



DOI: 10.26820/reciamuc/8.(3).sep.2024.234-247

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1491>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 234-247







Psoriasis, actualización en el diagnóstico y tratamiento. Una perspectiva actual

Psoriasis, update on diagnosis and treatment. A current perspective

Psoríase, atualização do diagnóstico e do tratamento. Uma perspectiva atual

Carolina Estefanía Quinga Quillupangui¹; Michael Dahyann Robalino Aldaz²; Iveth Estefanía Torres Jiménez³; Janeth Reina Hurtado Astudillo⁴

RECIBIDO: 20/04/2024 **ACEPTADO:** 02/011/2024 **PUBLICADO:** 15/12/2024

1. Magíster en Salud Ocupacional; Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; carolinaquina05@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1582-7601>
2. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; jcruz@utb.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0003-7483-8463>
3. Magíster en Salud y Seguridad Ocupacional mención en Prevención de Riesgos Laborales; Médica Cirujana; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; ietj1505@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0002-9397-0964>
4. Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud; Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médica General; Médica Institucional; Universidad Espíritu Santo; Guayaquil; ginavalverde@uees.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0007-6797-4191>

CORRESPONDENCIA

Carolina Estefanía Quinga Quillupangui

carolinaquina05@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad crónica e inflamatoria que afecta la piel y las articulaciones. Esta patología se caracteriza por presentar lesiones cutáneas bien delimitadas, descamación y enrojecimiento. Con frecuencia se relaciona con enfermedades inflamatorias sistémicas como es el caso de la artritis psoriásica. Los avances en la investigación de esta patología han logrado el desarrollo de nuevas terapias y con ellas el mejoramiento del pronóstico de estos pacientes. En consecuencia, el propósito de la investigación es realizar una revisión de la literatura disponible y plasmar lo novedoso en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis. La metodología empleada es una revisión bibliográfico – documental. En la actualidad, el diagnóstico de la psoriasis se sigue fundamentando en los signos clínicos de la enfermedad y la valoración histológica. La clasificación de la severidad de la psoriasis es un factor fundamental en el seguimiento de esta patología. En la actualidad, se encuentra disponible una amplia gama de tratamientos, sin embargo, este debe ser individualizado y adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. Entre las terapias existentes se encuentran: la terapia tópica, fototerapia, terapia sistémica y el tratamiento biológico. Con relación a los nuevos paradigmas en el tratamiento de la psoriasis se encuentran la inmunogenicidad, a pesar de que aún hay controversia sobre su magnitud y trascendencia terapéutica. Asimismo, la evidencia actual indica que la modulación de la microbiota intestinal, tanto a través de dietas como por suplementación con probióticos y prebióticos, podría resultar un nuevo enfoque terapéutico.

Palabras clave: Psoriasis, Diagnóstico, Tratamiento, Actualización, Perspectiva.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, inflammatory disease that affects the skin and joints. This pathology is characterized by well-defined skin lesions, peeling, and redness. It is often associated with systemic inflammatory diseases such as psoriatic arthritis. Advances in research into this pathology have led to the development of new therapies and, with them, improved prognosis for these patients. Consequently, the purpose of the research is to review the available literature and capture what is new in the diagnosis and treatment of psoriasis. The methodology used is a bibliographic-documentary review. Currently, the diagnosis of psoriasis is still based on the clinical signs of the disease and histological assessment. Classification of the severity of psoriasis is a fundamental factor in the monitoring of this pathology. Currently, a wide range of treatments is available, however, this must be individualized and adapted to the specific needs of each patient. Existing therapies include: topical therapy, phototherapy, systemic therapy, and biological treatment. New paradigms in the treatment of psoriasis include immunogenicity, although there is still controversy about its magnitude and therapeutic significance. Likewise, current evidence indicates that modulation of the intestinal microbiota, both through diet and supplementation with probiotics and prebiotics, could be a new therapeutic approach.

Keywords: Psoriasis, Diagnosis, Treatment, Update, Perspective.

RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória crônica que afecta a pele e as articulações. Esta patologia é caracterizada por lesões cutâneas bem definidas, descamação e vermelhidão. Está frequentemente associada a doenças inflamatórias sistémicas, como a artrite psoriática. Os avanços na investigação desta patologia conduziram ao desenvolvimento de novas terapias e, com elas, a um melhor prognóstico para estes doentes. Consequentemente, o objetivo da investigação é rever a literatura disponível e captar o que há de novo no diagnóstico e tratamento da psoríase. A metodologia utilizada é a revisão bibliográfica-documental. Atualmente, o diagnóstico da psoríase ainda se baseia nos sinais clínicos da doença e na avaliação histológica. A classificação da gravidade da psoríase é um fator fundamental no acompanhamento desta patologia. Atualmente, existe um vasto leque de tratamentos disponíveis, no entanto, este deve ser individualizado e adaptado às necessidades específicas de cada doente. As terapêuticas existentes incluem: terapia tópica, fototerapia, terapia sistémica e tratamento biológico. Os novos paradigmas no tratamento da psoríase incluem a imunogenicidade, embora ainda haja controvérsia sobre a sua magnitude e significado terapêutico. Da mesma forma, a evidência atual indica que a modulação da microbiota intestinal, tanto através da dieta como da suplementação com probióticos e prebióticos, poderia ser uma nova abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Psoríase, Diagnóstico, Tratamento, Atualização, Perspetiva.

Introducción

Para los dermatólogos, la psoriasis constituye un campo de investigación muy interesante y en el que invierten mucho esfuerzo, ya que todavía es una enfermedad crónica sin cura definitiva. Por ahora, los avances en los tratamientos médicos logran frenar la evolución, hacer más llevaderos los síntomas y lograr cada vez periodos más largos de remisión. Es imprescindible que el dermatólogo proporcione un tratamiento personalizado según las necesidades del paciente (1).

