

## ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

### Sumario

- **Tratamiento tópico**
  - Emolientes
  - Corticoides tópicos
  - Análogos de la vitamina D: calcitriol, calcipotriol, tacalcitol
  - Retinoides tópicos: tazaroteno
  - Queratolíticos: ácido salicílico
  - Preparados a base de brea de hulla (coal tar)
  - Otros
- **Fototerapia y fotoquimioterapia (PUVA)**
- **Tratamiento sistémico**
  - Inmunosupresores: ciclosporina, metotrexato, hidroxiurea
  - Retinoides: acitretina
  - *Polypodium leucotomos* (calaguala)
  - Tratamientos biológicos: etanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab

### INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad cutánea, de carácter inflamatorio, generalmente de curso crónico y recidivante. Afecta a un 1-3% de la población<sup>1-3</sup>. Su *etiología* es desconocida, si bien parece estar relacionada con el sistema inmunitario y con factores ambientales en personas con una susceptibilidad genética<sup>4</sup>.

En la mayoría de los pacientes la enfermedad se manifiesta de forma benigna, pero en algunos casos puede llegar a producir discapacidad física, psicológica o social<sup>2</sup>. La mayor parte de los tipos de psoriasis cursan en brotes recurrentes (de semanas o meses), con periodos de remisión, incluso completa<sup>4</sup>.

Existen múltiples *factores* que influyen en el inicio y en el curso de la enfermedad:

- Predisposición genética. Aproximadamente un tercio de los pacientes tienen antecedentes familiares de psoriasis.
- Periodos de estrés.
- Influencia estacional con mejoría en verano y empeoramiento en primavera y otoño.
- Consumo de alcohol y tabaco, que pueden provocar o exacerbar un brote.
- Fármacos. Muchos fármacos ocasionan un empeoramiento de la enfermedad y sus efectos pueden aparecer semanas o meses después de iniciar su toma. Entre otros, litio, AINE (sobre todo, indometacina), antihipertensivos (IECA, betabloqueantes, calcioantagonistas), antipalúdicos y medicamentos que contengan yodo. También la supresión de corticoides puede empeorar la enfermedad<sup>3,5</sup>.

La presentación clínica más habitual es la psoriasis vulgar, o psoriasis en placas, que se presenta como placas eritematodescamativas, más o menos simétricas, y que afecta a localizaciones típicas (codos, rodillas, cuero cabelludo, región lumbosacra, y, en menor medida, palmas y plantas). Sin embargo, existen otras formas menos frecuentes como:

- Psoriasis en gotas. Se presenta, sobre todo, en niños y adolescentes. Con frecuencia está desencadenada por una infección bacteriana, habitualmente una faringitis estreptocócica<sup>4</sup>.

- Psoriasis invertida. A diferencia de la presentación habitual, afecta a los pliegues de flexión (axilas, ingles, pliegue inframamario), por lo que puede confundirse con intertrigos candidiásicos.
- Psoriasis ungueal. La uña presenta un piqueteado típico, que le da un aspecto de dedal. Puede ocasionar onicolisis.
- Psoriasis pustulosa y psoriasis eritrodérmica. Son formas graves, mucho menos frecuentes, que cursan con gran afectación del estado general.

- Artritis psoriásica. Un 5-15% de los pacientes con psoriasis pueden llegar a desarrollarla. Se presenta bien como una oligoartritis asimétrica, como una poliartritis más o menos simétrica o como una espondiloartropatía. En un 15-20% de los casos la afectación articular precede a las manifestaciones cutáneas<sup>6</sup>.

Por último, la psoriasis se puede clasificar en leve, moderada o grave, según la extensión y la localización de las lesiones, la limitación psicosocial que provoca en el paciente, la afectación del estado general (formas pustulosa y eritrodérmica), y la presencia o no de artritis (ver tabla 1).

Tabla 1. **Clasificación de la psoriasis según gravedad**<sup>3</sup>

### 1. PSORIASIS LEVE

- Psoriasis estable, en placas, que afecta a menos del 10% de la superficie corporal.
- Psoriasis en gotas.

### 2. PSORIASIS MODERADA

- Psoriasis que afecta del 10 al 25% de la superficie corporal, excepto si afecta a cara, manos y pies, genitales o pliegues, y siempre que no exista afectación articular. Estado psicológico del paciente no excesivamente afectado.

