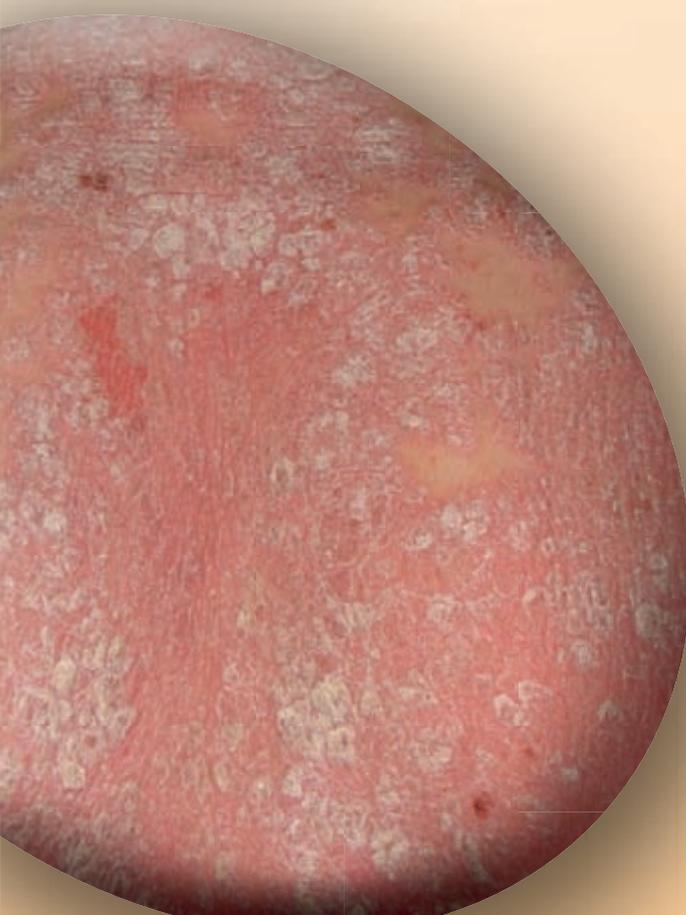




Dermatología Argentina

Volumen XVI | Año 2010 | Suplemento 1



Consenso Latinoamericano de Psoriasis

Guías de Tratamiento

Actualización 2009

www.dermatolarg.org.ar



El Laboratorio Pfizer ha dado su apoyo mediante un subsidio institucional para la publicación de este Suplemento.



Dermatología Argentina

Publicación de la Sociedad Argentina de Dermatología

Directora

Alejandra Abeldaño

Director Honorario

Alberto Woscoff

Directora Asociada

Liliana Olivares

Secretario de Redacción

Roberto Retamar

Comité de Redacción

Ariel Blaustein
José Brusco
Myriam Alejandra Dahbar
Cristina Echeverría
María Inés Hernández
Viviana Leiro
Andrea Santos Muñoz

Comisión Directiva SAD 2009-2011

Presidente

Ricardo Galimberti

Secretario General

Roberto Glorio

Secretaria Científica

Viviana Parra

Tesorero

Jorge Laffargue

Secretaria de Actas

María Antonia Barquin

Órgano de Fiscalización

Miembros titulares

Ana Kaminsky
Alberto Woscoff
Mario A. Marini

Consejo Editorial

Argentina

Biagini, Roberto
Cabrera, Hugo
Casalá, Augusto
Chouela, Edgardo
Hassan, Mercedes
Jaimovich, León
Kaminsky, Ana
Stringa, Sergio
Viglioglia, Pablo

Alemania

Czarnetzki, Beate
Orfanos, Constantin
Plewig, Gerard

Austria

Wolff, Klaus

Australia

Cooper, Alan

Bolivia

Sangüeza, Martín
Sangüeza, Pastor

Brasil

Rivitti, Evandro

Canadá

Krafchik, Bernice

Colombia

Chalela, Juan Guillermo
Falabella, Rafael

Chile

Cabrera, Raúl
Honeyman, Juan

España

Camacho Martínez, Francisco
De Moragas, José María
Mascaró, José María

Estados Unidos

Bergfeld, Wilma
Eaglestein, William
Katz, Stephen
Kopf, Alfred
Price, Vera
Strauss, John
Zaias, Nardo

Francia

Belaich, Stéphane
Civatte, Jean
Ortonne, Jean
Revuz, Jean

Italia

Caputo, Ruggero
Lotti, Torello
Tosti, Antonella

México

Domínguez Soto, Luciano
Ruiz Maldonado, Ramón

Reino Unido

Marks, Ronald
Ryan, Terence

Uruguay

De Anda, Griselda
Macedo, Néstor
Vignale, Raúl



1^{er} Consenso Latinoamericano de Psoriasis - Sociedad Latinoamericana de Psoriasis

Coordinadora: Dra. Nora Kogan
Secretaria: Rosana Veira

Colaboradores

Consejo de Delegados: comunicación a través del foro de discusión

Argentina: Prof. Dr. Edgardo Chouela - Dr. Javier Ubogui - Dra. Nélica Raimondo

Bolivia: Dr. Juan Carlos Diez de Medina

Brasil: Dr. Jesús Santamaría - Dra. Luna Azulay - Dra. Maria Denise Fonseca Takahashi

Chile: Dra. Claudia de la Cruz - Dra. Pilar Valdés - Dra. Tatiana Riveros

Colombia: Dr. César González Ardila - Dra. Angela Londoño - Dra. Miryan Jazmín Vargas

Cuba: Dr. Orestes Blanco González

Ecuador: Dr. Enrique Uruga - Dr. Enrique Loayza - Dra. María Cecilia Briones

Guatemala: Dr. Gerardo Bran Quintana

México: Dra. Gladys León Dorantes - Dr. Mario Amaya - Dr. José Fernando Barba

Paraguay: Dra. Victoria Alvarenga de Morra - Dr. Antonio Guzmán Fawcett

Perú: Dra. Evelyn Giuliana Castro Vargas - Dr. Manuel Del Solar Chacaltana

Uruguay: Dr. Néstor Macedo - Dr. Carlos Carmona

Venezuela: Dra. Ismery Cabello - Dra. Erika Paez - Dra. Julia Rothe

Miembros del Comité Ejecutivo, Comisión Directiva y Comisiones Especiales:

Prof. Dres. Alberto Woscoff, Margarita Larralde, Eduardo Rodríguez, Dres. Carla Castro, Cristina Echeverría, Gabriel Magariños, Marcela Lustia, Ignacio Dei-Cas, Nora Poggio, María Eleonora González, Sebastián Fagre, Simón Gusis, Jorge Cueto, Vicenta Neglia, Débora Kaplan, Patricia Troielli.

Asistentes a la Reunión de Consenso Latinoamericano de Psoriasis, 28 de Noviembre de 2009, Rio de Janeiro, Brasil: elaboración del documento final

Un especial agradecimiento para el Presidente de la International Psoriasis Council (IPC): Prof. Dr. Alan Menter

Dres. Cesar González Ardila, Luna Azulay, Maria Cecilia Briones, José Fernando Barba, Orestes Blanco González, Ismery Cabello, Carlos Carmona, Evelyn Castro Vargas, Claudia de la Cruz, Edgardo Chouela, Ma. Denisse Fonseca Takahashi, Simon Gusis, Gladys León Dorantes, Ma. Angela Londoño, Erika Paez, Graciela Pellerano, Nélica Raimondo, Julia Rothe, Jesús Santamaría, Fernando Stengel, Javier Ubogui, Enrique Uruga, Miriam Jazmin Vargas.

Editorial

Acordar entre pocos es difícil. Acordar entre muchos, que además provienen de distintos países latinoamericanos, es aun más difícil.

Lograr un documento que exprese los conceptos básicos del conocimiento médico sobre una enfermedad para ese momento histórico es una tarea ímproba.

Eso es el Consenso Latinoamericano de Psoriasis; un documento firmado por representantes de 14 países que acordaron redefinir la psoriasis como una enfermedad inflamatoria crónica sistémica mediada inmunológicamente y con predisposición genética.

Esta definición cambia radicalmente el concepto que se tenía de esta enfermedad y es muy importante, no tanto para los dermatólogos que mantienen su educación médica continua, pero sí para los colegas de otras especialidades, para la seguridad social y para cuando la Justicia tiene que intervenir en defensa de los pacientes.

Hace un llamado de atención a nuestros colegas para que, mediante su participación activa como clínicos, detecten tempranamente la artritis psoriásica e interactúen con otras especialidades en la detección y control de otras comorbilidades que van de la mano de la psoriasis.

Define criterios de evaluación de la enfermedad y, por consiguiente, criterios de tratamiento diferenciados de acuerdo con los grados de severidad de la afección.

Pone en un mismo nivel de importancia y de prioridad a todos los tratamientos sistémicos, de fototerapia o biológicos, lo que facilita la indicación según el criterio médico y no en función de criterios administrativos.

Defiende la indicación terapéutica del dermatólogo ante los entes reguladores de la salud y sirve como documento de respaldo en casos de litigios judiciales.

Advierte a los médicos sobre la eficacia esperada de los medicamentos empleados en el tratamiento de la psoriasis, de los controles necesarios para una buena práctica clínica, así como de sus efectos adversos.

Esta tarea significó un trabajo arduo de compatibilización de los distintos consensos que ya existían en Argentina, Brasil, Colombia y México y una profunda revisión bibliográfica que fue consultada para tal fin.

Pero, más importante aún, fue el resultado de una colaboración internacional que comenzó mucho antes con el aporte de los socios de la Sociedad Latinoamericana de Psoriasis (Solapso) trabajando en una nube de Internet, con la magnífica y dedicada labor de coordinación y redacción de la Dra. Nora Kogan y su equipo de trabajo.

Es de destacar que el documento final fue revisado y firmado por los delegados de Solapso en la reunión efectuada a tal fin en Río de Janeiro el 28 de noviembre de 2009, con el asesoramiento del Prof. Dr. Alan Menter, que concurrió expresamente para aportar su experiencia y conocimientos en psoriasis.

En el ámbito de la Dermatología, es el primer Consenso de alcance latinoamericano y es el punto de partida para la puesta en marcha del Registro Latinoamericano de Psoriasis (Relapso), instrumento que generará información científica propia, atendiendo las particularidades genéticas, socioeconómicas, de accesibilidad y de comorbilidades de nuestros pacientes de psoriasis.

Solapso agradece a *Dermatología Argentina*, a la Sociedad Argentina de Dermatología y a la empresa farmacéutica Pfizer el habernos permitido publicar este Consenso y distribuirlo en todos nuestros países miembros.

Prof. Dr. Edgardo Chouela
Presidente de Solapso

Editorial

El conocimiento científico de los mecanismos fisiopatogénicos íntimamente relacionados con la inmunidad celular impactaron fuertemente en la interpretación de las enfermedades cutáneas.

Específicamente en la psoriasis, nos ha permitido abordar a nuestros pacientes con terapéuticas nuevas y compararlas con los tratamientos convencionales.

Nuestros pacientes, cuando vienen a la consulta lo hacen con la pregunta: “¿No tendré psoriasis doctor?”. Ello demuestra la fuerte preocupación y el temor de padecer esta enfermedad que tiene como características ser crónica y recidivante.