Se trata de una enfermedad inflamatoria multisistémica que afecta predominantemente a la piel y las articulaciones. Más allá de las dimensiones físicas de la enfermedad, la psoriasis tiene un amplio efecto emocional y psicosocial en los pacientes, que afecta el funcionamiento social y las relaciones interpersonales. Como enfermedad de inflamación sistémica, la psoriasis se asocia a múltiples comorbilidades, incluidas las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas (2).

Los síntomas de la psoriasis pueden ser diferentes en cada persona, pero algunos de los más frecuentes incluyen: parches de piel roja y gruesa con escamas de color blanco plateado que pican o arden; piel seca y agrietada que pica o sangra; uñas gruesas, estriadas y picadas; dificultad al dormir. Los síntomas de la psoriasis tienden a aparecer y desaparecer. Es posible que note que hay momentos en los que los síntomas empeoran, llamados brotes, seguidos por momentos en los que se siente mejor (remisión). Algunos pacientes tienen una afección relacionada llamada artritis psoriásica, en la que las articulaciones se vuelven rígidas, hinchadas y dolorosas, y se tiene dolor en el cuello, la espalda, o el talón de Aquiles (3).

Según la Federación Internacional de Asociaciones de Psoriasis (IFPA) 125 millones de personas en todo el mundo (entre el 2 y el 3 por ciento de la población total) pade-

cen psoriasis. Se estima que el 30 por ciento de las personas con psoriasis también desarrollan artritis psoriásica (4).

Las estimaciones de la prevalencia de la psoriasis varían ampliamente entre las diferentes poblaciones, y es probable que exista un subinforme de la psoriasis entre las personas de piel oscura en comparación con las personas de piel clara. Un estudio informó tasas que oscilan entre 0 y 1,4% en niños y 0,5 a 11,4% en adultos. Los picos de aparición tienen una distribución principalmente bimodal, la mayoría de ellos entre dos rangos de edad: 16-22 años y 57-60 años, aunque puede aparecer a cualquier edad (5).

La psoriasis puede ser una afección de por vida que usualmente se puede controlar mediante tratamiento. Puede desaparecer durante períodos extensos y luego volver. Con el tratamiento apropiado, no afecta la salud general. Pero debe estar al tanto que existe un fuerte vínculo entre la psoriasis y otras afecciones, como la enfermedad del corazón (6).

Esta enfermedad puede ser difícil de diagnosticar porque puede lucir como otras enfermedades de la piel. En cuanto a su tratamiento, existen muchos enfoques para tratarla. Las opciones de tratamiento seguras y probadas incluyen cremas, terapia de luz y medicamentos, ya sea en forma de píldoras o de inyecciones. Las decisiones sobre el tratamiento para la psoriasis deben ser tomadas según cada caso específico y adaptarse al estado clínico del paciente y a su estado de salud subyacente, teniendo en cuenta sus preferencias y objetivos (7).

El objetivo de la investigación es realizar una revisión de la literatura disponible actualizada y plasmar lo novedoso en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis.

Materiales y Métodos

El desarrollo del presente estudio se basó en una investigación de tipo documental bibliográfica. Se realizó una búsqueda de información utilizando diferentes bases de

datos, entre las que figuran: PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), SciELO, Medigraphic, Dialnet, ELSEVIER, Cochrane, entre otras. Donde se usaron descriptores tales como: “*Psoriasis*”, “*Psoriasis + diagnóstico*” y “*Psoriasis + tratamiento*”. Para la selección de los resultados se tuvo en cuenta el idioma, el cual se consideró el español, la relevancia, así como la correlación temática. Por último, la fecha de publicación, la cual estuvo entre 2019 y 2024, con excepción de algunos registros que se consideraron vigentes e importantes para el desarrollo del presente estudio.

El material bibliográfico recolectado consistió en artículos científicos, en general, guías clínicas, e-books, ensayos clínicos, consensos, protocolos, tesis de posgrado y doctorado, noticias científicas, boletines y/o folletos de instituciones oficiales o privadas de reconocida trayectoria en el ámbito científicoacadémico y demás documentos e informaciones, considerados de interés y con valor de la evidencia científica a criterio del equipo investigador.

Resultados

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico sin embargo para su confirmación es útil el estudio histopatológico que evidencia enlogación uniforme de las crestas interpapilares con adelgazamiento de la epidermis ubicada dentro de las papilas dérmicas, paraqueratosis que alterna con ortoqueratosis, infiltrado inflamatorio alrededor de los vasos sanguíneos en la dermis papilar compuesto por linfocitos, macrófagos, células dendríticas y mastocitos (8).

La evaluación diagnóstica debe considerar:

- Historia clínica detallada del paciente.
- Examen clínico de piel y faneras.
- Clinimetría: PASI (Psoriasis Area Severity Index), sPGA (static Physician Global Assessment), BSA (Body Surface Area),

NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index) y DLQI (Dermatology Life of Quality Index).

- Raspado metódico (signo de Auspitz).
- Biopsia cutánea, en casos de duda diagnóstica.
- Laboratorio: eritrosedimentación (ERS), proteína C reactiva (PCR) cuantitativa.
- Cultivo de fauces, nasal y perianal, anti-tiestreptolisina (psoriasis en gotas).
- Micológico de uñas (diagnóstico diferencial de psoriasis ungueal) (9).

