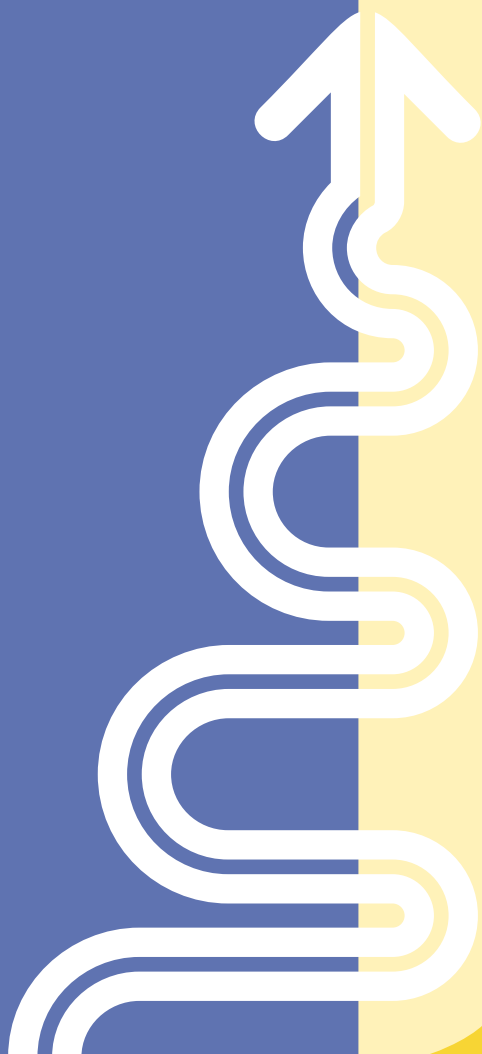


PSORIASIS

GUÍA DE TRATAMIENTOS



INTRODUCCIÓN



Con la colaboración del Dr. Miquel Ribera Pibernat del Servicio de Dermatología del Hospital Universitari Germans Trías i Pujol de Badalona

El objetivo de esta guía es orientar a las personas con psoriasis respecto a los tratamientos disponibles para esta afección en nuestro país y su modo de empleo.

Creemos que entender mejor la psoriasis llevará a un mejor tratamiento. Asimismo hemos querido incluir consejos prácticos y acciones preventivas, incluyendo una lista de medicamentos para otras enfermedades, que pueden alterar el curso de la psoriasis.

Esta guía no pretende sustituir al médico sino completar la información y los consejos que éste nos da.

Acción Psoriasis recomienda consultar con el dermatólogo o médico de cabecera antes de iniciar un tratamiento.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, y ocasionalmente de las articulaciones, que sigue un curso crónico, con exacerbaciones y remisiones, pero que no es contagiosa.

Su manifestación clínica más habitual es la aparición de lesiones cutáneas de tamaño variable, enrojecidas y recubiertas de escamas de grosor variable. Las escamas están formadas por la acumulación de queratinocitos debido a su proliferación acelerada. El enrojecimiento es el resultado de la mayor afluencia de sangre debida a la inflamación.

La psoriasis afecta alrededor del 2% de la población y suele iniciarse entre los 15 y 35 años, aunque puede hacerlo en niños y en personas mayores.

La enfermedad no es hereditaria pero hay una predisposición genética para padecerla ya que un tercio de los afectados tiene familiares directos con psoriasis.

El curso de la psoriasis es caprichoso: puede desaparecer y volver a aparecer en los mismos u en otros sitios del cuerpo. Cada individuo afectado tiene su particular psoriasis y lo que va bien a unos puede que no sirva o incluso vaya mal a otros. Por este motivo el tratamiento debe ser personalizado para cada afectado dependiendo del tipo de psoriasis que tenga.

La psoriasis no se cura, pero los tratamientos disponibles permiten su control o incluso la desaparición temporal de las lesiones.



Psoriasis en placas

Es la forma más frecuente y se presenta en placas bien delimitadas que pueden medir desde pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro. Si las placas cubren mucha superficie corporal se habla de psoriasis generalizada. Por lo general las placas aparecen primero en las rodillas, los codos, el cuero cabelludo y la zona sacra, pero pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo.

Psoriasis en las palmas y las plantas

Esta forma de psoriasis, también llamada palmoplantar, puede interferir mucho en el trabajo y en la vida personal. La afectación plantar incluso puede ocasionar problemas de movilidad. Si no hay otras lesiones típicas de psoriasis en otras partes del cuerpo, puede ser difícil diagnosticarla, ya que se parece mucho a un eccema crónico. El tratamiento de esta forma de psoriasis es complejo.

Psoriasis en las uñas

La afectación ungueal es muy variable, algunos tienen pequeños "puntos" en las uñas, parecidas a las marcas de un dedal, otros tienen engrosamiento de las uñas y unas manchas amarillas que corresponden al despegamiento de la uña de su lecho. Las lesiones ungueales pueden asociarse a cualquier tipo de psoriasis.