La piel como órgano de relación por excelencia logra su mejor participación en estado de salud.

Las lesiones eritematoescamosas diseminadas alteran en gran medida la calidad de vida.

En estas consultas, el dermatólogo enfrenta un exigente desafío: combinar los diferentes tratamientos para cada paciente y para cada forma clínica, sumados a los mecanismos de contención que debe ejercer el especialista ante esta enfermedad crónica y recidivante.

Esta enfermedad requiere experiencia y habilidad para la elección de las múltiples terapéuticas disponibles, teniendo en cuenta las características clínicas, rebeldías a los tratamientos efectuados, cronicidad, impacto en la calidad de vida que la transforma en un desafío permanente. Al completar un tratamiento, siempre queda una pregunta que es de difícil respuesta para los especialistas: “¿Y después qué, doctor?”.

Lo primordial es generar una excelente relación médico-paciente para que nuestros enfermos se mantengan motivados con la terapéutica y fieles al cumplimiento de los tratamientos instituidos, concurriendo a los controles dermatológicos.

No existe el tratamiento ideal y continuamos con el tremendo desafío de que no existen las enfermedades sino enfermos.

Las comorbilidades, estadísticamente significativas, determinan un alerta en la Dermatología para participar en la prevención y detección precoz de diabetes, obesidad, hipertensión arterial, alteraciones cardiovasculares y síndrome metabólico.

La artropatía psoriásica es una de las expresiones más preocupantes por sus secuelas. Por todas estas razones, el tratamiento multidisciplinario se impone y es el dermatólogo el piloto que maneje al enfermo con esta afección.

Los consensos expresan la experiencia y el conocimiento de distintos expertos y el objetivo es mostrar un camino que permita manejar con mayor certeza esta enfermedad. El Consenso Latinoamericano de Psoriasis efectuado por la Sociedad Latinoamericana de Psoriasis (Solapso) es una muestra clara de un trabajo de conjunto y participativo de los dermatólogos latinoamericanos. La acción conjunta, más que la aislada, brindará mayor eficacia en el control de esta enfermedad. Puede ocurrir que nuestro paciente de mañana escape a alguna norma de este consenso; pero es indudable que podrá hallarse en su lectura detenida una forma más concreta para afrontar la mayoría de los desafíos que plantean nuestros pacientes y así llevarles mayor bienestar.

Las terapéuticas biológicas irrumpieron últimamente con gran expectativa y resultados muy alentadores. El dermatólogo debe conocer perfectamente sus diferencias, su mecanismo de acción, dosificación y efectos colaterales para indicar con precisión qué pacientes deben recibir esta terapéutica.

El consenso muestra también un camino para evaluar estas terapéuticas biológicas. Es muy probable que en poco tiempo tengamos que efectuar un nuevo consenso. Esto es debido a que el conocimiento avanza raudamente y es de esperar nuevas terapéuticas y nuevos horizontes que debemos comprender y utilizar para el beneficio de todos nuestros pacientes.

Prof. Dr. Ricardo Galimberti
Presidente de la Comisión Directiva de la SAD

Consenso Latinoamericano de Psoriasis

Guías de Tratamiento

Actualización 2009

Dermatol Argent 2010;16 Supl 1:10-33.

Solapso, a través del Consenso Latinoamericano, recomendará pautas para promover un conocimiento actualizado y profundo de la psoriasis que determine un **criterio latinoamericano común**, atento a los cambios y a la importancia de la **actualización de los conocimientos** en la **investigación, clínica, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento** de la psoriasis.

La observación de estas pautas promoverá una **mejor atención** de los pacientes y la **interrelación con las especialidades** afines que abarca la complejidad de la **atención integral del enfermo de psoriasis**.

I. DEFINICIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica, de naturaleza inmunológica, de predisposición genética y desencadenantes multifactoriales. Se caracteriza por la afectación de piel, semimucosas, mucosas y anexos, y puede también comprometer articulaciones.

Muchas veces se acompaña de otras morbilidades que pueden afectar aún más la calidad de vida y la sobrevida de los pacientes. La influencia de múltiples factores ambientales puede desencadenar o agravar su evolución.

II. EPIDEMIOLOGÍA Y GENÉTICA

La prevalencia de la psoriasis en la población de origen caucásico es de entre el 2 y el 3%. Es variable en otras razas y excepcional entre los indígenas del continente americano y australiano. La raza amarilla tiene una prevalencia de 0,1% y la incidencia en la raza negra es baja.

En Alemania existe una prevalencia de la enfermedad del 1,7%, en Suecia de 2,3%, Estados Unidos 2,1%, India 0,7%, Japón 0,5%. En los países latinoamericanos se está trabajando en ello. Los estudios sugieren que la prevalencia en América del Sur es de 1%.

Afecta a todos los grupos etarios y a ambos sexos por igual.

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

Han sido identificados en el genoma humano los genes PSORS en 15 diferentes cromosomas relacionados con la enfermedad. El más frecuente es el PSORS-1, situado en el cromosoma 6p21 ligado fuertemente al HLA Cw*0602.

Se diferencian dos formas clínicas, de acuerdo con el inicio de la enfermedad:

- **Psoriasis tipo I:** comienzo antes de los 40 años, incidencia familiar frecuente 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.

La probabilidad de que la descendencia padezca psoriasis es:

- Con un padre afectado: 14%.
- Ambos padres afectados: >40%.

La psoriasis está relacionada genéticamente con la diabetes y la enfermedad de Crohn.

No existe posibilidad de dar un consejo genético adecuado.

III. MORBIMORTALIDAD

La psoriasis eritrodérmica y la pustulosa deben considerarse formas graves de la enfermedad; son casos especiales y pueden ser mortales debido a las complicaciones infecciosas, cardiovasculares, renales y pulmonares (falla multiorgánica).

La afectación psicológica y la alteración de la calidad de vida en la psoriasis es muy importante. Aproximadamente el 60% de los pacientes presenta algún grado de trastorno depresivo, y el 10% de los que padecen psoriasis severa tiene pensamientos suicidas, que el dermatólogo debe detectar para su prevención, orientación y derivación para asistencia especializada.

Los pacientes de psoriasis presentan con mayor frecuencia que la población general obesidad, tabaquismo, alcoholismo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, dislipidemias, síndrome metabólico, enfermedad inflamatoria intestinal asociada a su enfermedad y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (comorbilidades). Existe un mayor riesgo de padecer linfomas. 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, sobre todo en la 4ª década de la vida, presentan un riesgo mayor de padecer infarto de miocardio y la sobrevida disminuye 3 años para el hombre y 4 años para la mujer como consecuencia de eventos cardiovasculares.

IV. DIAGNÓSTICO

Las características clínicas de las lesiones cutáneas y su localización son los criterios más relevantes para el diagnóstico de la enfermedad. La biopsia de piel que confirma el diagnóstico clínico no es imprescindible.

V. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

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

Puede generar síntomas subjetivos de prurito, ardor, dolor y sangrado leve, generalmente secundario al rascado.

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 80% de los pacientes. Se caracteriza por la presencia de placas múltiples, simétricas de diámetro variable, preferentemente en zonas extensoras de miembros, tronco, sacro y cuero cabelludo.

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

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 ésta última más frecuente de localización palmoplantar.

b. Localizaciones especiales de las lesiones.

- **Psoriasis de cuero cabelludo.**
- **Psoriasis ungueal.**
- **Psoriasis palmoplantar: pustulosa, formas mixtas o fisurada (diagnóstico diferencial de eccema de mano).**
- **Sebopsoriasis o psoriasis de las áreas seboreicas.**
- **Psoriasis invertida, incluye “psoriasis del pañal”.**

Piel. Pueden aparecer lesiones en cualquier parte de la superficie cutánea. Es más frecuente la afectación simétrica de codos, rodillas, tronco, cuero cabelludo, palmas, plantas, pliegues.

Uñas. La afectación es más frecuente en las uñas de las manos que en las de los pies.

La expresión clínica de la psoriasis de la uña depende 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 subungular, onicolisis y hemorragias en astilla.

- **El hiponiquio:** hiperqueratosis subungular y onicolisis. Los pliegues laterales y proximales: psoriasis cutánea periungular.

Entre el 50 y el 80% de los pacientes con artritis psoriásica tienen lesiones ungueales; por lo tanto, la onicopatía en un paciente con psoriasis es un posible indicador de artropatía psoriásica.

Cuero cabelludo. El cuero cabelludo puede ser la primera manifestación y/o única localización de psoriasis. Se compromete hasta en un 80% de los pacientes. Las características clínicas son similares a la de otras localizaciones, eritema y escamas, pero éstas suelen ser más gruesas. Pueden ser localizadas o comprometer en forma difusa todo el cuero cabelludo. Suele ser más fija y persistir aun cuando mejoren las lesiones en el resto del cuerpo. Presenta prurito como síntoma principal y el fenómeno de Köebner y el rascado pueden ser el desencadenante más frecuente y principal protagonista en la persistencia de las lesiones.

Semimucosas. Afecta preferentemente el área genital, interglútea y raramente labios (considerar deterioro de calidad de vida en estas circunstancias y tener en cuenta al indicar tratamiento).

Mucosas. En general afecta la lengua en las formas clínicas más severas y extendidas, como glositis geográfica o fisurada; no es patognomónica.

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 psoriasis.

d. Evaluación del paciente:

- El diagnóstico debe ser establecido por un médico dermatólogo, que realiza un examen completo de piel y articulaciones.
- Historia clínica detallada del paciente: antecedentes personales y familiares, medicaciones concomitantes.
- Biopsia de piel en caso de duda diagnóstica, localizaciones especiales o requerimiento médico legal.
- Medida de la circunferencia abdominal.
- Índice de masa corporal.
- Hemograma completo y recuento de plaquetas.
- Eritrosedimentación y PCR cuantitativa.
- Glucemia.
- Función hepática.
- Perfil lipídico.
- Función renal (creatininemia y clearance de creatinina).
- Análisis de orina completo.

- VDRL cuantitativa.
- Serología para hepatitis A, hepatitis B y hepatitis C.
- Serología para HIV.
- Factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares y radiografías de las articulaciones afectadas en caso de sospecha de artritis psoriásica (véase **Artritis psoriásica**).
- Rx de tórax.
- Intradermoreacción de Mantoux/PPD.

e. Otros exámenes

- Cultivos de fauces, nasal y perianal.
- ASTO/ASO.
- Examen micológico de uñas.
- Ecografía abdominal en casos de ser necesario.
- Psicodiagnóstico.

VI. FORMAS CLÍNICAS Y TIPOS DE PSORIASIS DE INTERÉS 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. Tiene criterio de internación.

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 u otros tratamientos.
- Áreas de piel con lesiones compatibles con psoriasis.
- Lesiones ungueales, poliadenopatías, alopecia, ectropión.
- Exámenes complementarios.

Histopatología: biopsia de piel, no es patognomónica, es útil para descartar otras causas de eritrodermia (p. 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 cual 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. Tiene criterio de internación.