Existen diferentes tipos clínicos de psoriasis que se muestran en la Tabla 1, de los cuales el más común es la psoriasis crónica en placas, que afecta al 80% al 90% de los pacientes con psoriasis. El sello distintivo de la psoriasis en placas clásica son placas bien delimitadas, simétricas y eritematosas con escamas plateadas suprayacentes (ver Figura 1). Las placas se localizan típicamente en el cuero cabelludo, el tronco, los glúteos y las extremidades, pero pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Los pacientes pueden mostrar afectación de las uñas, que puede presentarse sin placas concomitantes (ver Figura 2). Las lesiones activas pueden causar picazón o dolor. La psoriasis también puede presentarse como una respuesta isomórfica, donde se desarrollan nuevas lesiones en piel previamente normal que ha sufrido un traumatismo o lesión. La gravedad de la enfermedad puede ser útil para guiar el tratamiento y se clasifica como leve, moderada y grave (10).

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la psoriasis

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	HALLAZGOS CLÍNICOS
Soriasis en placas	<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas y escamosas bien circunscritas de > 0,5 cm de diámetro, ya sea como lesiones únicas o como enfermedad generalizada. • Se clasifica además según los sitios anatómicos.
• Flexión	<ul style="list-style-type: none"> • También conocida como psoriasis <i>intertriginosa</i> o <i>inversa</i>. • Placas delgadas, mínimamente escamosas y bien delimitadas, localizadas en los pliegues de la piel (regiones inframamarias, axilares, inguinales, genitales y de la hendidura natal).
• Clavo	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentarse sin placas cutáneas concomitantes. • Fóvea, onicólisis distal, hiperqueratosis subungueal, signo de la gota de aceite, hemorragias en astilla, leuconiquia, desmoronamiento, lúnula roja • La afectación ungueal es un predictor de artritis psoriásica
• Cuero cabelludo	<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los sitios más comunes de psoriasis. • A menudo difícil de tratar
• Palmoplantar	<ul style="list-style-type: none"> • Localizado en las manos y plantas de los pies. • Enrojecimiento y descamación confluentes sin placas evidentes hasta áreas escamosas o fisuradas mal definidas o placas grandes que cubren la palma o la planta del pie.
Otras variantes	
• Guttata	<ul style="list-style-type: none"> • Erupción aguda de pequeñas pápulas de color rosa salmón, con escamas finas y en forma de "gota de rocío" en el tronco o las extremidades. • Puede seguir antecedentes de faringitis por estreptococos del grupo A o dermatitis perianal por estreptococos del grupo A
• Pustulosa	<ul style="list-style-type: none"> • Láminas de pústulas monomorfas sobre piel dolorosa e inflamada. • Se localiza más comúnmente en las palmas o plantas de los pies.
• Eritrodermia	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición aguda o subaguda de eritema generalizado que cubre el 90% o más del cuerpo entero del paciente con poca descamación. • Puede estar asociado con hipotermia, hipoalbuminemia, desequilibrios electrolíticos e insuficiencia cardíaca de alto gasto. • Emergencia que pone en peligro la vida
• Anular	<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritematosas y escamosas bien delimitadas con aclaramiento central.

Fuente: Tomado de "Directrices canadienses para el tratamiento de la psoriasis en placas: descripción general" por Papp et al., (2011). Comité Canadiense de Directrices para la Psoriasis (10).



Figura 1. Psoriasis en placas. Se caracteriza por placas eritematosas bien delimitadas con escamas plateadas: A) Psoriasis en placas en el codo; B) Psoriasis en el tronco, marcada por placas confluentes, rojas, escamosas y bien delimitadas; C) Psoriasis en el dorso del pie y articulación metatarsofalángica con uñas psoriásicas que muestran distrofia; D) Psoriasis en la zona postauricular, que es un sitio común de afectación

Fuente: Tomado de “Diagnóstico y tratamiento de la psoriasis” por Kim et al., (2017) (2).

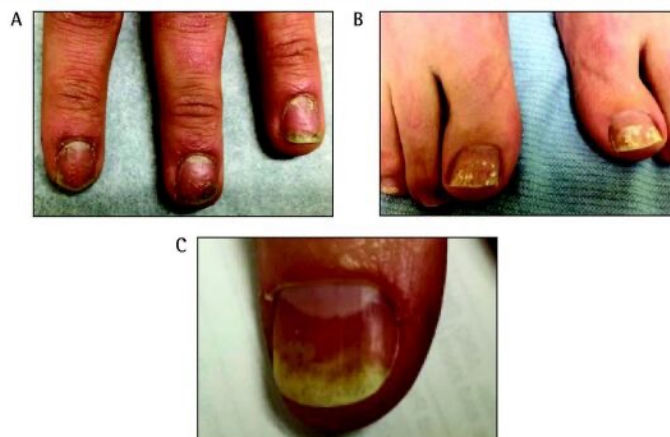


Figura 2. Afectación ungueal en pacientes con psoriasis. A) Uñas psoriásicas, consistentes en picaduras, onicólisis distal, hiperqueratosis subungueal y desmoronamiento; B) Leuconiquia y hemorragias en astilla; C) Onicólisis distal y signo de la gota de aceite

Fuente: Tomado de “Diagnóstico y tratamiento de la psoriasis” por Kim et al., (2017) (2).

El término "clímetría" fue introducido por Alvar Feinstein hace más de 30 años para describir la necesidad de un enfoque sistemático para clasificar la severidad de la enfermedad, distinguiendo entre los datos

"objetivos" y "subjetivos". La clímetría se ha convertido en un aspecto de vital importancia para el seguimiento de la psoriasis debido a que actualmente no se cuenta con biomarcadores que permitan establecer la

severidad de la enfermedad, su clasificación compleja y que hasta hoy no existen criterios estandarizados de severidad (8).