Psoriasis de cuero cabelludo

La afectación del cuero cabelludo es muy frecuente. Se presenta en forma de descamación seca muy adherida (caspa gruesa) sobre una zona roja del cuero cabelludo y suele producir picor. Se puede confundir con la dermatitis seborreica. No produce alopecia (pérdida definitiva del cabello).

Psoriasis en la cara

La afectación facial es poco frecuente pero cuando ocurre interfiere mucho en la vida personal y profesional. La piel de la cara es más delicada y difícil de tratar que otras zonas del cuerpo y hay que ir con cuidado con la mayoría de los tratamientos tópicos ya que pueden producir irritación u otros efectos secundarios. Se puede confundir también con la dermatitis seborreica.

Psoriasis de los pliegues

Se llama también psoriasis invertida. Puede afectar cualquier pliegue cutáneo (axilas, ingles, debajo del los pechos, entre las nalgas, etc.). Es una forma muy incómoda, incluso invalidante, y de difícil tratamiento.

Psoriasis en gotas

Se llama así porque las lesiones son pequeñas, menores de 2 cm, numerosas y distribuidas por todo el cuerpo. Es más frecuente en niños y jóvenes. Suele aparecer tras una infección por estreptococos (bacterias), generalmente una faringo-amigdalitis. Responde muy bien al tratamiento o incluso puede desaparecer espontáneamente. En algunos casos se transforma en psoriasis en placas.

Psoriasis eritrodérmica

Se llama así cuando las lesiones afectan casi toda la superficie cutánea. La piel es muy roja y descama. Es una forma grave de psoriasis que suele requerir ingreso hospitalario.

Psoriasis pustulosa

Es una complicación grave y poco habitual en la que aparecen pústulas estériles (granos de pus no infecciosos) sobre las placas. Hay una forma localizada y otra generalizada.

Artritis psoriásica

Es una inflamación de las articulaciones (artritis inflamatoria) que puede darse con o sin afectación de la piel, incluso puede aparecer antes de aparecer las lesiones de psoriasis en la piel. Afecta entre un 5-25% de los afectados de psoriasis.

Existen diversas formas de afectación articular que se manifiestan en forma de dolor; cuando existe hay que consultar al reumatólogo. En la actualidad hay algunos tratamientos que sirven para tratar a la vez las lesiones cutáneas y la artritis psoriásica.

¿Cómo se clasifica la psoriasis?

Para poder escoger el tratamiento, la psoriasis se clasifica en leve, moderada y grave. Para ver a qué grupo puede incluirse un afectado hay que valorar la extensión de las lesiones (porcentaje de superficie corporal afectada) y su localización, el grosor o relieve de las placas y el grado de afectación de la calidad de vida de la persona.

¿Qué puede empeorar la psoriasis?

Las lesiones de psoriasis o un brote de la enfermedad pueden ser desencadenados por: factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y la depresión, el clima frío, las infecciones, las quemaduras térmicas y solares, y las heridas o golpes en la piel. La aparición de lesiones de psoriasis sobre una herida se denomina fenómeno de Koebner. Por este motivo, se recomienda evitar cualquier herida o rozadura, y tomar precauciones al practicar deportes o en el trabajo.

Los productos de limpieza del hogar, como detergentes, jabones y limpiadores, no deben manipularse con las manos desnudas, sino que es recomendable ponerse guantes adecuados, incluso para lavar la ropa o los platos. No siempre que ocurre uno de estos factores aparecerá una placa de psoriasis, ni en todas las personas, pero por si acaso deben evitarse.

¿Qué medicamentos pueden desencadenar o empeorar la psoriasis?

Antes de tomar cualquier medicamento debe consultar al médico y comentarle que usted tiene psoriasis por si estuviera contraindicado. Ciertos medicamentos pueden agravar la psoriasis o desencadenar un brote. Si usted sigue un tratamiento sistémico (oral, subcutáneo, intramuscular o endovenoso) para la psoriasis también debe decírselo para evitar posibles interacciones medicamentosas.

A modo de ejemplo citaremos algunos medicamentos que siempre que sea posible deben evitarse:

- Las sales de litio destinadas a la psicosis maniaco-depresiva.
- Los antipalúdicos (mepacrina, cloroquina, hidroxicloroquina) usados para prevenir o tratar el paludismo, y para tratar el lupus eritematoso.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (indometacina) usados para el tratamiento del dolor y la inflamación.
- El interferón usado para el tratamiento de neoplasias o enfermedades autoinmunes.
- Los beta-bloqueantes usados para tratar la hipertensión.

Los tratamientos para la psoriasis pueden hacer desaparecer las lesiones u ocasionar una gran mejoría, pero no existe un tratamiento que produzca una curación definitiva.

