

BOLETÍN



DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

ATENCIÓN PRIMARIA. CANTABRIA

AÑO XII

NÚMERO 4 (Trimestral)

DICIEMBRE 2004

Autores: Francisco José González Diego*, Esther Montalvillo Delgado**, Paloma Sánchez Junquera**, Montserrat Pérez Abad**.

Revisora: Susana Armesto Alonso***

SUMARIO

TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS:

Introducción: pág 1

Formas clínicas: pág 2

Derivación al dermatólogo: pág 2

Información al paciente: pág 2 y 11

Algoritmo de tratamiento: pág 3

Medicamentos: pág 4

La psoriasis es una enfermedad crónica de naturaleza autoinmune mediada por células T con diversas formas de presentación. Muchos pacientes no están satisfechos con su tratamiento y este necesita ser individualizado. Dado el carácter episódico, crónico y esencialmente incurable de la psoriasis se necesitan agentes que actúen de forma aguda así como tratamientos de mantenimiento. La seguridad de éstos tiende a ser inversamente proporcional a la eficacia y/o conveniencia. La respuesta a este dilema es el uso de más de un agente, en combinación o como parte de un tratamiento secuencial o rotacional.

En el presente boletín se pretende actualizar el tratamiento de la psoriasis y dar algunas claves que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes.

*Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Agüera.

**Médicos Residentes 3º año en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Agüera.

***Sº de Dermatología. H.U. Marqués de Valdecilla.

TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad cutánea de causa desconocida. Las investigaciones más recientes se han centrado en los factores inmunológicos implicados y ahora se sabe que la mayoría de los rasgos clínicos se desarrollan como una respuesta desencadenada por los linfocitos T en la piel, con hiperproliferación y diferenciación anormal de la epidermis, además de infiltrados celulares inflamatorios y cambios vasculares. La incidencia en España es en torno al 1,4%, pudiendo comenzar a cualquier edad, aunque es rara en menores de 5 años. Su frecuencia es bimodal: un pico de incidencia en la 2ª década de la vida y otro a los 55-60 años. Se piensa que los factores genéticos juegan un papel importante (el 40% de los pacientes tienen una historia familiar de la enfermedad y tiende a ser concordante en gemelos monocigotos más que en dicigotos). La psoriasis de comienzo precoz puede tener diferentes determinantes genéticos que la tardía.

La lesión característica es una placa de bordes bien definidos, eritematosa y con escamas no adherentes de coloración blanco-nacarada. Cuando las placas curan, primero se resuelve el centro, formándose lesiones anulares, hasta que la piel normal cubre por completo la zona afectada, quedando una despigmentación o una mancha rojo azulada.

Su disposición suele ser simétrica y sus localizaciones más frecuentes son la superficie de extensión de codos y rodillas, la zona sacra y el cuero cabelludo, además de palmas y plantas de manos y pies.

También es frecuente la **afectación ungueal**, sobre todo en manos, con la presencia de hoyuelos ("pits"), manchas amarillentas bajo la placa ungueal en dirección hacia el hiponiquio

(manchas de aceite) y onicolisis e hipertrofia subungueal. Responde mal a la mayoría de tratamientos. Es más frecuente si hay afectación articular concomitante y en la psoriasis eritrodérmica, aunque puede aparecer de forma aislada.

La afectación de las mucosas es rara, aunque puede afectar a labios y pene.

Puede acompañarse de **afectación articular** (entre 5-42% de pacientes), en varias formas: oligoarticular, artritis interfalángicas distales, artritis mutilans y espondilitis o sacroileitis, asimétrica y seronegativa (espondiloartropatía seronegativa). Suele ir precedida por lesiones cutáneas en el 60-70% de los pacientes. La artritis precede a la psoriasis en el 20% de los pacientes. Incluso en pacientes sin lesiones cutáneas se encuentran cambios ungueales en pacientes con artritis psoriásica. Su gravedad no se correlaciona con la de la psoriasis.

En algunos casos los medicamentos pueden precipitar o exacerbar la psoriasis (Tabla 1).

Tabla 1. Medicamentos que pueden precipitar o exacerbar la psoriasis (la lista no es exhaustiva)

- IECAs (sobre todo lisinopril y captopril)
- Betabloqueantes
- Litio
- Agentes antimaláricos (cloroquina e hidroxiclороquina)
- Quinidina
- Fármacos fotosensibilizantes
- Anticonceptivos orales
- Antiepilépticos (carbamazepina, ácido valproico)
- Hipolipemiantes (principalmente fibratos)
- Terbinafina
- Alcohol

La psoriasis puede aparecer tras semanas o meses de tomar el medicamento.

FORMAS CLÍNICAS

Existen diversas **formas clínicas** (Tabla 2):

Psoriasis en placas: es la más frecuente (más del 80% de los casos), son placas que pueden confluir y formar figuras policíclicas. Las placas estables pueden cambiar a una forma inestable con lesiones inflamatorias que se irritan fácilmente con el tratamiento tópico.