### 3. PSORIASIS GRAVE

- Psoriasis que afecta a más del 25% de la superficie corporal o si afecta a cara, manos y pies, genitales o pliegues.
- Afectación articular con limitación de la movilidad.
- Perturbación emocional que impida el desarrollo de las actividades normales.
- Psoriasis aguda, que incluye:
  - Psoriasis pustulosa generalizada.
  - Eritrodermia psoriásica.
  - Psoriasis en extensión rápida.

## TRATAMIENTO

Actualmente, no se dispone de ningún tratamiento curativo por lo que el objetivo del mismo es mejorar los síntomas y disminuir tanto la gravedad como la extensión de las lesiones<sup>2</sup>.

La información que se debe ofrecer al paciente es decisiva. No debemos ocultarle la cronicidad y los brotes que puede presentar, que puede recidivar incluso después de haber realizado el tratamiento adecuado, la ausencia de contagio, los inconvenientes de los tratamientos y los efectos secundarios<sup>3,6</sup>.

Existen diferentes tratamientos tópicos y sistémicos indicados para la psoriasis. No existe ningún tratamiento de elección. La elección de uno u otro depende de la gravedad, extensión, perfil beneficio-riesgo, preferencias del paciente y de la respuesta al tratamiento. Al tratarse de una

*La combinación de  
tratamientos tópicos aumenta  
la eficacia y limita los efectos  
adversos*

patología de carácter recurrente, es frecuente que se requieran tandas de múltiples tratamientos para mantener la enfermedad bajo control<sup>5</sup>.

Para la mayoría de los pacientes la decisión inicial es elegir entre tratamiento tópico o sistémico. Habitualmente, la psoriasis leve a moderada o de extensión limitada se maneja con tratamiento tópico, mientras que la moderada a severa puede requerir tratamiento sistémico. La presencia de artritis psoriásica o la afectación de manos, pies y cara pueden requerir también un tratamiento más agresivo. Por otro lado, los pacientes con tratamiento sistémico generalmente también requieren la continuación de algunos tratamientos tópicos para el alivio de síntomas o para minimizar la dosis de fármacos sistémicos<sup>5</sup>.

## TRATAMIENTO TÓPICO

Los tratamientos tópicos están indicados en las formas leves que afecten a menos del 10% de la superficie corporal<sup>9</sup>. Una limitación del tratamiento tópico es el bajo cumplimiento. La aplicación en zonas extensas supone una dificultad añadida a la adherencia al tratamiento, por la dedicación que supone.

En cuanto a las distintas formulaciones disponibles, según la zona anatómica se recomienda utilizar: soluciones y espumas para zonas pilosas, cremas y emulsiones para áreas extensas y pomadas y ungüentos para zonas más secas (codos, rodillas, palmas y plantas)<sup>3</sup>.

**EMOLIENTES** (vaselina, parafinas, aceite de oliva, etc...). Aunque solos no suelen ser suficientes, son coadyuvantes de gran utilidad ya que evitan la sequedad y la descamación de la piel<sup>2,7</sup>. Son seguros, de bajo coste y útiles para prevenir irritaciones. No se deben aplicar en pliegues para evitar la maceración de la piel<sup>8</sup>.

**CORTICOIDES TÓPICOS:** actúan aclarando las placas y reduciendo la inflamación, si bien difícilmente curan las lesiones de forma completa y duradera<sup>2</sup>.

Se utilizan los de baja potencia para zonas delicadas (cara, pliegues y zonas intertriginosas) y los de potencia más alta para el cuero cabelludo, zonas con placas más gruesas, manos y pies<sup>1,4,7,8</sup>. Ver tabla 2.

Se recomienda utilizar los corticoides potentes los primeros días para luego continuar con los de potencia más baja, incluso a días alternos y en combinación con otras terapias<sup>3</sup>. Habitualmente, se aplican dos veces al día, aunque se ha visto que un régimen intermitente de una aplicación/día, 4 días/semana, puede ser tan eficaz como el régimen tradicional, minimizando los efectos adversos y mejorando la tolerancia<sup>2</sup>.