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.
- Artritis.
- Síndrome de malabsorción.
- Distrés respiratorio.
- Falla multiorgánica.

3. Laboratorio: (hallazgos más frecuentes)

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

c. Psoriasis pustulosa localizada: 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 sus límites.

El curso es prolongado, con remisiones y exacerbaciones.

d. Artritis psoriásica: véase Anexo VIII

e. Psoriasis y embarazo

El 75% de las mujeres tienen menos de 40 años cuando se manifiesta la psoriasis; por lo tanto, se encuentran en edad reproductiva y es común de observar durante el embarazo. La mayoría de las pacientes tienen una mejoría dado que las hormonas placentarias estrógenos y progesterona disminuyen la proliferación de los queratinocitos y el compromiso inmune. Sin embargo, en ocasiones se puede presentar de forma impredecible y aun grave como la erupción pustulosa generalizada o impétigo herpetiforme es la manifestación clínica más severa de pso-

riasis durante el embarazo. Suele desencadenarse durante el tercer trimestre del embarazo, en forma aguda. Cuanto más grave es el cuadro, mayor es la probabilidad de insuficiencia placentaria y de anomalías fetales. Puede prolongarse hasta el nacimiento y el puerperio y reagravarse después de éste.

f. Psoriasis en la infancia

La psoriasis representa el 4% de las consultas dermatológicas en la infancia. Puede aparecer desde el nacimiento y estudios revelan que 27% -45% de los pacientes desarrolla la

enfermedad antes de los 17 años; 10%, antes de los 10 años; 6,5% antes de los 5 años; y 2% antes de los 2 años. Existe una fuerte asociación entre infecciones estreptocócicas y psoriasis guttata. Las infecciones estafilocócicas, los traumatismos, las emociones (stress), la hipocalcemia y los medicamentos son factores desencadenantes o agravantes. La psoriasis en la infancia presenta, con algunas excepciones, las mismas características clínicas que en la edad adulta. Es más frecuente en las niñas que en los niños y pareciera comenzar más tempranamente en el sexo femenino.

COMO VARIANTES PROPIAS DE LA INFANCIA SE DESTACAN (ANEXO)

Presentación	Forma clínica	Claves	Diagnósticos diferenciales
Psoriasis congénita	Eritrodermia Es la causa de eritrodermia durante el primer año de vida, en el 4% de los casos infortados	Hiperqueratosis en cuero cabelludo Placas eritematosas bien delimitadas, frecuentemente afectan cara. Compromiso ungueal	Infecciones congénitas Eccema seborreico Eccema atópico Ictiosis Inmunodeficiencias Enfermedades metabólicas
	Pustulosis neonatal	Pustulosis neutrofilica estéril	Infecciones micóticas, bacterianas y virales congénitas o neonatales Eritema tóxico Melanosis pustulosa del recién nacido
Del lactante	Psoriasis del área del pañal Para algunos autores es la forma pediátrica más frecuente en menores de 2 años	Placa eritematosa, bien delimitada, en zona de roce con el pañal debido al fenómeno de Köebner Ausencia de escamas Colaboran en el diagnóstico la historia familiar positiva y compromiso ungueal Falta de respuesta a tratamientos para dermatitis irritativa	Eccema seborreico Moniliasis Dermatitis irritativa de la zona del pañal
	Psoriasis facial Más frecuente en niños que en adultos. Puede ser la única manifestación hasta en un 4% de los casos	Lesiones eritematosas bien definidas y simétricas en mejillas y/o en región frontal más allá del límite de implantación del pelo. Difícil realizar el diagnóstico cuando es el único sitio comprometido	Dermatitis seborreica Dermatitis atópica Infecciones micóticas Lupus congénito
De la infancia y la adolescencia	Psoriasis en placa	Forma más frecuente de presentación en pediatría	Eccemas, tiñas, pitiriasis rubra pilaris
	Psoriasis Guttata	Pequeñas placas eritematoescamosas en forma de gota, preferentemente en tronco Algunos casos evolucionan a formas en placa	Liquen, pitiriasis rosada, eccematides pitiriasiformes
	Psoriasis nevoide o lineal	Siguiendo líneas de Blaschko Sóla a acompañando a psoriasis en placa o guttata	Nevos epidérmicos, liquen estriado, otras blashckitis
	Inversa o flexural	Zona genital, perianal, axilas, pliegue inguinal, comisuras labiales, áreas interdigitales, región periumbilical Las sobreinfecciones locales, micóticas y bacterianas, y la maceración local modifican y agravan esta forma clínica	Micosis, piodermitis estreptocócicas
	Pustulosa	Forma anular subaguda o figurada, es más frecuente en niños. Presenta placas anulares con bordes elevados, pustulosos y clarificación central Pustulosis generalizada aguda de von Zumbusch, es dolorosa, con sensación de ardor, se acompaña de mal estado general, fiebre alta y poliartralgias Forma mixta , combina ambas formas clínicas Formas localizadas , pequeñas pústulas coalescentes con distribución simétrica palmo-plantar Acrodermatitis pustulosa de Hallopeau , compromete sólo algunos dedos. Puede acompañar a formas más extendidas de la enfermedad	Infecciones micóticas y bacterianas, enfermedad de Reiter, farmacodermias, dishidrosis
	Artropática	Extremadamente poco frecuente en niños Frecuentemente asociada a formas eritrodérmicas o pustulosas Puede preceder al desarrollo de las lesiones cutáneas Edad pico: 9-12 años Predomina en mujeres, 3:2 Curso impredecible, con interurrencias y mejorías En la mayoría de los pacientes tiene buen pronóstico a largo plazo En otros es rápidamente progresiva e incapacitante	Artritis crónica juvenil, fiebre reumática, artritis sépticas, otras enfermedades del colágeno

VII. HISTOPATOLOGÍA DE LA PSORIASIS

El diagnóstico de psoriasis no requiere habitualmente realizar un procedimiento de biopsia. Ocasionalmente, sin embargo, se presentan situaciones clínicas que proporcionan suficiente margen de duda como para justificar la biopsia. Ejemplos de ellas son: pitiriasis liquenoide crónica *vs.* psoriasis *guttata*, eccema *vs.* psoriasis palmoplantar, pitiriasis *rubra pilaris vs.* psoriasis en placa y dermatosis pustular subcórnea *vs.* psoriasis pustulosa generalizada. Los hallazgos histopatológicos varían según el tipo y tiempo evolutivo de la lesión biopsiada y 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 esponjiforme 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.
- En formas eruptivas agudas puede haber formas espongióticas que dificultan el diagnóstico.

Otra cuestión muy importante a considerar es que ocasionalmente los sistemas de cobertura y financiamiento de salud requieren la confirmación diagnóstica por medio de biopsia para cubrir medicaciones de alto costo. Dado que la mayor parte de los pacientes que llegan a requerir este tipo de medicaciones se presentan con cuadros moderados o severos, es recomendable planear la realización de una biopsia con tiempo suficiente, en algún momento en que el paciente se encuentre fuera de tratamientos que puedan enmascarar los hallazgos característicos de la patología.

VIII. COMORBILIDADES

Hasta hace pocos años se consideraba a la psoriasis como una enfermedad relativamente benigna limitada a la piel y articulaciones. Evidencias recientes han demostrado en importantes estudios de población un incremento en la mortalidad y disminución de la expectativa de vida entre 3 y 4 años en enfermos de psoriasis, y a la vez asociación con diversas enfermedades. Por otra parte, el impacto de la psoriasis influye notablemente en la calidad de vida y esto se ve reflejado en el aumento de diferentes patologías psicoafectivas y sociales, y en la adquisición de hábitos de consumo perjudiciales, como el tabaco y el alcohol, favorecidos por la baja autoestima y el aislamiento al que se siente sometido el paciente. Podemos clasificar a las enfermedades relacionadas con la psoriasis en diferentes grupos:

1. Inmunológicas:

- Artritis psoriásica: si bien la hemos incluido como una forma clínica de psoriasis, mucha bibliografía actual la incluye como la principal comorbilidad inmunológica de psoriasis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal: sobre todo la enfermedad de Crohn, que tiene un riesgo siete veces aumentado de presentar psoriasis, en menor medida los enfermos de colitis ulcerosa. Se ha comprobado que comparten alelos en el mismo cromosoma 6p21 y además se destaca que éstas responden como la psoriasis a tratamiento anti-TNF.
- Esclerosis múltiple: los pacientes con esta enfermedad y sus familiares también tienen mayor incidencia de psoriasis. Disparos resultados se han encontrado para la patología tiroidea y la enfermedad celíaca.
- Compromiso ocular se ha descrito en psoriasis: uveítis, episcleritis, sobre todo en pacientes con artritis; ya existen trabajos que evalúan la eficacia del tratamiento anti-TNF en uveítis.

2. Inflamatorias

- Comparten mecanismos patogénicos comunes, incremento de citoquinas proinflamatorias (IL-1, IL-6, TNF-alfa, adiponectina); varios estudios muestran que el control de estas enfermedades favorece a la evolución de la psoriasis, y a la vez que el tratamiento con MTX y anti-TNF disminuiría el riesgo de estas asociaciones.
- Obesidad y sobrepeso son más frecuentes en enfermos de psoriasis; IL-6 y TNF-alfa son liberados por el adipocito, sobre todo de la grasa abdominal, que se constituye en productor de citoquinas proinflamatorias.
 - Síndrome metabólico, que comprende a la diabetes mellitus (DBT) o resistencia a la insulina, hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y obesidad central.

Eventos vasculares:

- Aterosclerosis.
- Infarto agudo de miocardio (IAM), sobre todo en pacientes jóvenes con psoriasis severa, que a la vez se ve favorecido por los factores de riesgo citados y el hábito de fumar.
- Accidente cerebrovascular (ACV), también relacionado con los factores de riesgo previamente citados.

Además es más frecuente observar:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se trata de una enfermedad inflamatoria crónica mediada por los mismos mecanismos patogénicos.
- Hiperhomocisteinemia es un factor de riesgo favorecedor de fenómenos protrombóticos mediado por PCR, fibrinógeno y PAI-1.

- Hígado graso no alcohólico relacionado con la psoriasis, aumenta la probabilidad de toxicidad a MTX.

3. Psiquiátricas y hábitos de consumo relacionados con el deterioro en la calidad de vida:

- Ansiedad en al menos un tercio de los pacientes.
- Trastornos depresivos hasta en 60% de los casos.
- Ideación suicida y deseos de morir hasta en 10% de los enfermos, sobre todo con enfermedad más severa.
- Trastornos del sueño.
- Tabaquismo, que además de ser un factor de riesgo cardiovascular, favorece la aparición de formas pustulosas palmo-plantares, predominantemente en mujeres.
- Alcoholismo: 18% en enfermos *vs.* 2% de los controles.

4. Neoplásicas: tanto por la psoriasis en sí misma como por los tratamientos recibidos.

- Linfoma no Hodgkin, en especial relacionado con el virus Epstein-Bar.
- Linfoma cutáneo de células T, posiblemente incrementada su incidencia en psoriasis.
- Cáncer de piel, considerar en pacientes con más de 200 sesiones de PUVA y en relación con la ciclosporina.
- Cáncer de colon, esófago, boca, laringe, pulmón, pueden estar relacionados con la enfermedad, con los tratamientos y con los hábitos de consumo de tabaco y alcohol que se ve en estos pacientes.

