



# Preguntas frecuentes

Psoriasis

para  
MÉDICOS

# ÍNDICE

1. ¿Cuál es el tipo más frecuente de psoriasis? .....	5
2. ¿Qué otros tipos de psoriasis hay? .....	6
3. ¿A quién afecta? .....	8
4. ¿Cuál es la manifestación clínica cardinal de la psoriasis? .....	8
5. ¿Cuáles son los factores de riesgo y desencadenantes? .....	9
6. ¿Es una enfermedad hereditaria? .....	10
7. ¿La psoriasis puede asociarse a otras enfermedades? .....	10
8. ¿Puede ser la fiebre una expresión clínica de la psoriasis? .....	11
9. ¿Cuál es la manifestación ocular más frecuente de la psoriasis? .....	11
10. ¿Cuáles son los datos más comunes en la analítica sanguínea? .....	12
11. ¿Cuándo es necesario hacer una biopsia para diagnosticar la psoriasis? .....	12

<b>12. ¿Por qué hay que medir la gravedad de la psoriasis? .....</b>	<b>13</b>
<b>13. ¿Cómo se mide la gravedad de la psoriasis? .....</b>	<b>14</b>
<b>14. ¿Qué se considera psoriasis moderada a grave y qué actitud de manejo es la correcta? .....</b>	<b>16</b>
<b>15. ¿Cuáles son las medidas generales de cuidado que deben aconsejarse al paciente? .....</b>	<b>17</b>
<b>16. ¿Cuál es el tratamiento tópico de elección para las exacerbaciones? .....</b>	<b>17</b>
<b>17. ¿Qué potencia y forma farmacéutica de corticoesteroide se debe usar? .....</b>	<b>18</b>
<b>18. ¿Cuál es la pauta más adecuada del corticoesteroide durante el brote? .....</b>	<b>19</b>
<b>19. ¿Cómo se aplica el corticoesteroide? .....</b>	<b>20</b>
<b>20. ¿Es útil combinar medicamentos tópicos? .....</b>	<b>21</b>
<b>21. ¿Cuándo se debe programar la primera cita de revisión tras pautar tratamiento tópico para un brote? .....</b>	<b>21</b>

<b>22. ¿Es apropiado el tratamiento tópico de mantenimiento? .....</b>	<b>22</b>
<b>23. ¿Son útiles los corticoesteroides sistémicos para tratar las exacerbaciones? .....</b>	<b>23</b>
<b>24. ¿Cuáles son las indicaciones de fototerapia? .....</b>	<b>23</b>
<b>25. ¿Qué debo controlar en pacientes que han recibido fototerapia? ..</b>	<b>24</b>
<b>26. ¿Qué tipos de tratamientos sistémicos hay? .....</b>	<b>25</b>
<b>27. ¿Cuál es el tratamiento sistémico más efectivo? .....</b>	<b>25</b>
<b>28. ¿Qué se debe controlar si el paciente está en tratamiento con un medicamento sistémico convencional? .....</b>	<b>26</b>
<b>29. ¿Qué debo controlar si el paciente está en tratamiento con un medicamento sistémico biológico? .....</b>	<b>27</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>28</b>

# 1. ¿Cuál es el tipo más frecuente de psoriasis?

La psoriasis es una enfermedad crónica, sistémica, de origen inmunitario<sup>1</sup>. Su forma de presentación más frecuente es la **psoriasis en placas o vulgaris** (90% de los casos)<sup>1,2</sup>.



*Psoriasis en placas*

## 2. ¿Qué otros tipos de psoriasis hay?

La psoriasis puede manifestarse de varias formas clínicas, que pueden coexistir en un mismo paciente<sup>3</sup>. Aparte de la psoriasis en placas, otras variantes son:

- **Psoriasis guttata o en gotas:** caracterizada por la aparición aguda de pápulas levemente eritematosas, de menos de 1 cm de diámetro, en tronco y raíz de las extremidades. Puede autolimitarse o evolucionar a psoriasis crónica en placas<sup>4</sup>.
- **Psoriasis pustulosa:** es una forma infrecuente, caracterizada por pústulas estériles sobre una base eritematosa. Puede ser generalizada o localizada<sup>1,5</sup>.
- **Psoriasis eritrodérmica:** es la más grave y se caracteriza por eritema descamativo generalizado, fiebre y malestar general, en personas con o sin antecedentes de psoriasis<sup>6</sup>.



