



DOI: 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.984-995

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1352>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 984-995







Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis

Update on the diagnosis and treatment of psoriasis

Atualização do diagnóstico e tratamento da psoríase

Johanna Carolina Álvarez Jiménez¹; Gabriela Alexandra Narváz Montenegro²; Diana Gabriela Pazmiño Bautista³; Holger Omar Romero Calderón⁴

RECIBIDO: 25/03/2024 **ACEPTADO:** 05/04/2024 **PUBLICADO:** 27/05/2024

1. Médica; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; johanna_210@live.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7942-1814>
2. Médico Cirujano; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; gabyalexandranm@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-0607-8924>
3. Médico; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; gabbu_12@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0002-4584-586X>
4. Médico; Investigador Independiente; Latacunga, Ecuador; Omar52168@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0004-0676-9192>

CORRESPONDENCIA

Johanna Carolina Álvarez Jiménez

johanna_210@live.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta a millones de personas en todo el mundo. En esta revisión bibliográfica, se examinaron los avances recientes en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis. Se realizaron búsquedas exhaustivas en bases de datos electrónicas utilizando términos clave como psoriasis, diagnóstico, tratamiento, terapias biológicas y JAK. Se seleccionaron estudios relevantes publicados en los últimos 10 años, incluidas revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica. Los hallazgos destacaron los enfoques terapéuticos emergentes, como los inhibidores de JAK y las terapias biológicas dirigidas, y resaltaron la importancia del manejo integral de la enfermedad para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Psoriasis, Inflamatoria, Piel, Biológica, Inhibidores.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that affects millions of people worldwide. In this literature review, recent advances in the diagnosis and treatment of psoriasis were examined. Exhaustive searches were conducted in electronic databases using key terms such as psoriasis, diagnosis, treatment, biological therapies, and JAK. Relevant studies published in the last 10 years, including systematic reviews and clinical practice guidelines, were selected. Findings highlighted emerging therapeutic approaches, such as JAK inhibitors and targeted biological therapies, and emphasized the importance of comprehensive disease management to improve clinical outcomes and patient quality of life.

Keywords: Psoriasis, Inflammatory, Skin, Biological, Inhibitors.

RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória crónica da pele que afecta milhões de pessoas em todo o mundo. Nesta revisão da literatura, foram examinados os recentes avanços no diagnóstico e tratamento da psoríase. Foram realizadas pesquisas exaustivas em bases de dados electrónicas utilizando termos-chave como psoríase, diagnóstico, tratamento, terapias biológicas e JAK. Foram seleccionados estudos relevantes publicados nos últimos 10 anos, incluindo revisões sistemáticas e directrizes de prática clínica. Os resultados destacaram abordagens terapêuticas emergentes, como os inibidores da JAK e terapias biológicas direccionadas, e enfatizaram a importância do gerenciamento abrangente da doença para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Psoríase, Inflamatória, Pele, Biológicos, Inibidores.

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel que está asociada con muchas otras afecciones médicas y afecta a más de 60 millones de adultos y niños en todo el mundo. Establecer la carga global de la psoriasis es una prioridad de investigación clave para la OMS. En 2014, la organización aprobó una resolución que reconoce la psoriasis como una “enfermedad crónica, no transmisible, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la cual no hay cura”. La psoriasis ocurre igualmente en hombres y mujeres, con una edad media de inicio de 33 años. Puede presentarse antes en las mujeres, con un inicio bimodal a la edad de 16-22 años y 55-60 años, asociado con dos subtipos diferentes basados en características genéticas e inmunológicas: inicio temprano, antes de los 40 años (75% de los casos), e inicio tardío, después de los 40 años (1).

