

**MATERIAL
PARA EL
ASISTENTE**

SESIONES CLÍNICAS EN APS

Terapia tópica de la psoriasis en Atención Primaria

Autoras:

M.ª del Mar Ballester Torrens
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Ramón Turró.
Barcelona. Miembro del GdT Dermatología de la CAMFIC.

Rosa Senán Sanz
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Clot. Barcelona.
Miembro del GdT Dermatología de la CAMFIC y del GdT Cirugía Menor y
Dermatología de la semFYC.

Marta Ferran Farres
Especialista en Dermatología. Servicio de Dermatología. Hospital
Universitario del Mar. Barcelona.

Fátima Barcala del Cano
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal de Residentes de
AGAMFEC y coordinadora del GdT Dermatología
de AGAMFEC.

Coordinador del programa Sesiones Clínicas en APS:

Albert Casasa Plana
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
EAP Sardenya. Barcelona.


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

© 2011, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Diputació 320
08009 Barcelona
www.semfc.es

Coordinación y dirección editorial:

semfc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2ª planta, of. 14
08002 Barcelona
ediciones@semfc.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

Depósito legal:

ISBN: 978-84-15037-06-4

Índice

Presentación de la sesión	5
Caso clínico 1. Actitud ante un paciente dermatológico: semiología y exploración dermatológica	9
Caso clínico 2. Introducción a la psoriasis	11
Caso clínico 3. Diagnóstico de la psoriasis	13
Caso clínico 4. Comorbilidades y psoriasis como enfermedad sistémica	17
Caso clínico 5. Tratamiento tópico: esquema general del abordaje	20
Caso clínico 6. Tratamiento tópico de la psoriasis en el cuero cabelludo	25
Caso clínico 7. Tratamiento tópico de la psoriasis vulgar y <i>guttata</i>	27
Caso clínico 8. Tratamiento tópico de la psoriasis ungueal	29
Caso clínico 9. Tratamiento tópico de otras localizaciones de la psoriasis: facial y pliegues	32
Puntos clave	36
Bibliografía recomendada	37
Evaluación de la sesión Terapia tópica de la psoriasis en Atención Primaria	38

Presentación de la sesión

Introducción

¿Por qué haremos tratamiento de la psoriasis en Atención Primaria?

El primer objetivo del manejo del tratamiento tópico en la psoriasis desde la Atención Primaria (AP) es conseguir un mayor control de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de los pacientes. También es importante conocer las indicaciones, las contraindicaciones y los efectos secundarios de estos tratamientos para poder ajustarlos a las características de cada paciente.

Objetivo docente

Esta sesión ayuda al conocimiento de la psoriasis en el ámbito de Atención Primaria, facilitando el adecuado diagnóstico y tratamiento tópico de primera línea, para una mayor eficiencia en la asistencia a los pacientes. También es importante conocer las indicaciones, las contraindicaciones y los efectos secundarios de estos tratamientos para poder ajustarlos a las características de cada paciente.

Objetivos específicos

1. Mejorar el conocimiento y diagnóstico de las manifestaciones clínicas de la psoriasis.
2. Conocer el uso de la terapia tópica.
3. Conocer las indicaciones, las contraindicaciones y los efectos secundarios de los tratamientos tópicos. Revisar los criterios de derivación.

Esquema metodológico de la sesión

La sesión va dirigida a los profesionales sanitarios de AP, médicos de familia y personal sanitario, con el fin de revisar el tema e inducir a la reflexión a todos los asistentes, de una forma activa y participativa, sobre el tratamiento tópico de la psoriasis.

Se desarrollarán nueve casos prácticos que los asistentes deberán resolver con la ayuda del contenido teórico de apoyo que aporta los conocimientos necesarios para el tratamiento de este problema de salud.

Cada asistente dispondrá de un cuaderno que constará de dos partes:

- ▶ En la primera, se exponen casos clínicos con los datos necesarios para responder a las preguntas que se formulan, algunas cerradas con respuesta múltiple, otras abiertas a la discusión del grupo. Justificadas con la explicación teórica, tablas, y bibliografía correspondientes. Está preparada para que sirva posteriormente como libro de consulta.
- ▶ La evaluación final consta de 20 preguntas con cuatro opciones de respuesta de las que sólo una es válida. En el cuaderno del asistente está toda la información para contestarlas.

Para fomentar la participación, se recomienda que, tras una lectura individual de cada caso, se trabaje en pequeños grupos, a fin de favorecer el intercambio de opiniones y experiencias. Debe haber un mínimo de tres grupos, formados por cuatro o cinco personas cada uno. El portavoz de cada grupo expondrá al resto de grupos las conclusiones consensuadas sobre las respuestas a las preguntas de cada caso, así como las dudas o disparidades de criterios si las hubiere. Esta exposición podrá hacerse verbalmente o mediante retroproyector.

Tras la puesta en común a partir de las exposiciones de los distintos portavoces de grupo, el ponente hará recapitulación de las aportaciones, incidiendo en los puntos clave, las coincidencias y las diferencias, lanzando preguntas sobre cuestiones que ofrezcan dudas o sobre las que observen errores frecuentes de praxis.

Finalmente, ofrecerá la resolución de casos con la explicación teórica de la presentación en Powerpoint.

Cronograma

El desarrollo de cada sesión varía en función de los conocimientos y del nivel de participación de los asistentes. Resulta más didáctico que la información proceda de las aportaciones del grupo.

La sesión está preparada para una duración de 4 horas. Si hay mucha discusión en los grupos, podría alargarse a 5 horas, contando con el tiempo de evaluación final, según el interés y los conocimientos previos de los asistentes.

El ponente debe cronometrar los tiempos de trabajo en grupo, de exposición, debate y explicación del ponente, intentando ajustarse a los minutos que se indican por caso.

En el esquema de sesión, la distribución sería la siguiente:

- ▶ Presentación del ponente, de la sesión y de los objetivos. Explicación del método de trabajo. 30 minutos.
- ▶ Exposición de los casos y discusión razonada de éstos, planteando las diversas situaciones que se recogen (10 minutos de exposición teórica y 10 minutos de discusión y puesta en común para cada uno). 3 horas.
- ▶ Exposición final del ponente de los puntos clave, resolución de las dudas, y evaluación final. 30 minutos.

El ponente planteará, si la sesión se hace en 2 días, si los puntos clave y las preguntas de evaluación de los primeros casos se hacen al final del primer día tras la exposición teórica referida a ellos.

Caso clínico 1

Actitud ante un paciente dermatológico: semiología y exploración dermatológica

VARÓN DE 30 AÑOS QUE CONSULTA POR UN PRIMER EPISODIO DE ERUPCIÓN CUTÁNEA EN EL TRONCO, LOS BRAZOS Y LAS PIERNAS, NO PRURIGINOSA, DE POCOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, Y DE INICIO SÚBITO. PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL Y NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGÍA ACOMPAÑANTE. MANIFIESTA NO TENER ALERGIAS MEDICAMENTOSAS Y COMO ANTECEDENTES DE INTERÉS SUFRE UNA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON BETABLOQUEADORES.

DEL CASO CLÍNICO PRESENTADO, ¿CÓMO DESCRIBIRÍA LAS LESIONES? (SEGÚN FOTO)

¿Cómo completaría la anamnesis para hacer el diagnóstico diferencial?

La anamnesis debe incluir los siguientes puntos clave para realizar un diagnóstico aproximado:

- Motivo de la consulta.
- Patrón de la evolución temporal.
- Patrón de la extensión y localización.
- Sintomatología.
- Respuesta al tratamiento (en el supuesto que haya realizado alguno).
- Posibles factores desencadenantes.
- Antecedentes familiares de enfermedades cutáneas/reumatológicas.

¿Cómo completar la exploración?

- Inspección visual y palpación de las lesiones cutáneas para identificar las lesiones elementales.
- La exploración dermatológica debe incluir la piel, el pelo, las mucosas y las uñas.
- Exploración general: adenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia...

Descripción de las lesiones elementales

Definimos las lesiones dermatológicas según:

- **Forma de las lesiones individuales:** anular, iris, arciforme, lineal, redonda, oval, umbilicada, etc.
- **Agrupación de las lesiones múltiples:** aisladas, diseminadas, agrupadas, herpetiformes, zosteriforme, anulares, arciformes, lineales, reticulares, etc.
- **Color:** rojo, pardo, grisáceo, blanco, azul, anaranjado, etc.
- **Consistencia de la lesión:** blanda, dura, pétreo, seca, húmeda, móvil.
- **Distribución:** cómo se reparten por la superficie cutánea.
 - **Extensión:** circunscrita, generalizada, universal.
 - **Patrón:** simetría, áreas expuestas, sitios de presión, áreas intertriginosas.
 - **Localización característica:** flexural, extensoras, intertriginosas, palmas y plantas, dermatotomal, tronco, extremidades inferiores, áreas expuestas, etc.

Caso clínico 2

Introducción a la psoriasis

■ PACIENTE DE 35 AÑOS, CON PSORIASIS DESDE HACE 5 AÑOS Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE PSORIASIS (EN EL PADRE), QUE VIENE A PREGUNTAR SOBRE LA ENFERMEDAD Y SUS CAUSAS.

■ ¿QUÉ ES LA PSORIASIS?