*Psoriasis en gotas*

Fuente: Almirall S. A.



*Psoriasis pustulosa palmoplantar*

Fuente: [Wikipedia](#)  
(autor: Masryyy)



*Psoriasis eritrodérmica*

Fuente: Teran CG, Teran-Escalera CN, Balderrama C. *J Med Case Rep.* 2010;15;4:179. [Licencia CC BY 2.0.](#)

Además, la psoriasis en algunas localizaciones específicas tiene peculiaridades:

- **Psoriasis inversa:** afecta a los pliegues del cuerpo. Las placas suelen carecer de escamas, por la fricción y la humedad inherentes a estas zonas. Es importante diferenciarlas de intertrigos bacterianos o micóticos<sup>6</sup>.



*Psoriasis inversa*

Fuente: Almirall S. A.

- **Psoriasis ungueal:** puede causar piqueteado (*pitting*), despegamiento de la uña (onicólisis) y manchas en aceite<sup>7</sup>.



*Psoriasis ungueal*

Fuente: Almirall S. A.

---

**+** Para saber más: [Tipos de psoriasis](#)

---

### 3. ¿A quién afecta?

La prevalencia de la psoriasis alcanza valores de entre 1,5% y 5% en los países desarrollados. Además, las pruebas sugieren que está aumentando<sup>8</sup>.

Afecta a ambos sexos por igual y puede ocurrir a cualquier edad, aunque su frecuencia es menor en los niños<sup>9</sup>.

### 4. ¿Cuál es la manifestación clínica cardinal de la psoriasis?

El signo clínico cardinal de la psoriasis en placas es la aparición de placas eritematosas, induradas,



*Psoriasis del cuero cabelludo*

bien delimitadas y cubiertas de escamas nacaradas. Se distribuyen simétricamente y suelen localizarse en cuero cabelludo (75%-90% de los casos), tronco y extremidades, con predilección por las superficies extensoras, como los codos, las rodillas y los glúteos. Pueden ser asintomáticas, pruriginosas o, incluso, dolorosas<sup>1,2,7</sup>.

## 5. ¿Cuáles son los factores de riesgo y desencadenantes?

Aunque la causa de la psoriasis no se conoce del todo, se sabe que tiene un fuerte componente genético y que el sistema inmunitario juega un papel importante<sup>1,3</sup>. La acción de ciertos factores ambientales sobre la predisposición genética pueden desencadenar la enfermedad<sup>1</sup>. Entre estos factores, destacan los siguientes:

- **Obesidad**<sup>10</sup>.
- **Tabaquismo** y consumo de **alcohol**<sup>7</sup>.
- **Infecciones**: faringitis estreptocócica, virus de la inmunodeficiencia humana<sup>2</sup>.
- **Daño de la barrera cutánea**: las heridas, piercings, picaduras, tatuajes o irritantes químicos pueden provocar que aparezca psoriasis en la zona de piel lesionada (fenómeno de Koebner)<sup>7</sup>.
- **Exposición solar**: si bien la mayoría de los pacientes mejoran con el sol, algunos empeoran<sup>7</sup>.
- **Fármacos**: litio, bloqueantes  $\beta$ , antimaláricos, antiinflamatorios no esteroideos<sup>7</sup>.
- **Tensión emocional**: los pacientes suelen referir que empeoran con el estrés, aunque no hay pruebas que demuestren esta asociación<sup>7</sup>.
- **Factores endocrinos**: los cambios hormonales provocan fluctuaciones en la gravedad de la psoriasis. En las pacientes con psoriasis que quedan embarazadas, lo más frecuente es que la enfermedad mejore o se mantenga estable<sup>7</sup>.