El efecto del corticoide se observa con cierta rapidez: en 3 a 7 días las escamas se aplanan y se aclaran; sin embargo, su efecto disminuye tras 1-2 meses de iniciar su aplicación. La interrupción del tratamiento puede provocar efecto rebote<sup>2,5</sup>.

Los efectos adversos pueden ser locales o sistémicos. Entre los locales, los más frecuentes son: disminución del grosor de la epidermis, inhibición de los melanocitos con aclaramiento de la piel que puede ser crónico, atrofia

Tabla 2. **Potencia de corticoides**<sup>10</sup>

Corticoides tópicos		
POTENCIA MUY ALTA		
Clobetasol propionato	Clarelux	0,5 mg/g espuma 100 g
	Clobex	0,5 mg/g champú 60 y 125 ml
	Clovate	0,05% crema 15 y 30 g
	Decloban	0,05% pomada 15 y 30 g
POTENCIA ALTA		
Beclometasona (salicilato)	Dereme	0,025% crema, gel y loción 30 y 60 g, y loción capilar de 60 ml
Beclometasona (dipropionato)	Menaderm simple	0,025% pomada 30 y 60 g 0,025% ungüento 60 g 0,025% loción 60 ml
Betametasona (valerato)	Betnovate	0,1% crema 15 y 30 g
	Bettamousse	0,1% espuma 100 g
	Celestoderm V	0,05% y 0,1% crema 30 y 60 g
Betametasona (dipropionato)	Diproderm	0,05% crema y pomada 30 y 60 g 0,05% sol 60 ml
Desoximetasona	Flubason	0,25% hemicrema 20 g
Diflorasona diacetato	Murode	0,05% crema y gel 15 y 30 g
Diflucortolona valerato	Claral	0,1% crema, pomada y ungüento 30 y 60 g EXO 3% pomada y ungüento de 30 g EXO
Fluclorolona acetónido	Cutanit	0,2% crema 30 g

.../...

Tabla 2. **Potencia de corticoides**<sup>10</sup>

Fluocinolona acetónido	Co Fluocin fuerte	0,1% crema 15 y 30 g
	Cortiespec	0,025% crema 30 g
	Fluocid forte	0,2% crema 15, 30 y 60 g
	Fluodermo fuerte	0,2% crema 15 g
	Flusolgen	0,025% solución 30 ml EXO
	Gelidina	0,025% gel 30 y 60 g
	Synalar	0,025% crema 30 y 60 g 0,025% espuma 60 g 0,01% crema 30 y 60 g 0,2% crema 30 y 60 g
Fluocinónido	Novoter	0,05% crema 30 y 60 g
Fluocortolona monohidrato	Ultralam M	0,2% crema 30 y 60 g
Flupamesona	Flutenal	0,3% crema y pomada de 30 y 60 g 0,15% loción pedi 60 ml
Hidrocortisona aceponato	Suniderma	0,127% crema y pomada de 30 y 60 g
Metilprednisolona aceponato	Adventan	0,1% crema, pomada y ungüento 30 y 60 g 0,1% emulsión y solución 50 g
Mometasona furoato	EFG	0,1% solución 30 y 60 ml
	Elica	0,1% crema de 30 y 60 g
	Elocom	0,1% crema y pomada 30 y 60 g
Prednicarbato	Batmen y Peitel	0,25% crema, pomada, ungüento 30 y 60 g 0,25% solución 60 ml y solución aplicador
Fluocinolona acetónido / Betametasona valerato	Alergical crema	0,001%/0,05% crema 30 g EXO
<b>POTENCIA MODERADA</b>		
Clobetasona	Emovate	0,05% crema 15 y 30 g
Diclorisona acetato	Dermaren	0,25% crema 30 y 60 g
Fluocortina butil éster	Vaspit	0,75% crema y pomada 30 y 60 g
Hidrocortisona butirato propionato	Ceneo	0,1% crema y pomada 30 y 60 g
	Nutrasona	0,1% crema 30 y 60 g
<b>POTENCIA BAJA</b>		
Hidrocortisona	Lactisona	1% loción 60 g 2,5% loción 60 ml
	Schericur	0,25% pomada 30 g EFP
Hidrocortisona acetato	Hidrocisdin	0,5% crema 30 g EFP 0,5% aerosol 50 g EFP
	Hidrocortisona Esteve espuma	0,5% aerosol 50 g EFP

dérmica, púrpura, telangiectasia, hipertrichosis, acné y dermatitis rosaceiforme, eccemas de contacto. Los efectos sistémicos, aunque poco frecuentes, pueden ser graves e incluyen la inhibición del eje hipotálamo-hipofisario y síndrome de Cushing yatrogénico<sup>2,3,6,9</sup>.