5. Infecciosas

- Piodermitis por alteración de la barrera cutánea, que puede actuar como agravante o desencadenante y llevar a la sepsis.
- Seropositividad para hepatitis C: es más frecuente en psoriasis que en controles; recuérdese que el tratamiento con interferón exacerba la enfermedad y a la vez la hepatopatía limita al momento de elegir un tratamiento.
- Hepatitis B: considerar realizar la serología a los pacientes y recomendar inmunizar a los seronegativos.

En conclusión, todos estos factores y sus complejas interrelaciones deberán ser sujetos a consideración por el médico tratante a los efectos de encarar un tratamiento integral, seguro y eficaz para **cada enfermo en especial**, con el objeto de prevenir, detectar y corregir cada una de estas variables en particular que tienen tal incidencia en el curso de la enfermedad y así lograr control de la enfermedad y mantenimiento a largo plazo.

IX. FACTORES DESENCADENANTES/AGRAVANTES:

Trauma físico y/o químico

En lactantes y niños pequeños, la fricción por los pañales, y en adolescentes y adultos, pequeños traumatismos, la ropa ajustada, laceraciones y tatuajes pueden desencadenar el fenómeno de Köebner. También las quemaduras solares, radiaciones UVB o el PUVA y agentes químicos irritantes o cáusticos.

Infecciones

Bacterianas: las dos terceras 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. Es importante considerar la colonización bacteriana por estafilococo de la placa psoriásica.

Micóticas: *Candida albicans* en los pliegues y *Pitiriosporum ovale (Malassezia furfur)* en cuero cabelludo pueden favorecer el agravamiento de la psoriasis.

Virales: la infección por HIV o 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: aspirina e indometacina.
- Carbonato de litio.
- Terbinafina.
- Interferón.
- Betabloqueantes.
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.
- Progesterona.
- Sales de oro.
- Yoduro de potasio.
- Imiquimod tópico.
- Otros.

Estrés

Siempre debe estar presente en el interrogatorio, no debe ser desestimado como agravante o desencadenante de los brotes y se debe encarar un abordaje apropiado según las circunstancias y la patología de base.

Tabaquismo, alcoholismo, obesidad. También se consideran factores agravantes:

X. CRITERIOS DE SEVERIDAD DE LA PSORIASIS:

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

* Se consideran, 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 (p. ej., esteroides tópicos de baja potencia).
- Responde a los tratamientos tópicos.
- Habitualmente compromete menos del 3% 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 3 hasta el 10% 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.

Índices para medir la actividad de la enfermedad:**Psoriasis leve:**

- BSA menor o igual a 3
- PASI de 0-7
- DLQI de 0-5

Psoriasis moderada:

- BSA de 3 -10
- PASI de 7-10
- DLQI de 5 -10

Psoriasis severa:

- BSA mayor de 10
- PASI mayor de 10
- DLQI mayor de 10

(La palma desde la muñeca hasta la punta de los dedos representa el 1% 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.
- Curso de la enfermedad: estable o inestable (extensión de lesiones existentes, aparición de placas nuevas y pequeñas y presencia de fenómeno de Köebner).

XI. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

1. Eritrodermia.
2. Psoriasis pustulosa generalizada.
3. Artritis psoriásica con actividad inflamatoria severa.
4. Psoriasis vulgar severa.

5. Paciente con discapacidad física y social para realizar tratamiento domiciliario.
6. Requerimiento administrativo legal para obtener la cobertura de la medicación.

XII. TRATAMIENTO:**a. Conceptos generales**

El objetivo ideal del tratamiento es suprimir las manifestaciones clínicas (desaparición de las lesiones) e inducir una remisión prolongada, sin causar toxicidad por las medicaciones utilizadas.

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.
- Severidad y extensión.
- Sintomatología.
- Compromiso de determinadas áreas.
- Evolución estable o inestable.
- Sexo y edad del paciente.
- Presencia de artritis.
- Comorbilidades.
- Ingesta de medicamentos y otras drogas.
- Actividad laboral y afectación de la calidad de vida.
- Respuesta a terapéuticas previas.
- Dificultades para realizar los tratamientos.
- Accesibilidad al tratamiento.
- Experiencia del médico tratante.
- Factores económicos y sociales.

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. Objetivos para la terapéutica ideal:**Eficacia**

1. Inducir remisiones 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.
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/adherencia:

1. Fácil administración.
2. Buena aceptabilidad por parte de los pacientes.
3. Costos directos e indirectos aceptables.

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, lo que disminuye 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 pero con menor toxicidad para mantenimiento a mediano o largo plazo.
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 dislipidemias.
Debe considerarse, además, la interconsulta con las distintas especialidades: clínica médica, cardiología, reumatología, nefrología, hepatología, psicología, neumotisiología y otras que puedan ser necesarias a fin de lograr un enfoque multidisciplinario sobre el estado de salud del paciente.

d. Terapéutica tópica/local:

El tratamiento tópico está indicado como terapia única en la psoriasis vulgar leve y como complemento de otros tratamientos en psoriasis más extensas o severas.

Los tratamientos tópicos pueden combinarse entre sí y complementar a los sistémicos convencionales y/o biológicos y/o fototerapia.

Es necesario tener en cuenta la relación costo/beneficio, la aceptabilidad y practicidad del tratamiento. **Tablas 1 y 2.**

Generalidades

- Primera línea de tratamiento en psoriasis leve:
- Más del 80% de los pacientes reciben terapia tópica como monoterapia o combinada.
- Bajo grado de cumplimiento.
- Alto grado de disconformidad.
- Variable para definir entre psoriasis leve y moderada (luego de correcto cumplimiento).
- Segura bajo estricta prescripción médica.
- Fácil aplicación.
- Aceptable para el paciente.

Sugerencias para optimizar las terapias tópicas:

- Evaluar las expectativas del paciente (¿remisión completa?, ¿prolongada?, ¿sólo desea mitigar el prurito?).
- Considerar las zonas y superficie comprometidas.
- Elección adecuada del vehículo (cremas, ungüentos, lociones, espumas, aceites, champús).
- Características del paciente vinculables al cumplimiento (edad, sexo, disponibilidad de tiempo, actividad, etc.).
- Armar un esquema posible de cumplir (rotatorio, secuencial).
- Algunos pacientes pueden requerir controles más frecuentes, al menos al inicio del tratamiento.
- Instruir adecuadamente sobre el modo de aplicación, cantidad y tiempos. Se puede tomar, como ejemplo, la medida equivalente a una yema de dedo índice que alcanzaría para cubrir una superficie equivalente a una mano completa (palma y dorso). A partir de esa medida, pueden sugerirse cantidades para diferentes zonas evitando la sobredosificación con sus potenciales efectos adversos y favoreciendo además una correcta ecuación costo/beneficio. A modo de ejemplo:
 - Una mano: una medida (yema)
 - Cuero cabelludo: 3 medidas.
 - Cara y cuello 2,5 medidas
 - Miembro superior completo: 4 medidas
 - Dos codos: 1 medida
 - Un pie: 1.5 medidas
 - Tronco anterior: 8 medidas
 - Tronco posterior: 8 medidas
 - Genitales: 0,5 medida

TABLA 1. TERAPÉUTICA TÓPICA DE PRIMERA ELECCIÓN EFICACIA TERAPÉUTICA COMPROBADA

Tipo	Drogas principales	Dosis y frecuencia de aplicación	Forma farmacéutica	Eficacia terapéutica	Efectos colaterales	Observaciones
Corticosteroides FDA categoría C en el embarazo						
Potencia baja Grado de evidencia A	Hidrocortisona, desonide 0,05%	Dos veces por día.	Cremas	+ / ++	+	Pliegues, cara, genitales.
Potencia moderada Grado de evidencia A	Mometasona F., desonide, V. de betametasona y otros	Dos veces por día.				Efecto supresivo. Taquifilaxia.
Potencia elevada y muy elevada Grado de evidencia A	Clobetasol, betametasona dipropionato y otros	Hasta dos veces por día con control médico mensual				Efecto supresivo. Taquifilaxia.
Intralesionales Grado de evidencia no evaluado	Triamcinolona, acetoniada	Cada tres semanas, 0,2 ml por infiltración, dosis máxima por sesión 1 ml (6 mg).				Atrofia, efectos sistémicos.
Inmunomoduladores Grado de evidencia B FDA categoría C	Tacrolimus 0.1% y 0.03%	Dos veces por día	Ungüento	++	?	Uso en pliegues, cara, semimucosas y conducto auditivo externo.
	Pimecrolimus 1%	Dos veces por día	Crema	++	+	Uso en pliegues, cara, semimucosas y conducto auditivo externo.
Alquitranes: Grado de evidencia B	Alquitrán de hulla (coaltar)	Una vez por día	Gel, champú, loción, crema y aditivo para baños	++	++	Escasa aceptación cosmética.
Antracenos Grado de evidencia C Categoría C para FDA	Antralina	Terapia de contacto Una vez por día	Crema, ungüento, pasta, loción	++	+	Escasa aceptación cosmética
Derivados Vit. D Grado de evidencia A FDA categoría C	Calcipotriol, tacalcitol, calcitriol	Una vez por día	Ungüento, loción	++ / +++	+	Efecto remitivo
Retinoides Grado de evidencia A FDA categoría X-teratogénico	Tazarotene Q05 y Q1%	Una vez al día o terapia de corto contacto	Crema, gel	+ / ++	++	Efecto remitivo
Asociación calcipotriol dipropionato de betametasona Grado de evidencia A Categoría C FDA	Asociación calcipotriol dipropionato de betametasona	Una vez al día	Ungüento de alta estabilidad para la combinación terapéutica	+++ / +++++	+	Eficacia y seguridad hasta 52 semanas.

