



CONSENSO NACIONAL DE PSORIASIS GUÍAS DE TRATAMIENTO

2010

SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

I. INTRODUCCION

La Sociedad Argentina de Dermatología atento a los cambios y a la importancia de la actualización de los conocimientos en la investigación clínica ha encomendado la revisión del Consenso realizado en el año 2005 sobre pautas de diagnóstico y tratamiento de la psoriasis, con el objeto de actualizar los criterios clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis.

La observación de estas pautas promoverá una mejor asistencia de los pacientes y la comprensión por parte de otros profesionales de la salud de la complejidad de esta enfermedad.

II. DEFINICION

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica que afecta primordialmente la piel, las semimucosas y las uñas que también puede comprometer las articulaciones. Se acompaña generalmente de otras morbilidades que afectan la calidad y sobrevida de los pacientes.

Se considera que la psoriasis es una enfermedad predispuesta genéticamente, mediada por mecanismos inmunológicos. La influencia de múltiples factores ambientales pueden desencadenar ó agravar la evolución de la misma.

III. EPIDEMIOLOGIA Y GENETICA

La prevalencia de la psoriasis en la población de origen europeo es entre el 2% al 3%. En otros grupos étnicos, es variable, siendo excepcional entre los indígenas del continente americano. En nuestro país no existen estadísticas de incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

Puede afectar a todos los grupos etarios y a ambos sexos por igual.

Desde el punto de vista genético, es una enfermedad poligénica y multifactorial que condicionan la edad de comienzo y las manifestaciones clínicas de la psoriasis.

Se diferencian, de acuerdo al inicio de la enfermedad, dos tipos:

Psoriasis tipo I: comienzo antes de los 40 años, incidencia de afección familiar y fuerte asociación con antígenos de histocompatibilidad HLA Cw*0602.

Psoriasis tipo II: comienzo posterior a los 40 años, casos aislados o menor prevalencia familiar y menor correlación con antígenos de histocompatibilidad.

Se reconocen diferentes locus genéticos, siendo éstos los más frecuentes: PSORS I, PSORS II, PSORS III.

La probabilidad de que la descendencia padezca psoriasis es de:

Con un padre afectado: 14%

Ambos padres: > 40%

No existe posibilidad de dar un consejo genético adecuado

IV. MORBIMORTALIDAD

La psoriasis eritrodérmica y pustulosa deben considerarse formas graves de la enfermedad; en casos especiales pueden ser mortales debido a las complicaciones infecciosas, cardiovasculares y pulmonares.

La afectación psicológica y la alteración de la calidad de vida es muy importante, pudiéndose detectar en más del 5% de los pacientes con psoriasis moderada a severa pensamientos suicidas que el dermatólogo debe detectar para su prevención.

Los pacientes de psoriasis presentan con mayor frecuencia que la población general obesidad, tabaquismo, alcoholismo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, dislipemias, síndrome metabólico, enfermedad inflamatoria intestinal asociadas a su enfermedad. Además en la evaluación del paciente debe considerarse la presencia de patologías secundarias a tratamientos previos de la enfermedad, entre ellas cáncer de piel, hepatopatías e insuficiencia renal o pulmonar.

Los pacientes con psoriasis moderada/severa, presentan un riesgo mayor de padecer infarto de miocardio y la sobrevivencia disminuye de 3 años para el hombre y 4 años para la mujer como consecuencia de eventos cardiovasculares.

V. DIAGNOSTICO

Las características clínicas de las lesiones cutáneas y su localización son los criterios más relevantes para el diagnóstico clínico de la enfermedad.

VI. CARACTERISTICAS CLINICAS

La psoriasis se caracteriza por la aparición de placas eritemato-escamosas, bien delimitadas y con una distribución habitualmente simétrica, puede afectar piel, semimucosas, cuero cabelludo y uñas.

Puede generar síntomas subjetivos de prurito, ardor, dolor, conciencia de alteración de la piel.

a) Patrones clínicos de presentación

Pueden combinarse en un mismo paciente distintas formas de presentación de la psoriasis.

Psoriasis en placas: es la forma más frecuente. Afecta el 90 % de los pacientes.

Pueden ser placas únicas o múltiples, de diámetro variable.

Psoriasis en gotas: Se presenta como pequeñas pápulas eritematoescamosas que predominan en tronco y extremidades.

Psoriasis invertida: Localiza en pliegues.

Psoriasis eritrodérmica: Enrojecimiento inflamatorio y descamación generalizada de la piel, de evolución subaguda o crónica, con alteración del estado general del paciente.

Psoriasis pustulosa: Forma poco común de psoriasis caracterizada por la aparición de pústulas estériles de evolución aguda, subaguda o crónica. Puede tener manifestaciones sistémicas asociadas. Puede ser generalizada o localizada, preferentemente en palmas y plantas.

Psoriasis palmoplantar: Forma clínica de compromiso único de palmas y plantas o asociado a otras localizaciones.

Sebopsoriasis o psoriasis de las áreas seboreicas

Psoriasis del pañal

Psoriasis ungueal

Artropatía psoriásica: Forma clínica que afecta las articulaciones.

b) Localización de las lesiones

Piel: Pueden aparecer lesiones en cualquier parte de la superficie cutánea.

Aunque es más frecuente en tronco, cuero cabelludo, codos, rodillas, palmas, plantas, pliegues y genitales.

Uñas: La afectación es más frecuente en las uñas de la mano que en las de los pies.

La expresión clínica de la psoriasis de la uña depende del o de los sitios de la unidad ungueal comprometidos. El reconocimiento de esos lugares es de gran valor para orientar el tratamiento. El compromiso de: La matriz: se expresa por la aparición de hoyuelos, onicorrexis, surcos de Beau, leuconiquia, eritema en la lúnula y engrosamiento de la lámina.

El lecho ungueal: parches de color salmón o en "mancha de aceite", hiperqueratosis subungueal, onicolisis y hemorragias en astilla. El hiponiquio: hiperqueratosis subungueal y onicolisis.

Los pliegues laterales y proximales: psoriasis cutánea periungueal.

El 50 y 80% de los pacientes con artritis psoriásica tienen lesiones ungueales.

La onicopatía en un paciente con psoriasis es un posible indicador (entre 50 y 80%) de artropatía psoriásica

Cuero cabelludo: El cuero cabelludo puede ser la primera y/o única localización de psoriasis. Las características clínicas son similares a la de otras localizaciones, eritema y escamas, pero éstas suelen ser más gruesas. Pueden ser localizadas o comprometer difusamente todo el cuero cabelludo. Suele ser más fija y persistir aún cuando mejoran las lesiones en el resto del cuerpo.

Articulaciones: Las manifestaciones inflamatorias pueden afectar las pequeñas o grandes articulaciones, únicas o múltiples, produciendo un amplio rango de cambios articulares y deformidades.

Semimucosas: Preferentemente en el área genital, raramente en labios.

c) Antecedentes familiares y personales

Aproximadamente el 30% de los pacientes tiene historia familiar de la enfermedad.

La falsa tiña amiantácea y la dermatitis seborreica pueden preceder a la enfermedad.

d) Evaluación del paciente

El diagnóstico debe ser realizado por un médico dermatólogo con especial dedicación a esta patología.

Medida de la circunferencia abdominal

Índice de masa corporal

Biopsia de piel en caso de duda diagnóstica o requerimiento médico legal.

Hemograma completo y recuento de plaquetas

Función renal (creatininemia y clearance de creatinina)

Análisis de orina completo

Hepatograma

Serología para Hepatitis A, Hepatitis B y Hepatitis C

Serología para HIV
Anticuerpos antinucleares y factor reumatoideo en caso de sospecha de artropatía psoriásica
Eritrosedimentación
Proteína C reactiva
Glucemia
Triglicéridos
Colesterol HDL, LDL
Rx de torax
Intradermoreacción de Mantoux/ PPD

e) Otros exámenes

Estudios radiológicos de articulaciones sintomáticas en caso de artritis psoriásica.
Cultivos de fauces, nasal y perianal
ASTO
Examen micológico de uñas.
Ecografía abdominal en casos de antecedentes de patología hepática, alcoholismo u obesidad
Psicodiagnóstico

VII. FORMAS CLINICAS Y TIPOS DE PSORIASIS DE INTERES PARTICULAR

a) Eritrodermia psoriásica

Definición: Rubicundez extendida o generalizada, de evolución subaguda o crónica, con alteración del estado general. Es una forma grave de la enfermedad y puede comprometer la vida.