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, no contagiosa, que ocasionalmente afecta a las articulaciones (10-25%). La prevalencia en la población española es del 1,4%, con afectación por igual en ambos sexos. Existen dos picos de máxima incidencia: en la segunda década de la vida (psoriasis de inicio precoz), y en la quinta década (psoriasis de inicio tardío). La evolución de la enfermedad es muy variable, pero suele presentar un curso crónico con exacerbaciones y remisiones.

Desde el punto de vista histológico, la psoriasis se caracteriza por la presencia en la epidermis de una hiperqueratosis, condicionada por un acortamiento del tiempo de recambio celular epidérmico (normalmente este recambio de queratinocitos se realiza en 30 días y en estos pacientes es de 3 días), y de acumulaciones de leucocitos polimorfonucleares (llamados microabscesos de Munro-Saboureaud). En la dermis, existe un infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario, con presencia de capilares dilatados y tortuosos dispuestos verticalmente en las papilas dérmicas.

¿Se conoce la etiología?

Hasta el momento no se conocen exactamente los mecanismos etiopatogénicos de la psoriasis. Existen diversas evidencias sobre la participación de factores genéticos: estudios epidemiológicos realizados en diferentes poblaciones han demostrado que los familiares de pacientes con psoriasis presentan un riesgo significativamente más elevado de presentar una psoriasis que la población general, que aumenta con el número de familiares de primer grado afectados. Los estudios realizados para identificar genes responsables han hallado diferentes locis de susceptibilidad (llamados PSOR), siendo el más importante el PSOR1, donde se encuentran los genes del antígeno de histocompatibilidad (HLA), siendo la variante genética del HLA-cw6 la más fuertemente asociada a la psoriasis. Recientemente, se han identificado nuevos determinantes genéticos que se han

relacionado tanto con la respuesta inmunitaria (IL-12B, IL-23R, IL-4/IL-13 *cytokine-cluster*) como con alteraciones epidérmicas (LCE3B/3C).

Con todo esto, la teoría más aceptada en la actualidad sobre la etiopatogenia de la psoriasis es que sería necesaria una base genética que determinaría una disregulación de la inmunidad (una respuesta inflamatoria inmunitaria de tipo Th1 y Th17) y una susceptibilidad de la epidermis para alterarse «en forma de psoriasis». Finalmente, existirían factores externos que actuarían en los individuos susceptibles genéticamente como desencadenantes o perpetuantes de la psoriasis.

¿Cuáles son los factores desencadenantes de la psoriasis?

Es importante informar al paciente de los factores que pueden desencadenar la psoriasis:

- Microorganismos (estreptococos, estafilococos, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], *Candida*, *Pityrosporum ovale*).
- Traumatismos (fenómeno de Koebner).
- Fármacos (los antiinflamatorios no esteroideos, la supresión del tratamiento con corticoides tópicos sistémicos, interferón, betabloqueadores, litio, antimaláricos).
- Ansiedad o estrés.
- Tóxicos (alcohol, tabaco).
- Otros (clima frío y seco).

Hasta el momento, no se ha demostrado que la dieta tenga una influencia directa sobre la psoriasis, pero una alimentación equilibrada puede ayudar a mantener la piel en mejor estado.

Caso clínico 3

Diagnóstico de la psoriasis

PACIENTE DE 45 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PERSONALES NI FAMILIARES DE INTERÉS, QUE PRESENTA UNA ERUPCIÓN CUTÁNEA RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADA DE PSORIASIS. CONSULTA PARA TENER UNA SEGUNDA OPINIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS QUE PRESENTA.

¿Cómo se realiza el diagnóstico de la psoriasis?

El diagnóstico de la psoriasis es fundamentalmente clínico. La lesión típica es una placa eritematosa cubierta por escamas blancas nacaradas, de bordes bien delimitados, que puede medir desde pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro. En la exploración podemos encontrar el signo de Auspitz o rocío hemorrágico (al raspar la lesión aparece un sangrado puntiforme), al remitir las lesiones puede objetivarse el halo hipocrómico de Woronoff. Es también característico, pero no específico de la psoriasis, el fenómeno de Koebner, que es la aparición de lesiones de psoriasis sobre zonas de traumatismo previo.

Sin embargo, debe recordarse que existen formas de psoriasis pustulosas, en las cuales, la pústula estéril (grano de pus no infeccioso) es la predominante.

¿QUÉ FORMAS EXISTEN DE PSORIASIS?

La **psoriasis vulgar** es la forma más frecuente, afecta al 80-90% de los pacientes. Consiste en la presencia de las características **placas eritematodescamativas**, de bordes bien delimitados, habitualmente distribuidas de forma bilateral y simétrica sobre localizaciones típicas: codos, rodillas, retroauricular y cuero cabelludo y zona lumbosacra (aunque pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo y extensión). Suelen ser asintomáticas, pero pueden acompañarse de prurito.

La **psoriasis del cuero cabelludo** es un subtipo de psoriasis vulgar que no siempre viene acompañada de lesiones de psoriasis en otras localizaciones. Suele considerarse un subtipo aparte por las dificultades que comporta su tratamiento. Se presenta con diferentes grados de afectación, desde pequeñas áreas eritematosas y poco descamativas, a grandes placas gruesas cubiertas de escamas más o menos adheridas y bien delimitadas. Aunque suele afectar característicamente la zona retroauricular y la zona de implantación del cuero cabelludo, puede llegar a afectar toda la superficie del cuero cabelludo. La psoriasis de cuero cabelludo no es una causa de alopecia, pero excepcionalmente, en formas graves e hiperqueratósicas, puede dar lugar a una alopecia transitoria.

La **psoriasis en gotas o guttata** se caracteriza por la presencia de lesiones pequeñas, menores de 2 cm, numerosas y distribuidas de forma generalizada (principalmente en el tronco). Es típica de la edad juvenil y suele aparecer 1 o 2 semanas después de una infección estreptocócica, generalmente una faringoamigdalitis. La psoriasis en gotas es una forma de psoriasis de buen pronóstico, con tendencia a la resolución espontánea. Ocasionalmente, algunos pacientes pueden evolucionar a una psoriasis vulgar crónica.

La **psoriasis ungueal** es una forma frecuente de afectación que ocasionalmente pasa desapercibida. Suele aparecer en el 50% de los pacientes, y hasta en el 70-80% de los pacientes con artritis psoriásica. Asimismo, debe destacarse que un 1-5% de los pacientes con psoriasis ungueal no presentan placas de psoriasis, lo que suele comportar dificultades diagnósticas y, ocasionalmente, diagnósticos y tratamientos erróneos. La psoriasis ungueal muestra una gran variabilidad clínica y será diferente según se afecte la matriz o el lecho ungueal (tabla 1).

Tabla 1:
LA PSORIASIS UNGUEAL ES DIFERENTE SEGÚN SE AFECTE LA MATRIZ O EL LECHO UNGUEAL

AFECTACIÓN DE LA MATRIZ	AFECTACIÓN DEL LECHO UNGUEAL
<u>Piqueteado ungueal</u>	<u>Mancha en aceite</u>
Leuconiquia	<u>Onicolisis</u>
Eritema de la lúnula	<u>Hiperqueratosis subungueal</u>
Rugosidad	Hemorragias en astilla
	Onicodistrofia

La manifestación más típica de la psoriasis de la matriz ungueal es el piqueteado ungueal, que es la presencia de depresiones puntiformes en la lámina ungueal. Aunque es muy característica de la psoriasis, puede observarse en otras dermatosis inflamatorias (alopecia areata, enfermedad de Darier, etc.). Entre las manifestaciones de la psoriasis de la matriz ungueal se encuentra la llamada «mancha en aceite» (secundaria a una onicolisis o despegamiento de la uña), que se ve como una mancha amarilla distal generalmente acompañada de un reborde eritematoso, y la hiperqueratosis subungueal (que condiciona un engrosamiento de la uña).

La **psoriasis flexural, intertriginosa o invertida** se caracteriza por la presencia de placas de color rosado-rojizo, brillantes, sin apenas descamación (debido a la humedad de la localización) y muy bien delimitadas, en cualquier pliegue cutáneo (axilar, inguinal, submamario, umbilical, interglúteo, etc.), de forma bilateral y simétrica. Ocasionalmente puede aparecer erosión y fisuración. Es una forma muy incómoda (suele dar prurito y/o escozor), e incluso invalidante, que suele ser de difícil tratamiento. La presencia de fricción, calor y humedad inducen la psoriasis en los pliegues mediante un efecto Koebner. Además, también se ha sugerido la participación de algunas levaduras (*Malassezia furfur*) en su inducción.

La **psoriasis eritrodérmica** o **exfoliativa** hace referencia a la afectación de casi toda la superficie cutánea por la psoriasis. Suele aparecer de forma aguda o subaguda y se caracteriza por eritema y descamación (generalmente fina o moderada) generalizados, acompañados de sintomatología sistémica (fiebre, malestar general, adenopatías, edemas pretibiales, etc.). Suele ser una forma grave que se asocia a complicaciones hidroelectrolíticas, riesgo de sobreinfección y sepsis, por lo que suele requerir ingreso hospitalario y tratamiento sistémico intensivo.