TABLA 2. 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 farmacéutica	Eficacia terapéutica	Efectos colaterales	Observaciones
Emolientes	Vaselina y otros		Cremas, ungüentos	+	-	-
Queratolíticos	Ac. salicílico	5 al 10%	Loción, crema, pomadas, champú	+	+	Precaución en pediatría por absorción sistémica de ácido salicílico.
	Urea	5 al 20% Una vez por día	Cremas, pomadas	+	-	
	Piritionato de zinc		Champú - aceite		+	
Balneoterapia, termalismo	Aceites, sales, barro, avena			+	-	Bajo control médico

e. Terapéutica sistémica:

Aproximadamente el 25% de los pacientes con psoriasis 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, artropáti-

ca, 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 con experiencia en el manejo de medicación y la evolución de la enfermedad.

f. Indicaciones:

1. Psoriasis en placas moderada o severa.
2. Formas clínicas:
 - artropatía psoriásica.
 - psoriasis pustulosa localizada/generalizada.
 - eritrodermia psoriásica.
3. Localizaciones discapacitantes (manos, pies, cara y genitales).
4. Falta de respuesta a la terapéutica tópica.
5. Intolerancia y/o falta de adherencia a la medicación tópica.
6. Actividad laboral, factores psicoemocionales, discapacidad.

g. Consideraciones generales a tener en cuenta previo a la indicación de drogas inmunosupresoras y biológicas:

- Previo al inicio del tratamiento aconsejar vacunación de acuerdo con las patologías prevalentes según la región; recuérdese **intratratamiento** la **prohibición de vacunas a virus vivos** (sarampión, paperas, rubéola, varicela, fiebre amarilla, rabia, vacuna antigripal intranasal). Las vacunas con toxinas, partículas antigénicas, como anti-tetánica o antigripales en general y antineumocócica no están contraindicadas y son seguras y efectivas aún en pacientes tratados con medicación inmunosupresora.
- **Tener en cuenta las patologías prevalentes de cada región y conocer los tipos de vacunas disponibles en cada país.**

Antes de iniciar el tratamiento sistémico en los pacientes se deben considerar la correcta evaluación con respecto a la posibilidad de **TBC activa** o **latente**, para lo cual se recomienda **seguir las normas de cada país.**

- Descartar posible **TBC activa**, mediante una cuidadosa historia clínica que incluya antecedentes personales de TBC o posible contacto con enfermos antes de iniciar tratamiento.
- Realizar radiografía de tórax.
- Test cutáneo para TBC: PPD (intradermoreacción de Mantoux). Se considera PPD positiva, mayor o igual a 5 mm; a las 48 hs se debe leer la intradermoreacción. Si existiera TBC activa, debería aplazarse el tratamiento anti-TNF para después de finalizado el tratamiento de la TBC.
- Descartar posible **TBC latente** a través de antecedentes y contactos con enfermos, realizar radiografía de tórax, prueba de 2 pasos (*2-step test*) 2 semanas después de PPD negativa, considerándose positiva mayor o igual a 5 mm.; o test en sangre de IFN- γ , antes de iniciar el tratamiento anti-TNF. En caso de detectarse la presencia de TBC latente, se deberá administrar quimioprolifaxis 1 mes antes de comenzar el tratamiento anti-TNF y continuar 6 a 9 meses siguientes con isoniazida oral 5 mg/kg con un máximo de 300 mg/día, al mismo tiempo que continúa el tratamiento anti-TNF.

TERAPÉUTICAS RADIANTES Y SISTÉMICAS NO BIOLÓGICAS

TERAPEUTICAS RADIANTES (ANEXO I)

Tipo, características	Eficacia	Riesgos	Contraindicaciones	Observaciones
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: sí. Puede combinarse. Riesgo a largo plazo: bajo.
UVB banda ancha 290-320 nm	Induce remisiones en el 70 - 80% de pacientes	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: sí. Puede combinarse. Riesgo a largo plazo: bajo.
UVB banda angosta 310-315 nm	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: sí. Puede combinarse. Riesgo a largo plazo: bajo.
PUVA Categoría C	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, embarazo, cataratas.	Tratamientos semanales. Monoterapia: sí. Se combina frecuentemente. Controles a largo plazo: melanoma y cáncer no melanoma. Exige una infraestructura acorde.
PUVA (tópico y baño) Categoría C	Induce remisiones en el 70 al 90% de pacientes.	Aumenta los riesgos de quemadura. No se ha evidenciado carcinogénesis	Igual que PUVA, excepto: No afecta hepatopatías Se ha usado en < 12 años	Igual que PUVA
Láser eximer (308 nm) y UVB banda angosta potenciada	Alta eficacia en lesiones localizadas y resistentes	Bajo riesgo	Fotosensibilidad a UVB	-----

TERAPÉUTICAS SISTÉMICAS 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: vía oral o parenteral semanal 7,5 a 25 mg/sem Pediatria: 0,2-0,4 mg/kg/sem. Grado de Evidencia: A. Categoría X FDA en el embarazo.	Embriopatía Mielosupresión Hepatotoxicidad: Aguda: infrecuente Crónica: exige control Fibrosis pulmonar Alteraciones gastrointestinales Fatiga Infecciones, linfomas	Absolutas: Embarazo lactancia Cirrosis hepatitis e infecciones activas Insuficiencia hepática Vacunas a virus vivos Relativas: Insuficiencia hepática y renal Alteraciones hematológicas Inmunodeficiencias Alcoholismo Drogas hepatotóxicas Diabetes mellitus	Ingesta oral o parenteral semanal Monoterapia: sí. Puede combinarse. Exige controles de laboratorio e imágenes. Eventual biopsia hepática. Interacciones medicamentosas: tener en cuenta que la ingesta de AINE aumenta toxicidad. Otras interacciones: difenilhidantoína, sulfas, aminoglucósidos, probenecid, azatioprina, ciclosporina, leflunamida, mercaptopurina, retinoides, teofilina, sulfonilurea. Ácido fólico 1 mg/día 5 días o 5 mg × semana 48 hs después de la ingesta de metotrexato.
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 en dos tomas. Grado de Evidencia: A. FDA categoría C.	Hipertensión Nefrototoxicidad 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 Embarazo, lactancia Infección activa, alcoholismo, inmunodeficiencia Medicación nefro-hepatotóxica, vacunación virus atenuados	Uso intermitente. En uso continuo de 1 a 2 años (nefrototoxicidad irreversible). Monoterapia: sí Puede combinarse. Control de TA. Controles de laboratorio periódicos, incluye función renal, uremia, creatinemia, ionograma y depuración de creatinina. Interacciones medicamentosas: en relación al citocromo P450. Diuréticos ahorradores de potasio y otros antihipertensivos, aminoglucósidos, anfotericina B, colchicina, ciprofloxacina, trimetoprima-sulfametoxazol, digoxina, diltiazem, fibratos, anti-H2, AINES, estatinas, MTX, melfalán, tacrolimus, vancomicina. No administrar con jugo de pomelo.
Acitetrín	Eficacia leve a moderada como monoterapia. Comenzar dosis bajas: 0,3 mg/kg/d y aumentar dosis según respuesta. Grado de Evidencia: A. FDA categoría X.	Teratogenicidad Muerte fetal Xerosis muco-cutánea Alopecia difusa Hiperlipidemia Hipertrigliceridemia Elevación de las transaminasas	Absolutas Embarazo hasta tres (3) años de suspendida la droga, lactancia Relativas: Dislipidemia, hepatopatía, alcoholismo. Pediatria: controles radiológicos del esqueleto en tratamientos prolongados.	Uso prolongado, monoterapia. Interacción con drogas: otros retinoides sistémicos, suplementos devitamina A, metotrexato, difenilhidantoína, preparaciones con progesterona, tetraciclinas. Uso en combinación: tópicos, fototerapia y biológicos. Controles de laboratorio periódicos, sobre todo hepatograma y triglicéridos.

DROGAS DE SEGUNDA LINEA

Micofenolato mofetil	Eficacia no comprobada en estudios prospectivos doble ciego. Rápida acción: <3 semanas. Dosis de 1 g a 2 g: PASI 50 + 75 en >50% casos. Grado de Evidencia: C. Categoría D.	Aleraciones 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.
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: 500 mg. Aumentar hasta 2 g Grado de Evidencia: C Categoría D	Teratogenicidad, mielosupresión, alteraciones gastrointestinales, disfunción renal, úlceras orales y en piernas, pigmentación mucocutánea.	Absolutas Embarazo y lactancia, mielosupresión Relativas Alteraciones 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 <i>guttata</i>	Depende del antibiótico elegido	Las contraindicaciones dependen del antibiótico elegido	Tratamientos prolongados

+ Mínima. ++ Leve. +++ Moderada. ++++ Alta.

AGENTES BIOLÓGICOS:

Indicaciones

1. Pacientes con psoriasis moderada a severa candidatos a medicación sistémica y/o fototerapia.
2. Artritis psoriásica moderada a severa con falla de tratamiento al menos a un DMARD.
3. Fracaso, intolerancia o contraindicación a medicaciones sistémicas.
4. Pacientes con contraindicaciones absolutas a otras terapéuticas.
5. Alteración moderada a severa en la calidad de vida.
6. Imposibilidad de cumplimiento de tratamientos propuestos (p. ej., PUVA, traslado dificultoso).
7. Limitaciones físicas, psíquicas o socioeconómicas, que requieran tratamientos supervisados.

AGENTES BIOLÓGICOS ANTI-TNF (SEGÚN APROBACIÓN POR ORDEN CRONOLÓGICO DE LA FDA):

Droga	Dosis recomendada	Eficacia	Seguridad tolerancia o efectos adversos y contraindicaciones	Interacciones con drogas	Monitoreo
Etanercept	Dosis de inicio 50 mg SC, 2 v/semana, 3 meses. Dosis de mantenimiento 50 mg/semana. En pacientes de 4 a 17 años, dosis de 0,8 mg/kg. Embarazo: medicación categoría B. Grado de Evidencia: A.	Eficacia : +++ Duración remisión : ++ Seguridad : +++ PASI 75. Semana 12: 49% (100 mg/semana). Semana 24: 54% (50 mg/semana). Mejora de la calidad de vida.	Evaluación para descartar: Infecciones, TBC, micosis profundas. Eventos neurológicos. Malignidades. Evaluación previa para descartar malignidades. Reacciones locales en el sitio de la inyección 15%. Infecciones de vías aéreas superiores. Contraindicado en insuficiencia cardíaca congestiva severa. Pancitopenia infrecuente.	Se desaconseja la vacunación con agentes vivos. La farmacocinética del etanercept no se altera con la administración concomitante de metotrexato.	PPD inicial, repetir anualmente. RX de tórax, anual. Serología hepatitis B y C-HIV. Hemograma completo con recuento de plaquetas a las 2 semanas y, si es normal, cada 2 meses. Control clínico, cada mes.
Infliximab	5 mg/kg en infusión IV (durante 2 hs) en las semanas 0, 2 y 6. Mantenimiento: cada 6-8 semanas. Dosis e intervalos se ajustan según necesidades clínicas. Embarazo: medicación categoría B. Grado de Evidencia: A.	Eficacia: +++++ Duración remisión : ++ Seguridad : ++ PASI 75 Semana 10: 80%. Semana 24: 81%. Semana 50: 61%. Mejora la calidad de vida.	Reacciones a la infusión 20%. Infecciones granulomatosas: Incluye TBC- micosis profundas. 18% eventos adversos. Evaluación previa para descartar malignidades, procesos linfoproliferativos y enfermedad desmielinizante. Contraindicado en insuficiencia cardíaca severa. Posible disminución de eficacia cuando se reinicia infusión.	Se desaconseja la vacunación con agentes vivos. Se aconseja la administración conjunta de metotrexato.	PPD inicial/anual. Rx tórax, anual. Serología hepatitis B y C-HIV. Control clínico, cada mes. Hepatograma. Se aconseja infusión bajo supervisión médica en ámbito hospitalario.
Adalimumab	Dosis inicial 80 mg. La 1era. semana 40 mg y luego 40 mg cada 14 días SC. Embarazo: medicación categoría B. Grado de Evidencia: A. Mejora la calidad de vida.	Eficacia : +++++ Seguridad: +++ Mejora la calidad de vida. PASI 75 Semana 16: 80%.	Reacciones en el sitio de inyección leves 14%. Evaluación previa para descartar TBC, malignidades, procesos linfoproliferativos e insuficiencia cardíaca severa.	Se desaconseja vacunación virus vivos. Se puede administrar con metotrexato.	PPD inicial, anual. Rx tórax , anual. Laboratorio de rutina. Serología Hepatitis B y C-HIV. Control clínico, cada mes.