Psoriasis guttata: o en gotas, formada por lesiones de menos de 1 cm, presentes sobre todo en tronco. Más frecuente en niños y adolescentes y típicamente al cabo de 2 semanas tras una amigdalitis estreptocócica. Desaparece espontáneamente en 2-3 meses. De buen pronóstico, en general, a veces hay brotes recurrentes que pueden ser la forma de inicio de una psoriasis crónica.

Psoriasis inversa: afecta a grandes pliegues (axilas, ingles, submamario, interglúteo). Formada por placas rojo brillantes, lisas, sin descamación, ocasionalmente con fisuras.

Psoriasis pustulosa: puede ser de localización **palmo-plantar** con pústulas estériles de base eritematosa, simétricas, de preferencia en eminencia tenar, hipotenar y talones, dejan escamo-costras marrones, o bien **generalizada benigna** (la más frecuente). Suele deberse a una reactivación tras el tratamiento con corticoides o metotrexate, la forma generalizada grave es poco frecuente: inicio agudo, con fiebre elevada, malestar general, pústulas, piel rojo escarlata seca y no descamativa, leucocitosis y aumento de la Velocidad de Sedimentación G.

Psoriasis eritrodérmica: es otra forma generalizada y grave de psoriasis que se instaura sobre cuadros de psoriasis crónica; se presenta con eritrodermia exfoliativa seca que afecta a todo el tegumento incluyendo pelo y uñas. Aparece fiebre y afectación del estado general.

MOTIVOS DE DERIVACIÓN AL DERMATÓLOGO

Aquellos pacientes con enfermedad extensa, que requieren tratamiento sistémico o fototerapia normalmente precisan la supervisión de un dermatólogo, dados los potenciales efectos adversos de estos tratamientos. También se precisa en casos difíciles en relación con la localización o la no respuesta.

Las indicaciones para la derivación podemos resumirlas en:

- Confirmar o establecer un diagnóstico
- Mala respuesta al tratamiento tópico adecuado en un periodo de tiempo razonable (p ej.: 1 mes)

- Necesidad creciente de mayores cantidades o potencias de los corticoides tópicos
- Necesidad de tratamiento sistémico
- Reacciones adversas al tratamiento tópico
- Formas graves (psoriasis pustulosa generalizada que se deriva como emergencia y psoriasis eritrodérmica)
- Afectación extensa
- Afectación de áreas difíciles de tratar (p. ej.: palmas, pies, genitales, cara)
- Problemas sociales, ocupacionales o psicológicos

En la consulta, además de los motivos de derivación, se debe indicar la terapia actual, si la tiene, su duración y la cantidad, terapias previas, su respuesta y efectos secundarios y cualquier información relevante (estado de salud y otra medicación), además de las

circunstancias personales o familiares que puedan afectar a la aplicación del tratamiento.

INFORMACIÓN AL PACIENTE AL INICIO DEL TRATAMIENTO

Al final del Boletín se incluye una hoja informativa para el paciente. Se debe insistir en los siguientes puntos:

- Explicación de la enfermedad, incluyendo que no es ni infecciosa ni maligna
- Opciones de tratamiento (incluyendo la posibilidad de no realizar tratamiento activo)
- El probable beneficio que se puede esperar del tratamiento
- Técnicas de aplicación del tratamiento tópico (importante con ditranol y preparaciones para el cuero cabelludo)

Tabla 2. Tipos de psoriasis, hallazgos asociados y tipos de tratamiento

Tipo	Rasgos clínicos	Factores precipitantes	Diagnóstico diferencial	Opciones de tratamiento
En placas	Lesiones descamativas, rojas, gruesas, con escamas plateadas	Estrés, infección, trauma, medicamentos, xerosis	Dermatitis atópica, dermatitis irritativa, linfoma cutáneo de células T, pitiriasis rubra pilaris, dermatitis seborreica	Localizado: corticoides tópicos, calcipotriol, alquitranes, antralina o tazaroteno Generalizado: fototerapia, agentes sistémicos, terapia combinada
Guttata	Forma de gotas, color rosa a salmón, placas descamativas; en tronco respetando palmas y plantas	Infección estreptocócica faríngea	Pitiriasis rosada, sífilis secundaria, erupción por medicamentos	Fototerapia UVB (radiación ultravioleta tipo B), luz solar natural
Pustulosa, localizada (Pustulosa palmo-plantar)	Placas o pápulas eritematosas con pústulas; en palmas o plantas	Estrés, infección, medicamentos	Erupción pustular por medicamentos, eccema dishidrótico, dermatosis pustular subcórnea	Igual a psoriasis en placas
Pustular, generalizada	Igual que localizada pero afectación mas general; puede asociarse con fiebre, malestar general y diarrea; puede existir o no una psoriasis previa	Estrés, infección, medicamentos	Erupción pustular por medicamentos, dermatosis pustular subcórnea	Terapia sistémica y/o hospitalización
Psoriasis eritrodérmica	Eritema y descamación severo, intenso y generalizado que afecta a todo el cuerpo; a menudo síntomas sistémicos; puede existir o no una psoriasis previa	Estrés, infección, medicamentos	Erupción por fármacos, dermatitis eccematosa, micosis fungoide, pitiriasis rubra pilaris	Terapia sistémica y/o hospitalización