La **psoriasis pustulosa** se diferencia de las otras formas de psoriasis por la existencia de pústulas estériles sobre las placas de psoriasis. Deben diferenciarse la forma generalizada de la localizada:

- La forma generalizada puede subdividirse en la aguda (von Zumbusch), la anular y la localizada.
- La aguda es una forma grave de psoriasis desencadenada por diferentes factores (hipocalcemia, embarazo, infecciones, estrés, tratamiento con litio, o retirada brusca de corticoides tópicos o ciclosporina oral). Se caracteriza por el desarrollo agudo de un eritema difuso sobre el que aparecen pústulas estériles, que se acompaña de una gran repercusión sistémica (fiebre, artromialgias, malestar general, leucocitosis, aumento de reactantes de fase aguda). Es una forma grave que puede dar lugar a diferentes complicaciones (colangitis neutrofílica, insuficiencia renal, alteraciones cardiovasculares, sobreinfección bacteriana y sepsis) y al fallecimiento del paciente. Por todo ello, necesita de ingreso hospitalario y tratamiento sistémico intensivo urgente.
- Las formas anulares y localizadas (sobre placas de psoriasis) suelen ser de inicio más subagudo, con menor repercusión sistémica, y aunque suelen necesitar tratamiento sistémico no suelen comprometer la vida del paciente. Entre las formas localizadas, se encuentra la pustulosis palmoplantar (que cursa con brotes de pústulas estériles en palmas y plantas) y la pustulosis acral de Hallopeau (caracterizada por brotes de pústulas estériles acrales, alrededor de las uñas e incluso subungueales, que puede asociarse a afectación ósea subyacente). Existe cierta controversia sobre si estas pustulosis corresponden realmente a formas de psoriasis o bien son entidades diferentes a la psoriasis.

¿Cómo valoramos la gravedad de la psoriasis?

Para evaluar la gravedad de la psoriasis suelen utilizarse diferentes índices: el PASI (*Psoriasis Area Severity Index*), que mide el grado de eritema, descamación e infiltración cutánea en cada una de las áreas corporales; el BSA (*Body Surface Area*), que refleja el porcentaje de superficie de piel afectada; el PGA (*Physician Global Assessment*), que valora globalmente la psoriasis mediante una puntuación comprendida entre 0 y 6, y el DLQI (*Dermatologic Life Quality Index*), que refleja el impacto sobre la calidad de vida del paciente.

En AP puede utilizarse como criterio de gravedad el BSA. Para calcular la extensión utilizaremos la regla del 9 como en las quemaduras o «la regla de la palma de la mano» (la superficie palmar equivale a un 1% de la superficie, y se van sumando palmas). Se considera que un paciente presenta psoriasis leve cuando

la superficie cutánea afectada es menos del 5% (BSA < 5), moderada entre el 5 y el 10% y grave cuando cubre más del 10% del tegumento. Otros criterios de gravedad son: formas graves de psoriasis (eritrodermia, psoriasis pustulosa generalizada), localizaciones que determinan mayor repercusión sociofuncional (facial, palmo-plantar, genital) y gran impacto psicológico.

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA. ¿CUÁNDO DERIVAR?
SIEMPRE QUE TENGAMOS:**

- ▶ DUDAS PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.
- ▶ PSORIASIS LOCALIZADA RESISTENTE A TERAPIA TÓPICA.
- ▶ FORMAS CLÍNICAS MODERADAS O GRAVES QUE REQUIERAN OTROS TRATAMIENTOS.

Caso clínico 4

Comorbilidades y psoriasis como enfermedad sistémica

VARÓN DE 55 AÑOS, FUMADOR, DIAGNOSTICADO DE PSORIASIS EN PLACAS MODERADA, QUE ACUDE A CONSULTA POR DOLOR, TUMEFACCIÓN Y SIGNOS FLOGÓTICOS EN AMBAS MANOS DESDE HACE 15 DÍAS.

¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SIGNOS NOS HARÍA SOSPECHAR UNA ARTRITIS PSORIÁSICA?

- ▶ RIGIDEZ MATUTINA DE MÁS DE 30 MINUTOS DE DURACIÓN.
- ▶ LUMBALGIA QUE MEJORA CON EL EJERCICIO.
- ▶ INFLAMACIÓN DE ARTICULACIONES PERIFÉRICAS.
- ▶ DACTILITIS.
- ▶ TODAS.

La artritis psoriásica (APs) aparece en el 6-42% de los pacientes con psoriasis, generalmente entre los 20 y 40 años, sin diferencias entre sexos. Las manifestaciones cutáneas suelen preceder a las articulares (75%), siendo la psoriasis ungueal la manifestación que se asocia más fuertemente a la APs.

Clásicamente, se diagnosticaba la APs ante la presencia de una artritis en un paciente con psoriasis y factor reumatoide negativo, y se clasificaba en cinco tipos (clasificación de Moll y Wright): artritis de articulaciones interfalángicas distales, oligoartritis asimétrica, poliartritis, espondilitis y artritis *mutilans*. Actualmente, según los criterios de CASPAR, se diagnosticará una artritis psoriásica cuando exista una enfermedad inflamatoria articular y cumpla los criterios suficientes para sumar al menos 3 puntos (tabla 2).

Es importante destacar que en el 40-60% de los pacientes existe un daño articular precoz (con una artritis destructiva en el 20% de los casos), por lo que los pacientes con sospecha de artritis psoriásica deben ser derivados de forma urgente o preferente a la consulta de reumatología para que pueda realizarse confirmación diagnóstica y tratamiento adecuado de forma precoz.

Tabla 2:

CRITERIOS DE CASPAR

Evidencia de psoriasis:	
– Psoriasis actual	2
– Historia personal de psoriasis	1
– Historia familiar de psoriasis	1
Alteración ungueal psoriásica	1
Test negativo para el factor reumatoide	1
Dactilitis:	
– Dactilitis actual	1
– Historia de dactilitis	1
Evidencia radiológica de neoformación ósea juxtaarticular	1

La psoriasis se ha asociado a las siguientes comorbilidades, ¿excepto cuál?

- Enfermedad cardiovascular.
- Síndrome metabólico.
- Depresión.
- Síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS)
- Esteatosis hepática no enólica.

Hasta el momento actual, no se ha detectado un aumento de la incidencia de SAOS en pacientes con psoriasis, pero sí se ha demostrado la relación de ésta con la aparición de síndrome metabólico, depresión, esteatosis hepática no enólica y enfermedad cardiovascular, principalmente en las formas graves de psoriasis. El mejor conocimiento de la etiopatogenia de la psoriasis ha favorecido que sea considerada como un proceso inflamatorio sistémico que presenta comorbilidades en localizaciones diferentes a la cutánea y articular, como son el sistema circulatorio y el metabólico.

Diferentes estudios han demostrado la asociación de la psoriasis (generalmente la afectación grave) con el síndrome metabólico o con cada una de las enfermedades que lo componen (obesidad, resistencia a la insulina, dislipemia, hipertensión arterial), así como con la esteatosis hepática no enólica (prevalencia del 48-59% en pacientes con psoriasis frente al 28% en la población general). La presencia de dichas comorbilidades contribuirá a un incremento en el riesgo de morbimortalidad relacionada con la aterosclerosis, sobre todo a nivel coronario, cerebrovascular y por arteriopatía periférica. Asimismo, se ha demostrado que la psoriasis, en sí, es un factor de riesgo cardiovascular independiente. Estudios recientes sugieren que el control óptimo de la artritis psoriásica y las formas graves de psoriasis podrían contribuir a mejorar el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

La psoriasis comporta un gran impacto psicológico a los pacientes que la padecen, repercute en la vida diaria, las relaciones sociales, el ocio y en la vida laboral. Se asocia, además, a múltiples alteraciones psicológicas (estrés, ansiedad, depresión) y a un mayor consumo de tóxicos (alcohol, tabaco). Finalmente, es bien conocida la asociación epidemiológica de la psoriasis con diversas enfermedades con las que comparte un sustrato patogénico común (otras artropatías, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.).

El paciente ha sido derivado a consulta de reumatología y también recibe controles en dermatología.

¿Debemos realizar algún otro control relacionado con este problema en la consulta de AP?

- No hay que hacer más controles puesto que lo controlan en la consulta de reumatología y dermatología.
- Debemos hacer controles periódicos de la artritis.
- Debemos hacer controles periódicos de la psoriasis.
- Debemos hacer control holístico de la psoriasis y sus comorbilidades.

Es aconsejable realizar al menos un control anual de la evolución clínica de la psoriasis y un cribado de posible afectación articular y de depresión. En pacientes con psoriasis grave se debe hacer un control anual de los factores de riesgo cardiovascular (mediante la valoración del índice de masa corporal, presión arterial, perfil lipídico y glucemia basal), aconsejar la práctica habitual de ejercicio aeróbico, el mantenimiento en un peso adecuado, el abandono del hábito tabáquico y la moderación en el consumo de alcohol.

Caso clínico 5

Tratamiento tópico: esquema general del abordaje

¿Cuál es la estrategia terapéutica a seguir en el paciente con psoriasis? ¿Cuándo y cómo tratar al paciente en AP?

El tratamiento del paciente con psoriasis es un tratamiento escalonado en el cual se va subiendo de nivel según no se responda o exista alguna contraindicación o intolerancia a los previos: primero se realiza tratamiento tópico, posteriormente fototerapia (PUVA o UVB) o tratamiento sistémico clásico (acitretino, metotrexato, ciclosporina), y finalmente, una terapia biológica (etanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab).

En AP solamente trataremos y realizaremos el seguimiento de la psoriasis leve con tratamiento tópico.

¿De qué fármacos disponemos en el tratamiento tópico, y cuáles son sus beneficios y efectos secundarios?