Se han identificado varios tipos de psoriasis, dependiendo de cómo afecta al paciente. La mayoría de los casos de psoriasis corresponden a psoriasis vulgar o psoriasis en placas (casi el 90%). La psoriasis en placas se reconoce fácilmente por las placas pruriginosas cubiertas de escamas plateadas. Las respuestas inmunitarias innata y adaptativa son responsables del desarrollo de la inflamación psoriásica, mientras que las respuestas inmunitarias innatas son más significativas en la psoriasis en placas. Uno de los mecanismos más aceptados implica una sobreexpresión de péptidos antimicrobianos en la piel psoriásica, actuando como un desencadenante y una fase de mantenimiento continuo (2).

Los factores genéticos juegan un papel significativo en la patogénesis de la psoriasis. En individuos genéticamente predispuestos, varios factores desencadenantes pueden provocar la enfermedad. En encuestas anteriores de 1982 a 2012, se observó que los factores de exacerbación para la población japonesa eran el estrés (6.4% a 16.6%), factores estacionales (9.7% a

13.3%), infección (3.5% a 8.3%), exposición al sol (1.3% a 3.5%) y β -bloqueadores (0.9% a 2.3%). Las comorbilidades incluían hipertensión (1.1% a 27.8%), diabetes mellitus (DM) (7.0% a 13.9%), enfermedades cardiovasculares (4.2% a 8.1%) y amigdalitis (3.5% a 5.4%). Los factores de riesgo para la psoriasis pueden dividirse en dos grupos, a saber, factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos (3).

Metodología

El presente artículo de investigación, se abordó como una metodología de revisión bibliográfica, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas, como PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando términos de búsqueda específicos relacionados con la enfermedad. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 10 años que proporcionaran información relevante sobre los avances en los métodos de diagnóstico, las estrategias terapéuticas y los resultados clínicos en pacientes con psoriasis. Además, se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica para garantizar una cobertura completa de la literatura científica disponible. Los datos relevantes fueron extraídos, analizados y sintetizados para proporcionar una visión integral y actualizada del tema.

Resultados

Clasificación clínica

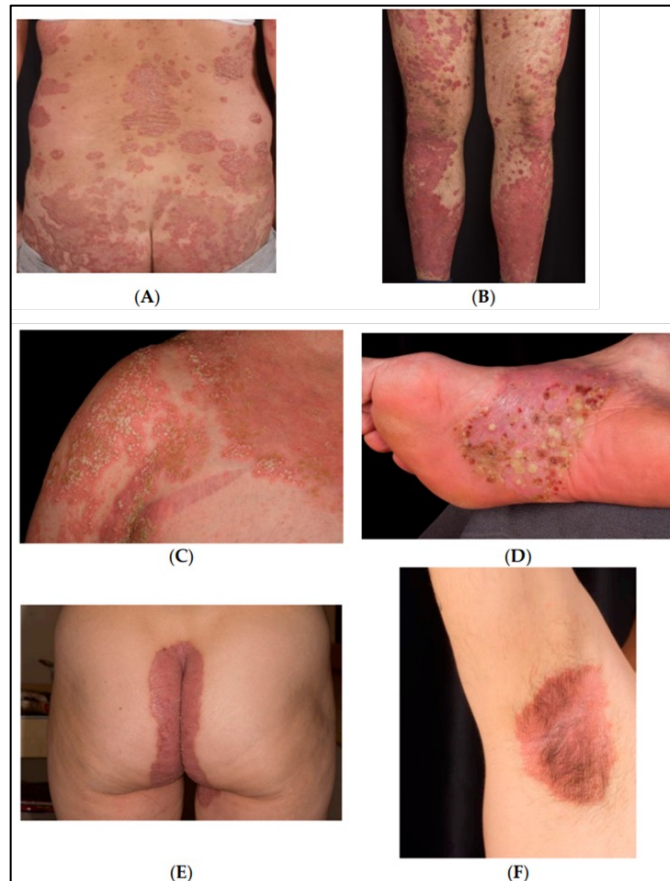


Figura 1. Manifestaciones clínicas de la psoriasis. (A,B) La psoriasis vulgar se presenta con placas escamosas eritematosas en el tronco y las superficies extensoras de las extremidades. (C) Psoriasis pustulosa generalizada. (D) Psoriasis pustulosa localizada en las plantas de los pies. Esta variante típicamente afecta las palmas de las manos; de ahí el nombre psoriasis pustulosa palmoplantar. (E,F) La psoriasis inversa afecta los pliegues de la piel (es decir, la zona axilar, interglútea, inframamaria y genital)

Fuente: Rendon & Schäkel (4).