ALGORIMO DE TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS LOCALIZADA

Se puede definir **psoriasis localizada** como aquella limitada en tal grado que se controla con **tratamiento tópico**. La National Psoriasis Foundation clasifica la psoriasis según el porcentaje de área corporal afectada y por la discapacidad que produce:

- **ligera** si cubre menos del 2% del cuerpo
- **moderada** entre el 2% y el 10%
- **severa** si cubre más del 10%.

Si es discapacitante, con independencia de la superficie afectada, también se considera severa (ej.: psoriasis de manos y pies). (La palma de la mano representa una superficie total de alrededor del 1% del cuerpo).

Se considera que un 8-9% de los pacientes pueden tener afectación severa, aunque las cifras pueden ser mayores.

Tabla 3. Algoritmo de tratamiento de la psoriasis localizada.

PSORIASIS LOCALIZADA*	
SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tratamiento inicial con corticoides tópicos en monoterapia o asociados a calcipotrieno tópico o a un medicamento con alquitrán ◆ Usar ungüentos para lesiones secas, descamativas y soluciones para el cuero cabelludo ◆ Usar emolientes como terapia adyuvante** 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enfermedad generalizada, grave o que requiere tratamiento especializado
¿Enfermedad bien controlada?	
SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Disminuir corticoides tópicos ◆ Continuar tratamiento adyuvante según necesidad para control a largo plazo ◆ Reiniciar corticoides tópicos, según necesidad, para los brotes 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Para placas notablemente fijas y localizadas considerar inyecciones de corticoides intralesionales ◆ Cuando están afectadas múltiples áreas considerar exposición solar juiciosa ◆ Añadir antralina o tazaroteno***
	¿Enfermedad bien controlada?
	SI
	NO
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Puede requerir tratamiento especializado ◆ Considerar consulta con dermatólogo

* afectación < 25% de la superficie corporal
 ** como emolientes y queratolíticos suele utilizarse vaselina salicilica 2-5% o propylacticare emulsión
 *** para algunos autores son de primera elección tazaroteno o calcipotriol

Tabla 4. Opciones de tratamiento

Tratamiento tópico	Tratamiento sistémico
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Emolientes (vaselina, parafina, aceite de oliva...) ◆ Queratolíticos (ácido salicílico) ◆ Coal tar o brea de hulla ◆ Ditranol o antralina ◆ Corticosteroides tópicos ◆ Derivados de la vitamina D (calcipotriol, tacalcitol, calcitriol) ◆ Retinoides (tazaroteno) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fototerapia (UVB*, PUVA**) ◆ Metotrexato ◆ Retinoides (acitretina) ◆ Ciclosporina ◆ Polypodium leucotomos o calaguala ◆ Hidroxicarbamida, hidroxiurea y micofenolato mofetilo ◆ Etanercept, infliximab

* radiación ultravioleta tipo B
 ** psoralenos + radiación ultravioleta tipo A

MEDICAMENTOS

EMOLIENTES Y QUERATOLÍTICOS

◆ Los **EMOLIENTES** hidratan la capa más externa de la epidermis penetrando en el estrato córneo y mimetizando los efectos de

los lípidos barrera. Se piensa que pueden tener también una acción antiinflamatoria indirecta. Reducen la pérdida de agua y suavizan la piel, mejorando su apariencia cosmética y además son seguros y de bajo

coste. La selección inapropiada del producto o su uso incorrecto puede resultar en que se descarte erróneamente su utilización. Un tratamiento eficaz depende de una cuidadosa selección del producto para que se ajuste a las necesidades y preferencias del paciente. Los preparados existentes se clasifican en función de los vehículos que los contienen e incluyen ungüentos, cremas, lociones, aceites de baño y sustitutos del jabón.

⇒ Los **ungüentos** pueden ser:

- **Grasas:** como la parafina blanda. No se absorben y forman una capa oclusiva con baja capacidad de absorción de agua. Aunque son efectivos pueden ser cosméticamente inaceptables.
- **De absorción:** como la grasa o alcoholes de la lana. Pueden absorber agua o secreciones acuosas hasta un 15% de su peso y aún permanecen semisólidos. Se extienden fácilmente pero son menos oclusivos que los anteriores
- **Emulsificantes:** contienen surfactantes no iónicos, catiónicos o aniónicos.
- **Solubles en agua:** mezclas de alto y bajo peso molecular de polietilenglicoles (macrogols). Se extienden bien y pueden lavarse fácilmente.

⇒ Las **cremas** son emulsiones semisólidas, pueden ser aceite-en-agua (o/w) o agua-en-aceite (w/o). Menos grasos que los ungüentos, se extienden y lavan bien, pero son también menos efectivos en hidratar el estrato córneo. Las cremas o/w al evaporarse tienen además un efecto refrescante.