Emolientes

Proporcionan hidratación al estrato córneo, previenen la aparición de fisuras y ayudan a la eliminación de escamas excesivas. Se recomiendan en cualquier psoriasis en la que exista descamación.

Queratolíticos (ácido salicílico, urea, lactato amónico)

Son muy útiles para las placas más descamativas y queratósicas, para conseguir la reducción de la escama y/o facilitar la penetración percutánea de otros principios activos. En las placas más gruesas se puede realizar el tratamiento en cura oclusiva para facilitar su absorción (máximo 6-8 horas).

Corticoides tópicos

Es el tratamiento de elección, tanto en monoterapia como en combinación, para la psoriasis leve o moderada durante la fase de inducción, después de haberse contrastado su eficacia y perfil de seguridad en numerosos ensayos clínicos. La potencia de los corticoides tópicos dependerá de la topografía:

- Piel sin pelo (palmas y plantas): potencia media-alta o alta.
- Piel del cuerpo en general: potencia media, o media-alta.
- Piel de la cara, pliegues y genitales: potencia baja.

En la fase de inducción se suelen aplicar 1 o 2 veces al día durante unas 3 semanas (excepto en pliegues y cara que los utilizaremos menos tiempo seguido). Una vez blanqueada la lesión, reduciremos la potencia de los corticoides tópicos y su frecuencia de aplicación (1 aplicación al día, 2-3 veces por semana), de forma progresiva, para reducir el efecto rebote (aparición de más placas) y la taquifilaxia (resistencia al tratamiento tópico).

Efectos secundarios

Hipopigmentación, atrofia cutánea, estrías, aumento de la vascularización. En caso de sobredosificación, su absorción puede empeorar patologías de base como la diabetes, la hipertensión o provocar retraso del crecimiento infantil.

Contraindicaciones

Rosácea, acné vulgar, dermatitis perioral, infecciones cutáneas.

Combinaciones

Las combinaciones de corticoides tópicos con otros principios activos en el mismo preparado suelen aumentar la eficacia y disminuir la dosis total de corticoide necesaria, por lo que son más seguros, y aumentan la comodidad y adherencia del tratamiento. Aunque suelen formularse para poder tener la concentración adecuada de cada principio activo según la psoriasis del paciente, existen algunos preparados comerciales:

- **Combinación de corticoides tópicos y ácido salicílico:** indicado en lesiones hiperqueratósicas.
- **Combinación de calcipotriol y betametasona.**

Análogos de la vitamina D (calcipotriol, calcitriol, tacalcitol)

Es el tratamiento de elección en monoterapia para la psoriasis leve o moderada durante la fase de mantenimiento, después de haberse contrastado su eficacia y perfil de seguridad en numerosos ensayos clínicos. Los tres análogos de la vitamina D son: calcipotriol, tacalcitol y calcitriol (estos dos últimos provocan menos dermatitis de contacto irritativa y se pueden aplicar en la cara y los pliegues), aunque comportan mayor riesgo de hipercalcemia, por lo que su uso en períodos largos está restringido por ficha técnica.

Efectos secundarios

Irritación, prurito, dermatitis irritativa, hipercalcemia (sin necesidad de monitorización con dosis inferiores a 100 g a la semana).

Interacciones

Los análogos de la vitamina D se inactivan en presencia del ácido salicílico y con la luz ultravioleta. Se aconseja no administrar junto con medicamentos que aumenten los niveles séricos de calcio (p. ej., diuréticos tiazídicos), ni en pacientes que tomen suplementos de calcio o altas dosis de vitamina D.

Contraindicaciones relativas (evitar sobredosificación)

Insuficiencia renal o hepática.

Retinoides (tazaroteno)

Cuando se utiliza en monoterapia presenta una eficacia limitada y alta capacidad de irritación, con la combinación de corticoides tópicos presenta mayor efectividad y menos irritación. Suele utilizarse para ahorrar corticoides tópicos.

Efectos secundarios frecuentes

Irritación, prurito, dermatitis irritativa.

Contraindicaciones

Embarazo y lactancia.

Derivados del alquitrán y ditranol

Son tratamientos utilizados eficazmente desde hace décadas pero su mecanismo de acción no es bien conocido. Actualmente, la incomodidad de estos tratamientos (que suelen formularse) y sus efectos secundarios (irritación, foliculitis) hacen que se reserven como tratamientos de segunda línea. Se suelen utilizar en la terapia de inducción de pacientes con psoriasis leve-moderada, en monoterapia o bien en terapia combinada (junto a la fototerapia). En AP pueden ser muy útiles los champús con derivados del alquitrán, para el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo (2-3 veces a la semana), o los baños con una solución compuesta de un complejo de alquitranes para psoriasis generalizadas, especialmente si existe prurito acompañante.

Efectos secundarios

Irritación, foliculitis, fotosensibilidad.

Inhibidores de la calcineurina (pimecrolimús, tacrolimús)

Aunque no son eficaces en placas queratósicas (no pueden penetrar en la descamación) se han empleado con éxito en determinadas variantes y localizaciones (facial y flexural) de psoriasis (si bien no está aprobada para esta indicación).

Efectos secundarios frecuentes

Picor o escozor en el área de aplicación, parestesias e hiperestesias, intolerancia al alcohol. Riesgo de infecciones virales (herpes simple).

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a macrólidos en general.

¿De qué tipo de excipientes disponemos y cuáles son sus indicaciones?

Los excipientes que vamos a utilizar para vehicular los diferentes principios activos dependerán de la localización y del tipo de psoriasis:

- Palmas y plantas: pomadas, ungüentos (con/sin oclusión).
- Piel en general: crema, pomada (lesiones muy infiltradas o queratósicas, o pieles más gruesas como codos y rodillas), gel (lesiones subagudas y tratamiento de continuidad).
- Pliegues, zona genital y cara: crema, emulsión.
- Cuero cabelludo, zonas pilosas: gel, solución, champú, espuma.

¿Actualmente, qué tratamientos realizan los dermatólogos para la psoriasis moderada-grave y qué debemos saber?

La psoriasis moderada-grave o leve resistente al tratamiento tópico debe ser tratada por dermatólogos, que disponen de un arsenal de fármacos con potenciales efectos secundarios que se deben monitorizar. En general, cuando los tratamientos tópicos son insuficientes se empieza con la fototerapia (o quimioterapia), pero si no puede indicarse (por falta de disponibilidad o de infraestructura), debe plantearse un fármaco sistémico clásico (tabla 3), a parte de mantener la terapia tópica.

Los tratamientos biológicos han representado una revolución en el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica. Actualmente son fármacos de segunda elección, y están indicados en los pacientes que no han respondido a los tratamientos sistémicos clásicos, han presentado alguna contraindicación a éstos o han padecido toxicidad o intolerancia (tabla 4).

Tabla 3:

TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE O LEVE RESISTENTE AL TRATAMIENTO TÓPICO

	FOTO(QUIMIO)TERAPIA	ACITRETINO	METOTREXATO	CICLOSPORINA
EFICACIA EN ARTRITIS PSORIÁSICA	No	No	Sí	Mínima
CONTRAINDICACIONES	Fotosensibilidad Cáncer de piel Embarazo (sólo en PUVA)	Embarazo (3 años) Dislipemia Hepatopatía	Embarazo Hepatopatía Insuficiencia renal	HTA Insuficiencia renal Inmunodeficiencias
EFFECTOS TÓXICOS PRINCIPALES	Quemadura Fotoenvejecimiento Cáncer de piel	Teratogenia Muerte fetal Hepatotoxicidad Dislipemia	Hepatotoxicidad Mielosupresión Muerte/anomalía fetal	Nefrotoxicidad HTA Inmunodeprimidos
OTROS EFECTOS ADVERSOS	Prurito Hepatotoxicidad (sólo en PUVA) Fotosensibilidad (sólo en PUVA)	Sequedad mucocutánea Alopecia	Náuseas, anorexia Alopecia Cefalea	Hipertricosis Dislipemia Hiperglucemia
OTROS	Disponibilidad Logística Distancia	Posible toxicidad musculoesquelética	Interacciones medicamentosas Dosis máx: 2-4 g	Interacciones No sobrepasar 1-2 años de tratamiento

HTA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL; PUVA: TRATAMIENTO CON PSORALENO Y RADIACIÓN ULTRAVIOLADA.

