

The logo of the Argentine Society of Dermatology is a circular emblem. It features a central caduceus (a staff with two snakes entwined around it and wings at the top) superimposed on a shield. The shield is divided into four quadrants, each containing a different symbol. The entire emblem is surrounded by a circular border containing the text "SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGIA" in capital letters.

Consenso Nacional
de Psoriasis
Guías de Tratamiento

2005

CONSENSO NACIONAL DE PSORIASIS GUIAS DE TRATAMIENTO

La Sociedad Argentina de Dermatología nos encomendó llevar adelante la actualización de la segunda conferencia de Consenso de Psoriasis del año 2000.

Este trabajo fue realizado gracias a la colaboración de prestigiosos y reconocidos colegas: los Dres.: G. Pellerano, C. Cardoso, R. Ciancio de Rodríguez Saa, P. Harris, M. Lustia, M. R. Pérez, O. Messina, C. Asnal, M. E. Chiuzzi, R. Cutica, A. Porrini, O. Rillo, M. Riopedre, L. Somma, N. Villa, J. Ubogui, M. Cirigliano, J. Ulnik, J. Laffargue, S. Pueyo, A. B. Cervini, M. Larralde, G. Litwak, Z. Picone, A. Pierini, F. Stengel, V. Kislansky, A. Politi, N. Kogan, S. Graciano, V. Ottone, L. Sevinsky, V. Villoldo.

Ellos se ocuparon de cada aspecto particular de la enfermedad y lograron una revisión completa del tema que evaluaron de acuerdo a métodos de evidencia científica de los últimos años.

El día 20 de agosto de 2004, fue presentado como Proyecto para su discusión y aprobación dentro del marco del *XVII Congreso Argentino de Dermatología*.

A cada uno de los colegas que participaron en la confección del Consenso, nuestro especial y sincero agradecimiento.

Dra. Patricia Troielli
Coordinadora

Dr. Edgardo Chouela
Coordinador



Sociedad Argentina de Dermatología

Comisión Directiva

2003 - 2004

PRESIDENTE:	Horacio Cabo
VICEPRESIDENTE:	Esteban Saraceno
SECRETARIA GENERAL:	Patricia Troielli
SECRETARIA CIENTIFICA:	Patricia Della Giovanna
TESORERO:	Eduardo A. Rodríguez
PROTESORERO:	Roberto Retamar
SECRETARIA DE ACTAS:	María Antonia Barquin
ARCHIVISTA:	Alcira Bermejo
VOCALES TITULARES:	Miguel A. Allevato Ramón Fernández Bussy Miguel A. Mazzini Nicolás Bellincioni Ariel Blaustein Cristina Pascutto Luis Sevinsky
VOCALES SUPLENTE:	Gustavo Carrera Roxana del Aguila Carlos Marise Oscar Alvarez Carlos Consigli María Ranalletta María I. Garlatti
ORGANO DE FISCALIZACION:	Susana Block Abraham Man Carlos Lurati
DPTO. DE EDUCACION MEDICA:	Margarita Larralde
DERMATOLOGIA ARGENTINA:	Liliana Olivares

SECCIONES - DELEGACIONES:

SOC. ARG. DE LEPROLOGIA: Pte. G. Pizzariello, BAHIA BLANCA: Pte. L. Souza, BONAERENSE: Pte. H. Graffigna, COMAHUE: Pte. Gustavo Carrera, CORDOBA: Pte. C. Consigli, CORRIENTES: Pte. S. Bernich de Gómez, CHACO: Pte. I. Belotti, CHUBUT: Pte. J. Vera, JUJUY: Pte. O. Territoriale, LA PLATA: Pte. M. E. Cuneo, LITORAL: Pte. D. Giménez, MAR DEL PLATA: Pte. N. Alonso, MENDOZA: Pte. R. Villa, MISIONES: Pte. R. Miranda, ROSARIO: Pte. G. Cesarios, SALTA: Pte. R. Samson de Querio, SAN JUAN: Pte. S. Escalante de Mut, SANTIAGO DEL ESTERO: Pte. M. Tagliapietra, TUCUMAN: Pte. E. Pérez Marruecos, CATAMARCA: Dgda. A. L. Brunner, SAN LUIS: Dgdo. S. Lombardi, SANTA CRUZ: Dgda. R. E. Luna, TIERRA DEL FUEGO: Dgda. M. M. Pages de Calot.