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que adolece de una importante variabilidad clínica entre pacientes y en diferentes momentos del tiempo en un mismo paciente. Como enfermedad compleja y asociada a diversas comorbilidades, lo primero a tener en cuenta a la hora de medirse es que ningún instrumento de medida servirá para cualquier circunstancia, y que para elegir cuál vamos a emplear para una finalidad concreta deberemos tener en cuenta lo que queremos medir, que el instrumento sea capaz de medir lo que queremos (validez externa) y su grosor, la intensidad del eritema y de la descamación y por otra parte hasta qué punto las lesiones producen una alteración de la calidad de vida. Sin embargo, existen excepciones a esta regla. Aunque tengan poca superficie afectada, hay personas que se clasificarán en el grupo de psoriasis moderada o grave porque las lesiones se localizan en zonas visibles, molestas o de difícil tratamiento como son la cara, las palmas y las plantas, las zonas de pliegues (axilares, inguinales o zona genital) o si tienen las uñas afectadas. Parte de esta clasificación del paciente en un nivel de intensidad superior al que le correspondería por su afectación puramente objetiva y cuantitativa, vendrá determinada por la repercusión que la enfermedad produce en la calidad de vida del paciente (11).

Existen diversas herramientas de medición clínica que se utilizan para cuantificar diferentes aspectos de la enfermedad, sin embargo, entre las escalas más usadas se pueden mencionar: BSA (Body Surface Area), PASI (Psoriasis Area and Severity Index), Physician's Global Assessment (PGA) y DLQI (Evaluación de la calidad de vida). En la presente revisión se explicarán sólo dos de ellas, la escala PASI y PGA.

Psoriasis Area and Severity Index (PASI)

La escala Psoriasis Area and Severity Index o índice de área y gravedad de la psoriasis en español, ha sido y sigue siendo la herramienta más usada. Fue introducido en 1978 por Fredriksson y Pettersson, y fue el punto de partida para la aparición de otras escalas en los años posteriores. Evalúa el eritema, la induración y la descamación de las lesiones cutáneas en cuatro áreas físicas principales: cabeza, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores; y las relaciona con el área afectada en cada una de ellas. Se realiza utilizando una fórmula en la que se asigna a cada área un porcentaje de la superficie corporal total: a la cabeza, un 10%; a las extremidades superiores, un 20%; al tronco, un 30%, y a las extremidades inferiores, un 40% y se valora el eritema, descamación, infiltración y extensión (las primeras tres se cuantifican de 0 a 4, y la última se cuantifica según el porcentaje de área de superficie corporal comprometida). La fórmula con la que se calcula el PASI viene dada por: $PASI = 0,1 \times Sc \times (Ec + Ic + Dc) + 0,2 \times Ss \times (Es + Is + Ds) + 0,3 \times St \times (Et + It + Dt) + 0,4 \times Si \times (Ei + Ii + Di)$. Donde S es la puntuación correspondiente a la extensión, E la correspondiente al eritema, I la correspondiente a la infiltración o grosor, y D la correspondiente a la descamación en cada zona, y los subíndices c, s, t, e i a las regiones cabeza/cuello, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores (incluyendo nalgas), respectivamente. El resultado puede variar de 0 a 72, en términos generales se considera que el paciente tiene una psoriasis moderada a grave si el PASI es superior a 10. Este método tiene la ventaja de facilitar un seguimiento más confiable, comparabilidad histórica de las determinaciones, buena correlación con otras medidas, la buena correlación entre observadores, la escasa (2%) variabilidad entre observadores, así como de medir la eficacia del tratamiento; sin embargo no permite evaluar la severidad de todas las formas de

presentación clínica incluida la psoriasis en gotas, y la psoriasis palmoplantar, y no ofrece información acerca del impacto psicológico de la enfermedad en el paciente, también una desventaja de esta escala es que los evaluadores requieren un entrenamiento para la realización de la misma para evitar la

sobrevaloración o infravaloración, y la poca sensibilidad al cambio en superficie en pacientes con menos de un 10% de superficie corporal afectada. Pese a lo anterior el PASI ha sido validado por múltiples estudios y es en el momento el gold estándar en cuanto al seguimiento de la enfermedad (8).