+ Mínima. ++ Leve. +++ Moderada. +++++ Alta.

AGENTES BIOLÓGICOS ANTI IL-12/23

Ustekinumab	Dosis 45 mg en pacientes de menos de 100 kg y 90 mg en pacientes con más de 100 kg. Se indica en la semana 0, 4 y luego cada 12 semanas subcutánea. Embarazo: medicación categoría B. Grado de evidencia: A.	Eficacia: +++++ Seguridad: ++ PASI 75 semana 12: 68% con 45 mg / 74% con 90 mg. Semana 24: 76% con 45 mg / 85% con 90 mg. Mejora la calidad de vida.	Reacciones sitio de inyección. Evaluación previa para descartar malignidades y procesos linfoproliferativos, insuficiencia cardíaca y TBC.	Seguridad limitada. Tolerancia: enfermedades nasofaríngeas, resfríos, cefaleas. Se desaconseja vacunación virus vivos atenuados.	PPD inicial, anual. Rx tórax , anual. Laboratorio de rutina. Serología hepatitis B y C-HIV
--------------------	--	--	---	--	---

I. Combinaciones terapéuticas. Sinergias medicamentosas:

- Corticoides tópicos + otros.
- Retinoides + UVB.
- Retinoides + PUVA (REPUVA).
- Metotrexato + UVB.
- Derivados Vit. D tópicos + UVB o UVA.
- MTX + biológicos.
- Otros (incluye combinaciones con agentes biológicos).
- No se recomienda asociación de medicaciones biológicas.

Tratamiento de áreas especiales:

Cuero cabelludo. Cuidados estéticos: lavados frecuentes y evitar el rascado. Champús formulados con alquitrán de hulla, (antiinflamatorio y antiproliferativo), zinc piritioma, ketoconazol (antifúngico) y corticoides (inmunomodulador), lociones con corticoides, ácido salicílico (solos o combinados), alquitrán de hulla, calcipotriol y tazaroteno. Si no responden favorablemente se recomienda iniciar tratamiento sistémico y/o biológico.

Psoriasis invertida. Es recomendable utilizar corticoides de baja o mediana potencia, solos o combinados con calcipotriol. Puede agregarse cremas con asociación de corticoides, antibióticos y antimicóticos porque se considera que la colonización de los pliegues puede llegar a perpetuar la lesión de psoriasis. Se puede utilizar tacrolimus y pimecrolimus.

Uñas. Es importante el cuidado cosmético de la uña: mantener las uñas cortas, secas y limpias, se aconseja pulido y uso de esmaltes. Tratamiento tópico intensivo: corticoides potentes en ungüento, puede ser oclusivo (descartar previamente presencia de eumicotas), formulaciones con urea 20% en ungüento, tazaroteno, calcipotriol, tacrolimus y pimecrolimus. No sugerimos las infiltraciones intralesionales porque son dolorosas, pueden desencadenar el fenómeno de Köebner y determinar atrofia digital. Existe bibliografía que sustenta el uso de 5-fluorouracilo tópico con moderada respuesta. Si no responden al tratamiento tópico, instaurar tratamiento sistémico y/o biológico.

Psoriasis palmoplantar. Suele ser refractaria a los tratamientos locales: se usa vaselina salicilada en concentraciones del 5 al 10%, corticoides tópicos potentes con o sin análogos de la vitamina D, antibióticos locales en ungüento si hubiera lesiones fisuradas y emolientes en base a lactato de amonio 12% y urea 5 a 20%. Es importante establecer medidas higiénico-preventivas en relación con el trabajo del paciente para prevenir el fenómeno de Köebner en los trabajadores manuales. En la mayoría de los casos es necesario realizar tratamiento sistémico, fototerapia y/o biológico.

Tratamiento de situaciones especiales:

Psoriasis infantil. En primer lugar, deben indicarse emolientes y antihistamínicos para controlar la xerosis y el prurito.

Los corticoides tópicos son la terapéutica más frecuentemente utilizada. Al elegir la potencia del corticoide, se deben tener en cuenta la localización de la zona a tratar y la edad del paciente.

El calcipotriol en ungüento se utiliza a dosis máximas semanales recomendadas en pediatría de 25 g/semana en pa-

cientes de 2 a 5 años; 50 g/semana de 6 a los 11 años y 75 g/semana de 12 a 16 años.

Se utilizan los inhibidores de la calcineurina: tacrolimus al 0,03% o al 0,1% en ungüento y pimecrolimus al 1% en cara y pliegues.

Los tratamientos sistémicos y la fototerapia están indicados en las formas clínicas severas de la enfermedad. No se debe olvidar que por tratarse de una enfermedad crónica en pacientes jóvenes probablemente requieran múltiples tratamientos a lo largo de su vida y que los efectos adversos a largo plazo de muchas drogas aún son desconocidos.

Los retinoides, como el acitretín, se utilizan a dosis de 0,5-1 mg/kg/día; son el tratamiento de elección en las formas eritrodermicas y pustulosas extendidas, aun para el neonato. Durante su administración debe realizarse un seguimiento particular del aparato osteoarticular, con estudios radiológicos anuales, además de los controles habituales que se efectúan en los adultos.

La ciclosporina puede utilizarse en dosis iniciales de 3 mg/kg/día, buscando descenderla al valor mínimo que logre el control de la enfermedad. Se realizan los mismos controles que en el adulto y aunque los niños parecerían tolerarla mejor que los adultos, no se recomiendan tratamientos por períodos mayores a 2 años para evitar efectos adversos por daño acumulativo y a largo plazo.

El metotrexato, en dosis de 0,3-0,5 mg/kg/sem con hemograma, hepatograma y función renal de control.

El único agente biológico aprobado para uso en la infancia es el etanercept a partir de los 4 años, a dosis de 0,8 mg/kg/dosis, hasta un máximo de 50 mg.

La fotoquimioterapia sólo ha sido aprobada en niños mayores de 12 años. El uso de UVB de banda angosta es una alternativa de fototerapia segura en pediatría.

Psoriasis y embarazo. Debe tenerse en cuenta para el tratamiento de estas lesiones las recomendaciones generales con respecto a los riesgos de los distintos tratamientos según la etapa del embarazo. Se indica tratamiento tópico hidratante en psoriasis leves y como complemento en formas clínicas moderadas a severas. Ante formas clínicas más severas y/o extendidas, se recomienda UVB de banda angosta con o sin calcipotriol.

El impétigo herpetiforme debe ser tratado con corticoides sistémicos de primera elección. La ciclosporina puede ser usada con precaución (categoría C) a dosis de 3 a 5 mg/kg de peso. La fototerapia es una opción para controlar la enfermedad. La ciclosporina está prohibida durante la lactancia.

Artritis psoriásica. Las diferencias de tratamiento respecto de las recomendaciones del grupo GRAPPA (véase anexo) son que no aconsejan infiltración con corticosteroides por la posibilidad de rebrote cutáneo y además las dosis de tratamiento anti-TNF que figuran son para cuando hay sólo compromiso articular.

XIII. ASPECTOS LABORALES, ECONÓMICOS 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 y la necesidad de cuidados muchas veces permanentes, pueden poner al paciente en la condición de discapacitado físico y/o social, que impacta 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 clínico-económicos:

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 psicomocionales 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 biopsicosociales que son generados por la enfermedad y/o tratamiento. Esta unidad de resumen se define como calidad de vida.

c. Aspectos psico-emocionales 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 autoadministración simultánea de medicación habitual 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 el articular de la psoriasis pueden afectar la movilidad y el estado de ánimo de los pacientes y así entorpecer el desarrollo educativo, laboral y social hasta el punto de producir un estado de discapacidad transitoria o permanente. (ANEXO III)

XIV. 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 antipsoriásicas (tratamiento tópico, drogas sistémicas y agentes biológicos) y fototerapia con coberturas diferenciadas, en forma similar a las existen-

tes 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 de este tipo de pacientes que requieren cuidados especiales médicos y de enfermería.
3. Fomentar y apoyar, la organización de asociaciones de pacientes con psoriasis en cada 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.

Cuándo pensar en fototerapia ultravioleta:

- Superficie corporal comprometida > 5%-10%.
- Distribución de lesiones generalizada.
- Limitaciones o falta de respuesta a la terapia tópica (aún en pequeñas superficies).
- 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).

- Metodología: tópico-sistémico/focalizado/generalizado.
Sistémico: 8- metoxipsoraleno: VO 0,4-0,6 mg/kg, 1½ a 2 horas antes de la aplicación. Protección ocular hasta ocho horas después de ingerir el fotosensibilizante.
Tópico: PUVA baño, crema, ungüento o loción (0,001% a 0,03%).
- Frecuencia: 2-3 veces por semana.
- Promedio hasta lograr una respuesta adecuada: 20-30 sesiones, mantenimiento de acuerdo a criterio médico, 2 o 1 vez por semana.
- Número máximo de sesiones por ciclo: a considerar en cada paciente según riesgo de otra terapia.

Propuesta de dosificación de UVA considerando el fototipo:

Fototipo	Dosis inicial (J/cm ²)	Incrementos por sesión	Dosis máxima sugerida (J/cm ²)
I	0,5- 1,0	0,25- 0,5	8,0
II	1,0- 2,0	0,5	8,0
III	1,5- 3,0	0,5-1,0	12
IV	2,0- 4,0	1,0	12
V-VI	2,0- 5,0	1,0	12

- Mantenimiento: se debe evaluar según los antecedentes evolutivos. El objetivo es prolongar el período de remisión en los casos mas inestables.

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 de UVA acumulada.

- Fotodaño crónico.
- Oftalmológicos (si no se aplica protección adecuada).
- Carcinogénesis no melanoma (riesgo aumentado, superando las 200 aplicaciones).
- Melanoma (controvertido).

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).

- a. Esquemas combinados tópicos o sistémicos: emolientes, compuestos salicilados, tazarotene, derivados de vitamina D3, corticoides, coaltar, retinoides, metotrexato, ciclosporina (sólo cortos períodos), agentes biológicos sin evidencia todavía.
- b. Rotación terapéutica.
- c. Retrasar lo más posible la edad de inicio.
- d. Fotoeducación (prevención primaria).
- e. Seguimiento de los pacientes con dosis UV acumulada elevada (prevención secundaria).
- f. Siempre exponer la menor superficie corporal posible.
- g. Embarazo: no utilizar psoraleno sistémico antes del tercer trimestre.
- h. Valorar los antecedentes de riesgo carcinogénico (hábitos solares; radioterapia; ingestión de arsénico; nevos atípicos, antecedentes familiares; etc.).
- i. Estudios previos: evaluación oftalmológica, anticuerpos antinucleares y otros a consideración del profesional.
- j. Se recomienda evaluar uso de medicación fotosensible concomitante.