Para evitar en lo posible estos efectos, al utilizar corticoides potentes se recomienda un máximo de dos aplicaciones al día, no más de dos a cuatro semanas consecutivas. La dosis total no debe superar los 50 g a la semana<sup>7,10</sup>. Como regla general, no hay que esperar efectos sistémicos si la dosis semanal de un corticoide potente no supera los 30 g en adultos o 10 g en niños pequeños. Con los preparados de baja o moderada potencia rara vez se ven efectos sistémicos<sup>10</sup>.

**ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D.** Son el calcitriol (metabolito activo de la vitamina D), y sus análogos sintéticos calcipotriol y tacalcitol. El calcipotriol es el más eficaz<sup>9</sup>. Ver tabla 3.

La respuesta clínica de los análogos de la vitamina D es más lenta que la de los corticoides de alta potencia, pero su mejor perfil de seguridad los hace muy útiles para el tratamiento a largo plazo<sup>9</sup>.

La combinación de un análogo de vitamina D con un corticoide tópico es más eficaz que cualquiera de ellos en monoterapia<sup>1,6,8,9</sup>. Se recomiendan ciclos cortos de la combinación de corticoide tópico con calcipotriol o de corticoide tópico potente para un alivio rápido de los síntomas<sup>11</sup>. Para el tratamiento de mantenimiento, se recomienda utilizar calcipotriol de forma continua y, si es necesario, aplicar el corticoide durante el fin de semana<sup>5</sup>.

Uno de los mayores inconvenientes de los análogos de vitamina D es que son bastante irritantes de la piel lesional y perilesional. Existe la posibilidad de aparición de hipercalcemia, aunque es poco frecuente y está en relación a la dosis<sup>1,3,6</sup>.

Debe evitarse la exposición solar tras su aplicación, ya que son fotosensibilizantes<sup>1,2,8</sup>.

**RETINOIDES TÓPICOS.** El tazaroteno (Zorac®) es el único retinoide tópico disponible para el tratamiento de la psoriasis. Aplicado una vez al día produce mejoría de los

síntomas, aunque es menos eficaz que los análogos de la vitamina D o los corticoides<sup>3,6</sup>. Por ello, se utiliza en asociación con éstos<sup>9</sup>.

En combinación con corticoides puede utilizarse<sup>6</sup> de manera simultánea (uno a la mañana y otro a la noche) o de manera alternante (un día uno y otro día otro), lo que contrarresta parcialmente los efectos secundarios de ambos<sup>3</sup>.

Produce irritación de la piel, por lo que es recomendable empezar con el gel de concentración más baja (0,05%), de manera que se pueda evaluar la respuesta de la piel y la tolerancia, y continuar con una concentración mayor (0,1%) en caso necesario. La zona de aplicación no debe ser superior al 10% de la superficie corporal (equivalente a la superficie de un brazo)<sup>10</sup>.

Como todos los análogos de la vitamina A, es fotosensibilizante y teratógeno, por lo que debe obtenerse un resultado negativo en el test de embarazo, durante las dos semanas anteriores al inicio del tratamiento<sup>1,2,4,5,10</sup>. Se recomienda evitar su uso en cara o pliegues cutáneos<sup>10,11</sup>.

**QUERATOLÍTICOS (ácido salicílico):** actúan suavizando y eliminando las placas escamosas, favoreciendo la renovación del tejido y potenciando la eficacia de los medicamentos asociados al facilitar su absorción<sup>2,5</sup>. Como pretratamiento, el ácido salicílico (2 -10%) puede ser muy útil en psoriasis palmo-plantar y de cuero cabelludo. Es muy irritante y debe evitarse su contacto con los ojos. Además, aplicado con demasiada frecuencia o en más del 20% de la superficie corporal, podría producir «salicilismo» (cuadros de intoxicación por ácido salicílico)<sup>2,5</sup>. Se puede prescribir como fórmula magistral financiable, como monofármaco o bien asociado a corticoide, a concentraciones de hasta el 10% de salicílico. También existen comercializadas asociaciones de salicílico y corticoide en pomada y solución.