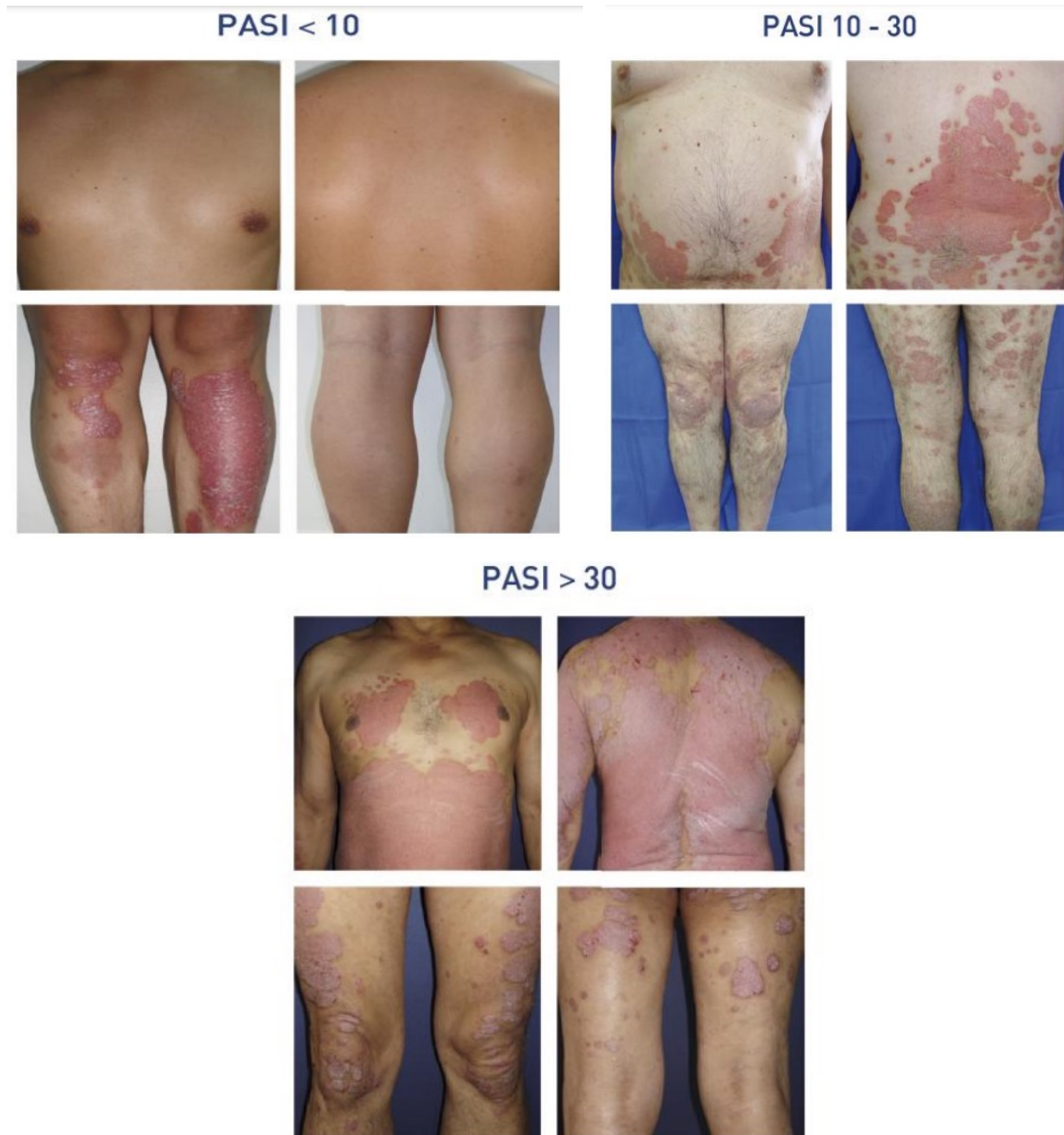


Figura 3. Ejemplos de los valores de PASI

Fuente: Tomado de “Concordancia del resultado del PASI (Psoriasis Area and Severity Index) entre dermatólogos sin entrenamiento comparado con dermatólogos expertos antes y después de recibir una capacitación en la aplicación de la escala en pacientes con psoriasis en el hospital Universitario la Samaritana durante el periodo comprendido entre octubre del 2015 y diciembre de 2015” por Moreno Corredor, (2016). Universidad Nacional de Colombia (8).

Physician's Global Assessment (PGA)

Es un instrumento de medida que nos proporciona una evaluación subjetiva de la gravedad de la enfermedad por parte del paciente válido tanto para formas extensas como localizadas de enfermedad ya que valora intensidad, pero no la extensión ni sintomatología de las lesiones. Generalmente en el denominado PGA estático se emplea una puntuación comprendida entre el 0 y el 6 (ver Tabla 2). Tiene como limitación la subjetividad, así como la falta de sensibilidad a

los cambios en los pacientes que se encuentran en la zona de puntuaciones intermedias. Su principal fortaleza es su sencillez y que refleja bastante bien la práctica dermatológica diaria, fuera del contexto de ensayos o unidades de referencia en el tratamiento de la psoriasis. En su forma dinámica, el PGA supone la evaluación de la evolución de la enfermedad respecto a la situación basal y tiene como principal inconveniente que cada observador debe ser capaz de recordar la situación basal de cada paciente (11).

Tabla 2. PGA estático

Puntuación	Lesión
0	Blanqueada
1	Casi blanqueada, mínima
2	Leve
3	Leve a moderada (infiltración leve, eritema y descamación moderada)
4	Moderada
5	Moderada a grave (infiltración, eritema o descamación marcada)
6	Grave

Fuente: Tomado de “Cómo se mide la gravedad de la psoriasis” por la Asociación Española de Dermatología y Venereología, (2016) (11).

Por último, dentro de este tipo de sistema de valoración global por parte del médico, encontraríamos el Lattice System Physician's Global Assessment (LS-PGA) que utilizando una escala de 8 niveles de gravedad introduce una gradación cualitativa según el porcentaje de extensión de la enfermedad junto a una escala de cuatro puntos para el grado de intensidad de las lesiones y que ha sido creado para mejorar la evaluación que se consigue mediante la utilización del PGA estático, ya que da un peso especial al grosor de las placas ignorando la descamación que puede ser fácilmente alterada mediante el uso de emolientes y queratolíticos (11).

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento de la psoriasis son aliviar síntomas como la picazón, mejorar la salud de la piel eliminando las

escamas y eliminando la psoriasis, tratar los cambios en las uñas si el paciente los presenta y reducir el dolor articular si cursa con artritis psoriásica. No existe un tratamiento único para la psoriasis que sea el mejor para todo tipo de paciente. El dermatólogo puede elegir un tratamiento específico o combinar dos o más tratamientos. Asimismo, es posible que el dermatólogo deba probar varios tratamientos o combinaciones de tratamientos diferentes antes de encontrar el tratamiento que funcione mejor. En este sentido, perfeccionar el tratamiento puede tardar un tiempo (12).

Terapia tópica

La terapia tópica o local es la base del tratamiento en la psoriasis cutánea limitada. Es el tratamiento de elección en pacientes con psoriasis que afecta <10% de la superficie

corporal (ASC). También se puede utilizar para la psoriasis ungueal, la psoriasis del cuero cabelludo, la psoriasis palmoplantar y la psoriasis en niños y en pacientes inmunodeprimidos que afecten zonas sensibles como la cara, los pliegues y los genitales. Los agentes tópicos también se pueden utilizar como adyuvante para la psoriasis que afecte a >10% del área corporal superficial (psoriasis moderada/grave) con medicación sistémica (13).