Tabla 4:

TRATAMIENTOS INDICADOS EN LOS PACIENTES QUE NO HAN RESPONDIDO A LOS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS CLÁSICOS, HAN PRESENTADO ALGUNA CONTRAINDICACIÓN A ÉSTOS O HAN PADECIDO TOXICIDAD O INTOLERANCIA

	INFLIXIMAB	ACITRETINO	ADALIMUMAB	USTEKINUMAB
MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN	Infusión intravenosa	Subcutánea	Subcutánea	Subcutánea
EFICACIA EN ARTRITIS PSORIÁSICA	Sí	Sí	Sí	(en estudio)
CONTRAINDICACIONES	Infección activa Antecedente de neoplasia Esclerosis múltiple Insuficiencia cardíaca moderada-grave	Infección activa Antecedente de neoplasia Esclerosis múltiple Insuficiencia cardíaca moderada-grave	Infección activa Antecedente de neoplasia Esclerosis múltiple Insuficiencia cardíaca moderada-grave	Infección activa Antecedente de neoplasia
EFFECTOS ADVERSOS MÁS COMUNES	Reacciones a la infusión Infecciones leves	Reacciones al punto de inyección Infecciones leves	Reacciones al punto de inyección Infecciones leves	Reacciones al punto de inyección Infecciones leves
OTROS EFECTOS ADVERSOS	Reactivación de la tuberculosis Reacciones psoriasiformes Inmunogenicidad	Reactivación de la tuberculosis Reacciones psoriasiformes	Reactivación de la tuberculosis Reacciones psoriasiformes	

Caso clínico 6

Tratamiento tópico de la psoriasis en el cuero cabelludo

MUJER DE 40 AÑOS, ADMINISTRATIVA, QUE CONSULTA POR UNA MANCHA ROJA EN LA BASE DEL CUERO CABELLUDO DE 5 MESES DE EVOLUCIÓN CON PICOR IMPORTANTE. NO PRESENTA MÁS LESIONES EN OTRAS PARTES, NI LAS HA PADECIDO PREVIAMENTE. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS SIN INTERÉS. ANTECEDENTES FAMILIARES DE PSORIASIS. NO HAY OTROS FAMILIARES CON PICOR. NO REFIERE CONTACTO CON ALÉRGENOS NI ANIMALES, NI LO RELACIONA CON EL ESTRÉS.

¿CÓMO DESCRIBIRÍAS LAS LESIONES?

Placas eritematodescamativas bien delimitadas en la base de implantación del cuero cabelludo, con descamación nacarada no adherida a nivel del cuero cabelludo.

¿Cuál sería el diagnóstico diferencial de placas eritematodescamativas del cuero cabelludo?

El diagnóstico diferencial debe incluir: psoriasis del cuero cabelludo, dermatitis seborreica, tiña *capitis*, liquen plano pilar y lupus eritematoso.

La existencia de antecedentes familiares orienta a psoriasis, igual que si hubiera sufrido lesiones previas o actuales en las uñas, codos, rodillas o pliegues (aunque puede coexistir con psoriasis de afectación general o ser una localización aislada). Las zonas más típicas de psoriasis de cuero cabelludo son la zona de implantación (línea de implantación del cuero cabelludo), la nuca y los pliegues retroauriculares. El diagnóstico diferencial más complicado es con la dermatitis seborreica, aunque esta última suele presentar una descamación no infiltrada, más amarillenta, y puede asociarse a otras localizaciones (tórax, cara, pliegues). A diferencia del liquen plano pilar, el lupus eritematoso o la tiña *capitis*, la psoriasis y el eccema no causan alopecia. La presencia de rotura del tallo piloso y de pústulas debe hacer sospechar una tiña *capitis*, con lo que se deberá solicitar un cultivo de las escamas de la piel y/o el tallo piloso. Finalmente, el liquen plano pilar y el lupus eritematoso suelen asociar una hiperqueratosis folicular y una alopecia cicatricial, características que obligan a la realización de una biopsia cutánea.

¿Qué tratamiento indicaríamos (principio activo, excipiente, duración)?

En primer lugar, es importante informar al paciente sobre la benignidad de la enfermedad y la no contagiosidad, así como de los posibles factores desencadenantes. También es importante destacar que se trata de un proceso crónico (que puede evolucionar a brotes) por lo que el tratamiento suele resolver las placas de psoriasis pero no evita su recurrencia (esto no significa que el tratamiento no haya sido eficaz).

En cuanto al principio activo que escogeremos para tratar la psoriasis del cuero cabelludo, se puede utilizar el mismo esquema que para la psoriasis vulgar:

- Corticoides tópicos solos o combinados (si mucha hiperqueratosis con ácido salicílico, alternativamente con calcipotriol) en la fase de inducción.
- Análogos de la vitamina D en monoterapia o combinados, en la fase de mantenimiento.
- Otros: alquitranes (muy útiles si hay prurito asociado), antifúngicos (dado que la psoriasis del cuero cabelludo se ha asociado a infecciones por *Malassezia furfur*).

La dificultad que tiene el cuero cabelludo es el excipiente, dado que no todos son igual de adecuados para llegar al cuero cabelludo (los más grasientos se quedan en el pelo y no actúan sobre el cuero cabelludo), ni son igual de eficaces (los más líquidos se evaporan más rápidamente y actúan durante menos tiempo), ni igualmente aceptados por el paciente (los menos líquidos son menos cosméticos):

- Gel lipofílico: indicado en psoriasis de cuero cabelludo. Dejar actuar por la noche con el pelo seco, retirar al día siguiente.
- Champú: sólo actúa mientras esté aplicado, por lo que es importante mantenerlo durante un mínimo de 5 minutos antes de aclarar.
- Solución: útil para psoriasis muy poco infiltrada o en la terapia de mantenimiento. Es muy cosmética y fácilmente aceptable para el paciente.
- Espuma: útil para placas moderadamente infiltradas, bastante cosmética.
- Emulsiones, cremas: necesarias para psoriasis de cuero cabelludo gruesas e infiltradas. Generalmente se formulan para poder incorporar diferentes principios activos en la concentración adecuada a las características de la psoriasis. Son muy poco cosméticas y deben retirarse con un lavado.

En el cuero cabelludo el riesgo de atrofia cutánea es bajo, especialmente si utilizamos productos que se evaporan rápidamente como las soluciones. En general, se recomienda aplicar el principio activo (corticoide en monoterapia o combinado) por la noche y lavar el pelo con un champú terapéutico (de brea de hulla, con sulfuro de selenio, piritiona de cinc, antifúngicos, etc.) por la mañana (aunque para conseguir una mayor adherencia al tratamiento, hay que adaptarlo a las características y costumbres del paciente). Se puede realizar el tratamiento unas 4-6 semanas seguidas y posteriormente disminuir la frecuencia de aplicación, por ejemplo 2-3 veces a la semana.

Caso clínico 7

Tratamiento tópico de la psoriasis vulgar y *guttata*

Caso clínico 7.1

MUJER DE 50 AÑOS QUE CONSULTA PORQUE PRESENTA LESIONES EN CODOS Y ZONA PRETIBIAL DE CURSO CRÓNICO A BROTES DESDE HACE AÑOS. PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL, SIN PRURITO.

**¿CÓMO DEFINIRÍAS LAS LESIONES DERMATOLÓGICAS?
¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y LA GRAVEDAD?**

Se trata de placas eritematodescamativas con escamas nacaradas o plateadas, no adherentes y bordes delimitados. El diagnóstico es clínico: se trata de una psoriasis vulgar en placas leve (Área de superficie corporal [BSA]: 4%).

¿Qué tratamiento indicaríamos (principio activo, excipiente, duración)?

Si en la actualidad no sigue ningún tratamiento, se recomienda empezar con corticoides tópicos, que serán más eficaces si se utilizan combinados (con calcipotriol o ácido salicílico). El excipiente, por la zona de afectación y la cronicidad de la lesión, debería ser en forma de gel o crema. Los primeros días puede utilizarse una cura oclusiva (p. ej., tapar con film de plástico transparente) para acelerar la respuesta terapéutica. Por la localización, se puede utilizar este tratamiento una vez al día durante unas 3 semanas (fase de inducción). Durante el resto del día, puede asociarse una crema emoliente que lleve un queratolítico (p. ej., urea).

Posteriormente, realizaremos una terapia de mantenimiento con un análogo de la vitamina D (1-2 veces al día), sólo o asociado, pudiéndose mantener el tratamiento de la fase de inducción con corticoide 2-3 veces a la semana durante algunas semanas más.

Dado que la psoriasis es una enfermedad crónica, las placas de psoriasis que han sido tratadas suelen volver a aparecer, por lo que se volverá a realizar el tratamiento de inducción y mantenimiento.

Caso clínico 7.2

■ VARÓN DE 25 AÑOS QUE, TRAS PASAR UNA AMIGDALITIS PULTÁCEA, PRESENTA ESTE EXANTEMA CUTÁNEO SIN OTROS SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

■ ¿CÓMO DEFINIRÍAS LAS LESIONES DERMATOLÓGICAS? ¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO Y LA GRAVEDAD?

Se trata de pápulas y pequeñas placas eritematosas con mínima descamación distribuidas de forma generalizada por todo el tegumento, principalmente el tronco. Las características del cuadro clínico y el antecedente de una faringoamigdalitis permiten el diagnóstico de **psoriasis en gotas o guttata**, en este caso de gravedad leve-moderada.

¿Cuál sería el diagnóstico diferencial? ¿Solicitarías alguna exploración complementaria?

Siempre se debe descartar analíticamente una lúes secundaria. También realizamos un diagnóstico diferencial con liquen plano y pitiriasis rosada de Gibert.

Para confirmar los antecedentes de la infección estreptocócica, se puede solicitar un cultivo faringoamigdal y unas estreptolisinas en suero.

¿Qué tratamiento indicaríamos (principio activo, excipiente, duración)?

Ante una amigdalitis estreptocócica, debe iniciarse tratamiento con un antibiótico oral (si existe el antecedente y no se trató, se recomienda realizar tratamiento antibiótico aunque la infección esté resuelta).