⇒ Las **lociones** emolientes son emulsiones o/w diluidas o emulsiones formuladas con ingredientes emolientes de fácil extensión (isopropil estearato o isopropil miristato).

⇒ Los **jabones** y productos para lavarse tienen un efecto secante. Los **jabones emolientes** limpian la piel aunque no forman espuma y los **aditivos de baño emolientes** dejan una fina capa de emoliente sobre la piel tras el baño.

La selección apropiada de una mezcla de emolientes permite adecuarlo a las necesidades individuales.

Según algunos autores el mejor emoliente es aquel que más se parezca al sebo natural, que es una mezcla de emolientes: 28% ácidos grasos libres, 32% triglicéridos, 14% ceras y 5% escualeno, junto a otros componentes menores. Otros intentan imitar el factor natural

de protección de la piel (N.M.F.: Natural Moisturising Factor). Aunque el producto ideal aún no se ha creado.

Para realizar una **correcta administración** se recomienda

- dejar un intervalo de al menos media hora entre la aplicación del emoliente y cualquier esteroide para evitar la dilución del mismo y su difusión a áreas no afectadas.
- conviene calentar el emoliente para facilitar su aplicación o
- enfriarlo si el picor es un problema.
- aplicar al menos dos veces al día (lo ideal es tres o cuatro) y en la misma dirección del crecimiento del pelo.

En algunos pacientes con psoriasis muy leve podrían constituir el único tratamiento, aunque la mayoría precisan tratamiento adicional.

♦ Los **QUERATOLÍTICOS** (ácido salicílico) se usan habitualmente asociados a emolientes, coaltar, corticoides o ditranol para facilitar la eficacia de los medicamentos asociados al favorecer su absorción. Como pretratamiento el ácido salicílico (pomada 2-10%) puede ser muy útil en psoriasis palmoplantar y del cuero cabelludo, aunque es muy irritante. No debe aplicarse de forma extensa en el cuerpo, especialmente en niños, por la posible aparición de salicilismo: tinnitus, náuseas y vómitos.

Las preparaciones con **urea** y **alfahidroxiácidos**, tales como ácido láctico y ácido glicólico, son también agentes queratolíticos efectivos.

DITRANOL O ANTRALINA

Deriva de un remedio herbal usado en India y Brasil para enfermedades de la piel llamado polvo de Goa. Se considera un agente antimitótico.

Aunque carece de efectos secundarios sistémicos presenta problemas de irritación, inflamación y tinción de la zona perilesional, manchando piel, pelo, uñas y ropa. Se aconseja aplicar con guantes y vistiendo ropa usada. Para evitar irritar la piel normal se puede aplicar sobre ésta vaselina u óxido de zinc.

Habitualmente se aplica **una vez al día por la noche**. Se recomienda comenzar con la presentación de menor concentración e incrementar gradualmente hasta el 3%.

Actualmente se utiliza el denominado régimen **“de contacto breve”**: preparado al 1-2% bajo una gasa durante 30-60 minutos (mínimo 10

minutos) y luego se retira con agua. Se puede aplicar la primera vez 10 minutos, luego 3 días durante 20 minutos y las sucesivas veces durante 30 minutos hasta conseguir un beneficio. Este método mantiene su eficacia y mejora la aceptación por parte del paciente. Algunos pacientes prefieren una aplicación nocturna al 0,4%.

Debido a sus inconvenientes se ha ido suplantando por los nuevos agentes, aunque aún muchas personas se benefician de su uso.

COAL TAR O BREA DE HULLA

Ya descrito por el filósofo Griego Dioscórides hace 2000 años hoy en día aún se utiliza.

Se fabrica calentando carbón en ausencia de aire y retirando el amoníaco del polvo negro resultante. Contiene al menos 10.000 productos químicos. Se considera un agente antimitótico.

Necesita al menos 4 semanas de utilización para que sea efectivo, y mejora cuando se asocia a otros tratamientos, en particular a la fototerapia (método de Goeckerman).

Al parecer no presenta toxicidad sistémica significativa. Puede ser irritante local y producir foliculitis en la zona perilesional. Puede manchar la ropa y piel y presenta olor y aspecto desagradable. En estudios animales se ha mostrado carcinogénico, aunque en humanos esto no se ha demostrado.

Se puede aplicar por la noche dejando secar durante 10-15 minutos antes de acostarse y se retira por la mañana. Alternativamente se puede aplicar por la mañana y retirar tras 10-15 minutos. A menudo se usa una aplicación diaria en conjunción con 2 aplicaciones de corticoides tópicos diarias.

Aunque ha sido suplantado por otros agentes, los champús que contienen coal tar son efectivos en la psoriasis del cuero cabelludo.

ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D

Su uso en la psoriasis deriva de la observación de que pacientes con hipocalcemia tras tiroidectomía a menudo desarrollaban varias formas de psoriasis, en particular las formas pustulosas, mejorando tras la normalización del calcio sérico, otros pacientes con osteoporosis mejoraban de su psoriasis tras tratamiento con vitamina D. Esto condujo al desarrollo de análogos de la vitamina D para el tratamiento de la psoriasis.

El **calcipotriol** es un derivado sintético de la vitamina D con escasa absorción sistémica, siendo prácticamente inexistentes los riesgos de hipercalcemia a dosis inferiores a 100g /semana (en niños 6-12 años máximo 50g semanales; en mayores de 12 años máximo 75g semanales). Comparativamente con betametasona, ditranol o coal tar es, al menos, igual de eficaz, reduciendo o eliminando las lesiones tras 4-8 semanas de tratamiento, reapareciendo estas tras finalizar el tratamiento en la mayoría de los casos. Presenta **ventajas cosméticas** frente a coal tar o ditranol: es **inodoro e incoloro y no mancha la piel ni la ropa**, siendo además de **fácil aplicación**.

Su principal **efecto adverso** es la **irritación local**, debiendo evitarse la cara y zonas de flexión. No se han descrito efectos adversos sistémicos, atrofia cutánea o taquifilaxia tras su uso prolongado.

No se aconseja en psoriasis extensa, pustulosa o eritrodérmica. Está contraindicado en pacientes con alteraciones metabólicas del calcio, insuficiencia renal y embarazo (categoría C de la FDA).

Asociado a otros tratamientos (p ej: corticoides tópicos) puede mejorar la eficacia y reducir su toxicidad.

El **calcitriol** está indicado en la psoriasis en placas ligera-moderada, incluso en cara y pliegues, se usa dos veces al día, no debiendo aplicarse en más del 35% de la superficie corporal cada día (máximo 30g de pomada diarios). No se aconseja su uso en niños.

El **tacalcitol** es un nuevo derivado sintético de la vitamina D₃, se aplica 1 vez al día sin exceder los 5 g por día. No se han notificado casos de hipercalcemia o hipercalcemia, aunque se recomienda vigilar la concentración de calcio sérico en pacientes con insuficiencia renal. Parece bien tolerado, aunque se puede asociar a algunas reacciones locales: picor, quemazón, escozor, erupción e irritación. A diferencia del calcipotriol se puede aplicar en la cara y podría ser útil en los pliegues cutáneos. Sin embargo, a diferencia del calcipotriol en loción, no se recomienda su uso en el cuero cabelludo.

Los pacientes comienzan a mejorar a las 2 semanas de tratamiento, los estudios de más de 8 semanas de duración son escasos. Su eficacia es similar a la betametasona 0,1% y al ditranol al 1,5 ó 3%. Frente a calcipotriol se mostró menos eficaz.

RETINOIDES

Los retinoides tópicos se desarrollaron para evitar muchos de los efectos adversos sistémicos de los retinoides orales (etretinato). El **tazaroteno** se metaboliza en la piel para convertirse en su metabolito activo el ácido tazaroténico.

En forma de gel (0,05-0,1%), 1 vez/día, por la noche y sin sobrepasar los 3 meses de tratamiento. La dosis de 40 mg/semana tiene una eficacia similar a los corticoides potentes, eliminando las lesiones en el 50-70% de los pacientes, con un efecto rápido y mantenido (hasta 12 semanas tras el cese del tratamiento), además es cosméticamente aceptable. Las recaídas son menores y más tardías que con los corticoides. A diferencia del calcipotrieno se puede usar en la psoriasis de la cara. La formulación al 0,1% es la más efectiva aunque también la más irritante (se aconseja proteger la zona circundante con pasta de zinc).

No se ha observado tolerancia. En monoterapia tiene una **alta capacidad de irritación**, por ello, debe usarse en combinación con corticoides. **No asociar a productos abrasivos y evitar la exposición solar**. Se debe aplicar con la **piel seca** y no en región periorificial. No se ha asociado a efectos adversos sistémicos significativos. Se ha descrito sobre todo **toxicidad local**: irritación, inflamación, dolor punzante, prurito, descamación y eritema.

La teratogenia no se ha asociado al uso tópico, aunque en principio se desaconseja su administración durante el embarazo (categoría X de la FDA), hay quién aconseja confirmar un test de embarazo negativo a las 2 semanas de comenzar el tratamiento.

Puede ser especialmente útil como tratamiento alternativo de mantenimiento a los corticoides tópicos, y asociado a éstos, mejora su eficacia y reduce la toxicidad local.

No está indicado en psoriasis inversa.

CORTICOIDES TÓPICOS (CT)

Es el grupo terapéutico más utilizado. Tienen una acción rápida a corto plazo, son fáciles de aplicar y bien aceptados. Difícilmente

normalizan o curan las lesiones de forma completa y duradera.

Su uso prolongado (sobre todo los más potentes) puede ocasionar **efectos adversos locales y sistémicos**: atrofia cutánea, estrías, telangiectasias, hipopigmentación, enmascarar infecciones cutáneas y supresión adrenal, que se presentan sobre todo en cara (dermatitis perioral) y zonas intertriginosas.

