no docentes, residentes y alumnos del quinto año de los estudios de medicina.

**DeCS:** PSORIASIS / terapia, ANTIPSORICOS

## SUMMARY

Psoriasis is a cutaneous disease with an incidence of 1% in the world population. This disease is mostly represented in white people, rare in black people, and practically inexistant in native American indians. Because the affected patients look for medical attention several years after debut, clinical incidence tends to reflect prevalence rather than incidence of this disease, which is estimated in nearly 20% of the general population. Despite the few treatment changes in the last years due to the recidivating nature and the unknown etiology of this disease, several therapeutic actions have proven to be effective, which shows that each of them breaks a link in the pathogenic chain, thus avoiding its evolution. This work is intended to update disease treatment with the aim of being used as a reference material for specialists, residents and medical students.

**MeSH:** PSORIASIS / therapy, ANTIPSORICS

## INTRODUCCIÓN

Concepto:

La Psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, de etiología desconocida, que se caracteriza por lesiones eritemato-escamosas, bien delimitadas y localizadas con preferencia en las prominencias extensoras y en el cuero cabelludo.

La variabilidad de su duración y extensión nos permitirá observar distintos grados de expresión clínica. (3)

Características clínicas:

Esta patología es una dermatosis eritemato-descamativa que puede afectar a la piel, uñas y muy rara vez a las mucosas.

La manifestación más característica en la piel consiste en una erupción eritematosa, homogénea y brillante sobre la que asientan escamas de aspecto nacarado, de distribución simétrica. Las lesiones están muy bien delimitadas y el grado de eritema y descamación de la lesión es muy variable, siendo generalmente asintomática, en ocasiones los pacientes refieren prurito. (1, 2, 3)

El tamaño de las lesiones es muy variable, se pueden presentar como lesiones purtiformes o como grandes placas que pueden ocupar grandes extensiones cutáneas. Los sitios predilectos de localización de las lesiones son los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y la región lumbosacra. (4)

Existen distintos tipos clínicos de Psoriasis:

- a. Psoriasis vulgar: Las lesiones se localizan en codos, rodillas, cuero cabelludo, regiones retroauriculares, región sacrolumbar y zona umbilical. Pueden extenderse a otras zonas como tórax, extremidades y abdomen en diferentes brotes de la enfermedad
- b. Psoriasis del cuero cabelludo: Es muy frecuente y puede ser la única manifestación cutánea de la enfermedad. Las placas psoriáticas son redondeadas, aisladas, bien delimitadas, pero pueden confluir y llegar a producir un auténtico caparazón que cubrirá todo el cuero cabelludo.

Las escamas son muy secas y no suelen englobar los cabellos, más bien los atraviesan, rebasando el borde de implantación del pelo.

- c. Psoriasis de la cara: No es frecuente la afección de la cara en la psoriasis y cuando aparecen elementos psoriáticos son muy característicos semejando generalmente una dermatitis seborréica.
- d. Psoriasis ungueal: Las uñas se afectan con frecuencia en la Psoriasis, generalmente entre el 30 al 50 % de los individuos, interesando más las uñas de las manos que las de los pies. Las alteraciones morfológicas ungueales más frecuentes y significativas son:
  - El piqueteado ungueal a modo de depresiones puntiformes.
  - Leuconiquias y pérdida de transparencia de las uñas.
  - Onicodistrofia severa.
- e. Psoriasis palmo-plantar: pueden presentarse como manchas de contornos redondeados, recubiertos por escamas que desbordan generalmente la muñeca y representaría el aspecto clásico de Psoriasis. Otro cuadro clínico frecuente es el de una queratodermia difusa en la que el eritema es sustituido por una base rosada tenue, se acompaña generalmente de fisuras dolorosas y profundas.

- f. Psoriasis invertida o intertriginosa: afecta pliegues cutáneos, manifestándose como un intertrigo crónico, fundamentalmente los axilares, inguinales, región genital, submamarias, interglúteos y región umbilical. La erupción se caracteriza por una placa uniforme de color rojo vivo, brillante y lisa, de bordes netos y no descamativa.
- g. Psoriasis de las mucosas: la psoriasis no afecta generalmente las mucosas; en la mucosa del glande es donde se ha descrito con más frecuencia manchas eritematosas, bien delimitadas, con escasa o ninguna descamación, de evolución crónica. (2, 4, 5)

Diagnóstico clínico.