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 de banda angosta.

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

Se utiliza por tener:

- a. Óptima actividad antipsoriásica.
- b. Menor efecto eritematogénico que UVB total (banda ancha).
- c. Menor efecto carcinogénico que PUVA.

¿Cuándo se prefiere UVB a PUVA?

- a. Pacientes jóvenes.
- b. Cuadros recientes.
- c. Lesiones delgadas.
- d. Embarazadas.
- e. Período de lactancia.
- f. Antecedentes oftalmológicos.
- g. Insuficiencia hepática o renal severas.
- h. Intolerancia a psoralenos.
- i. Buena respuesta al sol.

¿Cuándo se prefiere UVB banda angosta a UVB total o PUVA?

Ídem anterior. Además:

- a. Fotodaño moderado-severo.
- b. Fototipos I y II.
- c. Antecedentes de exposición a otros agentes carcinogénicos.

Propuesta de esquema de dosificación para UVB banda angosta:

Fototipo	Dosis inicial (mJ/cm ²)	Incremento por sesión	Dosis máxima (mJ/cm ²)
I-II	100 a 200	20-30%	1200
III	240	20-30%	1500
> IV	288	20-30%	1800

- Frecuencia sugerida: 2-3 veces por semana.
- Promedio hasta lograr una respuesta adecuada: 20-30 sesiones.
- Número máximo de sesiones por ciclo: a considerar en cada paciente según riesgo acumulativo de otras terapias.
- Mantenimiento: se debe evaluar según los antecedentes evolutivos. El objetivo sería prolongar el período de remisión.

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.).
- Se recomienda evaluar uso de medicación fotosensible concomitante.

Otras modalidades de fototerapia:

Laser Excimer: permite focalizar de manera precisa el área comprometida.

- 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 las 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 metotrexato (MTX), retinoides y psoralenos, el alcohol, los virus de las hepatitis B y C, además del hígado graso no alcohólico relacionado a la psoriasis.

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 pretratamiento 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, el 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 en pacientes sin patología hepática previa.

Recomendaciones:

Laboratorio basal pre-tratamiento

- Hemograma con recuento de plaquetas.
- Alaninoaminotransferasa (TGP).
- Aspartatoaminotransferasa (TGO).
- Gammaglutamiltranspeptidasa (GGT).
- Fosfatasa alcalina (FAL).
- Bilirrubina.
- Proteinograma.

Marcadores virales:

- Hepatitis B: AntiHBc y HbsAg: Debido a la mayor prevalencia de infección por HBV en este grupo de pacientes. Los pacientes Anti-HBc negativo deben ser vacunados.
- Hepatitis C: AntiHCV debido a la mayor prevalencia de infección por HCV en psoriasis.

Biopsia hepática pre-tratamiento: excepcional

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.

Laboratorio durante el seguimiento:

Un hepatograma debe realizarse al iniciar el tratamiento, a los 15 días. Luego 1 vez cada 1, 2 o 3 meses, según el riesgo 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 1,5 g, y con 4 g 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 percutánea 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 hiper-

sensibilidad 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 gravedad, como por ejemplo depresión con ideas suicidas.

Conductas autodestructivas: lesiones autoinfligidas, excoiraciones o manipulaciones de la piel o de las lesiones que no se justifican por el cuadro clínico.

Automedicación con psicofármacos.

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 facial, 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 estrés 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.).

ANEXO IV

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL CONSENSO:

ACV	accidente cerebro vascular.	HLA	antígenos de histocompatibilidad.
AntiHbc	anticuerpos anti core para hepatitis B.	HTA	hipertensión arterial.
ASTO/ASO	anticuerpos antiestreptolisina O.	IAM	infarto agudo de miocardio.
BSA	<i>body surface area</i> . Superficie corporal comprometida.	IL	interleuquina.
CSA-CyA	ciclosporina.	INF	interferón.
CV	cardiovascular.	LDL	lipoproteínas de baja densidad.
DAS	<i>Disease Activity Score</i> . Grado de actividad de la enfermedad.	MMF	mofetil micofenolato.
DBT	diabetes mellitus.	MTX	metotrexato.
DLQI	índice de calidad de vida en dermatología.	NB	banda angosta.
DMARD	drogas modificadoras de la enfermedad.	PASI	<i>Psoriasis Area Severity Index</i> . Índice de área y severidad de la psoriasis.
EPOC	enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	PBH	punción biopsia hepática.
FDA	<i>Food and Drug Administration</i> .	PPD	<i>purified protein derivative</i> . Intradermorreacción de Mantoux.
FAL	fosfatasa alcalina.	PUVA	psoraleno + radiaciones ultravioleta A.
GGT	gammaglutamiltranspeptidasa.	TBC	tuberculosis.
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i> .	TNF	factor de necrosis tumoral.
HBC	hepatitis B.	TGO	aspartatoaminotransferasa.
HCV	hepatitis C.	TGP	alaninoaminotransferasa.
HIV-VIH	virus de la inmunodeficiencia adquirida.	UV	ultravioleta.
HbsAg	antígeno de superficie para hepatitis B.	UVA	radiaciones ultravioleta A.
HDL	lipoproteínas de alta densidad.	UVB	radiaciones ultravioleta B.

ANEXO V

Categorización para FDA de riesgo fetal en el embarazo

- A. Estudios adecuados, bien controlados, en embarazadas no muestran incremento de anomalías congénitas.
- B. - No existe evidencia de daño fetal en experimentación animal, pero no hay estudios bien controlados en mujeres embarazadas, o
 - Estudios animales han mostrado efecto adverso, pero estudios adecuados, bien controlados, en embarazadas no han mostrado daño fetal.
- C. - Estudios en animales han demostrado efecto adverso, pero no hay estudios controlados en embarazadas que lo confirmen, o
 - No hay estudios controlados en animales y no hay estudios adecuadamente controlados en embarazadas.
- D. Estudios adecuados y bien controlados u observacionales en embarazadas han mostrado **riesgo para el feto**. Evaluar potencial riesgo beneficio de la terapia.
- X. Estudios adecuados, bien controlados u observacionales en animales o embarazadas han demostrado evidencia positiva de malformaciones fetales. El uso del producto se **contraindica en la mujer que pueda embarazarse**.

ANEXO VI

Niveles de evidencia científica sobre intervenciones terapéuticas

- Nivel de evidencia I
Ensayo clínico controlado aleatorizado con n poblaciones lo suficientemente importante como para ser:
 1. Positivo, con bajo riesgo de conclusiones falso-positivas.
 2. Negativo, con bajo riesgo de conclusiones falso-negativas.
- Nivel de evidencia II
Ensayos clínicos controlados aleatorizados con n poblaciones bajo que puedan mostrar:
 1. Tendencias positivas que no son significativas con alto riesgo de conclusiones falso-positivas.
 2. Ninguna tendencia pero alta chance de conclusiones falso-negativas.
- Nivel de evidencia III
 1. Ensayos clínicos no aleatorizados pero adecuados en otros aspectos.
 2. Estudios experimentales preferentemente de diferentes centros.
- Nivel de evidencia IV
 1. Estudios con controles históricos.
 2. Estudios de series de casos.
- Nivel de evidencia V
Opinión de autoridades reconocidas, basadas en la experiencia clínica no cuantificada, o en informes de grupos de expertos.

ANEXO VII

Grados de recomendación para pruebas o intervenciones terapéuticas

Grado A

Hay buena evidencia (nivel I) que apoya la inclusión de la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes.

Grado B

Hay evidencia regular (niveles II y III)

Grado C

Hay evidencia pobre (niveles VI y V) para emitir la recomendación.

Grado D

Hay evidencia regular (niveles II y III) que recomienda NO incluir la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes.

Grado E

Hay evidencia buena que recomienda NO incluir la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes.

ANEXO VIII

Artritis psoriásica

La artritis psoriásica es definida como una artropatía inflamatoria sistémica, crónica asociada a psoriasis cutánea, usualmen-

te seronegativa para el factor reumatoideo. Se la incluye dentro del grupo de las espondiloartropatías seronegativas. Las mani-

festaciones inflamatorias pueden afectar las articulaciones periféricas, el esqueleto axial, dactilitis, entesitis, con una consecuente alteración en la calidad de vida. Hay heterogeneidad no sólo en la severidad sino también en el curso de la enfermedad.

1. Epidemiología. Afecta del 7% al 42% de los pacientes con psoriasis. Usualmente se presenta con igual frecuencia en ambos sexos, pero la forma de compromiso periférico es más común en mujeres y la forma de compromiso axial (espondilitis) es más común en hombres. Predomina en la raza blanca, aunque puede verse en las demás poblaciones. La mortalidad es 1,6 veces mayor que la población general.

2. Etiología y patogenia. En el desarrollo de la artritis psoriásica interviene tres factores bien establecidos:

- **Factores genéticos.** Hay susceptibilidad genética evidenciada por la gran frecuencia de agregación familiar, con el aumento de riesgo de desarrollar artritis psoriásica hasta 50 veces en parientes en primer grado de pacientes con artritis psoriásica, comparados con la población general y gran concordancia en gemelos monocigóticos. Se han descrito varios genes del sistema HLA asociados con la psoriasis y la artritis psoriásica, que incluyen HLA B17, -CW6, -DR4 y -DR7. Se ha observado correlación entre el HLA B27 y el DQw3 con mayor progresión de la enfermedad. Existe asociación entre el HLA B38 y el compromiso articular periférico y el HLA B27 con la afección espinal. También entre el HLA DR3 y el DR4 con la enfermedad erosiva. El HLA Cw*0602 se encontró asociado con un inicio más temprano de la psoriasis (psoriasis tipo I).
- **Factores inmunológicos.** Existen numerosas evidencias de que la artritis psoriásica es un trastorno inflamatorio mediado por fenómenos inmunes. Tanto la inmunidad humoral (presencia de anticuerpos, anticuerpos antinucleares, factor reumatoideo, anticuerpos contra antígenos cutáneos, complejos inmunes circulantes) como la inmunidad mediada por células (disminución significativa entre el número y el porcentaje de células CD4+, falta de supresión o exceso de actividad de las células T) interactúan en el desarrollo de la enfermedad articular.
- **Factores ambientales.** Se invocan las infecciones bacterianas y virales como agentes desencadenantes de la artritis psoriásica. Se ha encontrado una asociación significativa con el virus de la inmunodeficiencia humana. Se han comunicado casos de artritis psoriásica e infección estreptocócica. De igual manera, el trauma físico se ha asociado con el comienzo de la inflamación articular en la artritis psoriásica, más que con cualquier otro tipo de artritis y se ha comparado al fenómeno de Köebner visto en el compromiso cutáneo.

3. Manifestaciones clínicas. El 70 al 75% de los pacientes tienen psoriasis cutánea al momento del diagnóstico de la artropatía que ocurre habitualmente una década después del inicio de las manifestaciones cutáneas, aunque en niños ocurre lo contrario y en un 10 a 15% la presentación cutánea y articular es simultánea.