Diagnóstico: La eritrodermia es de diagnóstico clínico. La psoriasis representa el 20 % de las eritrodermias. El índice de sospecha etiológica de la psoriasis como causa de la eritrodermia se fundamenta en:

- Antecedentes personales y familiares de psoriasis.
- Antecedentes de administración de medicamentos sospechosos de agravar la psoriasis (litio, antipalúdicos, tratamientos con alquitrán de hulla).
- Suspensión abrupta de corticosteroides, ciclosporina u otros tratamientos.
- Areas de piel con lesiones compatibles con psoriasis.
- Lesiones ungueales.
- Exámenes complementarios.

Histopatología: Biopsia de piel, no es patognomónica, es útil para descartar otras causas de eritrodermia (Ej. Linfoma cutáneo de células T).

Laboratorio: Son necesarios estudios clínicos generales debido a que se trata de un proceso sistémico, con posible alteración del medio interno, hipovolemia, hipoproteinemia, hiperuricemia, hipocalcemia, falla de regulación de la temperatura corporal, entre otras.

b) Psoriasis pustulosa generalizada

La psoriasis pustulosa es una forma poco común y grave de psoriasis en la cuál una erupción de pústulas estériles ocurre en forma aguda, subaguda o crónica.

Los pacientes presentan pústulas de distribución generalizada, que aparecen sobre una base de piel eritematosa. Pueden presentar hipertermia, mal estado general, anorexia y dolor en la piel exfoliada.

En algunos pacientes las pústulas pueden coexistir con una psoriasis eritrodérmica

1) Clasificación:

Psoriasis pustulosa generalizada.

Psoriasis pustulosa del embarazo.

Psoriasis pustulosa circinada y anular.

Psoriasis pustulosa juvenil e infantil.

2) Complicaciones:

En ausencia de tratamiento efectivo, pueden presentarse complicaciones serias y eventualmente la muerte, en los períodos agudos de la enfermedad.

Hipoalbuminemia

Hipocalcemia

Necrosis tubular aguda

Daño hepático

Trombosis en miembros inferiores y tromboembolismo pulmonar

Sobreinfección

Poliartritis inflamatoria.

Síndrome de malabsorción.

3) Laboratorio: (Hallazgos mas frecuentes)

- Linfopenia con leucocitosis.
- Hipoalbuminemia con hipocalcemia.
- Eritrosedimentación acelerada
- Creatininemia y urea elevada.

c) Psoriasis pustulosa palmoplantar

Puede ser la única manifestación o acompañar a un cuadro de psoriasis vulgar.

Es más frecuente en adultos que en niños.

La localizaciones habituales son la eminencia tenar e hipotenar aunque puede haber lesiones en toda la superficie palmar.

En los pies afecta la planta y las lesiones pueden desbordar los límites de la misma.

El curso es prolongado, con remisiones y exacerbaciones. Suele ser refractaria a los tratamientos locales.

d) Artropatía Psoriásica

La artritis psoriásica es definida como una artropatía inflamatoria asociada a psoriasis cutánea, usualmente seronegativa para el factor reumatoideo. En la actualidad, se la incluye entre las espondiloartropatías seronegativas

1) Prevalencia: Afecta del 10 al 40% de los pacientes. Suele ser una artritis severa, de rápida evolución y puede producir invalidez.

2) Manifestaciones Clínicas: El 73% de los pacientes tienen psoriasis cutánea al momento del diagnóstico de la artropatía y en un 12% la presentación es simultánea. Dado que en

general el cuadro cutáneo precede en la mayoría de los casos a la primeras manifestaciones de la artritis es responsabilidad del dermatólogo la detección temprana de la misma para prevenir el daño articular.

En general el comienzo de las manifestaciones de la artritis psoriásica es insidioso, pero puede ser agudo en ocasiones.

Afecta el esqueleto axial (sacroileítis, espondilitis) y periférico (artritis, dactilitis, entesitis), en forma asimétrica, con predominio de miembros inferiores.

Las formas clínicas clásicamente reconocidas (clasificación de Moll y Wright) son:

- Oligoartritis asimétrica (forma más frecuente de presentación)
- Poliartritis simétrica (símil artritis reumatoidea)
- Espondiloartritis
- Artritis mutilante
- Compromiso de interfalángicas distales: presente en el 50% de los pacientes con AP en algún momento de su evolución. Se asocia con onicopatía. Forma de inicio en el 5% de los pacientes.

3) *Diagnóstico:*

Laboratorio: no hay marcadores característicos. En el compromiso articular periférico, se evidencia aumento de $\alpha 2$ globulinas y anemia hipocrómica. El factor reumatoideo, los anticuerpos antinucleares y antipéptidos de citrullinas son negativos. La uricemia puede estar aumentada por el compromiso celular cutáneo. El examen de líquido sinovial revela un carácter inflamatorio.

Radiología: Aporta datos al diagnóstico cuando la enfermedad ha evolucionado un tiempo prolongado. Se deben solicitar: Rx manos y pies, pelvis en posición de Ferguson, columna cervical y dorsolumbar (frente) y de las articulaciones con compromiso inflamatorio. A nivel periférico se observa ausencia de osteopenia en banda, compromiso asimétrico de metacarpo-falángicas e interfalángicas de manos y pies, compromiso de distales interfalángicas, erosiones intrarticulares con proliferación ósea marginal, osteólisis proximal de la falange con ensanchamiento de la base distal de la falange adyacente (lápiz en copa), periostitis, proliferación de las entesis y anquilosis. En el esqueleto axial, predominan la sacroileítis asimétrica, sindesmofitos gruesos y asimétricos, preferentemente en la columna cervical.

Centellograma con Tc99: de escasa especificidad, es útil en la detección de sacroileítis temprana.

Tomografía Computada: útil para el estudio de estructuras axiales (columna, pelvis, esternoclaviculares y caderas).

Ultrasonografía: refleja adecuadamente cambios inflamatorios tempranos y tardíos de los tejidos blandos perientésicos, es sensible y precoz para erosiones.

Resonancia nuclear magnética: adecuada sensibilidad en la detección de cambios erosivos tempranos y en menor medida, modificaciones de los tejidos blandos.

e) Psoriasis y embarazo

La erupción pustulosa generalizada o impétigo herpetiforme es la manifestación clínica más severa de psoriasis durante el embarazo. Suele desencadenarse durante el sexto mes de embarazo, en forma aguda. Puede prolongarse hasta el nacimiento y en el puerperio. Cuanto más grave es el cuadro mayor es la probabilidad de insuficiencia placentaria y de anomalías fetales. Las demás formas clínicas de psoriasis pueden empeorar o mejorar durante el embarazo. La manifestación de psoriasis en placas en una paciente que se embaraza puede tener un curso variable e impredecible. En algunos casos se puede observar una remisión parcial o total de la enfermedad, puede producirse un empeoramiento severo manteniendo las características clínicas iniciales o agregarse manifestaciones pustulosas y/o eritodérmicas. Debe tenerse en cuenta para el tratamiento de estas lesiones las recomendaciones generales respecto a los riesgos de los distintos tratamientos según la etapa del embarazo.

f) Psoriasis en la infancia

Puede aparecer desde el nacimiento y existen estudios que revelan que 27% de los pacientes desarrolla la enfermedad antes de los 15 años; 10%, antes de los 10 años; 6,5% antes de los 5 años; y 2% antes de los 2 años.

Entre los factores que contribuyen a su desencadenamiento se destacan las infecciones estreptocócicas o estafilocócicas agudas, los traumatismos, las emociones, la hipocalcemia, y medicamentos.

La psoriasis en la infancia presenta, con algunas excepciones, las mismas características clínicas que en la edad adulta.

Como variantes propias de la infancia se destacan:

Psoriasis congénita: muy rara, habitualmente generalizada, de aspecto eritodérmico, cuyo diagnóstico diferencial con otras eritodermias congénitas es muy difícil.