La morfología característica de la lesión psoriática, su localización suelen ser suficientes para el diagnóstico clínico de la enfermedad. Sin embargo, para proporcionarnos elementos con un mayor valor diagnóstico se debe proceder al raspado metódico de Brocq: se utiliza una cucharilla dermatológica (cucharilla de Brocq) o similar a realizar sucesivos raspados sobre la lesión, desprendiéndose abundantes escamas nacaradas, que por su parecido a la esperma de una vela se le denomina "Signo de la mancha de esperma". Debajo de las escamas aparece una superficie rosada, húmeda y brillante, de fácil desprendimiento (Signo de la película desplegable de Brocq) y aparece al poco tiempo un punteado hemorrágico que se denomina "Signo del rocío hemorrágico" o "Signo de Auspitz". (1, 5, 6)

Diagnóstico histológico:

Aparece paraqueratosis, microabscesos de Munro, anisoacantosis, papilomatosis con capilares dilatados. (6)

Evolución:

La evolución habitual de la enfermedad es benigna y crónica. Aunque puede comenzar a cualquier edad, el primer brote suele aparecer en el adolescente y joven adulto. Posteriormente cursará con brotes sucesivos, siendo la duración de cada uno muy variable, de semanas a varios meses y la recidiva será imprevisible.. (2)

## **DESARROLLO**

En el tratamiento de la Psoriasis se han utilizado varios medicamentos tanto tópicos como sistémicos, pero teniendo en cuenta la naturaleza crónica de esta enfermedad, en la actualidad la Psoriasis puede ser blanqueada, pero no curada. (7)

Antes de iniciar cualquier tratamiento deberá pensarse en la individualidad de cada caso y en las diferentes formas clínicas. El inicio terapéutico común será evitar los factores desencadenantes (infecciones, traumas, estrés, etc.), existiendo así varias posibilidades. (7, 8, 9)

Tratamiento tópico:

1. Emolientes o lubricantes – proporcionan hidratación al estrato córneo, previniendo la aparición de fisuras y ayudando a la eliminación de escamas excesivas. Puede recomendarse su utilización en todos los cuadros de Psoriasis.
2. Queratolíticos (ácido salicílico, urea, ácido láctico). Se emplean para eliminar el exceso de escamas fuertemente adheridas y sobre todo en las hiperqueratosis palmo-plantar. Las curas oclusivas, que son útiles para hidratar, facilitan la penetración percutánea de algunos medicamentos e inhibe la actividad mitótica de las células epidérmicas. Estas curas oclusivas no deben prolongarse más de 6-8 horas para evitar así la aparición de maceración e infección.

3. Antralina. (Ditranol) Puede considerarse el tratamiento de primera elección para la mayoría de los enfermos psoriáticos, aplicándola en concentraciones de 0,1 – 1 % con ácido salicílico exclusivamente en las placas de psoriasis. Inicialmente suele comenzarse con 30 minutos a días alternos, aumentando duración y frecuencia según la tolerancia del paciente. Debe eliminarse la sustancia completamente con aceite mineral, seguido de un lavado con jabón ácido y dejando la piel bien seca.
4. Corticoides tópicos. En general, puede emplearse en pacientes adultos con Psoriasis leve, inflamatoria, rebelde al tratamiento o localizada en el cuero cabelludo y pliegues. Los ungüentos y pomadas son más eficaces que las cremas, asimismo los corticoides intralesionales deben reservarse para placas recalcitrantes o en la Psoriasis ungueal.
5. Breas (alquitranes). Las de carbón vegetal son las más utilizadas, en forma de ungüentos, pastas, champús, aceites, baños y soluciones alcohólicas. Tienen acción antimicrobiana, antiinflamatoria y antipruriginosa. Habitualmente se asocian a tratamiento con luz ultravioleta.
6. Fototerapia. Fotoquimioterapia. Consiste en el uso de radiaciones no ionizantes a la dosis de 290 – 320 nm de UVB, de forma aislada o combinadas con alquitranes tres veces a la semana. Su acción es debida a la supresión de la síntesis de ADN. Puede combinarse el uso de psoralenos y UVA, en dosis por vía oral de 0,6 mg/kg de 8 – metoxipsoralen dos horas antes de la fototerapia (PUVA), alcanzándose un total aproximado de 20 – 25 sesiones.