- **Psoriasis Vulgar:** Aproximadamente el 90% de los casos de psoriasis corresponden a la psoriasis en placas crónica. Las manifestaciones clínicas clásicas son placas eritematosas pruriginosas, bien delimitadas, cubiertas de escamas plateadas. Las placas pueden fusionarse y cubrir grandes áreas de la piel. Las ubicaciones comunes incluyen el tronco, las superficies extensoras de las extremidades y el cuero cabelludo (4).
- **Psoriasis Inversa:** También llamada psoriasis flexural, la psoriasis inversa afecta las ubicaciones intertriginosas y

se caracteriza clínicamente por placas y parches eritematosos ligeramente erosivos (4).

- **Psoriasis Guttata:** La psoriasis guttata es una variante con un inicio agudo de pequeñas placas eritematosas. Usualmente afecta a niños o adolescentes, y a menudo es desencadenada por infecciones estreptocócicas del grupo A en las amígdalas. Alrededor de un tercio de los pacientes con psoriasis guttata desarrollarán psoriasis en placas a lo largo de su vida adulta (4).

- **Psoriasis Pustulosa:** La psoriasis pustulosa se caracteriza por múltiples pústulas estériles que se fusionan. La psoriasis pustulosa puede ser localizada o generalizada. Se han descrito dos fenotipos localizados distintos: psoriasis pustulosa palmoplantaris (PPP) y acrodermatitis continua de Hallopeau (ACS). Ambas afectan las manos y los pies; la PPP se restringe a las palmas de las manos y las plantas de los pies, y la ACS se localiza más distalmente en las puntas de los dedos de manos y pies, afectando el aparato ungueal. La psoriasis pustulosa generalizada se presenta con un curso agudo y rápidamente progresivo caracterizado por enrojecimiento difuso y pústulas subcórneas, y a menudo va acompañada de síntomas sistémicos (4).

Factores de riesgo

- **Genética:** Hay antecedentes familiares en 33% de los enfermos; se cree que la transmisión es autosómica dominante o multifactorial (poligénica). Cuando un progenitor tiene psoriasis, 8% de la descendencia la presenta; cuando los dos progenitores tienen psoriasis, 41% de los hijos la padece. Se ha relacionado con los antígenos HLA-Cw6 más fuertemente, HLA-B13, HLA-Bw57 y HLA-Cw*0602 (psoriasis en gota y artritis psoriásica) El gen de mayor susceptibilidad a la psoriasis es el PSORS1 (5).
- **Regulación de queratinocitos:** Se observa gran actividad mitótica y bioquímica; se ha demostrado aumento de la capacidad de reproducción epidérmica, con disminución de la duración del ciclo celular de tres semanas a solo tres días. El fenómeno fundamental consiste en aumento del crecimiento de queratinocitos epidérmicos y alteración de su diferenciación (5).
- **Alteraciones inmunitarias:** Los linfocitos T CD8+ son la principal población de linfocito T en las lesiones. La epidermis y la dermis reaccionan como un siste-

ma integrado: los cambios descritos en la capa germinativa de la epidermis y los cambios inflamatorios en la dermis desencadenan cambios epidérmicos. El mantenimiento de las lesiones psoriásicas se considera una respuesta inmunitaria autorreactiva persistente (5).