Psoriasis en el área del pañal: una variante de la psoriasis invertida en el lactante.

Psoriasis en gotas: la segunda en frecuencia en la infancia. Asociada a factores desencadenantes, infecciones por estreptococo o por estafilococo dorado.

VIII.HISTOPATOLOGIA DE LA PSORIASIS

Los hallazgos histopatológicos varían según el tipo y tiempo evolutivo de la lesión biopsiada, no son patognomónicos.

Las muestras deben obtenerse de lesiones completamente desarrolladas y libres de tratamiento en lo posible.

Lesiones histopatológicas:

Acantosis regular con ensanchamiento basal de crestas interpapilares epidérmicas.

Adelgazamiento suprapapilar de la epidermis.

Capa granulosa disminuida o ausente.

Paraqueratosis confluyente.

Presencia de pústula espongiiforme de Kogoj y microabscesos de Munro.

Elongación y edema de la papila dérmica.

Vasos capilares dérmicos dilatados y tortuosos.

Infiltrados de polimorfonucleares neutrófilos, linfocitos T.

IX. COMORBILIDADES

La psoriasis se asocia con mayor frecuencia de la que se podría esperar de la población general a:

Obesidad

Tabaquismo

Alcoholismo

Diabetes

Dislipidemias

Enfermedad de Crohn

Depresión

Ideación suicida

Enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial, arterioesclerosis, infarto al miocardio)

En caso de artritis psoriásica, discapacidad articular severa.

X. FACTORES DESENCADENANTES / AGRAVANTES

Trauma físico y/o químico

En lactantes y niños pequeños la fricción por los pañales, en adolescentes y adultos la ropa ajustada, laceraciones y escisiones pueden desencadenar el fenómeno de Koebner.

También las quemaduras solares, radiaciones UVB o el PUVA y agentes químicos irritantes o cáusticos.

Infecciones

Bacterianas: Las 2/3 partes de los casos en niños se asocian a infecciones del tracto respiratorio superior, faringitis estreptocócica y ocasionalmente dermatitis perianal. Se debe efectuar un hisopado faríngeo y anal en pesquisa del estreptococo.

Micóticas: La *Candida albicans* en los pliegues y el *Pityriopsisporum ovale* en cuero cabelludo pueden favorecer el agravamiento de la psoriasis.

Virales: La infección por HIV e inmunosupresión puede dar lugar a una psoriasis severa y refractaria al tratamiento habitual.

Medicamentos

Corticoesteroides sistémicos y tópicos en grandes áreas

Cloroquina e hidroxicloroquina

Antiinflamatorios no esteroideos

Carbonato de litio

Terbinafina

Interferón

Beta bloqueantes

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

Progesterona

Sales de oro

Ioduro de potasio

Estrés

XI. CRITERIOS DE SEVERIDAD DE LA PSORIASIS

Criterio holístico para la evaluación de la severidad de la enfermedad:

* Se considera entre otras cosas, la extensión de la psoriasis, síntomas localizados, alteración de la calidad de vida, comorbilidades y enfermedades asociadas, respuestas terapéuticas previas, etc.

Psoriasis leve:

- No altera la calidad de vida del paciente.
- El paciente puede minimizar el impacto de la enfermedad y no requerir tratamiento.
- Los tratamientos no representan riesgos importantes (por ejemplo: esteroides tópicos de baja potencia).
- Habitualmente compromete menos del 5% de la superficie corporal.

Psoriasis moderada:

- Altera la calidad de vida del paciente.
- El paciente espera que la terapéutica mejore su calidad de vida.
- Las terapéuticas empleadas pueden ser engorrosas, caras, insumen tiempo y pueden no ser totalmente efectivas.
- Compromete del 2 hasta el 20% de la superficie corporal.

Psoriasis severa:

- Altera la calidad de vida del paciente significativamente
- No responde satisfactoriamente a los tratamientos que tienen riesgos mínimos.
- Los pacientes aceptan los efectos adversos de la medicación para mejorar su enfermedad.
- Compromete más del 10% de la superficie corporal.

Otros factores a considerar en la evaluación de la severidad

- Actitud del paciente respecto a la enfermedad.
- Localización de la enfermedad (cara, manos, uñas y genitales).
- Síntomas (dolor, rigidez, sangrado, prurito intenso).
- Impacto psicosocial.

XII. CRITERIOS DE INTERNACION

1. Eritrodermia
2. Psoriasis pustulosa generalizada
3. Psoriasis y artritis psoriásica que impide la movilización
4. Psoriasis vulgar severa.
5. Paciente con discapacidad física y social para realizar tratamiento domiciliario

XIII. TRATAMIENTO

a) Conceptos Generales

El objetivo ideal del tratamiento actual, es suprimir las manifestaciones clínicas (desaparición de las lesiones) e inducir una remisión prolongada una vez suspendida la

terapéutica, sin causar toxicidad por las medicaciones utilizadas. Este objetivo no siempre es alcanzable. Se logran mejorías parciales y las remisiones pueden durar poco tiempo, lo que obliga frecuentemente, a administrar terapéutica en forma permanente.

Las remisiones prolongadas ocurren en la minoría de los casos.

El paradigma terapéutico actual se basa en la elección del tratamiento más eficaz y con el mayor perfil de seguridad para cada paciente en particular, a fin de brindarle lo más rápidamente posible, una mejor calidad de vida.

Entre los factores que deben considerarse al elegir un tratamiento, se destacan:

- Tipo de psoriasis
- Su severidad y extensión
- Síntomas
- Compromiso de determinadas áreas
- Antecedentes de una evolución estable o inestable
- Sexo y edad del paciente
- Presencia de artritis
- Estado de salud general
- Ingesta de medicamentos y otras drogas
- Actividad laboral y consideraciones sobre calidad de vida
- Antecedentes y respuesta a terapéuticas previas
- Dificultades para realizar los tratamientos
- Accesibilidad al tratamiento
- Experiencia del médico tratante
- Factores económicos referidos al pago o co-pago por terceros

El tratamiento de la psoriasis infantil debe considerar medicaciones eficaces con la menor incidencia de efectos adversos, ya que la enfermedad demandará reiterados ciclos de tratamiento a lo largo de la vida. Se deben tener en cuenta la prevención y el tratamiento de los factores precipitantes de la enfermedad. Evaluar precozmente el perfil psicológico del paciente y su familia.

b) Expectativas Ideales para la Terapéutica

Eficacia

- 1) Efecto curativo en su defecto, remisiones muy prolongadas.
- 2) Dirigida específicamente a los blancos o efectores fisiopatogénicos de la enfermedad.
- 3) Respuesta clínica rápida.
- 4) Eficaz como monoterapia.
- 5) Sin taquifilaxia: permite la administración por tiempos prolongados.

Seguridad

- 1) Debe permitir una terapéutica de uso crónico prácticamente ilimitada.
- 2) Pocos requerimientos de monitoreo clínico dermatológico.
- 3) Adecuación a diferentes requerimientos y necesidades (niños- adultos mujeres en edad fértil ancianos).
- 4) Pocas o ninguna interacción medicamentosa.
- 5) Pocas o ninguna contraindicación absoluta.

Conveniencia / Aceptabilidad

- 1) Fácil administración.
- 2) Buena aceptabilidad por parte de los pacientes.
- 3) Costos directos e indirectos lo más bajos posibles, privilegiando siempre eficacia y seguridad.