**PREPARADOS A BASE DE BREA DE HULLA** (Coal-tar). Ver tabla 4. Son una mezcla de distintos componentes, disponible en champús, solución, ungüento y aceites; muchos de ellos son productos de parafarmacia. A pesar de su amplio uso, existen pocos estudios que de-

Tabla 3. **Preparados que contienen análogos de vitamina D**<sup>10</sup>

	Posología	Dosis máxima	Duración máxima
Calcitriol (Silkis® pomada)	Cada 12 h	30 g/día	6 semanas
Calcipotriol (Daivonex® crema y solución)	Cada 12 h (cuando remita la gravedad de las lesiones se puede aplicar cada 24 h)	100 gramos (equivalente a 5 mg de calcipotriol)	
Tacalcitol (Bonalfa® pomada)	Cada 24 h	Pomada 5 g/día	12 semanas/año
Calcipotriol + betametasona (Daivobet® pomada, Xamiol® gel)	Cada 24 h	15 g/día y 100 g/semana	4 semanas

Tabla 4. **Preparados de brea de hulla**<sup>10</sup>

Principio activo	Nombre comercial	Presentación
Brea de hulla (Coaltar)	Alfitar <sup>®</sup>	Solución 0,066% 50 ml
	Tarmed <sup>®</sup>	Solución 150 ml
	Exorex <sup>®</sup>	Emulsión 100, 250 ml
	Piroxgel <sup>®</sup>	Champú 6 mg/ml
Brea de hulla Brea de pino Aceite de enebro Aceite de cacahuete	Emolytar <sup>®</sup>	Solución 500 ml
	Polytar <sup>®</sup>	Solución 150, 250 ml
	Polytar plus <sup>®</sup>	Champú 250 ml
Brea de hulla, Ácido salicílico	Ionil <sup>®</sup>	Champú 200 ml
Brea de hulla, Zinc piritionato	Zincation plus <sup>®</sup>	Champú 125, 200, 300, 500 ml

muestren su eficacia<sup>9</sup>. Se pueden considerar para su uso intermitente en psoriasis de pliegues cutáneos<sup>11</sup>, aunque a veces producen rechazo por su olor y porque manchan la ropa<sup>5</sup>. La brea de hulla produce fotosensibilidad de la piel, por lo que se deberá evitar la exposición directa a la luz solar después de su aplicación<sup>10</sup>.

## OTROS

**DITRANOL.** El uso de ditranol (Micanol<sup>®</sup>) ha decaído a favor de otros fármacos cosméticamente más aceptables<sup>9</sup>.

**TACRÓLIMUS, PIMECRÓLIMUS.** Los inmunomoduladores tópicos como tacrólimus 0,1% (Protopic<sup>®</sup>) o pimecrólimus 1% (Elidel<sup>®</sup>, Rizan<sup>®</sup>) no tienen la indicación aprobada en psoriasis y presentan una eficacia limitada. Son útiles en zonas de piel fina como alrededor de los ojos donde los corticoides pueden resultar demasiado irritantes<sup>4</sup>. Estos fármacos han sido relacionados con casos excepcionales de enfermedades malignas como linfomas cutáneos y cáncer de piel<sup>10</sup>. Por ello, el tratamiento debe ser intermitente, utilizando la mínima dosis eficaz<sup>4,10</sup>.

Tabla 5. **Comparación de tratamientos tópicos para la psoriasis**<sup>11</sup>

Tratamiento	Eficacia	Adecuado para inducir remisión	Adecuado como tratamiento de mantenimiento	Aceptación por el paciente
Corticoides*	√√√√	√√√	√	√√
Análogos de vitamina D	√√√	√√√	√√√	√√
Tazaroteno	√√	√√	√√	√√
Ditranol	√√	√√	-	-
Brea de hulla	√	√	-	-

\* potentes o muy potentes, asociados o no con análogos de vitamina D.

## FOTOTERAPIA Y FOTOQUIMIOTERAPIA

Su uso se basa en la experiencia de que los pacientes con psoriasis mejoran durante los meses de verano, debido al efecto beneficioso de las radiaciones ultravioleta.