Factores desencadenantes/agravantes

- **Trauma físico y/o químico:** la fricción por los pañales en lactantes y niños. La ropa ajustada, laceraciones, escisiones, piercings y tatuajes que puedan desencadenar el fenómeno de Koebner, en adolescentes y adultos (6).
- **Infecciones Bacterianas:** más del 60% de los casos en niños se asocia a infecciones del tracto respiratorio superior, faringitis estreptocócica y ocasionalmente dermatitis perianal (6).
- **Infecciones Micóticas:** *Cándida Albicans* en los pliegues y *Malassezia Furfur* en cuero cabelludo pueden favorecer al agravamiento de la psoriasis Infecciones Virales: la infección por HIV puede dar lugar a una psoriasis severa y refractaria al tratamiento habitual. Existen otros virus descriptos (6).
- **Medicamentos:** corticoides sistémicos, cloroquina, hidroxiclороquina, antiinflamatorios no esteroides, carbonato de litio, terbinafina, interferón, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, progesterona, yoduro de potasio, sales de oro y otros.
- **Otros:** estrés emocional, tabaco y alcohol (6).

Sintomatología

La psoriasis se manifiesta como máculas, pápulas, placas y pústulas; además, puede ocasionar prurito y dolor. Las lesiones afectan principalmente el cuero cabelludo, el tronco, las extremidades superiores e inferiores y las uñas. Psoriasis vulgar (lesiones tipo placa, estables), inversa (afecta axilas,

inglés, región supramamaria y ombligo), psoriasis eruptiva (goteada, múltiples pápulas, pequeñas, eritematosas y descamativas), psoriasis pustulosa (la piel es eritematosa, tiene pústulas y escamas de forma variable; la eritrodermia es cuando se afecta más del 90% de la piel), afección ungueal (en 40% de los pacientes, erosiones puntiformes (signo del dedal), hiperparaqueratosis y manchas) (7).

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad es clínico. El raspado metódico es una prueba sencilla que consiste en el curetaje de una placa de psoriasis. Con esta técnica se ponen de manifiesto tres signos:

- **Signo de la vela de estearina:** Desprendimiento de escamas secas y blancas.
- **Signo de la membrana desplegable:** película consistente, blanca pardusca y húmeda.
- **Signo del rocío sangrante (Signo de Auspitz):** puntillado hemorrágico. Se considera patognomónico para el diagnóstico. Para cuantificar la severidad de la enfermedad existen algunas mediciones clínicas, a continuación, se mencionan algunas de las más importantes:
- **BSA (Body Surface Area):** Consiste en el cálculo directo de la superficie corporal
- Afectada. Emplea la palma de la mano del paciente como el equivalente al 1% de la superficie corporal. Puntuación total máxima 100%, una afección mayor a 10% se considera severa.
- PASI (Psoriasis Area and Severity Index)
- Representa el estándar de medición de la severidad de la psoriasis. Evalúa el grado de eritema, descamación e infiltración de las placas de psoriasis con relación del área topográfica comprometida, dando una puntuación de 0 a 72. Valores mayores a 10 puntos, se considera severa (7).

DLQI (Evaluación de la calidad de vida)

- Es un cuestionario de 10 preguntas que completa el paciente. Incluye preguntas relacionadas con los síntomas y sensaciones, actividades cotidianas, ocio, trabajo y colegio, relaciones personales y tratamiento. La puntuación comprende valores de 0 a 30. Valores mayores a 10 puntos, se considera severa (7).

Criterios de severidad

- Cuando la enfermedad es considerada moderada a severa (Regla de los 10: BSA \geq 10, PASI \geq 10, DLQI \geq 10).
- Cuando la enfermedad tenga un relevante impacto, psicológico, físico y/o social que lleve a un estado ansioso o depresivo.
- Cuando la enfermedad, aunque sea localizada, no pueda ser controlada con tratamiento tópico y esté asociada a un alto impacto funcional y psicológico (psoriasis en áreas difíciles).