El objetivo del tratamiento es librar la piel de lesiones durante un período de tiempo lo más largo posible, lo que se llama "blanquear", "limpiar" o "aclerar" las lesiones o conseguir su remisión. Los medicamentos para la psoriasis lo consiguen reduciendo la inflamación y frenando la proliferación de los queratinocitos de la epidermis.

El tipo de tratamiento depende de la gravedad de la enfermedad, del estilo de vida de la persona, de las enfermedades que tenga y de su edad.

El dermatólogo puede aconsejar medicamentos para aplicar en la piel, lo que se llama terapéutica tópica. También puede recomendar la exposición a la luz ultravioleta (fototerapia) y finalmente para la psoriasis más intensa puede aconsejar medicamentos orales, subcutáneos, intramusculares o endovenosos (tratamiento sistémico). Todas estas modalidades terapéuticas pueden administrarse solas o combinadas.

Por lo general se inicia con un tratamiento tópico, si los tratamientos tópicos no son efectivos o porque la gravedad del caso lo requiera se pasa a fototerapia o tratamiento sistémico. El criterio es usar primero los tratamientos con menos efectos secundarios y sólo pasar a otros más agresivos si los primeros fracasan.

Existe un amplio abanico de tratamientos. Aunque todos los tratamientos de la psoriasis son efectivos para mucha gente, ninguno lo es para todo el mundo: la respuesta a cada tratamiento varía de una a otra persona. A veces se dan remisiones espontáneas. Otras veces la psoriasis se hace resistente a un tratamiento, que deja de ser efectivo, y por tanto debe cambiarse por otro.

Muchos tratamientos para la psoriasis se han descubierto por casualidad al aplicarlos a otras enfermedades. En la actualidad, los avances en el conocimiento de los procesos celulares y los mecanismos inmunológicos implicados en la psoriasis permite el diseño de "terapias a medida" reduciendo previsiblemente los efectos secundarios de las terapias actuales.

Las personas con psoriasis deben saber que esta es una de las enfermedades de la piel en las que se investiga más para encontrar tratamientos efectivos.

En la terapéutica tópica, la elección del excipiente o vehículo es tan importante como el principio activo. En la cara y en los pliegues deben aplicarse cremas que son menos grasas. En las zonas de piel gruesa como palmas y plantas, codos y rodillas y cuando hay muchas escamas deben usarse pomadas que son más grasas. Las lociones, emulsiones y geles son el vehículo ideal para el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo, aunque al contener alcoholes pueden ser irritantes en caso de fisuras.

Los tratamientos tópicos se aplican con la mano pero en algunos casos se pueden aplicar con guantes de látex o vinilo para proteger la piel de las manos. Si no se usan guantes es importante lavarse bien las manos tras aplicarlos para evitar que lleguen a la cara accidentalmente, donde pueden resultar irritantes. No deben utilizarse gasas para aplicarlos porque se desperdicia la crema o pomada que se queda empapando las gasas.

Con los tratamientos tópicos hay que procurar tratar sólo la zona afectada, no el resto de nuestra piel.

Hidratantes y emolientes

Las cremas y los aceites hidratantes siempre deben incluirse como complemento de cualquier tratamiento ya que forman una capa grasa que evita la pérdida de agua, reblandecen las escamas reduciéndolas y mejoran la elasticidad de la piel, disminuyendo la posibilidad de que se produzcan fisuras. Además, una buena hidratación de la piel ayuda a disminuir el prurito. El inconveniente es que se usa mucha cantidad y no están financiados por la sanidad pública.

Queratolíticos

Si existe hiperqueratosis (escamas gruesas y adheridas) puede añadirse un queratolítico como la vaselina salicilica a bajas concentraciones en la piel y a concentraciones más elevadas para la hiperqueratosis palmo-plantar.

Estos tratamientos que disminuyen el grosor o incluso eliminan las escamas son muy importantes porque facilitan la penetración de los otros tratamientos tópicos aumentando su efectividad.

Corticoides tópicos

Son los medicamentos más utilizados para el tratamiento

tópico de la psoriasis. Ello es debido a que son los más eficaces, su efecto es rápido y son aceptados para el paciente ya que no manchan, no huelen ni irritan. Sin embargo, su uso en el tratamiento de la psoriasis es controvertido ya que la respuesta terapéutica es variable y de corta duración y pueden producir efectos secundarios (atrofia cutánea, estrías, foliculitis, etc.).

Otro inconveniente de los corticoides es la reaparición precoz de las lesiones y el efecto rebote (reaparición de las lesiones con mayor intensidad) cuando dejan de aplicarse. Para reducir la posibilidad de que esto suceda hemos de retirar paulatinamente el corticoide o sustituirlo progresivamente por uno de menor potencia.