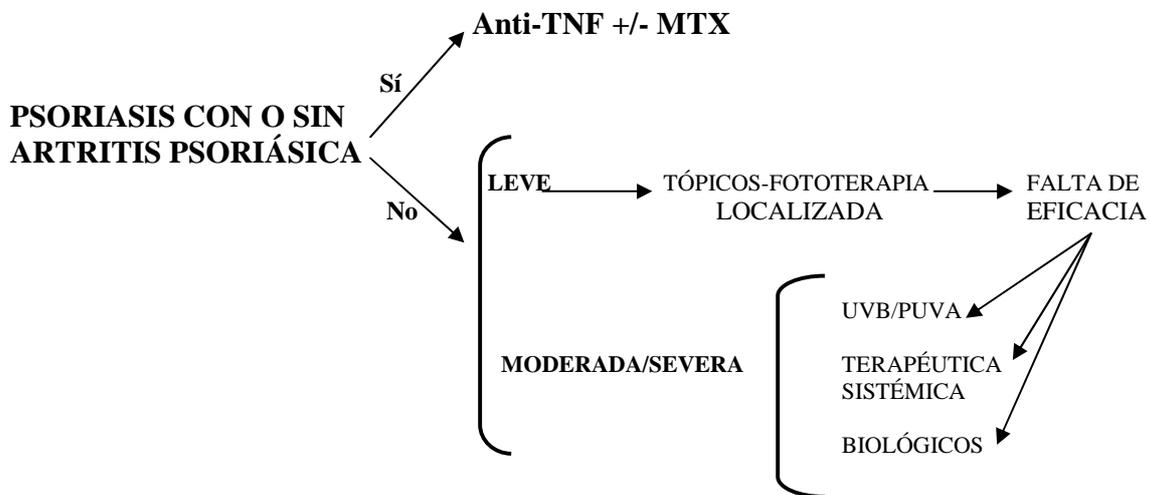
c) Modalidades Terapéuticas

- 1) *Monoterapia*: se usa un sólo agente terapéutico.
- 2) *Combinación*: puede aumentar la eficacia en casos determinados; permite reducir las dosis de cada agente, reduciendo su toxicidad. Se aconseja considerar las relaciones costo / beneficio y eficacia / seguridad.
- 3) *Rotacional*: se utiliza una terapéutica por un tiempo determinado (uno a dos años) para luego rotar a otra alternativa. Esta estrategia se indica para reducir la toxicidad por uso prolongado y para disminuir una posible resistencia al tratamiento.
- 4) *Secuencial*: se basa en el uso inicial de medicaciones muy eficaces para inducir remisiones pero también más tóxicas, para luego reemplazarlas por terapéuticas menos eficaces y pero con una significativa menor toxicidad.
- 5) *Intermitente*: en algunos pacientes que tienen remisiones prolongadas sin medicación. Pueden suspender la medicación por períodos prolongados.
- 6) *Terapia continua*: dado que la psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, con baja probabilidad de remisión espontánea y en la cual la mayoría de los pacientes mantienen activa su enfermedad durante muchos años, es conveniente mantener una terapéutica continua que permita controlar y si es posible suprimir las manifestaciones clínicas de la enfermedad con un criterio similar al que se emplea en otras enfermedades crónicas como la diabetes la hipertensión o las dislipemias.

Debe considerarse además, la interconsulta con otras especialidades: clínica médica, reumatología, nefrología, hepatología, psicología, fisiología y otras que puedan ser necesarias a fin de cubrir todos los aspectos de la salud del paciente.

Algoritmo modificado: Alan Menter and col. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. (J Am Acad Dermatol 2008;58: 826-50.)

Decisión de tratamiento



d) Terapéutica Tópica/Local

En general, el tratamiento tópico está indicado como terapia única en la psoriasis vulgar leve y como complemento de otros tratamientos en psoriasis mas extensas o severas.

Los tratamientos tópicos pueden combinarse entre sí.

Es necesario tener en cuenta la relación costo/beneficio, la aceptabilidad y practicidad del tratamiento. Tablas I y II.

TABLA I:

Terapéutica tópica de primera elección Eficacia terapéutica comprobada

TIPO	DROGAS PRINCIPALES	Dosis y Frecuencia de Aplicación	FORMA FARMACEUTICA	EFICACIA TERAPEUTICA	EFFECTOS COLATERALES	OBSERVACIONES
CORTICOSTEROIDES						
Potencia baja	Hidrocortisona, Desonide 0,05%	Dos veces por día	Cremas	+ / ++	+	Pliegues, cara, genitales
Potencia moderada	Mometasona F., Desonide, V. de Betametasona y otros	Una vez por día con control médico mensual	Cremas, pomadas, lociones capilares	+++	++	Efecto supresivo Taquifilaxia.
Potencia elevada y muy elevada	Clobetasol Betametasona dipropionato y otros	Una vez por día con control médico mensual	Cremas, pomadas, lociones, espumas y champúes	+++ / ++++	+++	Efecto supresivo Taquifilaxia.
Intralesionales	Triamcinolona Acetonida	Cada tres semanas días, 0.2 ml por infiltración, dosis máxima por sesión 1ml (6 mg)	Fcos. ampollas	+++	++++ Bursitis de codo	Atrofia, efectos sistémicos
INMUNOMODULADORES	Tacrolimus 0.1%	Dos veces por día	Ungüento	++	?	Uso en pliegues, cara, semimucosas y conducto auditivo externo
	Pimecrolimus 1%	Dos veces por día	Cremas	+	?	Uso en pliegues, cara, semimucosas y conducto auditivo externo
ALQUITRANES:	Coaltar		Gel, Champúes, loción, cremas y aditivos para baños.	++	++	Escasa aceptación cosmética
ANTRACENOS	Antralina		Crema, Ungüento, pasta, loción	++	++	Escasa aceptación cosmética

DERIVADOS VIT. D	Tacalcitol Calcipotriol		Ungüento, loción	++/+++	+	Efecto remisivo
ASOCIACIÓN CALCIPOTRIOL DIPROPIONATO DE BETAMETASONA	Asociación calcipotriol dipropionato de betametasona		Ungüento de alta estabilidad para la combinación terapéutica	+++ /++++	+ /+++	Eficacia y seguridad demostradas hasta 52 semanas. Tto. Continuo: 1 vez /d

TABLA II

Terapéutica tópica complementaria
(Mejora el confort del paciente, favorece la acción terapéutica y reduce los efectos secundarios de otros medicamentos, poca eficacia por sí mismos)

TIPO	DROGAS PRINCIPALES	Dosis y Frecuencia de Aplicación	FORMA FARMACEUTICA	EFICACIA TERAPEUTICA	EFFECTOS COLATERALES	OBSERVACIONES
EMOLIENTES	Vaselina y otros		Cremas Ungüentos	+	-	-
QUERATOLITICOS	Ac. Salicílico		Loción, crema, pomadas, champú	+	+	-
	Urea		Cremas, pomadas	+	- +	-
BALNEOTERAPIA, TERMALISMO	Aceites, sales, barros, avena			+	-	-

e) Terapéutica Sistémica

Aproximadamente el 25% de los pacientes con psoriasis moderada a severa requiere fototerapia o terapéuticas sistémicas. A pesar de las numerosas opciones de tratamiento, el control de la enfermedad suele complicarse por la órgano - toxicidad de los diferentes tratamientos.

El tratamiento sistémico en la infancia se considera en las formas graves, psoriasis eritrodérmica, pustulosa, artropática, o aquellas formas moderadas que no responden a la terapéutica local y comprometen la calidad de vida del paciente, siempre con controles adecuados y evaluando la relación riesgo/beneficio.

Se recomienda para la indicación y elección del tratamiento sistémico médicos dermatólogos capacitados, con experiencia en el manejo de medicación y la evolución de la enfermedad.

f) Indicaciones:

- 1) Psoriasis moderada o severa.
- 2) Falta de respuesta a la terapéutica tópica
- 3) Intolerancia y/o falta de adherencia al tratamiento tópico
- 4) Formas clínicas: artropatía psoriásica

- psoriasis pustulosa localizada / generalizada
 - eritrodermia psoriásica
 - localizaciones discapacitantes (manos, pies, cara)
- 5) Actividad laboral, factores psico-emocionales, discapacidad.

g) Consideraciones para la indicación de drogas inmunosupresoras y biológicas en pacientes con TBC activa o latente

Antes de iniciar el tratamiento sistémico en los pacientes se deben considerar la correcta evaluación con respecto a la posibilidad de TBC latente para lo cual se recomienda:

1. Evaluar posible TBC activa, mediante una cuidadosa historia clínica que incluya antecedentes personales de TBC o posible contacto con enfermos antes de iniciar el tratamiento.
2. Realizar radiografía de tórax.
3. Test cutáneo para TBC: PPD (intradermoreacción de Mantoux). Se considera PPD positiva, mayor o igual a 5 mm, con 48 hs para obtener el resultado de la lectura. Si existiera TBC activa, debería aplazarse el tratamiento anti-TNF para después de curada la TBC.
4. Descartar posible TBC latente a través de antecedentes y contactos con enfermos, realizar radiografía de tórax y PPD o test en sangre de IFN- γ , antes de iniciar el tratamiento anti-TNF. En caso de sospecha de TBC latente, se deberá administrar quimioprofilaxis por 6 meses con isoniazida oral hasta 300 mg/día, al mismo tiempo que se inicia el tratamiento anti-TNF.