Consenso Nacional de Psoriasis y Guías de Tratamiento

COORDINADORES GENERALES

Dres. Edgardo Chouela - Patricia Troielli

GRUPOS DE TRABAJO

GRUPO 1:

Coordinadora: Dra Graciela Pellerano

Integrantes: Dras. Cristina Cardoso, Rosa Ciancio de Rodríguez Saa, Patricia Harris, Marcela Lustia, María Rosa Pérez

GRUPO 2:

Coordinador: Dr. Osvaldo Messina

Integrantes: Dres. Cecilia Asnal, María Estela Chiuzzi, Rubén Cutica, Ana Porrini, Oscar Rillo, Martín Riopedre, Luis Somma, Norma Villa

GRUPO 3:

Coordinador: Dr. Javier Ubogui

Integrantes: Dres. Marcela Cirigliano, Jorge Ulnik

GRUPO 4:

Coordinador: Dres. Jorge Laffargue, Silvia Pueyo

Integrantes: Dras. Andrea Bettina Cervini, Margarita Larralde, Gabriela Litwak, Zulema Picone, Adrián Pierini

GRUPO 5:

Coordinador: Dr. Fernando Stengel

Integrantes: Dres. Viviana Kislansky, Andrés Politi

GRUPO 6:

Coordinadora: Dra. Nora Kogan

Integrantes: Dra. Soledad Graciano, Verónica Ottone, Luis Sevinsky, Valeria Villoldo

I. INTRODUCCION

La Sociedad Argentina de Dermatología ha encomendado a un grupo de expertos la elaboración de un Consenso sobre pautas de diagnóstico y tratamiento de la psoriasis, con el objeto de unificar criterios clínicos, diagnósticos y terapéuticos para la especialidad. El desarrollo 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 de la piel, las semimucosas y las uñas que también puede comprometer las articulaciones, de características inflamatorias y de evolución crónica. Se considera que tiene una patogenia inmune y 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.

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

Desde el punto de vista genético, se diferencian dos tipos distintos de psoriasis:

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

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

El principal gen implicado en la psoriasis se encuentra en el cromosoma 6p21, y ha sido designado PSORS I.

No existen estadísticas locales referidas a incidencia y prevalencia de la enfermedad en nuestro país.

IV. MORTALIDAD

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 cronicidad de la psoriasis puede llevar al suicidio.

V. DIAGNOSTICO

Los antecedentes personales y heredofamiliares, las manifestaciones clínicas y la localización de las lesiones son los factores más relevantes para el diagnóstico clínico de la enfermedad.

VI. CARACTERISTICAS CLINICAS

La psoriasis se caracteriza por la aparición de placas eritemato-escamosas, en ocasiones pruriginosas, bien delimitadas y con una distribución habitualmente simétrica.

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 artropática: Forma clínica que afecta las articulaciones.

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

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, onicorrexia, 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 subungular, onicolisis y hemorragias en astilla.

El hiponiquio: hiperqueratosis subungular y onicolisis.

Los pliegues laterales y proximales: psoriasis cutánea periungular.

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) **Exámenes complementarios**

Se adecuarán a las necesidades de diagnóstico y/o terapéutica.

Biopsia de piel

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

Calcemia

Glucemia

Estudio de metabolismo lipídico

e) **Otros exámenes**

Estudios radiológicos de tórax y de articulaciones sintomáticas en caso de artritis psoriásica.

Cultivos de fauces, nasal y perianal

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 muy extendida o generalizada, de evolución subaguda o crónica, con alteración del estado general.

Diagnóstico: La eritrodermia es de diagnóstico clínico. La psoriasis, como factor etiológico, se podrá determinar por:

- Antecedentes personales y familiares de psoriasis.
- Áreas 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, hipoproteïnemia, 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 una erupción aguda de pústulas de distribución generalizada, que aparecen sobre la piel roja y adelgazada. 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 más frecuentes)

- Linfopenia con leucocitosis.
- Hipoalbuminemia con hipocalcemia.
- Eritrosedimentación acelerada
- Creatininemia y urea elevada.
- En casos de necrosis tubular puede haber albuminuria

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.

Las 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.

Síndrome SAPHO: sinovitis, acné, pustulosis palmo plantar, hiperostosis, osteítis de la zona esterno clavicular y pectoral.

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.

Comienzo generalmente insidioso, pero puede ser agudo.

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)
- Poliartrosis 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 2, globulinas y anemia hipocrómica. El factor reumatoideo y los anticuerpos antinucleares son usualmente 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 manifestación clínica de psoriasis más severa durante el embarazo, es la erupción pustulosa generalizada o impétigo herpetiforme. 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.

f) Psoriasis en la infancia

La psoriasis, aunque no es muy frecuente, 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 aparición 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 eritrodérmico, cuyo diagnóstico diferencial con otras eritrodermias 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. HISTOPATOLOGÍA DE LA PSORIASIS

Los hallazgos histopatológicos varían según el tipo y tiempo evolutivo de la lesión biopsiada.