## 6. ¿Es una enfermedad hereditaria?

Puede heredarse la predisposición a tener la enfermedad, aunque no necesariamente se exprese. Se han identificado más de 70 genes asociados a la enfermedad, incluido su principal determinante genético: el *locus* de susceptibilidad a la psoriasis 1 (*PSORS1* o *HLA C*)<sup>3,7</sup>.

## 7. ¿La psoriasis puede asociarse a otras enfermedades?

La psoriasis se asocia con un **mayor riesgo de comorbilidades** en comparación con la población general. Estas incluyen artritis psoriásica, enfermedades cardiovasculares y autoinmunes, diabetes *mellitus*, obesidad, síndrome metabólico, hígado graso no alcohólico, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de apnea obstructiva del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, trastornos de ansiedad, depresión y conducta adictiva (abuso de alcohol y tabaco)<sup>1,3,11</sup>.

El médico de atención primaria tiene un papel importante en la detección y abordaje de estas enfermedades concomitantes.

---

**+** **Para saber más:** [Evaluación de las comorbilidades en pacientes con psoriasis](#)

---

## 8. ¿Puede ser la fiebre una expresión clínica de la psoriasis?

Sí, la fiebre puede ser un signo clínico en algunos tipos de psoriasis. La psoriasis pustulosa generalizada aguda y la psoriasis eritrodérmica suelen presentarse con síntomas sistémicos, como fiebre, malestar general y dolor. Estos síntomas también pueden encontrarse en pacientes con psoriasis pustulosa generalizada subaguda, aunque suelen ser más leves<sup>5,6</sup>.

## 9. ¿Cuál es la manifestación ocular más frecuente de la psoriasis?

La manifestación ocular más frecuente de la psoriasis es la blefaritis. También es frecuente la conjuntivitis inespecífica crónica<sup>11</sup>.

## 10. ¿Cuáles son los datos más comunes en la analítica sanguínea?

**No suelen precisarse análisis de sangre**, pero, si fuera necesario, los hallazgos pueden incluir<sup>7,11</sup>:

- Velocidad de sedimentación globular normal, excepto en pacientes con psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis eritrodérmica.
- Hiperuricemia (sobre todo en la psoriasis pustulosa), por lo que en pacientes con afectación articular ha de diferenciarse de la gota.
- Factor reumatoide negativo.

## 11. ¿Cuándo es necesario hacer una biopsia para diagnosticar la psoriasis?

La mayoría de los casos de psoriasis se diagnostican clínicamente. Sin embargo, la biopsia de piel puede confirmar el diagnóstico cuando la enfermedad es difícil de reconocer<sup>7,11</sup>.

## 12. ¿Por qué hay que medir la gravedad de la psoriasis?

Medir la gravedad de la psoriasis permite **determinar la modalidad terapéutica adecuada**, valorar objetivamente **la respuesta al tratamiento** y determinar si es preciso **derivar** al paciente a dermatología<sup>12</sup>.

Los pacientes con psoriasis moderada a grave son tributarios de tratamiento sistémico, mientras que los pacientes con formas leves pueden tratarse con medicamentos tópicos<sup>13,14</sup>.

## 13. ¿Cómo se mide la gravedad de la psoriasis?

Para medir la gravedad de la psoriasis se utilizan diversas escalas. Entre las más usadas se encuentran:

- **Índice de intensidad y extensión de la psoriasis (Psoriasis Area and Severity Index, PASI).** Es el estándar de referencia para evaluar la gravedad de la psoriasis en placas, pero es complejo<sup>3</sup>.
- **Área de superficie corporal (Body Surface Area, BSA).** Mide la superficie afectada usando la palma de la mano del paciente (con los dedos extendidos y juntos) como equivalente al 1% de su superficie corporal<sup>12</sup>. Para superficies amplias, se usa la regla del 9 de Wallace, aunque no vale para niños<sup>15</sup>. Es muy apropiado para usar en atención primaria<sup>14</sup>.
- **Evaluación global del médico (Physician Global Assessment, PGA).** Es válida tanto para formas extensas como localizadas<sup>12</sup>.
- **Índice de calidad de vida en dermatología (Dermatology Life Quality Index, DLQI).** Mide la repercusión de la enfermedad en diferentes aspectos de la vida del paciente mediante un cuestionario de 10 preguntas<sup>16</sup>.