Otro fenómeno a tener en cuenta es el de la taquifilaxia, que consiste en la pérdida de la efectividad tras su uso continuado, como si la piel se acostumbra al tratamiento. Este fenómeno se evita no sobrepasando las 4 semanas de tratamiento ininterrumpido o realizando tratamientos intermitentes.

La eficacia de los corticoides depende de su potencia y capacidad de penetración en la piel. La penetrabilidad depende del vehículo utilizado (cuanto más graso mayor penetración), del modo de aplicación (la penetración es mayor aplicados debajo de un vendaje o en cura oclusiva) y del grosor de la piel a tratar (en los pliegues la penetración es mucho mayor que en palmas y plantas). No deben aplicarse alrededor de los ojos ya que pueden ocasionar glaucoma y cataratas.

Derivados de la vitamina D

Los derivados de la vitamina D regularizan la queratinización y frenan la proliferación de los queratinocitos, por lo que mejoran las escamas y el grosor de las placas de psoriasis, pero son poco efectivos para controlar la rojez. Los tres preparados disponibles tienen una eficacia similar. Su gran ventaja es que tienen pocos efectos secundarios y pueden usarse en todas las localizaciones y durante períodos largos de tiempo. Se usan más como tratamiento de mantenimiento que como tratamiento de ataque. Para aumentar su eficacia pueden combinarse con corticoides tópicos y con fototerapia. Son medicamentos cosméticamente aceptables que no tienen color y no manchan la ropa. Se aconseja no superar las dosis (gramos) semanales recomendadas por el médico pues pueden alterar los niveles de calcio en la sangre.

Calcipotriol (Daivonex®)

El calcipotriol fue el primer derivado de la vitamina D indicado para la psoriasis leve y moderada que debe aplicarse dos veces al día. Es algo irritante, especialmente en la cara y en los pliegues cutáneos. Existe una asociación fija de calcipotriol y betametasona (Daivobet®) útil para el tratamiento inicial de choque, aunque se aconseja no usarlo más de 4 semanas.

Tacalcitol (Bonalfa®)

Es otro derivado de la vitamina D. Sobre el calcipotriol aporta la ventaja de que debe aplicarse una sola vez al día y que es menos irritante, por lo que puede aplicarse en la cara y en los pliegues.

Calcitriol (Silkis®)

Es el más reciente de los análogos de la vitamina D, con propiedades similares a los anteriores. Su excipiente es más agradable, se requiere una sola aplicación al día y puede usarse en la cara y los pliegues.

Tazaroteno (Zorac®)

Es el primer retinoide tópico (derivado de la vitamina A) para el tratamiento de la psoriasis que se presenta en forma de gel. Su eficacia es similar a los derivados de la vitamina D, pero es irritante, por lo que debe aplicarse exclusivamente sobre la placa procurando que no toque la piel sana. Se aplica en capa fina una vez al día y está especialmente indicado en los pacientes con psoriasis en placas con pocas lesiones bien delimitadas localizadas en el tronco y las extremidades. Generalmente se combina con corticoides para disminuir la inflamación que produce y aumentar su eficacia.

Tacrolimus (Protopic®) y pimecrolimus (Elidel®, Rizan®)

Son dos inmunomoduladores tópicos cuyo uso está aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica, pero que se ha visto que eran eficaces en la psoriasis localizada en la cara y en los pliegues (psoriasis invertida) sin los efectos secundarios de los corticoides.

Alquitranes

Los alquitranes de la madera (pino, enebro) y de la hulla y sus derivados purificados (coaltar) son quizá el tratamiento más antiguo de la psoriasis.

La indicación principal son las lesiones del cuero cabelludo donde se aplican en forma de líquidos, geles o champús. También existen preparados para añadir al baño.

Tras su aplicación hay que tener precaución con la exposición al sol o a lámparas de rayos ultravioleta, pues la piel queda sensibilizada y podría quemarse. Debido a esta actividad fotodinámica se aplican antes de la exposición a rayos ultravioleta B (UVB) en el método de Goeckerman o bien antes de los baños de sol.

En la actualidad los alquitranes tienen poca aceptación por su olor desagradable, porque manchan la piel y la ropa, y porque pueden ser irritantes.

Antralina, ditranol o cignolina

Es un derivado sintético de la crisarobina, muy irritante y que mancha la piel. Por ello debe aplicarse sólo en las placas de psoriasis procurando que no toque la piel de alrededor.

En la actualidad se usa a altas concentraciones en forma de cura de contacto corta, que consiste en dejarla aplicada sólo durante 30 minutos y luego se retira. Con este método se consigue el blanqueamiento de la mayoría de enfermos a los 20-25 días. Sin embargo, tiene una baja aceptación, ya que irrita la piel y mancha la ropa y los objetos. Por todo ello, el tratamiento con antralina sólo se recomienda en pacientes con psoriasis en placas estable, motivados y bien informados.