Entre las principales terapias tópicos disponibles se encuentran:

- Corticoesteroides: Potencia baja: Hidrocortisona 0.5-1%, Desonide 0.5%, de preferencia en cara, pliegues y genitales. Potencia moderada: mometasona furoato, y valerato de betametasona. Potencia Alta: clobetasol propionato, dipropionato de Betametasona. Intralesionales: Acetato de Triamcinolona. Eficacia: adelgazamiento de las placas, disminución de los síntomas en las primeras 2 semanas de tratamiento. Efectos adversos: Local: atrofia, estrías, telangiectasias. Sistémicos: riesgo de supresión del eje HHA con uso excesivo y prolongado.
- Inmunomoduladores: Tacrolimús 0.1%: de preferencia en cara, pliegues, semi-mucosas y conducto auditivo externo. Eficacia: mejoría notoria a las 2 semanas. Efectos adversos: irritación durante las primeras semanas.
- Alquitrane: Coalatar: de preferencia en uso capilar (shampoo). Eficacia: No comprobada. Efectos adversos: irritación, folliculitis, fotosensibilidad. Mala cosmética.
- Antracenos: Antralina. Eficacia: No comprobada. Efectos adversos: muy irritativo, debe evitarse el contacto con la piel circundante, baja aceptación cosmética. Mancha la ropa.
- Derivados de la vitamina D: Calcipotriol. Asociación de Calcipotriol y dipropionato de betametasona, alta estabilidad far-

macocinética, eficacia y seguridad en uso prolongado. Efectos adversos: irritación: riesgo de hipercalcemia e hipercalcemia si es mayor de 100 g/semana.

- Complementarios: Emolientes (vaselina). Queratolíticos (A. salicílico, Urea). Otros: Aceites, sales, barros y avena. Eficacia terapéutica anecdótica y no comprobada en estudios de jerarquía científica, sin injerencia sobre la inflamación sistémica (9).

Fototerapia

La fototerapia es un tratamiento inicial para la psoriasis de moderada a grave, y se indica sola o combinada con medicamentos. Se trata de la exposición de la piel a cantidades controladas de luz natural o artificial. Es necesario repetir los tratamientos. Entre las principales se encuentran:

- Luz solar. Las exposiciones breves y diarias a la luz del sol, helioterapia, podrían mejorar la psoriasis. Antes de comenzar un régimen de luz solar, pregúntale a tu proveedor de atención médica cuál es la manera más segura de usar la luz natural para tratar la psoriasis.
- UVB de banda ancha. Las manchas individuales, la psoriasis extendida y la psoriasis que no mejora con tratamientos tópicos pueden tratarse con dosis controladas de luz UVB de banda ancha procedente de una fuente de luz artificial. Los efectos secundarios a corto plazo pueden incluir inflamación, picazón y sequedad en la piel.
- UVB de banda estrecha. La fototerapia con luz UVB de banda estrecha podría ser más eficaz que el tratamiento con luz UVB de banda ancha. En muchos lugares, esta ha reemplazado a la terapia de banda ancha. Suele administrarse dos o tres veces por semana hasta que la piel mejora y, luego, con menos frecuencia para la terapia de mantenimiento. Sin embargo, la fototerapia con luz UVB de

banda estrecha puede causar efectos secundarios más graves que la fototerapia con luz UVB de banda ancha.

- Psoraleno más luz ultravioleta A. Este tratamiento consiste en tomar un medicamento fotosensibilizante, psoraleno, antes de exponer la piel afectada a la luz UVA. La luz UVA penetra en la piel con mayor profundidad que la luz UVB, y el psoraleno mejora la respuesta de la piel a la exposición a la luz UVA.
- Este tratamiento más agresivo mejora la piel de manera uniforme y se usa, a menudo, para la psoriasis más grave. Los efectos secundarios a corto plazo pueden incluir náuseas, dolor de cabeza, ardor y picazón. Los posibles efectos secundarios a largo plazo incluyen piel seca y arrugada, pecas, aumento de la sensibilidad al sol y mayor riesgo de cáncer de piel, incluido el melanoma.
- Láser de excímeros. Con este tipo de fototerapia, se dirige una luz UVB potente solo a la piel afectada. La terapia con láser de excímeros requiere menos sesiones que la fototerapia tradicional porque se usa una luz UVB más potente. Los efectos secundarios pueden ser inflamación y formación de ampollas (14).

Terapia sistémica

Aproximadamente el 40% de los pacientes con psoriasis requiere fototerapia o terapéuticas sistémicas. La eficacia de las distintas terapias, incluyendo drogas convencionales, nuevas pequeñas moléculas y/o terapias biológicas, se define como la mejoría clínica medida por clinimetría (PASI). Actualmente se utiliza Respuesta PASI 75, R. PASI 90 y/o R. PASI 100 (disminución del 75%, 90%, 100% del PASI basal, respectivamente). En el caso de Etanercept, Certolizumab pegol, Ustekinumab, Secukinumab e Ixekizumab se midió Respuesta PASI en la semana 12. Infliximab midió Respuesta PASI en la semana 10 y Adalimumab en la semana 16. Se grafican en tabla 1, 2 y 3,

separándolas en terapias anti-TNF, anti-IL y terapias convencionales y/o nuevas pequeñas moléculas (9).

Entre las principales terapias sistémicas se encuentran: inmunosupresores como la ciclosporina, azatioprina; Micofenolato de mofetilo, Citostáticos: metotrexato. Retinoides: acitretina y antirreumáticos como la leflunomida.