[Calculadora PASI  
en línea](#)

Para evaluar la gravedad de la psoriasis,  
se deben combinar<sup>13,14</sup>:

uno o dos índices que valoren la  
intensidad y/o extensión de las lesiones  
(PASI, BSA, PGA)

+

una valoración del impacto en  
la calidad de vida (DLQI)

+

la evaluación de la afectación de zonas  
especiales: manos, cara, genitales, pies,  
uñas, cuero cabelludo.

---

**+** **Para saber más:** [Evaluación de la gravedad de la psoriasis. Índices y escalas.](#)

---

## 14. ¿Qué se considera psoriasis moderada a grave y qué actitud de manejo es la correcta?

La psoriasis que cumple **UNO** de los siguientes criterios se considera **moderada a grave** y debe **derivarse a dermatología** para tratamiento sistémico<sup>13</sup>:

- PASI >10 o BSA >10 o DLQI >10 (**regla de los 10**)<sup>12</sup>.
- Psoriasis que requiere o ha requerido tratamiento sistémico en algún momento de su evolución (incluidos medicamentos sistémicos clásicos, biológicos o fototerapia).
- Psoriasis eritrodérmica, psoriasis pustulosa generalizada, psoriasis pustulosa localizada que se asocia a limitaciones funcionales y/o psicológicas o psoriasis asociada a artritis psoriásica.
- Psoriasis que afecta a áreas expuestas (por ejemplo, la cara), palmas, plantas, genitales, cuero cabelludo o uñas, cuando existe repercusión funcional y/o psicológica en el paciente.

También deben derivarse a dermatología los pacientes con cualquier tipo de psoriasis que no puede controlarse con tratamiento tópico<sup>14</sup>.

## 15. ¿Cuáles son las medidas generales de cuidado que deben aconsejarse al paciente?

Mantener la piel humectada mediante el uso de **emolientes** aplicados después del baño reduce el picor y la sensibilidad<sup>17</sup>.

Se debe, además, evitar ropa y productos que irriten la piel. Los productos de higiene deben tener un pH entre 4 y 4,5<sup>17</sup>.

Se recomienda **evitar el alcohol y el tabaco**. La dieta debe ser hipocalórica en pacientes con sobrepeso u obesidad, y libre de gluten en individuos con enfermedad celíaca confirmada. Algunos estudios sugieren que la **dieta mediterránea** es beneficiosa<sup>18</sup>.

---

**+** Para saber más: [Consejos para pacientes con psoriasis](#)

---

## 16. ¿Cuál es el tratamiento tópico de elección para las exacerbaciones?

El pilar del tratamiento de las exacerbaciones localizadas son los **corticoesteroides tópicos**<sup>3</sup>, combinados o no con otros medicamentos tópicos (sobre todo, **análogos de la vitamina D**)<sup>19</sup>.

## 17. ¿Qué potencia y forma farmacéutica de corticoesteroide se debe usar?

Tanto la potencia como la forma farmacéutica más adecuadas del corticoesteroide dependerán de la localización de las lesiones a tratar<sup>18</sup>:

- **Tronco y miembros:** para las placas gruesas, suelen ser necesarios corticoides de potencia alta (como la betametasona al 0,05%) o muy alta (como el propionato de clobetasol al 0,05%)<sup>18</sup>. Son apropiadas las pomadas y, en las palmas y plantas, los ungüentos<sup>20</sup>.
- **Cuero cabelludo y oído externo:** están indicados los corticoides de potencia moderada (como el butirato de hidrocortisona) o alta (como la betametasona al 0,05%) en solución, gel o espuma<sup>20,21</sup>.
- **Cara, pliegues y genitales:** corticoides de potencia baja (como el acetato de hidrocortisona al 1%) o moderada (como el butirato de hidrocortisona)<sup>14,20</sup>. En la cara están indicadas las cremas, lociones o geles. En los pliegues son adecuadas las cremas, polvos y pastas<sup>19</sup>.