La mayoría de pacientes con psoriasis mejoran durante el verano gracias a la exposición solar y al aumento de la humedad ambiental que mantiene la piel más hidratada, reduce la hiperqueratosis y mejora la elasticidad de la piel.

Los baños de sol son un tratamiento coadyuvante muy asequible durante bastantes meses en nuestro país por lo que deben recomendarse. Sin embargo, la exposición a la luz solar debe realizarse con precaución, para evitar quemaduras que podrían empeorar la psoriasis. Hasta un 10% de los pacientes empeoran con la exposición solar.

Fototerapia

La radiación UVB puede administrarse sola o en combinación con otros tratamientos tópicos como antralina (método Ingram) y alquitranes (método de Goeckerman).

La fototerapia consiste en la exposición del paciente a la irradiación ultravioleta en cabinas de UVB de banda estrecha de 3 a 5 veces a la semana. La dosis de radiación se incrementa semanalmente siguiendo unas pautas establecidas y se consigue el blanqueamiento en unas 20-30 sesiones.

El método Ingram y especialmente el Goeckerman son efectivos pero son incómodos y sólo se realizan en algún Hospital de día de psoriasis.

Fotoquimioterapia

Se la conoce también como PUVA-terapia (Psoralen + UVA) y es muy eficaz para el tratamiento de la psoriasis. Consiste en la ingesta de psoralenos orales (8-metoxipsoralén) dos horas antes de exponerse a una fuente de irradiación UVA de 2 a 4 veces a la semana. El blanqueamiento se consigue en 20-25 sesiones y con una sesión semanal de mantenimiento se consiguen remisiones prolongadas.

El psoraleno también puede aplicarse tópicamente sobre la piel realizando un baño o aplicando una fórmula magistral que lo contenga y exponerse a continuación a la radiación UVA. Es un método muy útil para la fototerapia localizada de manos y pies.

Los tratamientos con radiaciones ultravioleta (UV) pueden producir quemaduras, envejecimiento cutáneo e inmunodepresión, y existe un claro riesgo de desarrollo de carcinomas cutáneos (más del doble de la población normal). Está contraindicada en niños, embarazadas y pacientes con

enfermedades fotosensibles o que reciban tratamientos fotosensibilizantes.

Para la realización de estas dos últimas modalidades terapéuticas de fototerapia se precisa un equipo especial y personal con experiencia en su manejo, además hay pocos centros de Dermatología donde se realice. Este hecho unido a que el paciente debe desplazarse dos o tres veces por semana para realizar el tratamiento hace que sea un tratamiento poco extendido en nuestro país.

Las cabinas UVA para el bronceado cosmético, en algunas personas, pueden ayudar a mantener la remisión obtenida después de un tratamiento, pero no se puede generalizar que vayan bien a todo el mundo. De todas formas siempre es mejor el sol natural.

Climatoterapia y balnearioterapia

La climatoterapia consiste en tomar el sol y baños de aguas medicinales en balnearios o de agua de mar. Algunos sitios son especialmente atractivos, como el Mar Muerto, Cuba, la costa levantina y andaluza o las Islas Canarias. En el Mar Muerto se encuentran condiciones favorables, como luz solar con menos rayos UVB, agua que contiene gran concentración de sales y centros donde se encuentra la compañía de otras personas con psoriasis.

Por su clima, muchas zonas de España son adecuadas para la climatoterapia debido a que gozan de bastantes horas de sol durante todo el año.

Los baños en balnearios o en la bañera de casa pueden ayudar a hidratar la piel, eliminar las escamas, reducir el picor y relajar al paciente. Se pueden añadir al agua aceites, preparados de alquitranes, sales o avena. El baño debe durar al menos 20 minutos. Al finalizar el baño es aconsejable aplicar hidratantes o emolientes para retener el agua en la piel y mantenerla hidratada.

Los tratamientos sistémicos son los que se toman por la boca en forma de pastillas o jarabes o se inyectan debajo de la piel (vía subcutánea), en el músculo (vía intramuscular) o en las venas (vía endovenosa). Estos tratamientos están indicados para el control de la psoriasis moderada e intensa. Todos ellos pueden producir efectos secundarios y se requiere experiencia para su manejo, por lo que su empleo debe realizarse bajo un estricto control del dermatólogo. Los tratamientos sistémicos podemos dividirlos en clásicos y biológicos.

Los clásicos más utilizados en nuestro país son el metotrexate, el acitretino y la ciclosporina.

