



ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

AUTOR: PAULA BARRADO JIMÉNEZ. TRABAJO DE FIN DE GRADO, JULIO 2020

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria y autoinmune que afecta a un 2-3% de la población y tiene un gran impacto en la calidad de vida. Un 30% de los afectados desarrolla artritis psoriásica. Se manifiesta en forma de brotes de placas rojas bien delimitadas y escamosas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Manchas rojas cubiertas de escamas
- Pequeños puntos de descamación
- Piel seca y agrietada
- Picor, ardor y dolor
- Uñas distróficas
- Articulaciones hinchadas y rígidas
- Fenómeno de Koebner (menos frecuente)



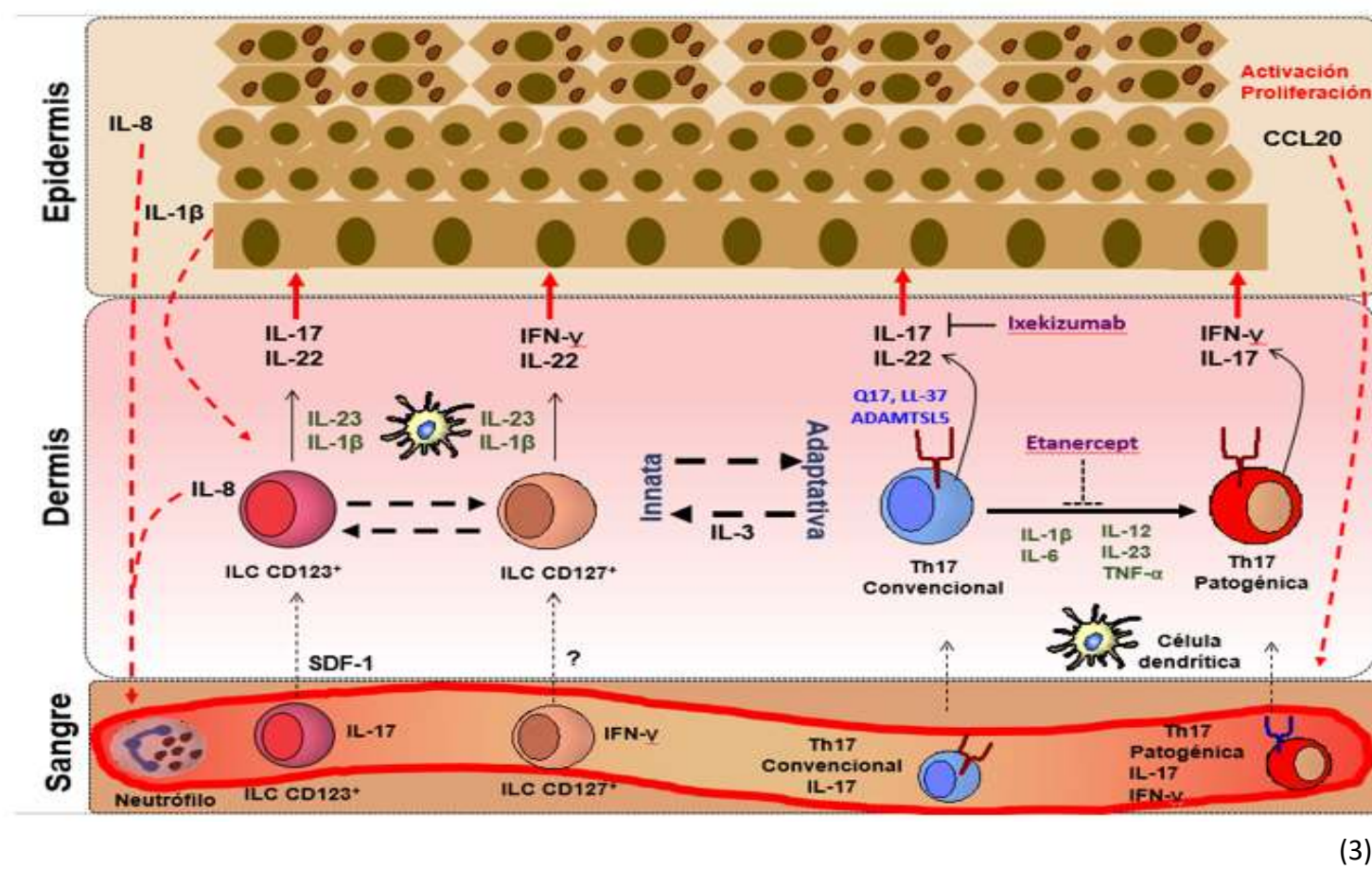
TIPOS DE PSORIASIS



CAUSAS DE LA PSORIASIS

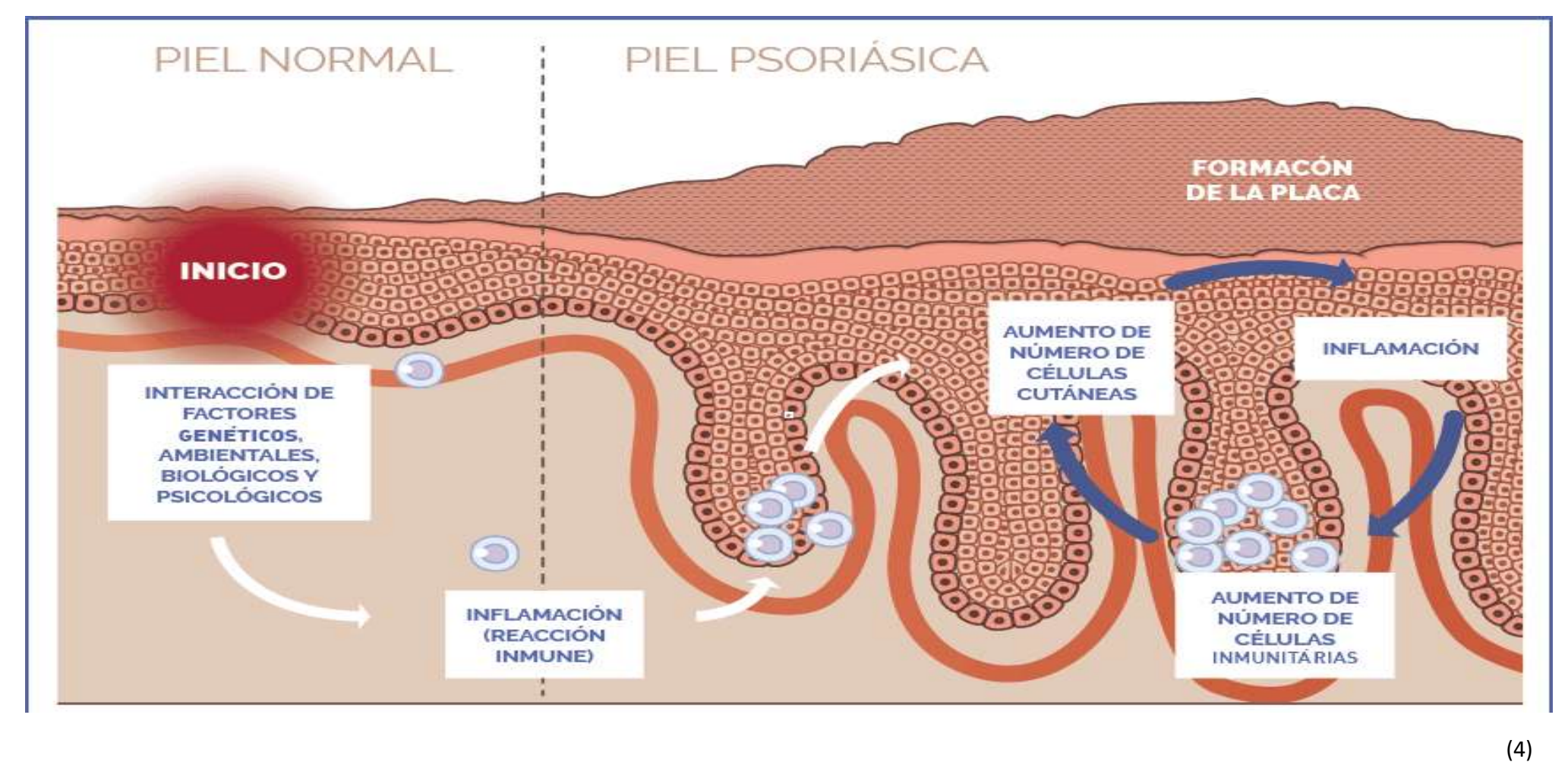
- FACTORES GENÉTICOS: HLA-Cw6, HLA-B17 o LCE son genes relacionados con la psoriasis.
- FACTORES AMBIENTALES: infecciones, estrés, déficit de vitamina D, alcohol, fumar....
- FACTORES INMUNOLÓGICOS: reacciones inflamatorias de la piel.