Su efecto disminuye tras 1-2 meses de tratamiento y su interrupción puede provocar una reacción eritematosa o favorecer una psoriasis inestable o pustulosa. Un **régimen intermitente** (1 aplicación/día, 4 veces por semana) puede ser igual de eficaz que el régimen tradicional (2 aplicaciones/día), minimizando efectos adversos y tolerancia.

Deben seleccionarse en función de la zona a tratar, la fase de la lesión y el tipo de psoriasis. No son de primera elección en psoriasis eritrodérmica, pustulosa o inestable.

Para el tratamiento a largo plazo de la psoriasis se debe tener en cuenta que es una enfermedad crónica. Algunos tratamientos se pueden administrar de forma continua en periodos prolongados de tiempo, sin embargo, la mayoría deben darse de forma intermitente con periodos máximos de pocos meses. El tratamiento combinado se usa en la mayoría de pacientes y puede reducir los efectos secundarios y aumentar la eficacia. Como cada paciente tiene su propia psoriasis se necesita un ajuste individual del tratamiento.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LA PSORIASIS

El tratamiento sistémico se considera de uso especializado por lo que no se incluye.

Sus indicaciones son:

- Fallo de control adecuado del tratamiento tópico
- Admisiones hospitalarias repetidas para tratamiento tópico
- Psoriasis en placas crónica extensa en el anciano o pacientes frágiles
- Psoriasis pustular generalizada o eritrodérmica
- Artropatía psoriásica severa

Guía para el uso de corticoides tópicos.

- No deberían usarse regularmente más de 4 semanas sin supervisión clínica. Los corticoides potentes no se deben usar regularmente durante más de 7 días.
- No se deben repetir las prescripciones sin supervisar: revisar al paciente cada 3 meses.
- No aplicar más de 100 g de una preparación potente o muy potente por mes.
- Se debe intentar rotar los corticoides con preparaciones de otras sustancias.
- El uso de preparaciones potentes y muy potentes se debería supervisar por un dermatólogo. El uso de la punta del dedo (FTU) como medida puede ayudar a conocer cuanta crema, pomada o ungüento usar.

FTU= Finger Tips Units = 0,5g

Tabla 5. Potencia del corticoide a utilizar según el área de aplicación.

Zona anatómica	Potencia
Mucosas, genitales, párpados, cara y zona interna de los muslos	Baja o intermedia, o potencia alta durante periodos breves de tiempo
Pliegues, áreas de flexión, zona interna de brazos y cuero cabelludo	Baja-alta. Reducir la potencia tan pronto como sea posible.
Pecho y espalda, brazos y muslos, piernas, dorso de manos y pies	Intermedia-alta o muy alta durante periodos cortos de tiempo.
Codos y rodillas, palmas y plantas, uñas	Alta-muy alta. Atención a los posibles efectos secundarios.

El grado de absorción decrece en este orden según la zona de la piel en la que se aplique el CT:
Genitales > Cabeza > Tronco > Palma de la mano o planta del pie

Tabla 6. Cantidad semanal de corticoide según las zonas del cuerpo.

Zona del cuerpo	Cantidad semanal de cremas y pomadas
Cara y cuello	15-30 g
Ambas manos	15-30 g
Cuero cabelludo	15-30 g
Ambos brazos	30-60 g
Ambas piernas	100 g
Tronco	100 g
Inglés y genitales	15-30 g

Tabla 7. Formulaciones idóneas según zona, tipo de piel y lesión a tratar.

Formulación	Zonas sin pelo, lesiones gruesas hiperqueratósicas	Zonas con pelo	Palmas-plantas	Zonas infectadas	Zonas intertriginosas, lesiones maceradas, húmedas
Ungüento	***		***		
Pomada	***		***		
Crema	**	*	**	*	**
Gel		**		*	*
Loción		**		**	**
Solución		***		***	**

* formulación de utilidad ocasional
 ** formulación aceptable
 *** formulación preferente