Las muestras deben obtenerse de lesiones eritematoescamosas tempranas y del borde de extensión de una placa.

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. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnósticos diferenciales clínicos en general:

Eccema

Micosis

Lupus eritematoso subagudo

Liquen plano

Micosis fungoide

Pitiriasis rubra pilaris

Enfermedad de Bowen

Parapsoriasis

Sífilis secundaria

Erupciones papuloescamosas por drogas

Pitiriasis rosada de Gibert

Eccematide

Sarna Noruega

En la Psoriasis vulgar

1) Dermatitis de contacto Eczema numular Dermatitis seborreica.

2) Pitiriasis rubra pilaris.

3) PLEVA

4) Acrodermatitis enteropática.

5) Eritema necrolítico migratorio.

6) Pitiriasis rosada.

7) Micosis fungoides.

8) Candidiasis Dermatofitosis.

9) Sífilis secundaria.

En la Psoriasis pustulosa

1) Dermatitis pustulosa subcórnea (Sneddon-Wilkinson).

2) Impétigo

3) Síndrome de Reiter

En la Psoriasis eritrodérmica

Las manifestaciones histológicas de la eritrodermia psoriática a menudo incluyen caracteres que permiten el diagnóstico. Sin embargo, ocasionalmente las lesiones típicas no se hallan y no puede efectuarse un diagnóstico definitivo.

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 pitiriosporum 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 hidroxiclороquina

Antinflamatorios no esteroideos

Carbonato de litio

Terbinafina

Interferón

bloqueantes

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

Progesterona

Sales de oro

Ioduro de potasio

Otros

Estrés

Alcohol

Tabaco

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, 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).
- 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).

XII. CRITERIOS DE INTERNACION

1. Eritrodermia
2. Psoriasis pustulosa generalizada
3. Psoriasis y artritis psoriásica 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 menos del 40% de los pacientes.

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

Debe considerarse además, la interconsulta con otros especialistas (internistas; reumatólogos; nefrólogos, psicoterapeutas, etc) a fin de cubrir todos los aspectos de la salud del paciente.

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	EFEKTOS COLATERALES	OBSERVACIONES
CORTICOSTEROIDES 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	+++ /++++	+++	Efecto supresivo Taquifilaxia.
Potencia baja	Hidrocortisona, Desonide 0,05%	Dos veces por día	Cremas	+ /++	+	Pliegues, cara, genitales
Intralesionales	Triamcinolona Acetonido	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, Champu, 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
RETINOIDES	Tazarotene		Crema, gel	+ / ++	++	Efecto remisivo

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



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	EFEKTOS COLATERALES	OBSERVACIONES
EMOLIENTES	Vaselina		Cremas Ungüentos	+	-	-
QUERATOLITICOS	Ac. Salicílico		Loción, crema, pomadas, champú	+	+	-
	Urea		Cremas, pomadas	+	-	-
BALNEOTERAPIA, TERMALISMO Y HELIOTERAPIA	Aceites, sales, barros, avena			+	-	-

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

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.

Indicaciones:

- 1) Psoriasis moderada o severa.
- 2) Falta de respuesta a la terapéutica tópica
- 3) Intolerancia y/o inconstancia con medicación tópica
- 4) Formas clínicas: artropatía psoriásica
psoriasis pustulosa localizada / generalizada
eritrodermia psoriásica
localizaciones discapacitantes (manos, pies, cara)
- 5) Actividad laboral, factores psico-emocionales, discapacidad.



TERAPEUTICAS RADIANTES Y SISTEMICAS 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	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
UVB banda angosta 310-315nm	Induce remisiones en el 80% de pacientes. Primera elección en jóvenes 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
PUVA	Induce remisiones en el 70 al 90% de pacientes Remisiones promedio más prolongadas que con UVB	Fotodaño Erupciones lumínicas Daño ocular 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
TERAPEUTICAS SISTEMICAS NO BIOLÓGICAS (ANEXO II)				
Metotrexato	Estándar comparativo de eficacia terapéutica Reduce PASI 75 en el 60% de los casos. Reduce severidad un 50% por lo menos en 75% de los casos Dosis = PO, IM semanal 7,5 a 30 mg sem Pediatria: 0,2-0,4 mg/Kg/sem	Embriopatía Mielosupresión Hepatotoxicidad: Aguda: Infrecuente Crónica: exige control Fibrosis pulmonar Alt. G.Intest. - Fatiga Infecciones - linfomas	Absolutas Embarazo lactancia - Cirrosis Hepatitis e infecciones activas Insuficiencia hepática en actividad Relativas Insuficiencia hepática y renal Alteraciones Hematológicas Inmunodeficiencias Alcoholismo Drogas hepatotóxicas - Diabetes mellitus Ingesta previa de arsénico	Ingesta oral semanal Monoterapia: si Puede combinarse Exige controles de laboratorio e imágenes. Eventual biopsia hepática. Interacción con drogas Acido fólico 1mg5mg p/d