Objetivos del tratamiento

Tabla 1. Terapias tópicas aceptadas para el tratamiento de la psoriasis

Ingrediente Activo	Características	Efectos secundarios
Humectantes	Reduce la hiperproliferación, la diferenciación y la apoptosis. Además, tiene efectos antiinflamatorios y mejora la función de barrera.	Dermatitis irritante, dermatitis de contacto alérgica, alergia a fragancias, sensación de ardor y acné.
Alquitrán de Hulla	Suprime la síntesis de ADN, reduciendo la hiperproliferación de queratinocitos.	Olor, manchas, dermatitis de contacto irritante, eritema, escozor, foliculitis y formación de queratoacantomas.
Ácido Salicílico	Reduce la cohesión intercelular de las células córneas al disolver el material cementante intercelular. Además, reduce el pH del estrato córneo, aumentando la hidratación y suavizándolo.	Posible intoxicación sistémica crónica o aguda, ardor en la mucosa oral, dolor de cabeza frontal, síntomas del sistema nervioso central, acidosis metabólica, tinnitus, náuseas y vómitos.
Inhibidores Tópicos de la Calcineurina (ITC)	Inhibe la acción de la calcineurina fosfatasa y bloquea la producción de sustancias inflamatorias que se considera que son importantes en la formación de lesiones cutáneas.	Stinging sensation and skin irritation
Tazaroteno	Se une a los receptores de ácido retinoico β y γ en la membrana celular de los queratinocitos y luego es transportado al núcleo, alterando la transcripción de genes en los queratinocitos.	El efecto secundario más común del tazaroteno es la irritación localizada.
Antralina (Ditranol)	Reduce la proliferación de queratinocitos, previene la activación de células T y restaura la diferenciación celular, probablemente a través de la disfunción mitocondrial.	Irritación cutánea, manchas en la piel lesionada y en la piel adyacente, cabello, uñas, ropa y otros objetos con los que los pacientes entren en contacto.
Corticosteroides Tópicos	Los corticosteroides son vasoconstrictores, antiproliferativos, antiinflamatorios e inmunosupresores. Se unen al receptor intracelular de corticosteroides y regulan la transcripción génica de numerosos genes, especialmente aquellos que codifican para citocinas proinflamatorias.	La atrofia cutánea, las estrías, la telangiectasia o la infección secundaria son posibles efectos secundarios de los corticosteroides tópicos (TCS, por sus siglas en inglés). Por lo tanto, los TCS potentes no deben usarse en la cara o en sitios intertriginosos. Los eventos adversos sistémicos ocurren cuando los TCS se usan durante períodos prolongados o a dosis más altas de lo comúnmente recetado. El uso prolongado de TCS potentes puede resultar en su absorción sistémica significativa, lo que puede provocar supresión del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, síndrome de Cushing y hiperglucemia.

Análogos de la Vitamina D	Los análogos de la vitamina D se unen al receptor intracelular de la vitamina D, el cual luego se une y regula los genes involucrados en la proliferación epidérmica, la inflamación y la queratinización.	La irritación cutánea, la hipercalcemia, la hipercalcemia y la supresión de la hormona paratiroidea son efectos secundarios posibles, pero muy raros.
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Adaptado de Petit et al (2).

Tabla 2. Tratamientos sistémicos aceptados

Tipo de tratamiento	Droga	Características	Efectos secundarios
Tratamientos convencionales	Acitretin	Se une a receptores nucleares en genes que controlan la diferenciación celular, la anti-proliferación, la anti-inflamación, la anti-queratinización y la inhibición de la quimiotaxis de neutrófilos. Es el único tratamiento sistémico que no es inmunosupresor.	Depresión, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, mialgias, queilitis, descamación de la piel, alopecia, xerosis, rinitis, distrofia ungueal, epistaxis, piel pegajosa, dermatitis por retinoides y xeroftalmia.
	Ésteres de Ácido Fumárico (FAEs)	Tiene propiedades inmunomoduladoras, antiinflamatorias y antiproliferativas, y acciones apoptóticas sobre las células T activadas.	Calor, enrojecimiento del rostro y dolores de cabeza, proteinuria, insuficiencia renal reversible, hematuria microscópica y daño tubular proximal.
	Ciclosporina	Inhibe la síntesis de interleucinas, como la IL-2, y la diferenciación de células T.	Hipertensión, arritmia, ansiedad, dolores de cabeza, fiebre, hipomagnesemia, hiperpotasemia, dislipidemia y encefalopatía.
	Metotrexato	Reduce el ARNm de la interleucina (IL)-17 y la expresión de proteínas IL-17 en células mononucleares de sangre periférica estimuladas con CD3 y CD28. Modula los mediadores proinflamatorios y sus efectos en la expresión génica aterogénica en la piel de las lesiones psoriásicas.	Náuseas, dolor de estómago y diarrea
Moléculas pequeñas	Apremilast	Inhibe la expresión y/o producción de TNF- α , IFN- γ , IL-12 y IL-23, así como de las quimiocinas CXCL9, CXCL10, CCL2 y CCL3, IL-2, IL-5, IL-13, IL-17, TNF- α e IFN-	Náuseas, dolor de estómago y diarrea