## 18. ¿Cuál es la pauta más adecuada del corticoesteroide durante el brote?

La pauta típica es de **1 o 2 veces al día**<sup>18</sup>.

El tratamiento debe mantenerse hasta lograr una mejoría o alcanzar el tiempo máximo de tratamiento recomendado con corticoesteroides. Los corticoides de potencia **muy alta** no deben aplicarse más de **4 semanas** seguidas, y los de potencia **alta**, no más de **8 semanas**. Entre ciclos deben pasar, al menos, 4 semanas<sup>14</sup>.

Es importante informar al paciente de que el tratamiento puede tardar un poco en ser efectivo<sup>20</sup>.

Los tratamientos demasiado cortos (de 1 a 3 días) deben evitarse, ya que no son lo suficientemente eficaces y el paciente puede interpretarlos como falta de respuesta<sup>20</sup>.

## 19. ¿Cómo se aplica el corticoesteroide?

Lo ideal es aplicarlo en capa fina, con la piel húmeda (para que se absorba mejor). Hay que frotar hasta que desaparezcan la crema, pomada o ungüento<sup>20</sup>.

Los vendajes oclusivos con cremas o ungüentos multiplican hasta por 10 la absorción del corticoesteroide, por lo que deben reservarse para lesiones aisladas y persistentes, y hay que vigilar las sobreinfecciones por bacterias u hongos. Se hacen envolviendo la lesión en plástico durante toda la noche (nunca más de 12 horas)<sup>20</sup>.



## 20. ¿Es útil combinar medicamentos tópicos?

Sí lo es. Dado que ningún medicamento tópico por sí solo es ideal, es frecuente el uso simultáneo o secuencial de distintos medicamentos tópicos<sup>7</sup>.

Si bien los **análogos de la vitamina D** (calcipotriol, calcitriol o tacalcitol) son menos eficaces que los corticoesteroides, tienen un buen perfil de tolerabilidad. Su uso combinado aumenta la eficacia y seguridad del tratamiento y reduce la dosis de corticoide tópico<sup>2,3,19</sup>. Por tanto, esta **combinación se considera un tratamiento de primera línea**, igual que el corticoide en monoterapia. De hecho, la guía NICE lo recomienda por encima del corticoide en monoterapia. La pauta de aplicación del calcipotriol con betametasona (formulación con dosis fijas) es de 1 vez al día durante 4 semanas<sup>19</sup>.

Si las lesiones son muy hiperqueratósicas, una opción es **combinar corticoides con ácido salicílico**. También se pueden combinar **retinoides y corticoides**. Estas combinaciones aumentan la eficacia y seguridad de cada medicamento por separado<sup>3,19</sup>.

## 21. ¿Cuándo se debe programar la primera cita de revisión tras pautar tratamiento tópico para un brote?

La falta de adherencia al tratamiento tópico es una causa importante de recaída. El seguimiento precoz puede mejorar la adherencia, por lo que se recomienda citar al paciente a la **semana** de comenzar el tratamiento<sup>18</sup>.

## 19. ¿Es apropiado el tratamiento tópico de mantenimiento?

Al tratarse de una enfermedad recidivante, puede ser preciso el tratamiento tópico a largo plazo. Aunque hay una falta de recomendaciones claras en las guías, los expertos apoyan el tratamiento tópico a largo plazo para controlar adecuadamente la enfermedad y prevenir las recaídas. Las estrategias que más se usan son las siguientes<sup>22</sup>:

- **A demanda:** el paciente puede retomar el tratamiento si reaparecen las lesiones.
- **Retirada gradual:** se va reduciendo la potencia del medicamento tópico o aumentando el intervalo entre aplicaciones hasta pausar el tratamiento. Si reaparecen lesiones, se interrumpe el proceso y se establece un intervalo que mantenga la enfermedad en un nivel de actividad aceptable.
- **Aplicación preventiva:** se aplica el medicamento una o dos veces por semana en las zonas previamente afectadas, para evitar brotes. Esta es la estrategia que más se usa.