Respecto a la psoriasis, suele tratarse como una psoriasis crónica (caso 7.1). Sin embargo, el hecho de que presente numerosas lesiones pequeñas distribuidas de forma generalizada dificulta la aplicación de los productos tópicos. Se recomienda utilizar un corticoide tópico de mediana potencia, en excipiente no demasiado graso (gel o crema) en las áreas afectadas (como si fuera una «crema hidratante», por la dificultad de aplicación en cada una de las placas por separado), durante unas 2-3 semanas seguidas disminuyendo la frecuencia progresivamente. Se puede recomendar, asimismo, realizar baños con derivados de alquitrán, así como exposición solar moderada y frecuente.

Es importante tranquilizar al paciente y explicar el curso generalmente benigno de la psoriasis en gotas, con tendencia a la resolución espontánea (aunque puede durar hasta 2-3 meses). En el caso de que exista mucho componente emocional o bien tarde mucho en resolverse, es conveniente derivar al paciente para realizar fototerapia (o tratamiento sistémico).

Caso clínico 8

Tratamiento tópico de la psoriasis ungueal

MUJER DE 43 AÑOS QUE CONSULTA POR LESIONES UNGUEALES EN VARIOS DEDOS DE AMBAS MANOS, DE AÑOS DE EVOLUCIÓN. NO PRESENTA NINGÚN ANTECEDENTE MÉDICO DE INTERÉS Y ACTUALMENTE NO REALIZA NINGÚN TRATAMIENTO.

¿QUÉ DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES SE PLANTEAN EN ESTE CASO?

- ▶ ONICOMICOSIS.
- ▶ ONICOLISIS FARMACOLÓGICA.
- ▶ PSORIASIS.
- ▶ TODAS LAS ANTERIORES.

¿CÓMO COMPLETARÍAMOS UNA PRIMERA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA?

- ▶ DETERMINACIONES ANALÍTICAS.
- ▶ REALIZACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA MÁS DETALLADA.
- ▶ RADIOLOGÍA DE AMBAS MANOS Y PIES.
- ▶ CULTIVO DE LA UÑA.

Una correcta anamnesis debería completarse, en este caso, con la profesión de la paciente, productos químicos (incluyendo jabones o detergentes) utilizados, y tratamientos realizados y su respuesta en relación con el motivo de consulta. En este caso, la paciente no trabajaba y había realizado tratamientos largos con diferentes antifúngicos tópicos y con terbinafina por vía oral sin mejoría alguna.

En la exploración física destacaba: afectación de casi todas las uñas de las manos, en forma de manchas amarillentas con reborde eritematomarronáceo, así como alguna depresión puntiforme. Aparte, en los pies presentaba uñas con gran hiperqueratosis subungueal y coloración blanquecina-amarillenta de las mismas. El resto de la exploración física mostró la presencia de placas eritematodescamativas en el cuero cabelludo.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- ↗ Onicomicosis.
- ↗ Onicosis farmacológica.
- ↗ Psoriasis.
- ↗ Liquen plano ungueal.

Se trata de una psoriasis con afectación ungueal. En este caso, la afectación ungueal apuntó en un primer momento a la sospecha de onicomycosis, pero la implicación de las uñas de forma bilateral y simétrica, además de las lesiones que presentaba en el cuero cabelludo, definieron finalmente el diagnóstico. Además, los cultivos de la uña resultaron ser negativos y no respondió a los diferentes tratamientos antifúngicos tópicos y orales realizados.

El liquen plano ungueal se caracteriza por otras manifestaciones que no incluyen la onicolisis (rugosidad de la lámina ungueal, traquioniquia, *pterygium*, etc.). Finalmente, la onicolisis farmacológica suele aparecer durante un tratamiento médico (generalmente quimioterapéutico) y resolverse una vez éste se interrumpe.

¿Cuál sería el tratamiento tópico de elección para la psoriasis ungueal?

- Retinoides.
- Inhibidores de la calcineurina.
- Corticoides tópicos de alta potencia.
- No existe tratamiento para la psoriasis ungueal.

El tratamiento de elección son los corticoides tópicos de alta potencia, que pueden combinarse con los análogos de la vitamina D.

Entre los tratamientos tópicos para la psoriasis ungueal, existen:

- **Corticoides tópicos:** los corticoides tópicos de alta potencia son el fármaco de primera elección para el tratamiento de la psoriasis ungueal. Se administran en forma de crema o pomada (la cura oclusiva, preferentemente nocturna, aumenta la potencia de acción y su eficacia), y se pueden formular (propionato de clobetasol al 8%) en forma de laca ungueal (con lo que aumenta la penetración y, por tanto, la eficacia de los corticoides tópicos). Se recomienda administrarlo una vez al día las primeras 4-6 semanas y posteriormente una dosis de mantenimiento de 2-3 veces por semana.
- **Análogos de la vitamina D:** en la psoriasis ungueal los análogos de la vitamina D se utilizan en combinación con los corticoides tópicos.
- **Tazaroteno:** puede ser útil para el tratamiento de la psoriasis ungueal que afecta al lecho (onicolisis), especialmente cuando se utiliza una cura oclusiva, pero puede asociarse a irritación local.
- **Queratolíticos:** útiles para el tratamiento sintomático de uñas distróficas con hiperqueratosis subungueal importante.
- **Otros:** tratamientos tópicos utilizados eficazmente en algunos casos de psoriasis ungueal son el 5-fluoruracilo y la antralina. Sin embargo, debido a la falta de estudios clínicos y al riesgo de efectos adversos locales (irritación, pigmentación) suelen ser terapias de segunda o tercera línea.

¿Qué tratamientos no tópicos se utilizan para la psoriasis ungueal?

Cuando el tratamiento tópico es ineficaz, debemos derivar al paciente al dermatólogo, que planteará los siguientes tratamientos:

- **Corticoides tópicos intralesionales:** las inyecciones intralesionales con corticoides tópicos (acetónido de triamcinolona) se consideran el tratamiento de primera línea de la psoriasis ungueal. Consiste en la inyección del corticoide en el pliegue proximal y lateral de la uña, cada 6-8 semanas durante unos 2-6 meses. Puede asociarse con riesgo de atrofia de la piel periungueal a largo plazo y al aplicarla, a un importante dolor local, por lo que suele indicarse cuando hay pocas uñas afectadas.
- **Terapia sistémica clásica:** cuando existe afectación de varias uñas (especialmente si es dolorosa, se asocia a gran impacto de la calidad de vida o afectación importante en otras localizaciones) o cuando los tratamientos tópicos e intralesionales han fracasado, debe plantearse tratamiento sistémico. Entre los fármacos sistémicos clásicos, la ciclosporina y el metotrexato son los más eficaces. En caso de que existan pústulas (acropustulosis de Hallopeau), se recomienda el uso de acitretino.
- **Terapia biológica:** la terapia biológica es muy eficaz para el tratamiento de la psoriasis ungueal. Está indicada para el tratamiento de la psoriasis grave que no ha respondido, tiene contraindicado o ha presentado toxicidad a los fármacos sistémicos clásicos.

Caso clínico 9

Tratamiento tópico de otras localizaciones de la psoriasis: facial y pliegues

Caso clínico 9.1

PACIENTE DE 40 AÑOS, DE PROFESIÓN COMERCIAL, CON ERITEMA Y DESCAMACIÓN GRUESA EN LA FRENTE, CEJAS Y PLIEGUES NASOLABIALES QUE LE INCAPACITA MUCHO PARA LA VIDA DIARIA Y, SOBRE TODO, LABORAL. APARTE, PRESENTA ERITEMA Y DESCAMACIÓN EN ZONAS DE IMPLANTACIÓN DE CUERO CABELLUDO Y PLACAS PSORIASIFORMES EN LOS CODOS Y RODILLAS.

¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO?

Se trata de una psoriasis vulgar con afectación facial y del cuero cabelludo. La psoriasis facial suele manifestarse junto con psoriasis en otras localizaciones, pero ocasionalmente aparece de forma aislada. Las zonas más frecuentemente afectadas en la psoriasis facial son las cejas, pliegues nasolabiales y parte alta de la frente, afectando con menor frecuencia la parte baja de la frente, mejillas, región perioral, labios y mentón.

¿Cómo se trata la psoriasis facial (principio activo, excipiente, duración)?

Dado que se trata de una zona visible, la psoriasis facial suele repercutir muy negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Por esta razón y aunque generalmente se trata de forma tópica, ocasionalmente puede requerirse terapia sistémica.

Entre los tratamientos que podemos utilizar se destacan los siguientes:

- **Corticoides tópicos:** los corticoides tópicos se han utilizado durante muchos años como tratamiento de primera elección en la psoriasis facial, a pesar de la falta de estudios doble ciego comparativos aleatorizados. El riesgo de efectos secundarios locales, como atrofia de la piel y dermatitis perioral telangiectasia, limitan la intensidad y la duración del tratamiento. En general, sólo los corticoides tópicos de baja potencia (grupos I y II) se recomiendan para su uso en la cara. En cuanto a excipientes, se suelen utilizar cremas, emulsiones o lociones.

- **Análogos de la vitamina D₃:** los análogos de la vitamina D₃ han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la psoriasis facial, y se consideran seguros para el tratamiento a largo plazo.
- **Inhibidores de la calcineurina:** aunque las pomadas de tacrolímús y pimecrolímús están indicadas para el tratamiento de la dermatitis atópica, son también eficaces en el tratamiento de la psoriasis facial, presentando un mínimo riesgo de irritación. En la actualidad, los inhibidores de la calcineurina son de primera línea en tratamientos para la psoriasis facial, en particular cuando se requiere un tratamiento a largo plazo.