Metotrexate (Metotrexato Lederle®, Metojet®)

Es un citostático que para la psoriasis se usa a bajas dosis (dosis "antiinflamatorias") que oscilan entre los 7,5 y los 25 mg/semana, que se administran por vía oral en forma de "triple dosis", consistente en administrar el fármaco en 3 dosis seguidas separadas por intervalos de 12 horas una vez a la semana. También puede administrarse inyectado por vía intramuscular una vez a la semana. Está indicado para la psoriasis moderada-intensa y para la psoriasis artropática. Existe riesgo de efectos secundarios por lo que hay que realizar análisis de sangre periódicos para controlar el hemograma (glóbulos rojos y blancos) y el funcionamiento del hígado. Está contraindicado en niños y mujeres embarazadas, en pacientes con insuficiencia hepática o renal, úlcera de estómago e infecciones activas. En caso de que un hombre quiera tener un hijo, debe dejar de tomarlo dos meses antes de intentar que su mujer quede embarazada.

Acitretino (Neotigason®)

Es un retinoide sintético. Sus principales indicaciones son la psoriasis eritrodérmica, la psoriasis pustulosa y cuando hay afectación palmo-plantar importante. Se toma por vía oral a dosis entre 0,25 y 1 mg/kg/día. Sus principales efectos secundarios son la teratogenicidad (capacidad de producir defectos fetales durante el embarazo), lo que obliga a usar métodos anticonceptivos eficaces hasta 2 años después de finalizado el tratamiento. También puede producir trastornos lipídicos y hepatotoxicidad, que suelen revertir al suspender el tratamiento, pero que obligan a un control analítico periódico.

Los efectos secundarios que más molestan a los pacientes, aunque son leves, son la sequedad e inflamación de los labios y la sequedad cutánea sobre todo en las palmas y plantas.

Ciclosporina A (Sandimmun Neoral®)

Es un inmunosupresor utilizado para evitar el rechazo en casos de trasplante de órganos. Su efectividad en la psoriasis se considera una evidencia del importante papel de la inmunidad celular (linfocitos T) en el origen de la psoriasis. Es muy eficaz y de rápida acción en el tratamiento de las formas graves de psoriasis vulgar y en la psoriasis pustulosa aguda. La mejoría se alcanza al cabo de 4-6 semanas pero es casi constante que se produzca la recidiva de las lesiones al suspenderlo. Se puede realizar un tratamiento discontinuo o intermitente, interrumpiendo el tratamiento cuando se mejora y volviéndolo a administrar cuando se presenta una recidiva. También se puede realizar terapia continua administrando una dosis mínima de mantenimiento. Antes y durante el tratamiento es preciso un control de la hipertensión y de la función renal debido a su toxicidad renal.

Corticoides

Los corticoides o derivados de la cortisona no son aconsejables ni por vía oral ni por vía intramuscular porque producen efectos secundarios importantes y al dejarlos se produce un efecto rebote de la psoriasis (la enfermedad, en pocas semanas se pone mucho peor que cuando se empezó el tratamiento)

La única forma en que pueden administrarse corticoides es inyectándolos diluidos directamente en las lesiones o alrededor de la uña para tratar la psoriasis ungueal. Aunque la inyección puede ser dolorosa si lo administra un dermatólogo experto tiene pocos efectos secundarios y la eficacia es alta.



Los tratamientos biológicos son una forma de tratamiento sistémico, pero los clasificamos a parte, dado que su mecanismo de acción es distinto. Con ellos se inicia una nueva forma de entender y tratar la psoriasis.

En los últimos años se ha descubierto que lo más importante en el desarrollo de las lesiones de psoriasis son los fenómenos inflamatorios mediados por los linfocitos T. Esto ha llevado a desarrollar una serie de medicamentos cuya función es bloquear a nivel celular la respuesta inmunológica errónea que ocurre en las lesiones de psoriasis. Estos medicamentos se denominan terapias biológicas porque son proteínas de origen animal que actúan específicamente bloqueando receptores celulares y quimiocinas (moléculas que intervienen en la inflamación).

Los tratamientos biológicos, al actuar específicamente sobre los mecanismos que provocan los síntomas de la enfermedad, a diferencia de los tratamientos convencionales, son mucho más específicos y los efectos secundarios son menores.

En general los tratamientos biológicos son eficaces, seguros a corto y medio plazo. Su seguridad a largo plazo no puede asegurarse porque sólo hay de 10 a 15 años de experiencia de uso. No producen toxicidad orgánica, es decir no dañan el hígado ni el riñón. No interactúan con otros medicamentos y no necesitan realizar análisis con frecuencia. Además los que se administran por vía subcutánea se los puede pinchar de forma cómoda el paciente.

Los principales inconvenientes son que se desconoce su seguridad a largo plazo, lo que sucede con todos los medicamentos nuevos, y el coste económico del tratamiento que es alto, pero que está financiado por la sanidad pública.

No se pueden utilizar estos medicamentos si hay antecedentes de cáncer, de infecciones activas, de tuberculosis y de inmunodeficiencias incluido el SIDA.

Los medicamentos biológicos pueden actuar de distinta forma, pero los que en la actualidad están disponibles en nuestro país lo hacen bloqueando el TNF- α (factor de necrosis tumoral), una molécula mediadora en la inflamación que se halla aumentada en las lesiones de psoriasis o bloqueando la activación de los linfocitos T.