FISIOPATOLOGÍA DE LA PSORIASIS



- La psoriasis se produce por una desregulación del sistema inmune.
- 1. Respuesta innata:** se producen citoquinas proinflamatorias (IL-23, IL-20 e IL-12) y acumulación de neutrófilos y otras células que producen agregados.
 - 2. Respuesta adaptativa:** los linfocitos T migran a todas las capas de la epidermis y se producen más citoquinas proinflamatorias (IL-17A e IL-22)
 - 3. Queratinocitos:** como consecuencia de las citoquinas se produce una hiperproliferación de queratinocitos y una mala diferenciación de los mismos.

HISTOLOGÍA DE LA PIEL PSORIÁSICA



Hiperproliferación y diferenciación deficiente de queratinocitos en la epidermis e inflamación en la dermis

DIAGNÓSTICO DE LA PSORIASIS

- Historia clínica y examen físico (dermatológico, ocular y musculoesquelético)
- Biopsia de la piel (cuando el físico es incierto): muestra de epidermis + tinción con PAS-D.

OBJETIVOS

Revisión bibliográfica sobre la psoriasis para conocer detalladamente tanto las causas y etiología de la enfermedad como el tratamiento clásico y biológico y sus principales diferencias

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de artículos científicos en bases de datos y revistas especializadas en dermatología



RESULTADOS

NO EXISTE CURA

Tratamiento de síntomas

Tratamiento personalizado y rotatorio.

Clasificación de la psoriasis

	SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA	BSA	PGA	PASI	DLQI
LEVE/ GRADO I	<10%	<5%	0-2	<10	-
MODERADA- GRAVE/ GRADO II	>10%	>5%	3	>10	>10

- TRATAMIENTO TÓPICO
- TRATAMIENTO SISTÉMICO

1ª LÍNEA

TRATAMIENTO TÓPICO

2ª LÍNEA

FOTOTERAPIA Y TERAPIA SISTÉMICA

3ª LÍNEA

TERAPIA BIOLÓGICA

- Enfermedad extensa
- Con distress funcional
- Fototerapia no efectiva, contraindicada o recaída

- Resto de tratamientos contraindicados
- Intolerancia o falta de respuesta del resto de terapias

1. TRATAMIENTO TÓPICO

- ❖ Corticosteroides
- ❖ Emolientes
- ❖ Análogos tópicos de vitamina D
- ❖ Alquitrán
- ❖ Tazaroteno
- ❖ Inhibidores de calcineurina

2. TRATAMIENTO SISTÉMICO

Indicado

- Presentan lesiones psoriásicas que no se controlan con tratamiento tópico.
- Pacientes que presentan lesiones muy extensas (BSA > 5-10%).
- PASI >10
- Pacientes que presentan un empeoramiento muy rápido
- Pacientes que presentan limitaciones funcionales o el compromiso de áreas visibles
- DLQI >10
- Pacientes que presentan eritrodermia o psoriasis pustulosa extensa
- Psoriasis asociada a artropatía

A) TERAPIA CLÁSICA

Metotrexato: Inhibidor competitivo de la dihidrofolato reductasa

Ciclosporina: Inhibidor de la calcineurina

Apremilast: Inhibidor de la fosfodiesterasa 4

Retinoides → Acritina: Inmunomodulador derivado de la vitamina A

B) TERAPIA BIOLÓGICA

Gran eficacia, tolerancia y seguridad. Indicado para psoriasis de moderada a grave

Inhibidores de TNF-α:

- Etanercept
- Infliximab
- Adalimumab
- Certolizumab

Inhibidores de la vía de IL-17:

- Secukinumab
- Ixekizumab
- Brodalumab

Inhibidores de IL-23:

- Etanercept (también inhibidor de IL-12)
- Infliximab
- Adalimumab
- Certolizumab

Otros:

- Ésteres de ácido fumárico
- Hidroxiurea
- Azatioprina
- Abatacept

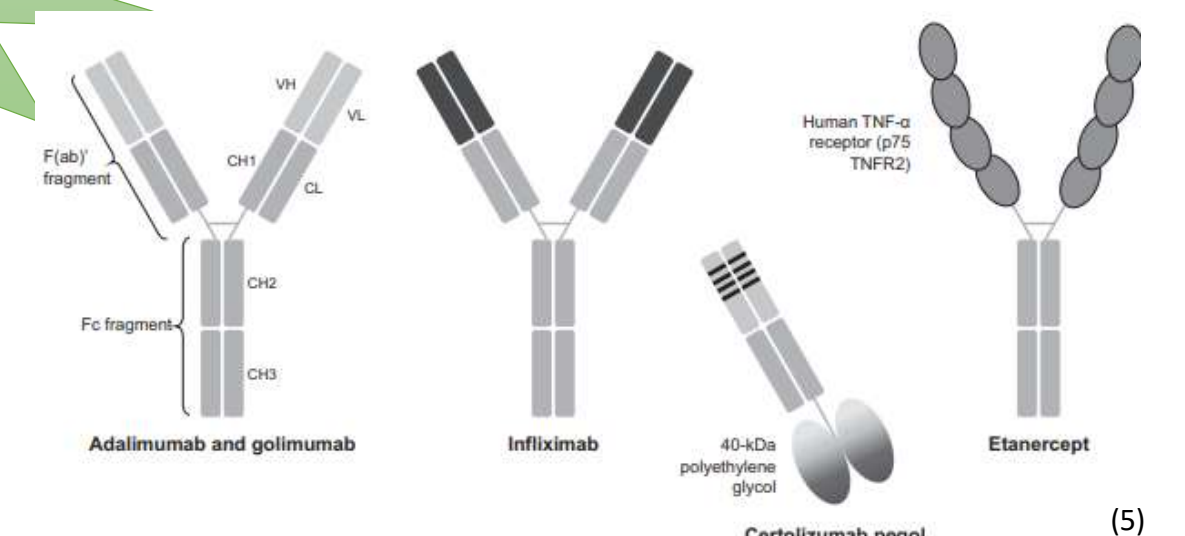
Tratamiento	Eficacia	Adecuado para reducir emisión	Adecuados como tratamiento de mantenimiento	Aceptación por el paciente
Corticosteroides	✓✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓
Análogos de vitamina D	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓
Tazaroteno	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Ditranol	✓✓	✓✓	-	-
Brea de hulla	✓	✓	-	-

Fototerapia

- Supervisión dermatológica
- CONVENCIONALES: UVB, PUVA y UVA
- LÁSER EXCIMER: UVB (áreas localizadas)

Precaución:

- Vacunas vivas o atenuadas.
- Embarazo y lactancia
- Pacientes especiales



CONCLUSIÓN

- ❖ Existen numerosas terapias contra la psoriasis.
- ❖ Ésta debe ser individualizada, segura y con estricto seguimiento para evitar complicaciones y comorbilidades asociadas.
- ❖ Psoriasis leve: tratamiento tópico
- ❖ Psoriasis moderada-grave: fototerapia y terapias sistémicas y como tercera línea terapia biológica

BIBLIOGRAFÍA

- Psoriasis: Manifestations, Management Options, and Mimics [Internet]. Medscape. [citado 15 de abril de 2020]. Disponible en: //reference.medscape.com/slideshow/psoriasis-6006430
- Psoriasis - Symptoms and causes [Internet]. Mayo Clinic. [citado 16 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/psoriasis/symptoms-causes/syc-20355840
- Linfocitos T Cooperadores Adaptativos y Linfocitos Innatos en Enfermedades Inflamatorias Crónicas [Internet]. La Medicina es Así. [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.asieslamedicina.org.mx/linfocitos-t-cooperadores-adaptativos-y-linfocitos-innatos-en-enfermedades-inflamatorias-cronicas/
- Enfermedades - Page 2 [Internet]. [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: http://elixirdecathy.com/index.php/66-enfermedades-piel/160-tratamiento-contr-enfermedades-de-piel3?showall=&start=1
- Baddley JW, Cantini F, Goletti D, Gómez-Reino JJ, Mylonakis E, San-Juan R, et al. ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH) Consensus Document on the safety of targeted and biological therapies: an infectious diseases perspective [Soluble immune effector molecules (I): anti-tumor necrosis factor-α agents]. Clin Microbiol Infect. 1 de junio de 2018;24:S10-20.