TERAPÉUTICAS RADIANTES Y SISTÉMICAS NO BIOLÓGICAS

Tipo	Eficacia	Riesgos	Contraindicaciones	Características
TERAPEUTICAS RADIANTES (ANEXO I)				
Helioterapia	Hay grandes variaciones individuales Eficacia: > 70%	Quemaduras (+++) Fotodaño Erupciones lumínicas Fotoenvejecimiento Carcinogénesis: muy bajo riesgo	Absolutas: Fotosensibilidad UVB - UVA Melanoma Relativas: Drogas fotosensibilizantes Fotodaño severo sin/con cáncer no melanoma	Monoterapia: si Puede combinarse Riesgo a largo plazo: bajo
UVB banda ancha 290-320nm	Induce remisiones en el 70 - 80% de pacientes Prácticamente en desuso en nuestro medio	Quemaduras (+++) Fotodaño Erupciones lumínicas Fotoenvejecimiento Carcinogénesis: bajo riesgo	Absolutas: Fotosensibilidad UVB Melanoma Relativas: Drogas fotosensibilizantes Fotodaño severo sin/con cáncer no melanoma	Tratamientos semanales Monoterapia: si Puede combinarse Riesgo a largo plazo: bajo
UVB banda angosta 310-315nm	Induce remisiones en el 80% de pacientes. Primera elección en jóvenes y embarazadas Tiende a reemplazar a UVB banda ancha	Quemaduras (+) Fotodaño Erupciones lumínicas Fotoenvejecimiento Carcinogénesis: muy bajo riesgo	Absolutas: Fotosensibilidad UVB Melanoma Relativas: Drogas fotosensibilizantes Fotodaño severo sin/con cáncer no melanoma	Tratamientos semanales Monoterapia: si Puede combinarse Riesgo a largo plazo: bajo
Exímero 308 nm. (láser o emisión de luz)	Tratamientos cortos, focalizados y en áreas de difícil acceso a la luz. Alta eficacia	Quemaduras	Fotosensibilidad	Poco desarrollado en nuestro medio. Puede combinarse. Riesgo a largo plazo: no determinado
PUVA	Induce remisiones en el 70 al 90% de pacientes Remisiones promedio más prolongadas que con UVB	Fotodaño Erupciones lumínicas Daño ocular muy bajo riesgo Fotoenvejecimiento Prurito; Náuseas Riesgo carcinogénesis: Mayor que UVB-UBba >200 tratamientos > 2000 J/cm ²	Absoluta: Fotosensibilidad UVA Embarazo - lactancia Melanoma Relativa: Drogas fotosensibilizantes Fotodaño severo sin/con cáncer no melanoma Hepatopatía Intolerancia 8 MOP Menores de 12 años	Tratamientos semanales Monoterapia: si Se combina frecuentemente Controles a largo plazo: melanoma y cáncer no melanoma

“PUVA bath”	Induce remisiones en el 70 al 90% de pacientes.	Aumenta los riesgos por quemadura No hay estudios sobre carcinogénesis.	Igual PUVA excepto: No afecta hepatopatías Se ha usado en < 12 años.	Poco difundido en nuestro medio. Exige una estructura acorde
PUVA tópico (psoraleno tópico)	Sólo en lesiones aisladas.	Alto riesgo de quemadura Hiperpigmentación intensa incluso perilesional	Absoluta: Fotosensibilidad Relativa: en cara	Puede utilizarse con sol.

TERAPÉUTICAS SISTÉMICAS NO BIOLÓGICAS (ANEXO II)

Metotrexato	<p>Estándar comparativo de eficacia terapéutica Reduce PASI 75 en el 60% de los casos.</p> <p>Reduce severidad un 50% por lo menos en 75% de los casos</p> <p>Dosis = PO, IM semanal 7,5 a 30 mg sem Pediatria: 0,2-0,4 mg/Kg/sem</p>	<p>Embriopatía</p> <p>Mielosupresión</p> <p>Hepatotoxicidad: Aguda: Infrecuente Crónica: exige control</p> <p>Fibrosis pulmonar</p> <p>Alt. G.Intest. – Fatiga</p> <p>Infecciones - linfomas</p>	<p>Absolutas: Embarazo lactancia - Cirrosis Hepatitis e infecciones activas Insuficiencia hepática en actividad</p> <p>Relativas: Insuficiencia hepática y renal Alteraciones Hematológicas Inmunodeficiencias Alcoholismo Drogas hepatotóxicas Diabetes mellitus Ingesta previa de arsénico</p>	<p>Ingesta oral semanal</p> <p>Monoterapia: si Puede combinarse</p> <p>Exige controles de laboratorio e imágenes.</p> <p>Eventual biopsia hepática.</p> <p>Interacción con drogas</p> <p>Ácido fólico 1mg/día 5 días o 5mg x semana 48hs ingesta de metotrexate</p>
Ciclosporina	<p>Reduce PASI 75 en el 70% de los casos</p> <p>Muy eficaz para inducir remisiones, incluso de formas clínicas severas</p> <p>Dosis: 2,5 a 5 mg/Kg/d</p>	<p>Hipertensión Nefrotoxicidad</p> <p>Inmunosupresión</p> <p>Riesgo de: Infecciones</p> <p>Linfomas Cáncer no melanoma</p> <p>Hipertrofia gingival</p> <p>Hipertricosis</p>	<p>Absolutas Hipertensión no controlada Alteraciones renales Antecedentes malignidad</p> <p>Relativas <18 y > 64 años. Hipertensión controlada</p> <p>Hepatopatía viral u otras Embarazo Lactancia</p> <p>Infección activa Alcoholismo Inmunodeficiencia Medicación nefro-hepatotóxica Vacunación virus atenuados embarazo</p>	<p>Uso intermitente: 1 a 2 años (nefrotoxicidad irreversible)</p> <p>Monoterapia: si Puede combinarse</p> <p>Control de T. Art. Controles de laboratorio periódicos</p>
Acitetrin	Eficacia leve a moderada como monoterapia.	Anormalidades fetales Muerte fetal	Absolutas Embarazo hasta tres (3) años	Uso prolongado

	Comenzar dosis bajas: 0,3 mg/Kg/d. Aumentar dosis según respuesta	Toxicidad muco-cutánea Alopecia difusa Hiperlipidemia Alt. enzimas hepáticas	de suspendida la droga Lactancia Relativas Hiperlipidemia Hepatopatía Alcoholismo Osteoporosis Leucopenia Pancreatitis Pediatría: controles del esqueleto en tratam. crónicos	Monoterapia: excepcional. Uso en combinación: tópicos, fototerapia y medicación p.o. Controles de laboratorio periódicos
DROGAS DE SEGUNDA ELECCION				
Micofenolato Mofetil	Eficacia no comprobada en estudios prospectivos doble ciego Rápida acción: < 3 sem Dosis de 1g a 2 gr: PASI 50 + 75 en >50% casos	Alt. Gastrointestinales Mielosupresión Alergias a la droga Infecciones Malignidad: Linfomas Cáncer no melanoma	Absolutas Alteraciones hematológicas Hepatopatía Embarazo Lactancia Alergia al Micofenolato o al ácido micofenólico Relativas Infección activa Inmunodeficiencia Vacunación virus atenuados	Prodroga del ácido micofenólico Los niveles sanguíneos de micofenolato no se vinculan con eficacia terapéutica Hay experiencia de hasta 9 meses de tratamiento con mejorías
Hidroxiurea*	Eficacia variable: 45 al 70% de los casos No hay estudios prospectivos doble ciego que eficacia con PASI y/o calidad de vida Dosis bajas iniciales: 500mg. Aumentar hasta 2 gramos	Teratogenicidad Mielosupresión Alt. Gastrointestinales Disfunción renal Ulceras orales y en piernas Pigmentación muco-cutánea	Absolutas Embarazo Lactancia Mielosupresión Relativas Alt. Renales severas Colagenopatías Infecciones en actividad	No se recomienda para uso prolongado Uso muy restringido en nuestro medio * De indicación excepcional. Sólo para profesionales que conocen bien la droga
Antibióticos	Eficacia: variable. Para psoriasis guttata	Depende del antibiótico elegido	Las contraindicaciones dependen del antibiótico elegido	Tratamientos prolongados