Además, en la psoriasis facial pueden ser útiles los lavados de cara con los champús que se utilizan para la psoriasis de cuero cabelludo (inicialmente mejor probar un área pequeña para valorar la tolerancia al tratamiento), dejando actuar unos minutos antes de aclarar. Asimismo, puede recomendarse al paciente una exposición solar moderada.

Caso clínico 9.2

MUJER DE 59 AÑOS, CASADA, EMPRESARIA, CON ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS: MADRE DIABÉTICA. PADRE SE DESCONOCEN ANTECEDENTES, FALLECIDO POR ACVA. ANTECEDENTES PERSONALES: DIABÉTICA TIPO 2, DESDE HACE 5 AÑOS TRATADO A BASE DE DIETA E HIPOGLUCEMIANTES ORALES, HIPERCOLESTEROLEMIA TRATADA CON ESTATINAS. HIPERTENSA A TRATAMIENTO CON UNA COMBINACIÓN DE ARA2 Y DIURÉTICO. CURSA CON PSORIASIS DESDE HACE 10 AÑOS. ACTUALMENTE FUMADORA DE 1 CAJETILLA/DÍA.

INICIA HACE 10 AÑOS CUADRO DE PSORIASIS PALMOPLANTAR TRATADA A BASE DE CREMAS CON CORTICOIDES TÓPICOS DE ALTA POTENCIA, OBTENIENDO UNA RESPUESTA SATISFACTORIA EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS SIN PRESENCIA DE LESIONES, POR LO QUE DECIDIÓ SUSPENDER TODO EL TRATAMIENTO. ACTUALMENTE CONSULTA POR NUEVO BROTE EN MANOS Y PIES, Y LESIONES NUEVAS EN PLIEGUES INGUINALES MUY PRURIGINOSOS, APARECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES Y QUE HAN IDO EN AUMENTO.

¿CÓMO DEFINIRÍA LAS LESIONES?

- ▶ PLACAS HIPERQUERATÓSICAS ROSADAS.
- ▶ PLACAS ENGROSADAS ROSADAS ASIMÉTRICAS.
- ▶ PLACAS ROSADAS BIEN DELIMITADAS CON TENDENCIA A LA SIMETRÍA.
- ▶ PLACAS BILATERALES CON PREDOMINIO DESCAMATIVO EN SU ZONA CENTRAL.

Las características de la psoriasis flexural son placas de color rojo intenso, sin apegas descamación, muy bien delimitadas y con tendencia a la simetría.

¿CUÁL SERÍA SU DIAGNÓSTICO?

- ▶ PSORIASIS FLEXURAL.
- ▶ PSORIASIS INVERTIDA.
- ▶ PSORIASIS DE LOS PLIEGUES.
- ▶ TODAS LAS ANTERIORES SON CORRECTAS.

¿Con qué otras patologías haría el diagnóstico diferencial?

- Intertrigo candidiásico.
- Dermatitis seborreica.
- Tiña crural.
- Eritrasma.
- Todas las anteriores.

Los términos psoriasis inversa, flexural o intertriginosa se usan de forma intercambiable cuando los brotes aparecen en las zonas flexoras y otros pliegues de la piel (p. ej., axilas, ingles, zona submamaria, ombligo, interglútea).

El diagnóstico diferencial debe incluir el intertrigo irritativo, la candidiasis, la dermatitis seborreica, la tiña crural o el eritrasma. Por este motivo es muy importante la realización de una buena anamnesis y las pruebas indicadas en cada caso (cultivos, biopsia).

¿Cómo se trata la psoriasis flexural?

La psoriasis flexural suele ser pruriginosa, y ocasionalmente dolorosa (cuando se asocia a erosión o fisuras), y puede repercutir muy negativamente en la calidad de vida de los pacientes, por lo que en estos casos interesa un tratamiento de inicio rápido. Entre los tratamientos tópicos que podemos utilizar cabe destacar los siguientes:

- **Corticoides tópicos:** en la práctica clínica, los corticoides tópicos de baja potencia (grupos I y II) son eficaces y seguros para el tratamiento a corto plazo de la psoriasis flexural. El riesgo de atrofia cutánea y estrías restringe el uso de corticoides tópicos potentes y de forma continuada para este tratamiento. Por lo tanto, se recomiendan corticoides tópicos de baja potencia (grupos I y II), como por ejemplo hidrocortisona al 0,05-1%, en crema, una vez al día durante un máximo de 3 semanas (cuando interesa un tratamiento más rápido, puede utilizarse 2 veces al día durante la primera semana). Si el tratamiento de mantenimiento es necesario, la aplicación una vez al día durante 2 días a la semana (que pueden ser consecutivos) se considera seguro.
- **Análogos de la vitamina D₃:** los análogos de la vitamina D₃ han demostrado ser eficaces y seguros a corto y a largo plazo en el tratamiento de la psoriasis flexural.
- **Inhibidores de la calcineurina:** a pesar de que no están indicados para la psoriasis, las pomadas de tacrolímús y pimecrolímús han demostrado ser eficaces para la psoriasis flexural.
- **Tratamiento antifúngico (derivados azólicos, ciclopiroxolamina):** se ha sugerido que la psoriasis flexural se asocia a un sobrecrecimiento bacteriano y fúngico, y en la práctica clínica suele ser útil asociar el tratamiento con antifúngicos tópicos, especialmente durante la fase de mantenimiento para evitar las recurrencias. En tal caso, el mejor excipiente son los polvos, para conseguir que el área del pliegue esté lo más seca posible.

Además, se aconseja mantener la piel lo más seca posible, secarse la piel con un secador después de lavarse y evitar la ropa ajustada o fabricada con fibras sintéticas (dado que aumentan la transpiración).

¿Cuál sería el excipiente más apropiado para la administración del tratamiento?

- Pasta.
- Crema.
- Pomada.
- Gel.
- Lociones.

En el tratamiento de la psoriasis flexural, se recomienda el uso de cremas como excipiente (insistiendo en aplicar una fina capa hasta su completa absorción, para evitar la humedad y maceración de la zona). Otros excipientes adecuados son los polvos (permiten secar las lesiones). Deben evitarse las pomadas y los ungüentos.

Puntos clave

- ▶ LA PSORIASIS ES UNA DERMATOSIS INFLAMATORIA CRÓNICA NO CONTAGIOSA QUE CURSA A BROTES, DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA PERO GENÉTICAMENTE DETERMINADA (HLA Cw6), SOBRE LA QUE ACTÚAN DIVERSOS FACTORES DESENCADENANTES, PROVOCANDO UNA DISREGULACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNITARIA.
- ▶ EN LA PRIMERA ENTREVISTA DEBEMOS EXPLICAR LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD Y VALORAR CON EL PACIENTE LAS REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS QUE LE PUEDA OCASIONAR.
- ▶ EL TRATAMIENTO DEBE SER INDIVIDUALIZADO EN FUNCIÓN DE LA FORMA CLÍNICA, LA LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES, SU EXTENSIÓN Y LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DEL PACIENTE (EQUILIBRIO RIESGO/BENEFICIO, COMORBILIDADES ASOCIADAS CONTRAINDICACIONES POTENCIALES E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS, DISPONIBILIDAD DEL ENFERMO, PREFERENCIAS PERSONALES).
- ▶ LA PSORIASIS GRAVE SE HA ASOCIADO A LAS SIGUIENTES COMORBILIDADES: SÍNDROME METABÓLICO, RIESGO CARDIOVASCULAR, ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ENÓLICA, DEPRESIÓN, HÁBITOS TÓXICOS.
- ▶ LA ARTRITIS PSORIÁSICA APARECE EN EL 6-42% DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS. DADO QUE SE ASOCIA A DAÑO ARTICULAR PRECOZ, SU SOSPECHA DIAGNÓSTICA DEBE ACOMPAÑARSE DE UNA DERIVACIÓN URGENTE/PREFERENTE AL REUMATÓLOGO.
- ▶ LA PSORIASIS LEVE SERÁ TRIBUTARIA DE TRATAMIENTO TÓPICO. CONSTARÁ DE UNA FASE DE INDUCCIÓN (GENERALMENTE CON CORTICOIDES TÓPICOS) QUE SE MANTIENE HASTA QUE SE CONSIGUE EL BLANQUEAMIENTO O UNA CONSIDERABLE MEJORÍA, Y UNA FASE DE MANTENIMIENTO (GENERALMENTE CON DERIVADOS DE LA VITAMINA D).
- ▶ LA AFECTACIÓN UNGUEAL APARECE EN EL 50% DE LOS PACIENTES AFECTADOS, Y EN EL 70-80% DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA, PERO A MENUDO SE PASA POR ALTO EN EL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS. LOS GLUCOCORTICOIDES Y ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D TÓPICOS SON EL TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN EN LA PSORIASIS UNGUEAL EN AP.
- ▶ LA DIFICULTAD DE LA PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO RADICA EN LA INCOMODIDAD DE SUS TRATAMIENTOS, POR LO QUE DEBEREMOS ESCOGER LOS EXCIPIENTES ADECUADOS AL TIPO DE PSORIASIS Y AL PACIENTE (CHAMPÚ, SOLUCIÓN, GEL, ESPUMA, EMULSIÓN, ETC.).
- ▶ EN LAS ZONAS DE PIEL FINA (CARA, PLIEGUES) EL RIESGO DE ATROFIA CUTÁNEA POR CORTICOIDES TÓPICOS ES MAYOR, POR LO QUE DEBEN USARSE POTENCIAS BAJAS Y EXCIPIENTES NO GRASOS (EMULSIÓN, CREMA) DURANTE POCOS DÍAS. LOS INHIBIDORES DE LA CALCINEURINA SON UNA BUENA ELECCIÓN CUANDO SE REQUIERA UN TRATAMIENTO MÁS PROLONGADO.