Son tratamientos que se emplean en centros especializados bajo la supervisión de un dermatólogo. Se utilizan cuando los tratamientos tópicos no funcionan o las placas son muy extensas (más del 40% de la superficie corporal)<sup>6</sup>. Pueden mejorar las lesiones y reducir las re-

caídas. Sin embargo, los pacientes deberían protegerse de las quemaduras solares, que podrían empeorar las lesiones, y tener en cuenta que se asocia a fotoenvejecimiento cutáneo y cáncer de piel<sup>12</sup>.

Se recomienda derivar a atención especializada los casos de psoriasis extensas o que afecten a zonas de difícil tratamiento (cara, palmas de las manos o pies, uñas y zona genital), psoriasis resistentes al tratamiento tópico tras dos

o tres meses de tratamiento o si se observan efectos adversos por tratamiento tópico. En estos casos será necesario valorar otros tratamientos distintos a los tópicos<sup>11</sup>.

#### • Fototerapia

Los regímenes más utilizados incluyen radiación UVB (de banda ancha o estrecha) en combinación con tazaroteno, análogos de la vitamina D o tratamientos sistémicos<sup>9</sup>. Los UVB de banda estrecha son más eficaces y producen menos quemaduras que los de banda ancha, aunque son más caros. De hecho, actualmente no se recomienda el uso de los UVB de banda ancha<sup>11</sup>.

Las cabinas de bronceado utilizan radiaciones UVA que tienen una longitud de onda más larga que las radiaciones UVA utilizadas en psoriasis por lo que no son sustitutos de la fototerapia<sup>9,11</sup>.

#### • Fotoquimioterapia o PUVA

Consiste en la exposición a la radiación UVA dos horas después de la administración oral, o tópica (baño) de un psoraleno que actúa como fotosensibilizante<sup>2,4,7-9</sup>.

Presenta una mayor eficacia y un efecto más prolongado que la fototerapia, siendo necesario un menor número de sesiones. En principio, debería reservarse como alternativa para aquellos pacientes en los que la radiación UVB sea ineficaz o que no responden, ya que la PUVA se considera un factor de riesgo para el carcinoma de células escamosas. La PUVA se ha asociado también con carcinoma basocelular y melanoma<sup>2,11</sup>.

Ambas técnicas exigen una aplicación de 2 o 3 días por semana durante 6-8 semanas, con la consiguiente incomodidad para el paciente por la necesidad de desplazamiento hospitalario.

Tabla 6. Comparación de tratamientos sistémicos y fototerapia para la psoriasis<sup>11</sup>

Tratamiento	Eficacia	Adecuado para inducir remisión	Adecuado como tratamiento de mantenimiento	Aceptación por el paciente	Eficacia en artritis psoriásica
Ciclosporina	√√√	√√√	√	√√√	√
Metotrexato	√√	√√	√√	√√	√√
Hidroxiurea	√	√	√√	√	-
Acitretina	√	√	√√	√	-
Fototerapia	√√√	√√√	-	√√	-

## TRATAMIENTO SISTÉMICO

El tratamiento sistémico está indicado en psoriasis extensas que no responden a otros tratamientos, formas eritrodermicas y pustulosas y formas incapacitantes<sup>1</sup>.

#### INMUNOSUPRESORES. Ver tabla 7

La ciclosporina oral tiene una eficacia parecida o algo superior al metotrexato<sup>9,11,12</sup>. Se recomienda para tratamientos intermitentes y de corta duración<sup>11</sup>. Es nefrotóxica y causa hipertensión por lo que requiere monitorización<sup>2,8,9</sup>.

El tratamiento sistémico oral más utilizado es el metotrexato, en administración semanal exclusivamente, sobre todo en tratamientos de larga duración. También se prefiere en la artritis psoriásica<sup>11</sup>. Los pacientes deben ser

monitorizados ya que es un fármaco que tiene efectos adversos graves. Se recomienda la realización de ciertas determinaciones analíticas como hematocrito y pruebas de función hepática y renal<sup>2,9</sup>.

Debe evitarse el embarazo hasta 3 meses después de terminar el tratamiento con metotrexato, tanto en mujeres como en hombres cuyas parejas deseen quedarse embarazadas.