+ Mínima, ++ Leve, +++ Moderada, ++++ Alta

*TERAPEUTICAS BIOLÓGICAS

TERAPEÚTICAS BIOLÓGICAS

Droga	Dosis Recomendada	Eficacia	Seguridad tolerancia o efectos adversos y contraindicaciones	Interacciones con drogas	Monitoreo	Eficaz como Monoterapia	Uso continuo Otros datos
Etanercept	<p>Dosis de inicio 25 ó 50mg SC 2 v/semana hasta 3 meses. Dosis de mantenimiento 50 mg/semana</p> <p>En pacientes a partir de 8 años dosis de 0.8 mg/kg (hasta un máximo de 50mg/dosis 1 v/semana hasta 24 meses. Deberá suspenderse el tratamiento en pacientes que no respondan después de 12 semanas.</p> <p>Embarazo medicación categoría B</p>	<p>Eficacia : +++</p> <p>Duración remisión : ++</p> <p>Seguridad : +++ PASI 75 Semana 12: 49% (100 mg/semana) Semana 24: 54% (50 mg/semana)</p> <p>Mejora de la calidad de vida : +++</p>	<p>Infecciones: infrecuentes Incluye TBC – micosis profundas</p> <p>Eventos neurológicos (infrecuentes) : esclerosis múltiple, mielitis transversa, neuritis óptica. Relación causal en estudio.</p> <p>Pancitopenia</p> <p>Malignidad: Infrecuente</p> <p>Relaciones locales en el sitio de la inyección. Infecciones vías aéreas superiores. Agravamiento de insuf. Cardíaca Congestiva en estudio.</p>	<p>Se desaconseja la vacunación con agentes vivos.</p> <p>La farmacocinética del Etanercept no se altera con la administración concomitante de metrotexate.</p>	<p>PPD inicial, repetir anualmente RX de tórax, anual Hemograma cada 2 meses. Control clínico, cada mes</p>	Si	<p>Mejoría sustentable con tratamiento. Al suspender la medicación no produce rebote de la enfermedad. Mantiene igual eficacia si se reinicia el tratamiento.</p>
Infliximab	<p>5 mg/kg en infusión IV (durante 2hrs.) en las semanas 0,2 y 6. Mantenimiento: cada 6-8 semanas Dosis e intervalos se ajustan según necesidades clínicas</p> <p>Embarazo</p>	<p>Eficacia: ++++</p> <p>Duración remisión : ++</p> <p>Seguridad : ++</p> <p>PASI 75 Semana 10 : 80% Semana 24 : 50% Semana 50 : 61%</p>	<p>Reacciones a la infusión 20%</p> <p>Infecciones serias Incluye TBC- micosis profundas 18% eventos adversos.</p> <p>Malignidad: procesos linfoproliferativos.</p> <p>Enfermedad cardíaca severa</p>	<p>Se desaconseja la vacunación con agentes vivos y la administración en pacientes con insuficiencia cardíaca severa</p>	<p>PPD inicial/anual Rx tórax, anual Control clínico, cada mes Hepatograma Se desaconseja uso domiciliar.</p>	Si	<p>Si, terapia intermitente.</p> <p>Rápida respuesta.</p> <p>Remisiones de hasta 6 meses post-ciclo inicial. Mantiene igual eficacia si se reinicia el tratamiento.</p>

	medicación categoría B		Enfermedad demielizante Serología VHB TBC latente.				Genera anticuerpos neutralizantes. Reinicio del tratamiento luego de un período prolongado aumenta la frecuencia de reacciones adversas secundarias a la infusión.
Adalimumab	La dosis recomendada para pacientes adultos es una dosis inicial de 80 mg administrada por vía subcutánea, seguida de 40 mg semana por medio, siempre por vía subcutánea, comenzando una semana después de la dosis inicial Embarazo medicación categoría B	Eficacia : +++ Seguridad: ++ no hay datos suficientes PASI 75 Semana 12 : 71-80% Semana 60 : 68 % Duración remisión : no hay datos	Reacciones sitio de inyección 20% leves TBC latente (8 meses) Malignidad: procesos linfoproliferativos Lupus sistémico inducido por drogas sin complicación renal o SNC	Seguridad limitada Tolerancia: enfermedades nasofaríngeas, resfríos, cefaleas. Se desaconseja vacunación virus vivos atenuados	PPD inicial, anual Rx tórax , anual Anticuerpos antinucleares Control clínico, cada mes	Si	Mejoría significativa de la calidad de vida. El tratamiento puede perder eficacia en algunos casos.

****Basada en pautas publicadas por los laboratorios; información para pacientes adjunta al producto; estudios publicados Se incluyen los productos biológicos usados más frecuentemente, c/ aprobación FDA y/o ANMAT para A. Reumatoide y/o Psoriasis***
+ Mínima, ++ Leve, +++Moderada, ++++ Alta

Agentes Biológicos

Instancias donde deben considerarse los Agentes Biológicos

Relacionadas al Paciente

1. Terapéutica tópica inefectiva o ineficaz por incumplimiento del paciente.
2. Pacientes con Psoriasis Vulgar candidatos a medicación sistémica.
3. Fracaso o intolerancia de medicaciones sistémicas.
4. Pacientes con contraindicaciones absolutas a otras terapéuticas.
5. Imposibilidad de cumplimiento de tratamientos propuestos (ej.: PUVA traslado dificultoso).
6. Psoriasis recalcitrante.
7. Calidad de vida significativamente alterada / limitaciones físicas o psíquicas.
8. Pacientes incapacitados físicamente (ancianos) para usar medicación tópica.

Relacionadas con el médico tratante

1. Necesidad de una opción monoterapia para un determinado paciente.
2. Necesidad de encarar un tratamiento muy prolongado.
3. Preocupaciones por la seguridad del tratamiento.
4. Uso en combinación con otras terapéuticas, o en transiciones entre diferentes medicaciones.

h) Combinaciones Terapéuticas Sinergias medicamentosas

Retinoides + UVB	Metotrexato + retinoides
Retinoides + PUVA (REPUVA)	Metotrexato + UVB
Derivados Vit. D tópicos + UVB o UVA	Ciclosporina + retinoides

Corticoesteroides: de indicación excepcional, por cortos períodos y usualmente asociados a otras terapéuticas. En general, se desaconseja formalmente el uso de corticoesteroides por su "efecto rebote".

Otros (incluye combinaciones con Agentes Biológicos)

XIV. ASPECTOS LABORALES, ECONOMICOS Y SOCIALES

La psoriasis es una dermatosis de curso crónico que presenta en su evolución algunos factores que inciden en el desarrollo psicosocial de los que la padecen. Algunos como la edad de aparición antes de los 40 años casi en el 60% de los casos, el compromiso en zonas expuestas, localizaciones palmoplantares o participación articular, la necesidad de cuidados muchas veces permanentes pueden poner al paciente en la condición de discapacitado social, impactando en su vida de relación, emocional, laboral y económica.

a) Laboral:

Se deberán considerar tres aspectos:

- 1) Visión de las otras personas sobre el enfermo (estigmatización, discriminación, pérdida de oportunidades laborales).
- 2) Impacto laboral (ausentismo relacionado con la enfermedad).
- 3) Implicancias legales (Incapacidad laboral, jubilación anticipada, despido injustificado).

b) Aspectos clínicoeconómicos:

Los tipos de costos a considerar ante un paciente con Psoriasis son los **directos** (médicos y no médicos), **indirectos e intangibles**.