Los tratamientos biológicos son una alternativa terapéutica interesante para los pacientes con falta de respuesta o efectos adversos a los tratamientos sistémicos tradicionales.

Etanercept (Enbrel®)

Es el primer medicamento biológico comercializado en España para el tratamiento de adultos con psoriasis en placa de intensidad moderada o grave.

Además el Etanercept está indicado en el tratamiento de la artritis psoriásica, por lo que un mismo medicamento sirve para ambas enfermedades, que muchas veces ocurren a la vez en la misma persona. También ha sido usado desde hace más de 12 años en enfermedades como la artritis reumatoide, y actualmente está indicado para tres enfermedades más.

Su mecanismo de acción es a través de la modulación de la respuesta inflamatoria provocada por el exceso de TNF.

Etanercept se lo administra fácilmente el paciente mediante una inyección por vía subcutánea, dos veces a la semana. Una vez que se ha alcanzado el objetivo del tratamiento, este se suspenderá, hasta que aparezcan de nuevo los síntomas de la enfermedad. Cuando reaparecen las lesiones de psoriasis, estas lo hacen con la misma intensidad o menor, a diferencia de lo que ocurre con otros tratamientos sistémicos, con los que la enfermedad brota con mayor intensidad.

En el tratamiento de los rebotes etanercept conserva la misma eficacia que en el primer tratamiento.

Los efectos secundarios son poco frecuentes y además no suelen ser graves. El efecto adverso más frecuente, es una ligera reacción en el punto de inyección que se trata con medidas locales como compresas frías o pomadas de corticoides.

Efalizumab (Raptiva®)

Es el segundo medicamento biológico comercializado en España para el tratamiento de adultos con psoriasis en placa de intensidad moderada o grave. Está aprobado sólo para el tratamiento de la psoriasis cutánea.

Actúa inhibiendo la activación del linfocito T y se administra por vía subcutánea una vez a la semana, y la dosis se calcula en función del peso del paciente.

Es un medicamento eficaz y dado que su perfil de seguridad

es bueno puede usarse de forma ininterrumpida durante un período largo de tiempo.

Los efectos secundarios son poco frecuentes, en ocasiones puede dar disminución de las plaquetas, por lo que hay que realizar periódicamente análisis de sangre.

Infliximab (Remicade®)

Es otro medicamento biológico con efecto anti-TNF-alfa para el tratamiento de la psoriasis moderada y grave. También se utiliza para otras enfermedades autoinmunes digestivas y articulares. Es un medicamento muy eficaz que mejora de forma rápida la psoriasis. Se puede utilizar como tratamiento de inducción a la remisión de los brotes o como tratamiento de mantenimiento a largo plazo. Por el momento, es el fármaco biológico más efectivo para la psoriasis con una eficacia similar a la ciclosporina. Hay que administrarlo por vía endovenosa, por lo que hace que sea necesario ir al hospital para hacerlo. Los efectos secundarios son similares a los observados con el etanercept, el efalizumab y el adalimumab.

Adalimumab (Humira®)

Es el último anticuerpo monoclonal anti-TNF, de naturaleza 100% humana, para el tratamiento de la psoriasis moderada y grave. Actualmente, está siendo evaluado por las autoridades sanitarias y se espera su comercialización en nuestro país en breve. Se utiliza para el tratamiento de la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante y la enfermedad de Crohn. Es un medicamento muy eficaz que mejora de forma rápida la psoriasis. Se puede utilizar como tratamiento de inducción a la remisión de los brotes o como tratamiento de mantenimiento. Se administra por vía subcutánea cada 15 días. Su eficacia es ligeramente inferior a la del infliximab y superior a la del etanercept. Los efectos secundarios son similares a los observados con el etanercept y el efalizumab y las precauciones que se deben tomar antes de la administración son similares a de los otros biológicos.

Para disminuir los efectos secundarios del tratamiento sistémico en la psoriasis se emplea una estrategia consistente en realizar un **tratamiento rotacional** entre los diferentes fármacos y alternarlos con períodos de descanso, en los que se aplican únicamente tratamiento tópico. Ello reduce los riesgos de efectos secundarios del acúmulo de determinado fármaco (metotrexato y ciclosporina) o de radiación UVB y UVA.

Esta misma estrategia la podemos aplicar para el tratamiento tópico. Se puede empezar por un corticoide tópico y al cabo de unos meses cambiarlo con cremas o pomadas de derivados de la vitamina D o de emolientes. Ello permitirá disminuir los efectos secundarios de los corticoides tópicos, prevenir la taquifilaxia (pérdida de eficacia por acostumbamiento de la piel) y disminuir el efecto rebote.