La opción que más recomiendan los expertos y consensos para el mantenimiento es la aplicación de una **combinación fija de un corticoide y un análogo de la vitamina D, 1 o 2 veces por semana**<sup>22</sup>.

Otras opciones son un corticoide o un análogo de la vitamina D de 1 a 3 veces a la semana<sup>19,21</sup> (por ejemplo, los fines de semana)<sup>18</sup>.

## 23. ¿Son útiles los corticoesteroides sistémicos para tratar las exacerbaciones?

Los corticoesteroides sistémicos **no se utilizan** en el tratamiento de la psoriasis. De hecho, la retirada de estos medicamentos es un desencadenante de psoriasis pustulosa generalizada aguda y de psoriasis eritrodérmica, particularmente en pacientes con diagnóstico previo de psoriasis<sup>23</sup>.

## 24. ¿Cuáles son las indicaciones de fototerapia?

Se debe ofrecer fototerapia a pacientes con psoriasis en placas leve o psoriasis *guttata* que no mejoran con tratamientos tópicos<sup>14</sup>. También puede ser una opción terapéutica para personas con psoriasis moderada a grave sin artritis psoriásica<sup>3</sup>.

La fototerapia puede combinarse con tratamientos tópicos y sistémicos, salvo con ciclosporina que, por su efecto inmunosupresor, aumenta el riesgo de cáncer de piel<sup>14</sup>. Generalmente, los pacientes que no mejoran con tratamiento tópico prefieren el tratamiento sistémico a la fototerapia<sup>3</sup>.

## 25. ¿Qué debo controlar en pacientes que han recibido fototerapia?

Se recomienda llevar un registro del número acumulado de sesiones de radiación UV y establecer vigilancia médica de por vida a aquellos pacientes que hayan recibido más de 150 sesiones de PUVA (psoraleno combinado con radiación UVA) o hayan desarrollado cáncer de piel<sup>14</sup>.



## 26. ¿Qué tipos de tratamientos sistémicos hay?

El tratamiento sistémico puede ser **convencional** (metotrexato, ciclosporina, apremilast, fumaratos y acitretina) o **biológico**. Las principales guías clínicas recomiendan comenzar con un medicamento sistémico convencional, a pesar de que tienen más efectos adversos que los medicamentos biológicos<sup>13,14,18</sup>.

## 27. ¿Cuál es el tratamiento sistémico más efectivo?

Las pruebas han demostrado que los **medicamentos biológicos** son los más eficaces para tratar la psoriasis moderada a grave. Entre estos medicamentos se encuentran los inhibidores de los mediadores inflamatorios implicados en la fisiopatología de la enfermedad: factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF  $\alpha$ ) e interleucinas (IL-12, IL-17 e IL-23). Su uso está limitado a ciertas indicaciones, debido a su coste<sup>18</sup>.

## 28. ¿Qué se debe controlar si el paciente está en tratamiento con un medicamento sistémico convencional?

Si bien el uso de tratamiento sistémico es competencia de profesionales especializados, ciertos aspectos de su supervisión pueden completarse en la atención primaria<sup>14</sup>.

Aunque los parámetros a evaluar dependen del fármaco prescrito, con la mayoría de los medicamentos sistémicos convencionales es preciso controlar la **tensión arterial** y obtener periódicamente **hemograma, función hepática y renal, electrolitos y perfil lipídico**. Se debe investigar la **medicación concomitante**, particularmente si el paciente recibe metotrexato o ciclosporina, por sus múltiples interacciones medicamentosas<sup>3,18</sup>.