- Los costos **médicos** son aquellos que se desprenden directamente de la enfermedad y su atención (pago de honorarios médicos, pruebas diagnósticas, laboratorio, medicamentos, etc.).
- Los **no médicos** son aquellos que se originan en relación con los primeros, (transporte, vestimenta, modificaciones en la vivienda para necesidades del paciente, etc.).
- Los costos **indirectos** son los que se refieren a la morbilidad y mortalidad (ausencias laborales, disrupciones familiares, etc.).
- Los **intangibles** son los asociados a los aspectos psicoemocionales del paciente y su medio social.

Es por ello, que en el caso de la Psoriasis, la evaluación o el análisis farmacoeconómico debe tomar en cuenta el análisis de costo-utilidad, siendo la utilidad ponderada una medida de resumen de las preferencias de los pacientes por su estado de salud o de los eventos bio-psico-sociales que son generados por la enfermedad y/o tratamiento. Esta unidad de resumen se define como calidad de vida.

c) Aspectos psicoemocionales y sociales:

El paciente con psoriasis suele presentar dificultades con el tratamiento de su enfermedad, que en ocasiones el médico dermatólogo no puede resolver.

Muchas veces, los resultados obtenidos por lo tratamientos terminan siendo insatisfactorios no sólo por las características de la enfermedad, sino por las características psicológicas de los pacientes. Se observa con gran frecuencia la falta de adherencia al médico y al tratamiento bajo la forma de conductas perjudiciales, tales como la deambulación de médico en médico, la utilización de remedios caseros, la consulta a curanderos, la auto administración simultánea de medicación habituales y preparados de medicinas alternativas y terapéuticas de dudosa credibilidad y seriedad.

Cada paciente individual tolera los brotes de su enfermedad de un modo completamente diferente. Como consecuencia, la validez de las guías de manejo de la psoriasis basada solamente en la severidad de los síntomas, sin la información de los pacientes acerca de cómo ellos valúan sus síntomas es muy relativa.

Factores psicoemocionales que influyen en el proceso terapéutico

Son aquellos relacionados con:

- La personalidad de base del paciente y su cuadro psicopatológico.
- Los antecedentes hereditarios de la psoriasis cuando se articulan con los modelos de identificación familiar.
- La relación que se establece entre la ocupación del paciente y la localización de las lesiones.
- La interacción del paciente con su medio laboral, social y con su familia.

- La relación médico-paciente.
- Las características del esquema corporal del paciente y las enfermedades concomitantes que lo afectan (como por ejemplo la obesidad).
- La situación socioeconómica del paciente.
- La tendencia a ponerse en el rol de víctima.
- El conocimiento de la enfermedad y la fe en mitos y falsas creencias relacionadas con ella.
- Círculo vicioso ilusión/ desilusión.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Comodidad/ resignación

Calidad de vida en la psoriasis en la infancia

- La afectación de la calidad de vida en los niños, puede manifestarse en su desarrollo cognitivo, madurativo, afectivo y/o social.
- Para decidir un tratamiento en la Psoriasis, deberá tomarse en cuenta el grado de esta afectación.
- Dado que el niño es un sujeto en formación, será necesario incluir al entorno familiar dentro del enfoque terapéutico.

d) Psoriasis y discapacidad:

Tanto el compromiso cutáneo como articular de la Psoriasis, pueden afectar la movilidad y el estado de ánimo de los pacientes, pudiendo entorpecer el desarrollo educativo, laboral y social hasta el punto de producir un estado de discapacidad transitoria o permanente. (ANEXO III).

XV. RECOMENDACIONES A LAS AUTORIDADES SANITARIAS

1. Recomendar a las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales y a las entidades prestadoras de salud que provean para estos pacientes, un banco de drogas anti-psoriásicas (drogas sistémicas y agentes biológicos) con coberturas diferenciadas, en forma similar a las existentes para pacientes con otras enfermedades crónicas (oncológicas y hematológicas, DBT, cardiovasculares).
2. Recomendar al sistema público y privado la habilitación de infraestructuras de centros y hospitales de día para facilitar la internación diurna de este tipo de pacientes que requieren cuidados especiales médicos y de enfermería.
3. Fomentar y apoyar mediante promociones impositivas u otros medios, la organización de Asociaciones de Pacientes con Psoriasis en nuestro país.

ANEXO I Terapéuticas radiantes

Fototerapia y Fotoquimioterapia Ultravioleta

Se basa en el uso de radiación electromagnética no ionizante para generar efectos fototóxicos y/o fotoquímicos en la piel con objetivos terapéuticos.

Cuando pensar en fototerapia ultravioleta

- Superficie corporal comprometida > 10 - 20 %.
- Distribución de lesiones generalizada.
- Limitaciones o falta de respuesta a la terapia tópica.
- Impacto emocional / alteración de la calidad de vida / discapacidad.

PUVA: utiliza la longitud de onda comprendida entre 320 y 400 nm. Se emplea asociado a fotosensibilizantes (Psoraleno + UVA).

• 8- Metoxipsoraleno: V.O. 0.4 - 0.6 mg/Kg 1 ½ a 2 horas antes de la aplicación. Protección ocular hasta ocho horas después de ingerir el fotosensibilizante.

Tópico: PUVA baño crema ungüento - loción

- Frecuencia: 2-3 veces por semana
- Promedio. 20-30 sesiones

Efectos adversos potenciales de PUVA

Inmediatos

Asociados a psoralenos y/o dosis UVA de aplicación

- Intolerancia Gastrointestinal
- Cefalea
- Mareos
- Prurito
- fotofobia
- Eritema/quemadura

Mediatos

Asociados a dosis UVA acumulada

- Fotodaño crónico
- Oftalmológicos
- Carcinogénesis no Melanoma. (superando las 250 aplicaciones)
- Melanoma (?)

Consideraciones para una utilización más segura del PUVA

Tener en cuenta las variables de indicación, del psoraleno (sistémico / tópico) y de la irradiación (localizada / generalizada).

- Esquemas combinados tópicos o sistémicos: Emolientes, compuestos salicilados, tazarotene, derivados de vitamina D3, corticoides, coaltar, retinoides, metotrexato, ciclosporina (cortos períodos), agentes biológicos sin evidencia todavía.

- Rotación terapéutica

- Retrasar lo más posible la edad de inicio.

- Fotoeducación (Prevención Primaria)

- Seguimiento de los pacientes con dosis UV acumulada elevada (Prevención Secundaria)

- Siempre exponer la menor superficie corporal posible

- Embarazo: no utilizar psoraleno sistémico antes del tercer trimestre

- Valorar los antecedentes de riesgo carcinogénico (hábitos solares; radioterapia; ingestión de arsénico; antecedentes familiares; etc.).

- Estudios previos: evaluación oftalmológica, anticuerpos antinucleares y otros a consideración del profesional.

UVB: banda ancha o UVB total. Radiación ultravioleta comprendida entre 290 y 320 nm. de longitud de onda. Terapia tradicional, útil y eficaz.

Tiende a ser reemplazada por UVB banda angosta.

UVB de banda angosta: banda de 310 a 315 nm.

Se utiliza por tener:

- Óptima actividad antipsoriática
- Menor efecto eritematogénico que UVB total (banda ancha)
- Menor efecto carcinogénico que PUVA (?)

Cuando se prefiere UVB a PUVA

- Pacientes jóvenes
- Cuadros recientes
- Lesiones delgadas
- Embarazadas
- Período de lactancia
- Antecedentes oftalmológicos
- Insuficiencia Hepática o Renal severas
- Intolerancia a Psoralenos
- Buena respuesta al sol

Cuando se prefiere UVB banda angosta a UVB total o PUVA

- Idem anterior. Además:
- Fotodaño moderado - severo
- Piel I y II
- Antecedentes de exposición a otros agentes carcinogénicos

Efectos adversos Potenciales de UVB

- Inmediatos (dosis de aplicación): prurito eritema quemadura
- A largo plazo (dosis acumulada): fotodaño crónico carcinogénesis

Consideraciones para una utilización más segura de UVB

- Esquemas combinados tópicos o sistémicos
Emolientes, compuestos salicilados, tazarotene, derivados de vitamina D3, corticoides, coaltar (método Goeckerman), antralina (método Ingram), PUVA, retinoides metotrexato, ciclosporina (cortos períodos), agentes biológicos.
- Rotación terapéutica
- Fotoeducación (Prevención Primaria)
- Retrasar lo más posible la edad de inicio.
- Seguimiento de los pacientes con dosis UV acumulativa elevadas (Prevención Secundaria)
- Siempre exponer la menor superficie corporal posible
- Valorar los antecedentes de riesgo carcinogénico (hábito solar elevado, radioterapia, arsénico, etc.).