La hidroxiurea se utiliza en pacientes con psoriasis resistentes o intolerantes a metotrexato, aunque no tiene la indicación aprobada. Su eficacia es menor que metotrexato y ciclosporina. Su acción es más lenta<sup>1,2</sup>, pero puede ser una opción cuando otros tratamientos sistémicos no han sido eficaces.

## RETINOIDES

La **acitretina** es un retinoide análogo de la vitamina A. Puede considerarse como alternativa en pacientes con psoriasis pustulosa e inmunodeprimidos que no puedan utilizar fármacos inmunosupresores<sup>8,9,11</sup>. La acitretina puede mejorar las lesiones, administrada sola o asociada a UVB o PUVA, pero se considera menos eficaz que ciclosporina<sup>12</sup>. Es teratógena hasta 2 años después de la suspensión del fármaco<sup>3</sup>.

La utilización de una terapia combinada (tópica y sistémica) puede mejorar en muchos casos la eficacia del tratamiento y limitar la aparición de efectos adversos; y con frecuencia,

en caso de recaídas, puede ser útil un tratamiento cíclico. En cualquier caso, el tratamiento debería ser flexible y modificado en función de la evolución del paciente<sup>2</sup>.

## POLYPODIUM LEUCOTOMOS (CALAGUALA)

La bibliografía disponible sobre el extracto de *Polypodium Leucotomos* (Difur®, Armaya®, Regender®) es muy escasa e insuficiente para poder valorar su posible utilidad en esta situación clínica<sup>10</sup>. La dosis habitual es de 120-240 mg vía oral 3 veces al día. Puede potenciar la acción de los digitálicos y el alcohol y las sustancias alcalinas retrasan o impiden su absorción.

Tabla 7. **Tratamientos sistémicos utilizados en la psoriasis**<sup>10</sup>

	Posología	Vía	Efectos adversos
<b>Ciclosporina</b> (Sandimmun®)	5 mg/kg/día inicial y después 2,5 mg/kg/día repartidos en dos tomas e ir aumentando cada 2 semanas, si es necesario, hasta dosis máxima de 5 mg/kg/día.	oral	Nefrotoxicidad e hipertensión.
<b>Metotrexato</b> – Metotrexato EFG (oral) – Metoject® (sc, im, iv)	dosis máxima semanal*: 25 mg	oral, sc, im, iv	Hepatotoxicidad, fibrosis pulmonar, nefrotoxicidad y teratogenia.
<b>Hidroxiurea</b> (Hydrea®)	Indicación no aprobada.		Depresión medular, enfermedades mieloproliferativas, leucemia secundaria, teratogenia. Menos hepatotóxica que metotrexato <sup>2</sup> .
<b>Acitretina</b> (Neotigason®)	Inicialmente 25-30 mg/día durante 2-4 semanas. Dosis de mantenimiento 25-50 mg durante las 6-8 semanas siguientes. Dosis máxima 75 mg/día.	oral	Teratogenia, alteración de los niveles de colesterol y triglicéridos <sup>2,9</sup> .
<b>Etanercept</b> (Enbrel®)	25 mg/2 veces semana ó 50 mg/semana. Máximo 24 semanas.	sc	Infecciones, neoplasias, afectación neurológica, insuficiencia cardíaca.
<b>Adalimumab</b> (Humira®)	80 mg dosis inicial. 40 mg en semanas alternas.	sc	Infecciones, neoplasias.
<b>Infliximab</b> (Remicade®)	5 mg/kg semanas 0, 2 y 6. Luego cada 8 semanas.	Perfusión iv (2 h)	Infecciones, neoplasias.
<b>Ustekinumab</b> (Stelara®)	Peso <100 kg: 45 mg semanas 0 y 4. Luego cada 12 semanas. Peso >100 kg: 90 mg semanas 0 y 4. Luego cada 12 semanas.	sc	Infecciones, neoplasias.

\* Nota informativa de la Agencia Española del Medicamento por confusión de dosis: las dosis de metotrexato oral en el tratamiento de artritis reumatoide y psoriasis son semanales.

## TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

**Etanercept, adalimumab, infliximab y ustekinumab**▲.

Los agentes inmunomoduladores (biológicos) están teniendo cada vez más importancia como alternativa para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave. Son fármacos que se utilizan en enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, artritis psoriásica o enfermedad de Crohn, excepto ustekinumab, cuya única indicación es la psoriasis<sup>9</sup>. Normalmente se reservan para psoriasis en placas grave que no responde, o en pacientes con contraindicación o

intolerantes a PUVA y tratamientos sistémicos incluidos ciclosporina y metotrexato<sup>11</sup>. Son fármacos muy caros y requieren monitorización de efectos adversos, ya que no se conoce su seguridad a largo plazo<sup>12</sup>. La decisión de tratar con fármacos biológicos es compleja, no obstante pacientes en los que un tratamiento ha fallado pueden beneficiarse al cambiar a un fármaco biológico ya que en los estudios se han mostrado más eficaces que algunos de los tratamientos sistémicos tradicionales<sup>8</sup>.

## IDEAS CLAVE

- El tratamiento de la psoriasis debe ser individualizado en función de la gravedad y extensión de las lesiones, perfil beneficio-riesgo, preferencias del paciente y de la respuesta al tratamiento.
- Se recomienda la aplicación de emolientes en todos los pacientes con psoriasis.
- Para las formas leves de psoriasis, se utiliza tratamiento tópico.
- En atención primaria, el tratamiento de elección son los análogos de la vitamina D, alternando con corticoide tópico si es necesario.
- Se debe evitar el tratamiento prolongado con corticoides (especialmente con los potentes).
- La combinación de tratamientos tópicos aumenta la eficacia.
- La falta de eficacia puede estar motivada por baja adherencia al tratamiento.
- En el embarazo, el tratamiento se realiza con emolientes y corticoides.
- La fototerapia y los tratamientos sistémicos se consideran ante las formas graves, resistentes, inestables o complicadas de la psoriasis y con indicación por consulta especializada.
- Los tratamientos biológicos están adquiriendo una importancia creciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lodeiro C, Serrano J, del Pozo J. Psoriasis. *Fisterra*. Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterrae/guias.asp?idGuia=98> (Accedido el: 12/01/2011).
2. Utilización de medicamentos. *Psoriasis: tratamiento*. Bol Ter Andal. 1999;15(1).
3. Lázaro Ochaíta P, Suárez Fernández R. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2001;25(4):105-110.
4. *Treatments and Drugs by Mayo Clinic staff*. Psoriasis treatments aim to. Disponible en <http://www.mayoclinic.com/health/psoriasis/DS00193/DSECTION=treatments-and-drugs> (Accedido el 12/03/2011).
5. CKS. What are the general principles of management of chronic plaque psoriasis? Disponible en: [http://cks.nhs.uk/print\\_preview?pageid=406230006&pagepath=psoriasis/mana](http://cks.nhs.uk/print_preview?pageid=406230006&pagepath=psoriasis/mana) (Accedido el: 12/01/2011).
6. *Strategies Psoriasis des adultes Des rémissions, mais pas de traitement curatif*. *Rev Prescrire*. 2005;25(266):751-62.
7. *Guía de Prescripción Terapéutica*. Información de medicamentos autorizados en España. Tratamiento de la psoriasis. Disponible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?Y2ExM3NIMDVzYjAy>. (Accedido el 12/01/2011).
8. Up to date: Feldman RS. Treatment of psoriasis. Disponible en: <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=papulos/5539&view=print> (Accedido el 12/01/2011).
9. Menter A, Griffiths EM. Current and future management of psoriasis. *Lancet*. 2007;370:272-84.
10. Catálogo de medicamentos 2010. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults. October 2010. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/121/index.html> (Accedido el 12/01/2011).
12. Naldi L, Rzyan B. Psoriasis (Chronic plaque). *Clin Evid*. 2009;01:1706. Disponible en: <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/skd/1706/1706-get.pdf> (Accedido el 10/03/2011).

Fecha de la revisión bibliográfica: marzo 2011

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia  
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: [farmacovigilancia@osakidetza.net](mailto:farmacovigilancia@osakidetza.net)

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME / MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: [cevime-san@ej-gv.es](mailto:cevime-san@ej-gv.es)

**Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción:** José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Itxasne Gabilondo, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M<sup>a</sup> José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloqui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X