El metotrexato y la acitetrina son teratogénicos. Esta última se acumula en el tejido adiposo<sup>3</sup>, por lo que la contraindicación de embarazo se extiende hasta los 3 años de finalizado el tratamiento<sup>18</sup>. La ciclosporina aumenta el riesgo de linfoma y carcinoma de células escamosas con el uso prolongado<sup>3,18</sup>.

En pacientes tratados con metotrexato, la suplementación con ácido fólico (5 mg una vez a la semana, 24 horas después de la toma de metotrexato) puede prevenir algunos efectos adversos frecuentes, como las náuseas y la estomatitis<sup>3,18</sup>.

## 29. ¿Qué debo controlar si el paciente está en tratamiento con un medicamento sistémico biológico?

Los medicamentos biológicos tienen un buen perfil de tolerabilidad y son eficaces a corto y a largo plazo<sup>18</sup>. No obstante, antes de empezar el tratamiento con ellos se recomiendan ciertas pruebas<sup>13</sup>:

- Hemograma y bioquímica completa
- Cribado de tuberculosis (con radiografía de tórax, si es positivo)
- Virus de la hepatitis B y C
- Virus de la inmunodeficiencia humana
- Descartar infección activa
- Anticuerpos antinucleares (para los inhibidores del TNF  $\alpha$ )

Además, en todos los casos están **contraindicadas las vacunas de virus vivos atenuados**<sup>24</sup>.

Los pacientes tratados con **inhibidores del TNF  $\alpha$**  (etanercept, infliximab, adalimumab y certolizumab) tienen mayor riesgo de infecciones agudas graves y de reactivación de infecciones latentes, como la tuberculosis. Pueden descompensar la insuficiencia cardíaca, por lo que están contraindicados en estos pacientes. Además, es posible que aumenten el riesgo de enfermedades malignas, como el carcinoma de células escamosas, y de enfermedades desmielinizantes<sup>3,18,25</sup>.

Los **inhibidores de la IL-17** (secukinumab, ixekizumab y brodalumab) se han asociado a infecciones de diverso tipo, como respiratorias, herpéticas o por *Candida spp.*<sup>3,18,25</sup>.

Los efectos adversos más frecuentes de los **inhibidores de la IL-23** (guselkumab, tildrakizumab, risankizumab) son las infecciones de la vía respiratoria superior y la cefalea<sup>18</sup>.

Los **inhibidores de la IL-12 e IL-23** (ustekinumab) se asocian, sobre todo, a infecciones leves, mialgias, cefalea y síntomas gastrointestinales, neumonitis no infecciosa y dermatitis exfoliativa<sup>18</sup>.



# Referencias bibliográficas

1. Korman NJ. Management of psoriasis as a systemic disease: What is the evidence? Br J Dermatol [Internet]. 2020 [consultado 25 de agosto de 2020]; 182 (4): 840-848. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.18245>.
2. Boehncke WH, Schon MP. Psoriasis. Lancet [Internet]. 2015 [consultado 25 de agosto de 2020]; 386 (9997): 983-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26025581/>
3. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, Lebwohl MG, Gladman DD, Wu JJ, et al. Psoriasis. Nat Rev Dis Primers. 2016 [consultado 25 de agosto de 2020]; 2: 16082.
4. Aitman K. Guttate Psoriasis. Medscape [Internet]. [Actualizado 3 de octubre de 2019; consultado 25 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1107850-overview#a1>.
5. Cockerell CJ. Pustular Psoriasis. Medscape [Internet]. [Actualizado 3 de octubre de 2019; consultado 25 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1108220-overview#a1>.
6. Meffert J. Psoriasis: Manifestations, Management Options, and Mimics. Medscape [Internet]. [Actualizado 30 de diciembre de 2019; consultado 25 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/slideshow/psoriasis-6006430#5>.
7. Lui H. Plaque Psoriasis. Medscape [Internet]. [Actualizado 17 de julio de 2020; consultado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1108072-overview#showall>.
8. World Health Organization. Global report on psoriasis [Internet]. 2016 [consultado 25 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>.
9. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2017 [consultado 25 de agosto de 2020]; 31 (2): 205-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27573025/>
10. Oliveira M de F, Rocha B de O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. An Bras Dermatol. 2015 [consultado 26 de agosto de 2020]; 90 (1): 9-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323693/>.