Nuevas modalidades de fototerapia en desarrollo

Laser Excimer:

- Para placas localizadas y resistentes a terapias tópicas habituales (no grandes superficies)
- Entre 6 y 10 aplicaciones

UVB banda angosta potenciada

- Pulsos de altas dosis de corta duración
- También para placas localizadas y resistentes

Terapia fotodinámica

- En desarrollo. No aprobada aún para psoriasis.

ANEXO II

Guía para el manejo de pacientes con psoriasis y enfermedad hepática

Durante muchos años la etiología de la enfermedad hepática en pacientes con Psoriasis fue atribuída al alcohol y/o a drogas utilizadas para el tratamiento de esta enfermedad. Desde la aparición de métodos serológicos para la detección de los virus de las hepatitis B (HBV) y C (HCV) se ha visto que estos pacientes presentan además, una elevada prevalencia de estos marcadores serológicos. En la actualidad el espectro de agentes involucrados en la etiología de la enfermedad hepática incluye drogas hepatotóxicas tales como Metotrexate (MTX), Retinoides y Psoralenos, el alcohol y los virus de las hepatitis B y C.

Hepatotoxicidad por metotrexato

- Aumento transitorio y reversible de transaminasas (lo más frecuente)
- Fibrosis y/o Cirrosis
- Rara vez falla hepática fulminante y hepatocarcinoma (casos aislados probablemente asociado a infección por HBV o HCV)

La mayoría de los estudios sobre tratamiento con MTX en pacientes con Psoriasis son retrospectivos e inconclusos, fueron efectuados con anterioridad al descubrimiento de marcadores serológicos del HCV (1989) y por lo tanto muchas de las cirrosis atribuídas al MTX pudieron ser debidas al HCV que frecuentemente se asocia a enfermedad hepática crónica y cirrosis.

Detección de enfermedad hepática pre-tratamiento con MTX

Consideraciones:

La historia clínica, el exámen físico, el laboratorio y los métodos de diagnóstico por imágenes permiten en la mayoría de los casos detectar pacientes con enfermedad hepática subyacente (hepatitis crónica o cirrosis por HCV, HBV, alcohol, etc) No obstante la biopsia hepática (PBH) es de importancia para detectarla y estadificarla en muchos casos.

Clásicamente la PBH era efectuada durante el seguimiento de pacientes en tratamiento con MTX en forma sistemática para la detección temprana de lesión hepática (inflamación, fibrosis, esteatosis etc) Sin embargo, diversos estudios han sugerido que el riesgo de daño hepático severo en pacientes cuidadosamente monitoreados, que recibían baja dosis de MTX una vez por semana era muy bajo. Por lo tanto, costo/efectividad y la morbilidad (aunque baja) de la PBH no parecería justificarse en relación con la baja incidencia de enfermedad hepática severa inducida por MTX.

Recomendaciones

- *Laboratorio basal pre-tratamiento*
Alaninoaminotransferasa (TGP)
Aspartatoaminotransferasa (TGO)
Gamaglutamiltranspeptidasa (GGT)
Fosfatasa alcalina (FAL)
Bilirrubina
Proteinograma electroforético

Marcadores virales:

- Hepatitis B: AntiHBc y HbsAg: Debido a la mayor prevalencia de infección en este grupo de pacientes como estrategia prevacunación por ser la población con psoriasis una población de riesgo para la infección por HBV. Los pacientes Anti-HBc negativo deben ser vacunados.
- Hepatitis C: AntiHCV Debido a la mayor prevalencia de infección en este grupo de pacientes.

Biopsia hepática pre-tratamiento

Se sugiere efectuar una PBH en presencia de enfermedad hepática subyacente conocida o a pacientes con factores de riesgo de enfermedad hepática tales como alcoholismo, diabetes y obesidad que el hepatólogo considere necesario.

Laboratorio durante el seguimiento

Un hepatograma debe realizarse al iniciar el tratamiento, a los 30 días. Luego 1 vez cada 1,2 o 3 meses, según la evolución de cada paciente.

Biopsia hepática durante el seguimiento

La hepatotoxicidad por MTX parecería estar relacionada con la dosis acumulativa. La incidencia de cirrosis estaría alrededor del 3% con una dosis acumulativa de 1,5gr, y con 4gr esta incidencia sería más elevada. No obstante, en ausencia de alteraciones bioquímicas y debido a la ausencia de estudios prospectivos definitivos, la decisión de efectuar una PBH en estos pacientes es individual.

Si hubiera una alteración significativa de las transaminasas durante el tratamiento, deberá reducirse la dosis de MTX al 50% o suspenderla y evaluar la necesidad de efectuar una PBH, según los hallazgos histológicos continuar o suspender la terapéutica.

Psoriasis y hepatitis por virus B y C

Consideraciones

La prevalencia de infección por HBV y HCV es más elevada en los pacientes con Psoriasis y se atribuye a vías de transmisión parenteral inaparente a través de las lesiones cutáneas.

Recomendaciones

Pacientes con Psoriasis con marcadores serológicos de HCV o HBV deben ser examinados con el hepatólogo para evaluar en forma conjunta la metodología diagnóstica y terapéutica a seguir.

Retinoides

Consideraciones

Frecuentemente producen aumento transitorio de transaminasas y sólo ocasionalmente hepatitis aguda por hipersensibilidad o por efecto tóxico directo, en especial cuando se combina con MTX.

Recomendaciones

Ante la sospecha de hepatotoxicidad por alteración del hepatograma se sugiere disminuir la dosis al 50% y realizar un nuevo control a los 15 días. De persistir estas alteraciones suspender la terapéutica.

ANEXO III

Criterios de derivación a psicoterapia y/o psiquiatría

Absolutos

- Comorbilidad psiquiátrica: psicosis, neurosis severas, adicciones, impulsividad, desórdenes severos de la personalidad.
- Efectos psicológicos de la enfermedad de extrema gravedad, como por ejemplo depresión con ideas suicidas.
- Conductas autodestructivas: lesiones autoinfligidas, excoriaciones o manipulaciones de la piel o de las lesiones que no se justifican por el cuadro clínico.
- Automedicación psicofarmacológica

Relativos

a) Mayores

- Síntomas psicológicos o psiquiátricos vinculados o no a la psoriasis: insomnio, tabaquismo o alcoholismo, síntomas neuróticos, problemas vinculares familiares, laborales o de pareja.
- Afectación de la calidad de vida en una magnitud tal que no se justifique por las características o la localización de la enfermedad.
- Factores psicológicos o hechos vitales que funcionan evidentemente como disparadores o desencadenantes del comienzo de la enfermedad o de los brotes subsiguientes.
- Eritrodermias y localizaciones que afecten al paciente de un modo tal que le resulte inmanejable (localización genital o palmas y plantas).

b) Menores

- Pacientes que no responden satisfactoriamente a terapias habituales.
- Pacientes que tienen dificultades en mantener satisfactoriamente una relación terapéutica con el médico, a causa de angustia injustificada, litigios infundados o problemas interpersonales.
- Pacientes que por su personalidad inestable, deambulan por los consultorios dermatológicos, sin mantener la continuidad necesaria en los tratamientos.
- Pacientes que además de sufrir psoriasis, padecen otras enfermedades psicosomáticas u otros trastornos en los que el stress y la ansiedad o la depresión juegan un papel fundamental interfiriendo en la evolución o el tratamiento de la Psoriasis (obesidad, enfermedades autoinmunes, pacientes oncológicos, infarto de miocardio, artropatía deformante, etc.).



SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Área Académica

Av. Callao 852 Piso 2, Cdad. Aut. de Buenos Aires, Argentina

(54 11) 48154649 / 48144916

www.sad.org.ar

E-mail: consensos@sad.org.ar