Tabla 8. Formulación magistral para el tratamiento de la psoriasis

Ácido retinoico	
Para placas de psoriasis cutáneas	
Dp/: Ácido retinoico.....0,1% Urea.....10% Acetónido de triamcinolona.....1% ₀ Excipiente graso.....c.s.p... 100 g Dos aplicaciones diarias o una en cura oclusiva	
Acido salicílico/ lanolina/ urea	
Para placas de psoriasis cutáneas	
Dp/: Lanolina7% Urea10% Acetónido de triamcinolona 1% ₀ Acido salicílico3% Emulsión O/W c.s.p.....200 cc	
Dp/: Lanolina7% Urea5% Acetónido de triamcinolona1% ₀ Emulsión O/W c.s.p.....200cc	
Para placas de psoriasis del cuero cabelludo	
Dp/: Acido salicílico10% Aceite de oliva c.s.p....200 cc	
Ditranol	
Psoriasis crónica del cuerpo y cuero cabelludo	
Dp/: Ditranol.....0,1%* Urea.....17% Antioxidantes y conservador...c.s. Crema/emulsión o/w.....c.s.p. 100g *si la tolerancia es buena al 0,1% puede aumentarse hasta el 0,2% en el cuerpo	
Lesiones del cuerpo: dos aplicaciones al día (mañana y noche) después de lavado y secado completo de las lesiones, mínimo de 6 semanas. La crema se aplicará en capa fina hasta su absorción total.	Lesiones del cuero cabelludo: lavado diario con un champú catiónico y posterior aplicación de la loción. Dp/: Alcohol feniletílico.....7,5% Cetrimida.....10% Ácido undecilénico.....1% Alcoholes de lanolina etoxilados....5% Agua destilada c.s.p.....200 g Previo secado aplicación de la loción con un ligero masaje, delimitando bien las lesiones. Por la noche, se aconseja protección con gorro de lana.
Terapia de mantenimiento: fórmula anterior sin urea. Frecuencia de aplicación según necesidad (diaria, alterna, semanal) Contraindicaciones: no aplicar cuando existen infecciones de la piel ni en casos de insuficiencia renal La irritación producida por el ditranol puede ser prevenida o tratada con indometacina (25 mg/8 h) Después de un tratamiento prolongado con CT debe dejarse un periodo sin tratamiento activo antes de utilizar esta crema	

Tratamiento de minutos para la psoriasis	
Lesiones del cuerpo	Lesiones del cuero cabelludo
Dp/: Ditranol1% Ácido salicílico.....5% Vaselina amarilla B.P. c.s.p.....100 g	Dp/: Ditranol 1% Acido salicílico 0.5% Excipiente adecuado c.s.p. una barra epidérmica de 50g Dp/: Ditranol 1% Acido salicílico 3% Azufre precipitado 5% Excipiente graso lavable c.s.p. 100g
Si la tolerancia ha sido buena a la concentración 1%, se recomienda la del 2% como óptima, aplicada durante 10 minutos	
Los 3-5 primeros días, una aplicación diaria de la pomada al 1% durante 10 minutos, delimitando bien las lesiones. Si la tolerancia ha sido buena puede aumentarse la concentración de ditranol hasta un máximo de un 3% y/o el tiempo de aplicación hasta un máximo de 20 minutos	Tratamiento análogo al de las lesiones del cuerpo. Delimitar bien la zona a tratar.
Psoriasis plamo-plantar	
Palmar	Plantar
Dp/: Urea 10% Excipiente emoliente lavable c.s.p. 100g Dp/: Adeps lanae 7% Urea 10-20% Emulsión o/w c.s.p. 100g Dp/: Adeps lanae 7% Urea 10% Acido retinoico 0.1% Emulsión o/w c.s.p. 100g Dp/: Propilenglicol 60% Acido salicílico 6% Gel celulósico hidroalcohólico c.s.p. 100g	Dp/: Urea 40% Excipiente emoliente lavable c.s.p. 100g Dp/: Adeps lanae 7% Urea 40% Emulsión o/w c.s.p. 100g Dp/: Propilenglicol 60% Acido salicílico 6% Gel celulósico hidroalcohólico c.s.p. 100g Dp/: Acetónido de triamcinolona 1% Propilenglicol 60% Acido salicílico 6% Gel celulósico hidroalcohólico c.s.p. 100g
Hidratar la piel con agua tibia durante 5 minutos y aplicar el gel bajo oclusión por la noche.	Hidratar la piel con agua tibia durante 5 minutos y aplicar el gel bajo oclusión por la noche. Hacerlo de 10 a 15 días. Una vez que el blanqueamiento es evidente, usando el gel de forma ocasional se mantiene la remisión.

Tabla 9. Antipsoriásicos tópicos: presentaciones comerciales y coste

Principio activo	Presentación comercial	Coste/envase (€)
Ditranol	1% 50 g crema	13,82
	3% 50 g crema	17,17
Calcipotriol	0,05% 30g crema	11,57
	0,05% 30 g pomada	13,31
	0,05% 30 ml solución	13,26
	0,05% 60 ml solución	26,28
	0,05% 100 g crema	32,18
	0,05% 100 g pomada	37,03
Calcitriol	3 mcg/g 30 g pomada	13,31
	3 mcg/g 100 g pomada	37,02
Tacalcitol	0,4% 30 g pomada	18,89
	0,4% 50 g pomada	29,15
Tazaroteno	0,05% 15 g gel	10,99
	0,05% 60 g gel	36,22
	0,1% 15 g gel	11,57
	0,1% 60 g gel	38,10

Fuente: Nomenclátor Sifarcán octubre 2004

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE

¿Qué es la psoriasis?

La psoriasis es una enfermedad de la piel muy frecuente. Causa grandes manchas rojas o púrpuras sobre la piel, con escamas encima de ellas. Las manchas están engrosadas y sobreelevadas. Se encuentran habitualmente en los codos, rodillas y cuero cabelludo, pero pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo.