#### Tratamiento sistémico:

1. Corticoides sistémicos. Están totalmente contraindicados y deben reservarse para casos en los que esté comprometida la vida del paciente (complicaciones de la Psoriasis).
2. Agentes citostáticos (Metotrexate, Hidroxiurea, etc.). Su utilización puede justificarse en casos de Psoriasis grave y complicada, capaz de provocar al paciente alteraciones físicas y/o psíquicas rebelde a otros tratamientos. Dentro de estos agentes el más utilizado es el Metotrexate (MTX), un antagonista del ácido fólico que inhibe la fase S del ciclo de división celular.  
Pueden manejarse dos pautas terapéuticas: una dosis única semanal de 7,5 – 25 mg intramuscular, o una dosis triple fraccionada semanal por vía oral, siendo la pauta de tres dosis de 2,5 – 5 mg separadas por 12 horas, una vez a la semana.
3. Retinoides. El etretinato es el retinoide más eficaz en la Psoriasis, según las necesidades individuales se ajusta la dosis (0,25 mg – 1 mg/kg/día), manteniéndose durante 3 – 4 meses. Se considera una droga teratogénica.
4. Ciclosporina. Se ha comprobado su eficacia por vía oral, su administración precisa de un estricto control hemático y renal y por el momento su control será en régimen hospitalario.

#### Nuevos avances en el tratamiento de la Psoriasis.

En la vía de buscar nuevas alternativas en el tratamiento de la Psoriasis, recientemente numerosos ensayos experimentales y clínicos se han centrado en demostrar la eficacia del Calcipotriol. Se trata de un análogo de la vitamina D cuya acción es medida a través de la unión con el receptor intracelular nuclear de la vitamina D activa en el queratinocito. Este hecho conlleva la regulación del crecimiento celular que está alterado en la Psoriasis. Los estudios comparativos con la Betametasona y con el Ditranol, han demostrado una efectividad terapéutica similar o superior del Calcipotriol, lo cual hace pensar en este fármaco como tratamiento trópico de elección en la Psoriasis; ante casos severos, su uso combinado con PUVA o ciclosporina A ha ofrecido una mayor eficacia que la monoterapia.

Existen nuevos productos (Alefacep y el Infliximab) que regula la actividad de los linfocitos T y prometen tener resultados en el manejo de esta patología

## CONCLUSIONES

1. La Psoriasis es una enfermedad que afecta aproximadamente al 2 % de la población mundial y ocasiona más discapacidades psíquicas que físicas.
2. Antes de comenzar el tratamiento deben investigarse los factores Desencadenantes como: Traumas, estrés o infecciones.
3. El Calcipotriol debe considerarse como el tratamiento tópico de Elección en la Psoriasis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Christophers E, Krueger G G. Psoriasis. En : Fitzpatrick TB, EISEN AZ, Wolff K. Dermatología en Medicina General Buenos Aires: Editorial Panamericana 1988. P. 585-591
2. Christophers E, Schubert C, Schröder J M. Psoriasis. Dermatología. 2002; 45.
3. Rok A, Wikinson DS, Ebling FJG. Tratado de Dermatología. Barcelona : Doyma S A ; 1989.
4. Burton JL, Rook A, Wilkinson DS. Eczema, lichen simple, erythroderma and pruriga. En: Rook a, Wilkinsons DS, Ebling FJG. Textbook of Dermalogy 14 th. Ed. Boston: Black Well 2004. pág. 985-1003
5. Brody I J. Invest. Derm. 2005. 82: 460
6. Hensoler T. Christophers E: J Ámer. Acad. Derm. 2005. 3, 405
7. Melski JW. The Koebru (isomerphic) response in psoriasis: associations with early age of onset and multiple prevous therapus. Arch Derniatol 2004; 2:53.
8. Tiware JL. Association of psoriasis, with HLA OR 7. Br J Dermatol 2002; 106: 227.
9. Tukhainen A. Psoriasis and HLA CW6. Br J Dermatol 2005; 2 : pg. 53