Tratamiento biológico

Los fármacos biológicos son medicamentos más nuevos y más potentes. Un fármaco biológico puede actuar sobre, o silenciar, solo la parte del sistema inmunitario que está hiperactiva debido a la psoriasis. Esto significa que los fármacos biológicos tienen menos riesgo de causar problemas en el hígado, los riñones y otros órganos que otros medicamentos potentes para la psoriasis. Entre estos tratamientos se encuentran: antagonistas del factor de necrosis tumoral: adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab e infliximab. Inhibidores de IL-12/IL-23: ustekinumab. Nuevos: Golimumab, Certolizumab, Ixekizumab, Brodalumab, Sotrastaurina (15).

Nuevos paradigmas

Inmunogenicidad

Según la Sociedad Argentina de Dermatología se define inmunogenicidad como la capacidad de un compuesto (ej. una proteína) para inducir una respuesta inmune (ej. anticuerpos anti-medicamentos). En el caso de las terapias biológicas se traduce en el desarrollo de anticuerpos anti-droga (ADA). Existen múltiples factores que influyen la inmunogenicidad, como son las características genéticas del paciente, tipo de enfermedad, tipo de proteína (quimérica, humana o humanizada, pegilación, conjugación, fragmentación, proteínas recombinantes), vía de administración, dosis y frecuencia, duración del tratamiento, proceso de manufactura, manejo, almacenamiento y tecnología de los ensayos de las terapias. Los

anticuerpos neutralizantes se definen como aquellos que se unen al sitio activo de la proteína y por lo tanto inhiben su función, neutralizándola. Como resultado, la eficacia puede verse disminuida y puede ocurrir la falla terapéutica. Mientras que los anticuerpos no neutralizantes son aquellos que se unen a la proteína terapéutica pero que no afectan su actividad intrínseca, ni el sitio receptor, es decir, que no la neutralizan. Aparentemente no tienen efectos biológicos, pero pueden formar inmunocomplejos que pueden cambiar la farmacocinética de la proteína y de esta manera afectar su eficacia, pero su efecto biológico no está establecido. Infliximab, reporta presencia de anticuerpos neutralizantes de droga en el 27% de los tratados, adalimumab en un 8.4% y etanercept en un 7%. Hay estudios donde se evidencian anticuerpos neutralizantes y no se ha demostrado correlación clínica lineal con la falla de respuesta a la terapia. No hay evidencia que afirme que los ADA de un primer agente reaccionen contra otro agente anti-TNF y su presencia no contraindica el cambio entre medicamentos de la misma clase, pero sí tienen mayor riesgo de generar ADA con el segundo agente, independientemente de su clase. Otra consideración en relación con la inmunogenicidad es la repercusión en la seguridad. La presencia de ADA anti-TNF se ha relacionado con una mayor incidencia de reacciones infusionales en el caso de infliximab, mientras que esto no se ha establecido con adalimumab y etanercept (9).

Microbiota y dieta

La microbiota intestinal humana es compleja y diversa y está compuesta por bacterias, virus y hongos. Entre ellas, las bacterias son las más abundantes: más del 99% de las bacterias pertenecen a los filos Firmicutes, Bacteroidetes, Actinobacteria y Proteobacteria, siendo Firmicutes y Bacteroidetes los que dominan la microbiota intestinal de individuos sanos. Desempeñan un papel crucial en la promoción de la absorción de nutrientes, la prevención de la invasión de

patógenos y la regulación del sistema inmunológico. Una reducción en la abundancia relativa de la microbiota y un aumento de bacterias patógenas pueden alterar la homeostasis de la composición y el ecosistema de la microbiota intestinal, influyendo en consecuencia en la función inmune del cuerpo y promoviendo el desarrollo de enfermedades inflamatorias crónicas. Zout et al., (2024) en su estudio encontraron que las terapias complementarias, como las intervenciones dietéticas, la medicina tradicional china y los probióticos, pueden mejorar la abundancia y diversidad de la microbiota intestinal en pacientes con psoriasis. Estas terapias estimulan mediadores inmunitarios, incluidos IL-23, IL-17, IL-22, y modulan el interferón gamma (IFN- γ) junto con la vía NF-kB, suprimiendo así la liberación de citoquinas proinflamatorias y mejorando las afecciones inflamatorias sistémicas (16).

La administración diaria de *Lactobacillus paracasei*, muestra recuperación de la barrera cutánea y favorece la eficiencia de los agentes hidratantes: urea y lactato de sodio. También se ha observado disminución de las citoquinas proinflamatorias (TNF- α , IL6, IL23, IL17A-F, IL22) La dieta se indica por su capacidad de modular y mejorar la psoriasis, modificando la microbiota positivamente. Los pacientes con psoriasis, con IgA-AGA positivo (anti-gliadina), que seguían la dieta libre de gluten, mostraron reducción del PASI, y contrariamente, el 60% empeoró al introducir su dieta habitual. Reacciones cruzadas con ciertos alimentos también están siendo consideradas (9).

Según los fundamentos de Hsu et al., (2020) existe evidencia que indican la existencia de un eje intestino-piel. Por ejemplo, los probióticos como *Bifidobacterium infantis* 35,624 y *Lactobacillus pentosus* GMNL-77 han mostrado efectos beneficiosos en pacientes con psoriasis y en ratones con psoriasis inducida por imiquimod. Los probióticos redujeron los niveles de citoquinas proinflamatorias séricas (es decir, TNF- α e IL-6) y los niveles de proteína C reactiva (PCR) plasmática.