Ciclosporina	Reduce PASI 75 en el 70% de los casos Muy eficaz para inducir remisiones, incluso de formas clínicas severas Dosis: 2,5 a 5 mg/Kg/d	Hipertensión Inmunosupresión Riesgo de: Infecciones Linfomas Cáncer no melanoma Hipertrofia gingival Hipertricosis	Absolutas Hipertensión no controlada Alteraciones renales Antecedentes malignidad Relativas <18 y > 64 años. Hipertensión controlada Hepatopatía viral u otras Embarazo Lactancia Infección activa Alcoholismo Inmunodeficiencia Medicación nefro-hepatotóxica Vacunación virus atenuados embarazo	Uso intermitente: 1 a 2 años (nefrotoxicidad irreversible) Monoterapia: si Puede combinarse Control de T. Art. Controles de laboratorio periódicos
(ANEXO III) TERAPEUTICAS SISTEMICAS NO BIOLÓGICAS				
Acitetrin	Eficacia leve a moderada como monoterapia. Comenzar dosis bajas: 0,3 mg/Kg/d. Aumentar dosis según respuesta	Anormalidades fetales Muerte fetal Toxicidad muco-cutánea Alopecia difusa Hiperlipidemia Alt. enzimas hepáticas	Absolutas Embarazo hasta tres (3) años de suspendida la droga Lactancia Relativas Hiperlipidemia Hepatopatía Alcoholismo Osteoporosis Leucopenia Pancreatitis Pediatria: controles del esqueleto en tratam. crónicos	Uso prolongado 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 mejoras
Esteres del Ac. Fumárico	Eficacia: reducción PASI 50 de un 80%. Dosis: comenzar con una a dos comp./d Incrementar hasta un máx. de 6 cáps/d Comprimidos Dimetilfumarato 120mg y otros derivados	Alt. Gastrointestinales Linfocitopenia Eosinofilia transitoria Alt. Enzimas hepáticas Flushing	Absolutas Alteraciones hematológicas Hepatopatía en actividad Estas drogas tienen un perfil de seguridad bueno	Uso prolongado autorizado. Monoterapia: si Combinado con tópicos Uso: en Europa (Alemania) En nuestro medio: uso excepcional
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 BIOLOGICAS*

Druga	Dosis	Eficacia	Seguridad Contraindicaciones	Interacciones con drogas	Monitoreo	Eficaz como Monoterapia	Uso Prolongado Otros datos
Alefacept <i>Aprobado FDA para Psoriasis</i> <i>Aprobado ANMAT para Psoriasis</i>	15 mg IM una vez por semana	Eficacia ++ Duración remisión: +++ Seguridad: +++ Los pacientes PASI-75 a las 14 semanas (14%) mejoran su PASI-75 (33%) a la semana 24. La respuesta al tratamiento a las 24 semanas con un ciclo es 33 % PASI-75 y 57% PASI-50. Luego de un segundo ciclo de tratamiento, un 43% obtiene PASI-75 y un 69% PASI-50. Mejora de la calidad de vida +++	Linfopenia Infecciones infrecuentes No TBC Malignidad: incidencia baja. Mayoría de: epitelomas baso y espinocelular	Evitar tratamientos inmunosupresores concomitantes Seguridad y eficacia de vacunaciones concomitantes no estudiada La combinación con otros agentes anti-psoriásicos está siendo evaluada	CD4+ Recuento de linfocitos	Si	Sí, en ciclos intermitentes (12 semanas). Se han administrado hasta 9 ciclos a lo largo de 4,5 años con mejoras de respuesta progresivas La remisión en los respondedores es prolongada (+6 meses) incluso con ciclos reiterados mejora la respuesta.
Efalizumab <i>Aprobado FDA para Psoriasis</i> <i>Aprobado ANMAT para Psoriasis</i>	1 mg/Kg SC una vez por semana 1er dosis SC: 0,7mg/Kg	Eficacia: ++ Duración remisión: + Seguridad: +++ Los pacientes PASI-75 a las 12 semanas (27%) mejoran su PASI-75 (44% - 47%) a la semana 24, (73%) a la semana 36, 55% de los pacientes que alcanzaron PASI-75 limpios de lesiones (PASI-90) Mejora de la calidad de vida +++	Infecciones infrecuentes No TBC Malignidad: incidencia baja. Mayoría de: epitelomas baso y espinocelular Trombocitopenia Relación causal en estudio: reversible en la mayoría de los casos	Evitar tratamientos inmunosupresores concomitantes No se recomiendan las vacunaciones concomitantes. Combinación con otros agentes anti-psoriásicos en estudio	Plaquetas Controles menos frecuentes en terapias prolongadas	Si	Sí, en forma continuada hasta 24 meses La mejoría aumenta durante la terapia continuada Empeoramiento o efecto rebote al suspender la droga (13%)