		γ por las células T estimuladas y de IFN-α por las células dendríticas.	
	Ruxolitinib	Ruxolitinib actúa inhibiendo las enzimas Janus kinasa (JAK1 y JAK2), que desempeñan un papel crucial en la señalización de las citoquinas proinflamatorias.	Infecciones, anemia, trombocitopenia, elevación enzimas hepáticas, trastornos gastrointestinales, reacciones cutáneas, aumento de peso.
	Tofacitinib	Es un inhibidor potente de JAK1 y JAK3 y tiene cierta actividad contra JAK2 y Tyk2.	Nasofaringitis, infección del tracto respiratorio superior, dolor de cabeza, infección del tracto urinario y diarrea.
Anti-TNF alpha	Infliximab	Interfiere con las acciones de TNF-α al unirse directamente a las moléculas de TNF-α solubles y transmembranales en el plasma y el tejido enfermo.	Disnea, urticaria, hipotensión, enrojecimiento y dolor de cabeza.
	Etanercept	Es un receptor humano recombinante de TNF administrado por inyección subcutánea. Es una proteína de fusión que antagoniza los efectos del TNF endógeno al inhibir competitivamente su unión con los receptores de la superficie celular.	Infecciones respiratorias, síntomas similares a la gripe y síntomas gastrointestinales.

Fuente: Adaptado de Petit et al (2).

Si consideramos la Psoriasis, una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada asociada a inflamación sistémica y comorbilidad, es lógico hoy en día dirigir nuestro objetivo de tratamiento, no solo a controlar la enfermedad cutánea, sino que a modificar la evolución natural de la enfermedad.

En primer lugar, es indispensable insistir en cambios de hábito de vida: dieta saludable, mantener un índice de masa corporal (IMC) adecuado, ejercicio físico, control del stress mental, reducir consumo de alcohol, tabaco y disminuir la ingesta de alimentos de alto índice glicémico. En segundo lugar, es una obligación médica el control y manejo adecuado de las comorbilidades, para disminuir los riesgos de morbilidad asociados a la enfermedad. El gran impacto emocional negativo de la enfermedad, nos obliga a una respuesta óptima (PASI 90), rápida, segura y mantenida en el tiempo.

El avance del conocimiento en biología molecular y de la inmunopatogenia de la Psoriasis, nos permite actualmente elegir los blancos terapéuticos específicos, para el control adecuado de la inflamación, considerando las variables enunciadas anteriormente (efectividad, duración de acción, seguridad y costo) (8).

Terapia biológica en psoriasis

Son fármacos dirigidos contra dianas terapéuticas específicas sobre mecanismos inmunopatogénicos que conducen a la inflamación y a la lesión tisular en las enfermedades inflamatorias crónicas sistémicas. Inhiben de forma selectiva, la activación, maduración o proliferación de células y citoquinas inflamatorias que participan en la psoriasis, sin alcanzar una inmunosupresión general (9).