Los niveles circulantes más altos de estas citocinas también se asocian con la psoriasis y otras enfermedades comórbidas. Esto implica que la función inmunomoduladora de los probióticos no se limita a la mucosa intestinal. Estas observaciones brindan una oportunidad para investigar la interacción del microbioma intestinal humano y los sistemas inmunológicos cutáneo y sistémico, con el fin de desentrañar la importancia del eje intestino-piel en la patogénesis de la psoriasis (17).

Conclusión

De la revisión se desprende que, en la actualidad, el diagnóstico de la psoriasis se sigue fundamentando en los signos clínicos de la enfermedad y la valoración histológica. Es importante que se realice un diagnóstico diferencial de condiciones que pudieran tener una presentación similar tales como la dermatitis seborreica y la dermatitis atópica, por medio de pruebas complementarias. Por otra parte, la clasificación de la severidad de la psoriasis es un factor fundamental en el seguimiento de esta patología. Existen diferentes herramientas de medición clínica que se usan en la cuantificación de diversos aspectos de la psoriasis, no obstante, entre las escalas más utilizadas se encontraron: BSA (Body Surface Area), PASI (Psoriasis Area and Severity Index), Physician's Global Assessment (PGA) y DLQI (Evaluación de la calidad de vida).

En cuanto al tratamiento, actualmente se encuentra disponible una amplia gama de tratamientos, sin embargo, este debe ser individualizado y adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. Entre las terapias existentes se encuentran: la terapia tópica, fototerapia, terapia sistémica y el tratamiento biológico. En cuanto a los nuevos paradigmas en el tratamiento de la psoriasis se encuentran la inmunogenicidad, a pesar de que aún hay controversia sobre su magnitud y trascendencia terapéutica. Asimismo, la evidencia actual indica que la modulación de la microbiota intestinal, tan-

to a través de dietas como por suplementación con probióticos y prebióticos, podría resultar un nuevo enfoque terapéutico.

Bibliografía

- Academia Española de Dermatología y Venereología. Academia Española de Dermatología y Venereología. [Online].; 2016 [cited 2024 noviembre 15]. Available from: <https://aedv.es/comunicacion/notas-de-prensa/la-psoriasis-afecta-a-mas-de-125-millones-de-personas-en-el-mundo/>.
- Kim W, Jerome D, Yeung J. Diagnóstico y tratamiento de la psoriasis. *Can Fam Physician*. 2017; 63(4): p. 278–285.
- Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel de los Estados Unidos. Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel Estados Unidos. [Online].; 2023 [cited 2024 noviembre 10]. Available from: <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/psoriasis>.
- Fundación Nacional de Psoriasis de los Estados Unidos. Fundación Nacional de Psoriasis de los Estados Unidos. [Online].; 2022 [cited 2024 noviembre 12]. Available from: https://www-psoriasis-org.translate.google.com/psoriasis-statistics/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc.
- Das S. Manual MSD. [Online].; 2023 [cited 2024 noviembre 06]. Available from: <https://www.msd-manuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-piel/psoriasis-y-trastornos-de-descamaci%C3%B3n/psoriasis?ruleredirectid=760>.
- Enciclopedia Médica A.D.A.M. MedlinePlus. [Online].; 2022 [cited 2024 noviembre 05]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000434.htm>.
- Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos. [Online].; 2016 [cited 2024 noviembre 11]. Available from: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/la-psoriasis-bajo-la-lupa>.
- Moreno Corredor C. Concordancia del resultado del PASI (Psoriasis Area and Severity Index) entre dermatólogos sin entrenamiento comparado con dermatólogos expertos antes y después de recibir una capacitación. Tesis de post grado. Facultad de Medicina; 2016.
- Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso Nacional de Psoriasis. Guía de Tratamiento. Sociedad Argentina de Dermatología ; 2018.

- Papp K, Gulliver W, Lynde C, Poulin Y, Ashkenas J. Directrices canadienses para el tratamiento de la psoriasis en placas: descripción general. *J Cutan Med Surg*. 2011; 15(4): p. 210-219.
- Asociación Española de Dermatología y Venereología - AEDV. Asociación Española de Dermatología y Venereología - AEDV. [Online].; 2016 [cited 2024 noviembre 20. Available from: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2016/07/Indices-de-medicio%CC%81n-de-psoriasis.pdf>.
- Asociación Americana de Dermatología - AAD. Asociación Americana de Dermatología - AAD. [Online].; 2023 [cited 2024 noviembre 20. Available from: <https://www.aad.org/public/diseases/psoriasis/treatment/treatment>.
- Ahmed S, Manchanda Y, Abhishek D, Sudip D, Kumar R. Terapia tópica en la psoriasis. *Dermatología de la India*. 2023; 68(4): p. 437-445.
- Clínica Mayo. Clínica Mayo. [Online].; 2024 [cited 2024 noviembre 27. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/psoriasis/diagnosis-treatment/drc-20355845>.
- AAD. Asociación Americana de Dermatología. [Online].; 2024 [cited 2024 noviembre 28. Available from: <https://www.aad.org/public/diseases/psoriasis/treatment/medications/biologics>.
- Zou X, Zou X, Gao L, Zhao H. Microbiota intestinal y psoriasis: patogénesis, terapia dirigida y direcciones futuras. *Front. Cell. Infect. Microbiol*. 2024; 14.
- Hsu D, Fung M, Chen H. Papel de la microbiota cutánea e intestinal en la patogenia de la psoriasis, una enfermedad inflamatoria de la piel. *Medicina en microecología*. 2020; 14.

CITAR ESTE ARTICULO:

Quinga Quillupangui, C. E. ., Robalino Aldaz, M. D. ., Torres Jiménez, I. E. ., & Valverde Mejía, G. A. . (2023). Psoriasis, actualización en el diagnóstico y tratamiento, una perspectiva actual. *RECIAMUC*, 8(3), 234-247. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(3\).sep.2024.234-247](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(3).sep.2024.234-247)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.