Etanercept <i>Aprobado FDA para Artritis Psoriásicay Psoriasis vulgar</i> <i>Aprobado ANMAT para Artritis Reumatoidea y Psoriásica</i>	25 mg SC dos (2) veces por semana Pueden usarse 50 mg dos (2) veces por semana	Eficacia: ++ Dosis altas: +++ Duración remisión: ++ Seguridad: +++ Los pacientes PASI-75 a las 12 semanas (34%) mejoran su PASI-75 (44%) a la semana 24. Mejora de la calidad de vida +++	Infecciones: infrecuentes Incluye TBC - hongos (infrecuentes): Eventos neurológicos (infrecuentes): esclerosis múltiple; mielitis transversa; neuritis óptica; enf. Desmielinizante Relacion causal en estudio Pancitopenia Malignidad: infrecuente Reacciones locales en el sitio de inyección Agravamiento de Insuf. Cardíaca Congestiva: en estudio	Se desaconseja la vacunación con agentes vivos La farmacocinética del Etanercept no se altera con la administración concomitante de metotrexate	PPD inicial Rx de torax	Si	La mejora continúa aumentando hasta la semana 24. Hay una base de datos grande de pacientes con A. Reumatoide y con otras afecciones que avalan la seguridad de la droga
Infliximab <i>Aprobado FDA para Artritis Reumatoidea</i> <i>Aprobado ANMAT para Artritis Reumatoidea</i>	5 mg/Kg. en infusión IV (durante 2 hrs.) en las semanas 0, 2 y 6.	Eficacia: ++++ Duración remisión: +++ Seguridad: +++ Pacientes PASI-75 a las 10 semanas (82% - 5 mg/kg y 91% - 10 mg) A las 26 semanas post ciclo inicial, 50% mantiene PASI-75 y 57% mantiene PASI-50 . Mejora de la calidad de vida ++++	Reacciones a la infusión Infecciones infrecuentes Incluye TBC -hongos Malignidad / procesos Linfoproliferativos Agravamiento de Insuf. Cardíaca Congestiva: en estudio	Se desaconseja la vacunación con agentes vivos	PPD inicial Rx de torax FAN Se desaconseja uso domiciliario	Si	Si, terapia intermitente Rápida respuesta Remisiones de hasta 6 meses post - ciclo inicial Una gran base de datos de pacientes reumatológicos y con otras afecciones avalan la seguridad de la droga

* 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.

f) Otras Drogas en estudio o en "uso no aprobado"

- Pimecrólimus oral
- Tacrólimus oral
- Bexaroteno oral y tópico
- Acido micofenolico entérico y nuevos ésteres del ácido fumárico
- Ac Monoclonal anti IL-12 (Fase II; 2004)
- Adalimumab (Ac Monoclonal antiTNF, aprobado FDA para Artritis Reumatoidea (Fase III; 2004); ONTAK (denileukin diftitox: DAB₃₈₉IL-2; Fase II)
- Siplizumab (Ac Monoclonal anti-CD2 (Fase II)
- IL-10 recombinada
- CTLA4 anti CD80 y CD86 (Fase I)

g) Combinaciones Terapéuticas Sinergias medicamentosas

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

Glucocorticoides: de indicación excepcional, por cortos períodos y usualmente asociados a otras terapéuticas. En general, se desaconseja formalmente el uso de glucocorticoides 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, interrupciones 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 los 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 basadas

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.

(ANEXO IV)

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.



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 prefiera 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 atribuida 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 atribuidas 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 examen 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.

ANEXO III

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 IV

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

Secretaría:

Av. Callao 852 - Piso 2°
(1023) Buenos Aires
Tel.: (54-11) 4814-4915/4916 / 4815-4649
Fax: (54-11) 4814-4919
sad@sad.org.ar
[http:// www.sad.org.ar](http://www.sad.org.ar)