Dentro de la estrategia terapéutica, también es útil el realizar **tratamientos combinados** de dos o más medicamentos, bien sean aplicándolos en el mismo día o alternativamente.

Lo que se intenta con la terapia combinada es reducir la cantidad necesaria de cada medicamento con el fin de reducir sus efectos secundarios, o complementar los puntos positivos de cada uno, o acelerar el proceso de tratamiento.

El tratamiento combinado y rotatorio también sirve para que el paciente no se aburra de realizar siempre el mismo tratamiento, lo que es muy importante en una enfermedad crónica como la psoriasis.

Las medicinas alternativas como la acupuntura, homeopatía, fitoterapia, aromaterapia, flores de Bach, reflexoterapia, drenaje linfático, etc... puede que sean efectivas en algún paciente pero no existen trabajos científicos que avalen estos procedimientos. La persona con psoriasis tiene todo el derecho a probarlos pero siempre debe comunicárselo a su médico si los toman, porque algunos de ellos tienen efectos secundarios o pueden interactuar con los medicamentos que el paciente esté tomando.

El enfermo debe desconfiar del anuncio de "tratamientos curativos" ya que estos no existen, y son timos que se aprovechan de la buena fe y la desesperación de algunos afectados. Estos "tratamientos milagrosos" además de crear falsas esperanzas, pueden incluso llegar a empeorar la enfermedad.

Las dietas especiales no tienen efecto para controlar la psoriasis, pero sí que se aconseja no tomar alcohol y evitar el exceso de peso. Si alguien observa que un determinado alimento o bebida le empeora la psoriasis es aconsejable que no lo tome.

El futuro en el tratamiento de la psoriasis es difícil de predecir, pero se están produciendo muchos avances en el conocimiento de los mecanismos celulares que intervienen en la producción de las lesiones, que conllevará el desarrollo de nuevos medicamentos y nuevas estrategias terapéuticas.

Las asociaciones de pacientes juegan un papel de apoyo a los afectados, de información a la sociedad y de negociación con las Instituciones Sanitarias. Ayudan a que los enfermos compartan sus experiencias y aprendan a conocer y a cuidar su enfermedad. Contribuyen a divulgar los conocimientos científicos sobre la psoriasis a la sociedad, lo que constituye el primer paso hacia la plena integración de los afectados.

1. La psoriasis es una enfermedad crónica no contagiosa, es decir, que no se cura y que puede durar toda la vida con períodos de empeoramiento o de mejoría. La psoriasis afecta a ambos sexos por igual y puede aparecer a cualquier edad.
2. Las lesiones de psoriasis son debidas a la inflamación y al crecimiento exagerado de la epidermis. Las lesiones en la piel son rojas y están cubiertas de escamas blanquecinas que se desprenden fácilmente. Estas lesiones pueden picar, doler, agrietarse e incluso sangrar.
3. La causa de la psoriasis no se conoce con exactitud. Pero se sabe que existe una predisposición genética, y que algún estímulo, como ciertas infecciones, traumatismos, el estrés y algunos medicamentos, actúa como factor desencadenante de la enfermedad.
4. La psoriasis tiene un importante impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, ya que puede afectar al desarrollo de las actividades cotidianas personales, familiares y laborales, por lo que puede causar ansiedad y depresión, y repercutir negativamente en la felicidad y la economía de los pacientes.
5. Hay varias formas de psoriasis distinta de unos pacientes a otros o incluso en el mismo paciente a lo largo de la vida, lo que obliga a proponer programas de tratamiento individualizado en función de las condiciones de cada paciente (gravedad de la enfermedad, historial médico, estados de ánimo, etc...).
6. El tratamiento de la psoriasis debe enfocarse de una manera global y continua, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos como psicológicos, familiares y sociales de los pacientes. En muchas ocasiones se alternan y combinan varias opciones terapéuticas.
7. Por lo general, los pacientes con psoriasis leve se controlan con tratamiento tópico, y en los que tienen formas moderadas o graves puede estar indicado el tratamiento sistémico (ciclosporina, metotrexato y acitretino) y/o la fototerapia.
8. Para los pacientes con psoriasis moderada-grave que no han respondido o no toleran los tratamientos sistémicos tradicionales, hoy en día están disponibles los nuevos tratamientos biológicos (etanercept, efalizumab) que se administran por vía subcutánea.
9. Sea cual sea el tratamiento escogido, es recomendable el uso de cremas hidratantes y emolientes y, siempre que sea posible, tomar el sol.
10. En el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas como la psoriasis es fundamental establecer una buena relación con el médico y es deseable que ésta sea duradera. Los fracasos terapéuticos son más frecuentes en los pacientes que cambian de médico a menudo.



HE Can Guardiola

C/Cuba, 2

08030 Barcelona

Tel.: 932 804 622 - Fax: 932 804 280

psoriasi@pangea.org

www.acciopsoriasi.org