Clasificación:

- **Anticuerpos (AC) monoclonales:** son anticuerpos formados por una célula híbrida, producto de la fusión de un clon de Linfocitos B, descendiente de una célula madre y una célula plasmática tumoral. Se unen a proteínas localizadas en la superficie celular, a interleuquinas y citosinas circulantes
- **Proteínas de fusión:** son moléculas que están constituidas por la unión de secciones de diferentes proteínas (un receptor de una proteína humana unida a la fracción constante de una inmunoglobulina). El nombre del fármaco finaliza en cept.
- **Citosinas recombinantes:** Son anticuerpos monoclonales que inhiben la señalización de los ejes de citosinas más importantes 17/23, afectando el perfil de las células TH 17. Se trata de los biológicos más nuevos del mercado (9).

Indicaciones de tratamiento biológico

- Pacientes con psoriasis moderada a severa “regla de los 10”. (PASI >10, BSA >10%, DLQI >10).
- Pacientes que estén expuestos al desarrollo de toxicidad relacionada con efectos adversos de tratamientos sistémicos de primera línea.
- Pacientes que reciben tratamientos sistémicos, pero requieran altas dosis con riesgo aumentado de toxicidad.
- Pacientes con comorbilidades que determinen una contraindicación de otros sistémicos.
- Pacientes tratados con sistémicos de primera línea que no logren un control efectivo, o que presenten una recaída rápida de la enfermedad (dentro de los 3 meses de suspender el tratamiento).
- Pacientes con formas clínicas severas que generan limitaciones funcionales o

discapacidad o necesiten hospitalización, (formas eritrodérmica, pustulosa generalizada, palmo-plantar, ungueal, genital o flexural).

- Pacientes con psoriasis moderada a severa asociada con artritis psoriásica.
- Pacientes con impacto significativo en el bienestar físico, social, o psicológico por síntomas como dolor, rigidez, sangrado, prurito intenso, que resulta en depresión o ansiedad relacionada (9).

Evaluación diagnóstica previa a la indicación de biológico

Para iniciar un tratamiento biológico primero es necesario evaluar tanto el estado actual de la psoriasis del paciente como la presencia de afecciones previas o concomitantes teniendo en cuenta:

- Antecedentes personales y familiares de psoriasis.
- Examen físico de piel y faneras.
- Realización de biopsia cutánea, en casos de duda diagnóstica.
- Tipo de psoriasis.
- Su severidad y extensión (clinimetría).
- Síntomas acompañantes.
- Compromiso de uñas, pliegues, genitales, articulaciones y cuero cabelludo.
- Antecedentes de una evolución estable o inestable (brotes y recaídas).
- Antecedentes de infecciones recurrentes, insuficiencia cardíaca, enfermedades desmielinizantes, oncológicas: hematológicos, tumores cutáneos y sólidos.
- Afección actual o antecedentes de otras enfermedades inflamatorias (enfermedad inflamatoria intestinal o uveítis, entre otras).
- Presencia de síndrome metabólico (sobrepeso, HTA, dislipemia, hepatopatía, diabetes).

- Existencia de trastornos psiquiátricos (9).

Manejo de poblaciones especiales, pacientes con comorbilidad y gestión del riesgo

- **Mayores de 65 años:** En una revisión sistemática reciente se analizaron los resultados de 18 trabajos⁸ (tres sub-análisis de ECA, cinco estudios de cohortes y 10 series de casos) sobre el uso de terapias biológicas en pacientes con psoriasis moderada - grave mayores de 65 años. En general, la eficacia en este sub-grupo poblacional es muy similar a la encontrada en la población más joven. Sin embargo, en algunos de estos estudios se ha objetivado un incremento del riesgo para acontecimientos adversos (incluyendo los graves) en pacientes con más de 65 años, que sin embargo se ve superado por el del tratamiento sistémico clásico en esta población (10).
- **Pacientes pediátricos:** Actualmente, tienen indicación para el tratamiento de la psoriasis pediátrica etanercept, adalimumab, ustekinumab, ixekizumab y secukinumab. Los objetivos terapéuticos en pacientes pediátricos deben ser idénticos a los establecidos para población adulta, por lo que esta población debería poder beneficiarse, al igual que los adultos, de la terapia biológica sin demora, en especial teniendo en cuenta la ausencia de indicación aprobada de tratamientos no biológicos en la población pediátrica. En la elección terapéutica se debe tener muy en cuenta la conveniencia de la administración (frecuencia, número y dolor de las inyecciones), ya que puede ser determinante en la adherencia al tratamiento (10).
- **Embarazo, lactancia y deseo gestacional:** El paso transplacentario de madre a hijo de los anticuerpos inmunoglobulina G (IgG) se produce a partir del 3º trimestre mediante la unión de su fragmento cristalizante a los receptores neonatales para Fc de inmunoglobulinas (FcRn) en la placenta³⁸. Sin embargo,