Dado que en general el cuadro cutáneo precede en la mayoría de los casos a la primeras manifestaciones de la artritis, es el dermatólogo quien debe realizar la detección temprana de ésta para prevenir el daño articular, hecho que se podría optimizar haciendo una consulta con los reumatólogos en forma precoz.

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

La mayoría de los pacientes (70-75%) tiene artritis periférica, generalmente asimétrica o simétrica poliarticular similar a la artritis reumatoidea. Puede haber compromiso de las articulaciones interfalángicas distales, interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, carpos, dedos de los pies, talones y rodillas. También puede haber dactilitis o dedo en salchicha (inflamación de las articulaciones y vainas sinoviales) y entesitis (inflamación en el sitio de inserción de ligamentos y tendones) del tendón de Aquiles y de la fascia plantar. Puede afectar el esqueleto axial (sacroileítis unilateral asintomática, espondilitis) y en forma aislada es poco común. Generalmente se asocia a artritis periférica instalada. La forma mutilante tiene una incidencia del 5 al 16%, destruye las articulaciones y puede generar el llamado dedo en telescopio y anquilosis.

Las uñas pueden estar afectadas en un 80% asociado con el compromiso de las articulaciones periféricas.

Dentro de las manifestaciones extraarticulares las oculares son muy frecuentes: iritis (7%), conjuntivitis (20%) y epiescleritis (2%). Pueden asociarse con prolapso de la válvula mitral y regurgitación aórtica como se ven los pacientes con espondilitis.

Cuando la artritis ocurre en pacientes menores a 16 años se considera como artritis psoriásica juvenil. Más común en niñas y usualmente precede o es simultánea con el compromiso cutáneo.

Las formas clínicas clásicamente reconocidas (clasificación de Moll y Wright, 1973) son:

- **Oligoartritis o monoartritis.** Es la forma más frecuente de presentación (70%). Se comprometen las articulaciones interfalángicas distales, las interfalángicas proximales y las metatarsofalángicas en forma simétrica.
- **Poliartritis simétrica** (símil artritis reumatoidea). Tiene factor reumatoideo negativo. Frecuencia 15% de los pacientes.
- **Espondilitis.** Las articulaciones periféricas pueden no estar afectadas. Representa un 5% de frecuencia.

- **Artritis mutilante**, con dedos en telescopio por osteólisis grave. A menudo se asocian con sacroileítis. Frecuencia del 5%.
- **Interfalángicas distales**. Forma de inicio en el 5% de los pacientes.

4. Diagnóstico

Laboratorio. No hay marcadores característicos. El factor reumatoideo por definición es negativo, pero puede estar presente en títulos bajos. Se han encontrado anticuerpos antiCCP en pacientes con artritis psoriásica con una frecuencia baja (7,8-15,7%); los anticuerpos antinucleares pueden ser positivos hasta un 20%.

Puede haber anemia normocítica normocrómica e hipalbuminemia.

La uricemia puede estar aumentada por el compromiso celular cutáneo hasta un 10% de los pacientes. El examen de líquido sinovial revela un carácter inflamatorio (más de 3.000 células a predominio leucocitos polimorfonucleares).

Radiología. Aporta datos al diagnóstico cuando la enfermedad ha evolucionado un tiempo prolongado. Se deben solicitar: Rx manos y pies frente y perfil, pelvis frente y en posición de Ferguson, columna cervical y dorsolumbar frente y perfil y de las articulaciones con compromiso inflamatorio. Puede haber compromiso de metacarpofalángicas e interfalángicas de manos y pies, compromiso de distales interfalángicas, erosiones intraarticulares con proliferación ósea marginal, osteólisis proximal de la falange con ensanchamiento de la base distal de la falange adyacente (lápiz en capuchón), periostitis, proliferación de las entesitis 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.

5. Criterios del grupo de estudio CASPAR (Criterio de Clasificación para Artritis Psoriásica-2006)

El paciente presenta enfermedad inflamatoria articular con 3 o más puntos en cualquiera de las siguientes cinco categorías:

1. Presencia actual de psoriasis, historia personal o familiar de psoriasis.

La presencia actual se define como psoriasis en la piel o el cuero cabelludo evaluada por un dermatólogo o reumatólogo.

La historia personal de psoriasis es la historia de psoriasis que puede obtenerse del paciente, el médico de cabecera, el dermatólogo, el reumatólogo y otro personal sanitario calificado.

La historia familiar de psoriasis es la historia de psoriasis en un familiar de primero o segundo grado de acuerdo con lo referido por el paciente.

2. Distrofia psoriásica de las uñas, incluido onicólisis, lesiones punteadas e hiperqueratosis, observadas en la exploración actual.
3. Prueba negativa para el factor reumatoideo, determinado por cualquier método excepto por látex. Es preferible mediante ELISA o nefelometría y los valores serán los del laboratorio local de referencia.
4. Historia actual de dactilitis, definida como hinchazón de todo el dedo o una historia de dactilitis relacionada por un reumatólogo.
5. Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxtaarticular cerca de los márgenes de la articulación. Se trata de una osificación mal definida (excluidos osteofitos) observada en las radiografías simples de las manos o los pies. La psoriasis actual tiene una puntuación de 2, el resto de las características valen 1. La sensibilidad es de 91,4% y la especificidad del 98,7%.

6. Índices para evaluar compromiso de pacientes con artritis psoriásica:

a. Medir actividad de la enfermedad:

- VAS (escala análoga visual).
- Proteína C reactiva.
- Eritrosedimentación.
- Número de articulaciones dolorosas.
- Número de articulaciones inflamadas.
- BASDAI (Índice de la actividad de la enfermedad en Espondilitis Anquilosante).

b. Evaluar mejoría:

- ACR 20, ACR 50, ACR 70 (criterio de mejoría).
- DAS 28 (índice de actividad de la enfermedad), DAS 44.
- Criterio de respuesta para artritis psoriásica PsARC.

c. Evaluar el estado de salud de los pacientes:

- Evaluación global del paciente.
- Evaluación global del médico.
- HAQ modificado para artritis psoriásica.
- SF 36 (cuestionario para evaluar la salud).
- Euro QoL (calidad de vida).
- PSAQoL (calidad de vida de artritis psoriásica).
- BASFI (índice funcional de espondilitis anquilosante).

d. Índice combinado:

- PASI 75+ACR 50+ VAS del EQ-5D.

e. Índices radiográficos:

- Sharp –van der Heijde.

f. Entesitis:

- Presencia o ausencia y recuento, Leeds, SPARCC, MASES.

g. Dactilitis:

- Presencia o ausencia y recuento. Leeds.

7. Criterios de severidad de la artritis psoriásica

Desde el punto de vista articular se divide en leve, moderada y severa de acuerdo con la clasificación propuesta por el grupo GRAPPA, que se observa en la siguiente tabla. En el caso de que un paciente tenga más de un compromiso, se elige el de mayor severidad para su clasificación (véase **Tabla 1**).

8. Tratamientos de la artritis psoriásica

(Véase **Tabla 2**).

TABLA 1. SEVERIDAD DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA.

	Severidad Leve	Moderada	Severa
Artritis periférica	- Menor a 5 articulaciones (inflamación o dolor) - Sin daño radiológico - Sin pérdida de función física - Mínimo impacto en la calidad de vida	- Mayor o igual a 5 articulaciones (inflamación o dolor) - Con daño radiológico - Con pérdida moderada de función física - Moderado impacto en la calidad de vida	- Mayor o igual a 5 articulaciones (inflamación o dolor) - Severo daño radiológico - Con pérdida severa de función física - Severo impacto en la calidad de vida
Compromiso axial	- Dolor suave. - Sin pérdida de función	Pérdida de función o BASDAI >4	Falla de respuesta al tratamiento
Entesitis	1 a 2 sitios	Mayor de 2 sitios o pérdida de función	Falla de respuesta al tratamiento
Dactilitis	- Dolor ausente o suave - Función normal	Enfermedad erosiva o pérdida de función	Falla de respuesta al tratamiento

TABLA 2. TRATAMIENTOS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA.

	Severidad	Tratamiento recomendaciones	Nivel de evidencia	Grado de consenso	Comentarios
Artritis periférica	Leve	AINE Glucocorticoides inyección intraarticular	A D	90,9%	Infiltración con cuidado y no en el sitio de las lesiones cutáneas. Cuando falla al menos un DMARD Los tres son igualmente efectivos para la artritis periférica y para la inhibición de la progresión radiológica
	Moderada a severa	Sulfasalazina Leflunamida Metotrexate Ciclosporina	A A B B		
	Moderada a severa	Anti TNF Etanercept 50 mg semanal Infliximab 5 mg/kg peso Semanas 0-2-6 y cada 8 Adalimumab 40 mg cada 2 semanas	A		
Compromiso axial	Leve a moderado	AINE Fisioterapia Educación Analgesia	A A A	86,4%	Los tres son útiles en espondilitis
	Moderado a severo	Anti TNF Etanercept, infliximab, adalimumab	A		
Entesitis	Leve	AINE, Terapia física Corticoides	D	87,9%	Etanercept, infliximab y adalimumab son igualmente útiles en la entesitis (demostrado en espondilitis anquilosante)
	Moderada	DMARDs	D		
	Severa	Anti TNF Etanercept, infliximab, adalimumab	A		
Dactilitis	Leve	AINE Corticosteroides	D D	90,2%	En el contexto de coexistencia de enfermedad activa
	Resistente	DMARD Infliximab	D A		

ANEXO IX

Bibliografía consultada

- Consenso Nacional de Psoriasis. Actualización 2009.
- Consenso Brasileño de Psoriasis y guías de tratamiento.
- Guías de manejo de Psoriasis. Consenso Colombiano.
- Consenso Mexicano para el manejo de la terapia biológica en psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2004;3:172-184.
- Guía Canadiense para el manejo de psoriasis en placas. 1ª Edición junio 2009.
- Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, et al. 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; 58:826-850.
- Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, Feldman SR, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:851-864.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:643-659.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:451-485.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis Section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. *J Am Acad Dermatol*. Epub 2009 Oct 7.
- Smith CH, Anstey AV, Barker JN, Burden AD, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for biologic interventions for psoriasis 2009. *Br J Dermatol*. 2009;161:987-1019.
- Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, et al. European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23 Suppl 2:1-70.
- Puig L, Carrascosa JM, Daudén E, Sánchez-Carazo JL, et al. Spanish evidence-based guidelines on the treatment of moderate-to-severe psoriasis with biologic agents. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:386-413.
- Kalb RE, Strober B, Weinstein G, Lebwohl M. Methotrexate and psoriasis: 2009 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:824-837.
- Rosmarin DM, Lebwohl M, Elewski BE, Gottlieb AB. Cyclosporine and psoriasis: 2008 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. *J Am Acad Dermatol*. Epub 2009 Nov 24.
- Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, Mease PJ, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1387-1394.
- Doherty SD, Van Voorhees A, Lebwohl MG, Korman NJ, et al. National Psoriasis Foundation consensus statement on screening for latent tuberculosis infection in patients with psoriasis treated with systemic and biologic agents. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:209-217.
- Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, Gordon K, et al. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58:1031-1042. Review.