11. Habashy J. Psoriasis. Medscape. [Internet]. Actualizado 3 de octubre de 2019. [Consultado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview>.
12. Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV. ¿Cómo se mide la psoriasis? Academia Española de Dermatología y Venereología [Internet]. 2016 [consultado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2016/07/Indices-de-medicio%CC%81n-de-psoriasis.pdf>.
13. Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, Sánchez-Carazo J, Hernanz-Hermosa J. Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2016 [consultado 27 de agosto de 2020]; 30: 1-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26812550/>
14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psoriasis: assessment and management. Clinical guideline [CG153]. [Internet]. 2012 [actualizado en 2017, consultado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg153>.
15. García Aguilar R, Díaz-Borrego Horcajo J (coord.). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud. [Internet]. 2019 [consultado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-para-el-cuidado-de-personas-que-sufren-quemaduras/>.
16. Cardiff University. School of Medicine. Dermatology Life Quality Index [Internet]. 2019 [consultado 27 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index>.
17. Pérez López M. Higiene en Psoriasis. Acción Psoriasis [Internet]. 2004 [consultado 28 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.accionpsoriasis.org/images/2014/PDF/Articulo%20Higien%20en%20Psoriasis\\_Dra%20Montse%20Perez\\_Revista%2038.pdf](https://www.accionpsoriasis.org/images/2014/PDF/Articulo%20Higien%20en%20Psoriasis_Dra%20Montse%20Perez_Revista%2038.pdf).
18. Feldman SR. Treatment of psoriasis in adults. UpToDate [Internet]. 2019 [Actualizado 29 de mayo de 2020; consultado 28 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults>.

19. Ballester MM, Ribera M; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) [Internet]. Tratamiento tópico de la psoriasis en atención primaria. Fundación de Atención Primaria. 2015 [consultado 28 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/Psoriasis\\_2015.pdf](https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/Psoriasis_2015.pdf).
20. Montes Gómez E, Castellano Cabrera JL, Plasencia Núñez M, Calzado Gómez G, Betancor García T, Carretero Hernández G. Uso adecuado de corticoides tópicos dermatológicos. Boletín Canario de Uso Racional del Medicamento del SCS. 2017.
21. Naya Cendón Ch, Couceiro Rodríguez C, Correa Precedo CM, González Iglesias I. Psoriasis. Guías clínicas Fisterra. [Actualizado 4 may 2018; consultado 4 de septiembre de 2020].
22. Seggaert S, Calzavara-Pinton P, de la Cueva P, Jalili A, Lons Danic D, Andrew E et al. Long term topical management of psoriasis: the road ahead. J of Dermatol Treat. 2020 [consultado 29 de agosto de 2020]. DOI: 10.1080/09546634.2020.1729335 [Epub ahead of print]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09546634.2020.1729335?src=recsys>.
23. Borregón Nofuentes P, Suárez Fernández R. Urgencias en Dermatología. Piel. Formación continuada en dermatología. [Internet]. 2012 [consultado 25 de agosto de 2020]; 27 (10): 570-80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-pdf-S0213925112002675>.
24. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Farley Prater E, Stoff B, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. J Am Acad Dermatol. 2019; 80 (4): 1029-1072.
25. Arcilla J, Joe D, Kim J, Kim Y, Truong VN, Jaipaul N. Erythrodermic psoriasis treated with apremilast. Dermatol Reports. [Internet]. 2016 [consultado 28 de agosto de 2020]; 8 (1): 6599. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5134687/>.
26. Llop R, Rodríguez D. Control y seguimiento en atención primaria de pacientes en tratamiento con fármacos biológicos. FMC [internet]. 2020;27(1):22-27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207219302154>



© 2020 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.  
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.