En casos leves, la psoriasis afecta pocas áreas; en casos severos puede afectar todo el cuerpo. Puede tener una repercusión psicológica si las manchas son visibles.

¿Qué causa la psoriasis?

Nadie lo sabe exactamente. La razón de que la piel se vuelva roja y gruesa es que las células de la piel crecen más rápido de lo normal, y no hay tiempo para que se desprendan. Las células se acumulan formando parches gruesos y escamosos sobre la piel.

¿Es contagiosa?

Cualquiera puede tener psoriasis. Hombres, mujeres, niños y gente de todas las razas. No es una enfermedad contagiosa, es decir, no se puede transmitir de otra persona. La enfermedad puede aparecer en distintos miembros de la misma familia.

¿La psoriasis puede curarse?

No, no hay cura. Pero un tratamiento adecuado puede controlarla de modo que a usted no le afecte.

¿Qué tratamientos se pueden usar?

Un primer paso es mantener su piel bien hidratada. También se usan con frecuencia ungüentos, cremas, lociones que se aplican sobre el área afectada. En casos más severos, se toman medicamentos por vía oral.

Otros tratamientos son una luz ultravioleta especial. La exposición solar juiciosa puede ser útil. Debe usar una crema fotoprotectora en las partes no afectadas por la psoriasis, especialmente en la cara.

¿Qué hace que la psoriasis empeore?

Puede empeorar por el estrés o las infecciones, algunas medicinas también pueden empeorarla, como el litio, ciertos tratamientos para la tensión arterial (como betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina), así como fármacos para el dolor (como antiinflamatorios no esteroideos).

¿Cómo puedo obtener más información sobre la psoriasis?

Hable con su médico de familia. También puede encontrar información en internet en sitios acreditados (por ejemplo <http://www.psoriasis.org>)

BIBLIOGRAFÍA

1. Kupper TS. Immunologic targets in psoriasis. N Engl J Med 2003; 349: 1987.
2. Pardasani AG, Feldman SR, Clark AR. Treatment of psoriasis: An algorithm-based approach for Primary Care Physicians. Am Fam Physician 2000; 61: 725-33, 736
3. www.bad.org.uk.
4. Lebwohl, M. Psoriasis. Lancet 2003; 361: 1197-1204
5. CADIME, Ficha de Novedad Terapéutica nº2, 1999
6. CADIME, Ficha de Novedad Terapéutica nº3, 1994
7. www.eguidelines.co.uk/eguidelinesmain/guidelines/summaries/skin/bad_pcds_psoriasis.htm.
8. Wong C, Kirby B. Current treatments in the management of psoriasis. Prescriber 2003; 53-63
9. Chowdhury M. The management of psoriasis in primary care. Prescriber 2000; 11(18)
10. Sangrador Rasero A. Corticoides tópicos. Boletín de Uso Racional del Medicamento. Atención Primaria, Cantabria. Nº4 Diciembre 2001.
11. CADIME, Boletín Terapéutico Andaluz. 1999;15(1)
12. Guías clínicas fisterra. En www.fisterra.com/psoriasis 2003;3(9).
13. General principles of dermatologic therapy and topical corticosteroid use. UpToDate 12.3, 2004.
14. Overview of psoriasis. UpToDate 12.3, 2004
15. Van de Kerkhof PCM. Therapeutic strategies: rotational therapy and combinations. Clinical and Experimental Dermatology 2001; 26, 356-361.

CONCLUSIONES

El éxito del tratamiento de la psoriasis, como otros tratamientos dermatológicos, depende de un diagnóstico correcto, del tipo de lesión que se está tratando (conviene recordar el adagio: si una lesión es húmeda, usar agentes que la sequen, y si es seca, humedecerla), de la medicación propiamente dicha, del vehículo (la base en la cual la medicación activa se libera) y del método usado y sitio dónde se aplica la medicación.

Tampoco conviene olvidar que los medicamentos no carecen de efectos secundarios, sobre todo cuando se precisan a largo plazo.

INDICE ANUAL:

- Boletín N°1: Uso racional de estatinas
- Boletín N°2: Tratamiento del glaucoma
- Boletín N° 3: Nuevos métodos de anticoncepción hormonal
- Boletín N° 4: Tratamiento de la psoriasis

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

COMITE DE REDACCIÓN :

COMISIONES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
DE LOS SECTORES:
TORRELAVEGA-REINOSA
SANTANDER-LAREDO

REDACCIÓN

Avenida del Besaya s/n
Teléfono: 83 50 50 Fax: 89 81 80
39300 TORRELAVEGA

Avda. Cardenal Herrera Oria s/n
Edificio anexo a la Residencia Cantabria
Teléfono: 942 20 27 00 Fax : 942 20 34 04
39011 SANTANDER

ISSN: 1576-8295

Dep Legal: SA 165-2000

<http://www.scsalud.es/publicaciones/>