no todos los anticuerpos monoclonales demuestran la misma afinidad para unirse a estos receptores, por lo que su paso transplacentario puede ser distinto. Las IgG1 (adalimumab, infliximab, secukinumab, ustekinumab, guselkumab, tildrakizumab, risankizumab), IgG2 (brodalumab) e IgG4 (ixekizumab) probablemente atraviesen la placenta de un modo similar. Se han detectado niveles de infliximab y adalimumab en recién nacidos hasta seis meses después del nacimiento. Por otra parte, se ha descrito que etanercept tiene una menor afinidad por los FcRn. Certolizumab pegol (que carece de Fc), ha demostrado bajo o nulo paso transplacentario (10).

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que requiere un enfoque integral en su diagnóstico y tratamiento. Los avances recientes en la comprensión de los mecanismos subyacentes han llevado al desarrollo de terapias más específicas y efectivas, incluyendo terapias biológicas dirigidas, inhibidores de Janus kinasa (JAK) y otras opciones de tratamiento oral. Además, la identificación temprana y el manejo adecuado de los factores desencadenantes y comorbilidades asociadas son fundamentales para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis.

Bibliografía

- Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet* [Internet]. 2021 Apr;397(10281):1301–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620325496>
- Petit RG, Cano A, Ortiz A, Espina M, Prat J, Muñoz M, et al. Psoriasis: From Pathogenesis to Pharmacological and Nano-Technological-Based Therapeutics. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2021 May 7;22(9):4983. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/22/9/4983>
- Kamiya K, Kishimoto M, Sugai J, Komine M, Ohtsuki M. Risk Factors for the Development of Psoriasis. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019 Sep 5;20(18):4347. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/18/4347>

- Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019 Mar 23;20(6):1475. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/6/1475>
- Gualán Guamangate SP, Jiménez Paucar TM, Macera Tenecela CE, Sigüencia Sanmartín JA. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis. *RECIMUNDO* [Internet]. 2023 Oct 28;7(4):251–60. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2144>
- Sigüenza Inga TA, Pérez Quiroga FD, Méndez Morillo JC, Gudiño Cuamacás ED. Actualización en el manejo de la psoriasis. *RECIMUNDO* [Internet]. 2023 Feb 23;7(1):197–206. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1943>
- Paredes Paredes JN, Novillo Flores M del C, Cárdenas Chávez AB, Campuzano Rizzo BL. Actualización terapéutica de la psoriasis. *RECIMUNDO* [Internet]. 2022 Mar 29;6(2):318–29. Available from: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1574>
- Valenzuela F, Araya I, Arellano J, Armijo D, Correa H, De la Cruz C, et al. Actualización guías clínicas chilenas para el manejo de la psoriasis. *Rev Chil Dermatología*. 2022;36(3).
- Acuña J. Actualización sobre terapéutica biológica en Psoriasis [Internet]. Universidad de Ciencias Médicas; 2020. Available from: <https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/c048d7b2-0f45-4080-af1d-e0369008cb50/content>
- Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Lencina JJA, et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 2 «Manejo de poblaciones especiales, pacientes con comorbili. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2022 Jun;113(6):583–609. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731022001223>

CITAR ESTE ARTICULO:

Álvarez Jiménez, J. C., Narváez Montenegro, G. A., Pazmiño Bautista, D. G., & Romero Calderón, H. O. (2024). Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis. *RECIAMUC*, 8(1), 984-995. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.984-995](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.984-995)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.