Bibliografía recomendada

Ashcroft DM, Li Wan PA, Griffiths CE. Therapeutic strategies for psoriasis. *J Clin Pharm Ther.* 2000;25:1-10.

Brauchli YB, Jick SS, Miret M, Meier CR. Psoriasis and risk of incident myocardial infarction, stroke or transient ischaemic attack: an inception cohort study with a nested case-control analysis. *Br J Dermatol.* 2009;160(5):1048-56.

Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L. Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. *Actas Dermosifilogr.* 2009;100:190-200.

Casanova JM, Ribera M. Enfermedades de la piel. Protocolo 2002/1. Los 20 motivos de consultas dermatológicas más frecuentes en atención primaria y su diagnóstico diferencial (I). Lesiones de contenido líquido y lesiones eritematosas. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Protocolo 2002/1. 8:1-46.

Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Ferrán M, Pujol RM, Ribera M. Tratamiento tópico de la psoriasis. *Piel.* 2009;24:556-67.

Ferrán M, Pujol RM. Tratamiento de la psoriasis moderada-grave. *Piel.* 2010;25:161-70.

Gillard SE, Finlay AY. Current management of psoriasis in the United Kingdom: patterns of prescribing and resource use in primary care. *Int J Clin Pract.* 2005;59:1260-7.

Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB. Psoriasis of the nail. Anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:1-27.

Kragballe K. Management of difficult to treat locations of psoriasis. Scalp, face, flexures, palm/soles and nails. *Curr Probl Dermatol.* 2009;38:160-71.

Lodeiro Lodeiro C, Serrano Peña J, del Pozo Losada J. Guía clínica de psoriasis. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/psoriasis.asp

Martí RM, Casanova JM, Astals M, Baradad M. Etiopatogenia de la psoriasis. *Clinicas Dermatológicas de la AEDV.* 2004;2:34-51.

Moreno-Giménez JC, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Comorbilidades en psoriasis. *Actas Dermosifilogr.* 2010;101 (Supl. 1):55-61.

Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2009;361:1496-509.

Prodanovich S, Kirsner R, Kravetz J, Ma F, Martínez L, Federman DG. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality. *Arch Dermatol.* 2009;145(6):700-3.

Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Herranz JM, et al. Documento de consenso sobre evaluación y tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifilogr.* 2009 May;100:277-86.

Puig-Sanz L. La psoriasis, ¿una enfermedad sistémica? *Actas Dermosifilogr.* 2007;98:396-402.

Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:401-7.

Reich K. Approach to managing patients with nail psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:15-21.

Van de Kerkhof PC, Murphy GM, Austad J, Ljungberg A, Cambazard F, Duvoid LB. Psoriasis of the face and flexures. *J Dermatolog Treat.* 2007;18:351-60.

Evaluación de la sesión

Terapia tópica de la psoriasis en Atención Primaria

El presente cuestionario le permitirá obtener la acreditación solicitada a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acreditación de Atención Primaria.

Las 20 preguntas planteadas tienen cuatro opciones de respuesta, sólo una es la correcta, traslade las opciones elegidas a la hoja de respuestas que se le ha facilitado, leyendo detenidamente las instrucciones para su cumplimentación.

Una vez haya rellenado la hoja de respuestas, envíela a semFYC mediante el sobre con franqueo al destino adjunto.



1. ¿CUÁL PUEDE SER LA CAUSA DE LA PSORIASIS?

- a) Desconocida.
- b) Predisposición genética.
- c) Inmunológica.
- d) Todas son ciertas.

2. ¿QUÉ CARACTERÍSTICA NO ES TÍPICA DE LA PSORIASIS?

- a) Placa hiperqueratósica.
- b) Mal delimitada.
- c) Con escamas nacaradas.
- d) Simétrica.

3. ¿QUÉ FORMA DE PSORIASIS NO EXISTE?

- a) Vulgar o en placas.
- b) *Guttata*.
- c) Ungueal.
- d) Mucocutánea.

- 4. ¿CUÁNDO ESTÁ MENOS INDICADA LA DERIVACIÓN AL DERMATÓLOGO?**
- Dudas en el diagnóstico.
 - Afectación de menos de un 5% de la superficie corporal.
 - Gran comorbilidad.
 - Resistente al tratamiento tópico.
- 5. EN LA PSORIASIS VULGAR EN PLACAS EN LAS RODILLAS, ¿QUÉ EXCIPIENTE ES EL MENOS RECOMENDADO?**
- Loción.
 - Crema.
 - Pomada.
 - Gel.
- 6. ¿EN QUÉ CASO USAREMOS ALTA POTENCIA DE CORTICOIDES TÓPICOS?**
- En niños.
 - En pliegues.
 - En ancianos.
 - En palmas y plantas.
- 7. ¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS ACTIVOS SON DE PRIMERA ELECCIÓN EN EL TRATAMIENTO TÓPICO DE LA PSORIASIS VULGAR?**
- Retinoides.
 - Análogos de la vitamina D₃.
 - Corticoides tópicos.
 - La b y la c, solos o combinados.
- 8. ¿CUÁL NO ES UN EFECTO SECUNDARIO DE LOS CORTICOIDES TÓPICOS?**
- Hipercalcemia.
 - Atrofia cutánea.
 - Telangiectasias.
 - Dermatitis perioral.
- 9. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL QUE DEBEMOS PLANTEARNOS SIEMPRE CON UNA PSORIASIS *GUTTATA* QUE AFECTA A LAS PALMAS Y LAS PLANTAS?**
- Roséola sifilítica.
 - Varicela.
 - Pitiriasis rosada.
 - Liquen plano.
- 10. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES FALSA RESPECTO A LA PSORIASIS FACIAL?**
- La presentación facial en un adulto es un marcador de enfermedad intensa.
 - Es más frecuente en adultos.
 - Las zonas más frecuentemente afectadas en la psoriasis facial son las cejas, pliegues nasolabiales y parte alta de la frente.
 - Nunca va asociada a lesiones a otro nivel.

11. ¿QUÉ EXCIPIENTE ES EL MENOS INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO?

- a) Gel.
- b) Champú.
- c) Soluciones.
- d) Crema.

12. ¿CÓMO SE PAUTA EL TRATAMIENTO COMBINADO FIJO DE CORTICOIDES TÓPICOS Y ANÁLOGOS PARA LA PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO?

- a) Fase de inducción cada 12 horas y no necesita mantenimiento.
- b) Fase de inducción cada día una aplicación y el mantenimiento no es necesario
- c) Fase de inducción cada día una aplicación y fase de mantenimiento una aplicación dos o tres veces por semana.
- d) Está indicado este tratamiento para el cuero cabelludo.

13. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES RESPECTO A LA PSORIASIS FACIAL ES VERDADERA?

- a) La atención a los aspectos psicológicos en la psoriasis facial desempeña un papel secundario.
- b) La hidratación ha de ser bien escasa.
- c) Los traumatismos faciales raramente se relacionan con esta entidad.
- d) El estrés puede desembocar en brotes de lesiones.

14. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO INICIAL DE ELECCIÓN EN LA PSORIASIS FACIAL?

- a) Infliximab.
- b) UVB-A.
- c) Calcitriol.
- d) Corticoides tópicos.

15. ¿CUÁL DE ESTAS CUESTIONES RESPECTO A LOS UVB ES FALSA?

- a) Los UVB, fundamentalmente los de banda estrecha, continúan siendo la primera línea de tratamiento en muchos casos de psoriasis facial.
- b) Las sesiones se realizan 3-5 veces a la semana.
- c) El tratamiento combinando UVB con tratamientos tópicos u orales es más efectivo.
- d) El fotoenvejecimiento facial es excepcional con este tratamiento.

16. ¿QUÉ PRINCIPIO ACTIVO NO APLICAREMOS EN LOS PLIEGUES?

- a) Emolientes.
- b) Tacrolimús.
- c) Calcipotriol.
- d) Calcitriol.

17. ¿QUÉ PRINCIPIO ES TERATÓGENO?

- a) Corticoides tópicos.
- b) Emolientes.
- c) Tazaroteno.
- d) Análogos de la vitamina D.

18. ¿CON QUÉ FÁRMACO DEL TRATAMIENTO TÓPICO DE LA PSORIASIS DEBEMOS TENER CUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTOS CON DIURÉTICOS TIAZÍDICOS?

- a) Ninguno.
- b) Emolientes.
- c) Corticoides tópicos.
- d) Análogos de la vitamina D.

19. ¿QUÉ FORMA DE PSORIASIS ES MÁS FRECUENTE?

- a) Vulgar.
- b) Facial.
- c) Ungueal.
- d) Cuero cabelludo.

20. ¿QUÉ BENEFICIO OBTIENE EL PACIENTE CON LA BUENA ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN LA PSORIASIS?

- a) Mejor calidad de vida.
- b) Más aceptación social.
- c) Ninguna de las anteriores.
- d) Las dos primeras.

Notas

Notas

Notas

Notas

Notas

Notas

Notas