

Algoritmo para el tratamiento de la Psoriasis

María Miquilarena

Departamento de Dermatología, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas, Venezuela.
E-mail: marienrimiqui@yahoo.com

Recomendaciones generales

- Individualizar el tratamiento.
- Conseguir la confianza del paciente.
- Procurar que el paciente entienda el carácter crónico de su enfermedad.

Medidas para prevenir los brotes:

- Evitar los traumatismos de la piel (rascado, quemaduras solares, cirugías).
- Evitar la ingesta de medicamentos desencadenantes: AINES (excepto Diclofenac), antimaláricos, litio.
- Evitar el estrés.
- Tratar precozmente las infecciones estreptocócicas.
- Mantener la piel hidratada.
- Establecer terapias combinadas si falla la monoterapia, rotacional o intermitente.
- No usar esteroides sistémicos. Si es imperativo usarlos hacerlo por corto tiempo y asociarlos a otras terapéuticas.

Localizada (en placa)

- <25% de la superficie corporal¹
- PASI² <12
- Esteroides tópicos en monoterapia o asociados a derivados de la vitamina D3 o a preparaciones con Alquitrán
- Esteroides intralesionales
- Emolientes-queratolíticos
- Tazaroteno

Generalizada

- >25% de la superficie corporal¹
- PASI² >12
- Metotrexate
- Ciclosporina A
- Acitretin
- Mofetil micofenolato
- Esteres del ácido Fumárico
- Hidroxiurea

Pustulosa o Eritrodermíca

- Esteroides sistémicos³
- Metotrexate IM
- Ciclosporina A
- Acitretin
- Terapia biológica

¿Enfermedad bien controlada?

No

- Régimen de Goeckerman
- Régimen de Goeckerman modificado
- Helioterapia

Si

- Esteroides tópicos
- Mantener emolientes
- Mantener monoterapia con derivados de la vitamina D3
- Reiniciar esteroides si hay brotes

¿Enfermedad bien controlada?

No

- #### Considerar Terapia sistémica
- PUVA
 - Metotrexate
 - Acitretin
 - Ciclosporina
 - Terapia biológica

Si

¿Enfermedad bien controlada?

No

- #### 1. Terapias combinadas
- Retinoides + UVB
 - Retinoides + PUVA
 - Metotrexate + UVB

2. Terapia Biológica

- Infliximab⁶
- Alefacept
- Adalimumab
- Etanercept⁶
- Efalizumab

Si

- Terapia rotacional⁴
- Terapia intermitente⁵

Referencias

- Prussick R, Kehne B. Psoriasis: an overview. Trauma 2003; 4:73-78.
- González F, Montalvillo E, Sánchez P, Pérez M. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS. En Boletín de uso racional del medicamento; 2004. Disponible en <http://www.scsalud.es>
- Schmitt J, Wozel G. The Psoriasis Area and Severity Index is the adequate criterion to define severity in chronic-plaque-type-psoriasis. Dermatology 2005; 210:194-199.
- Boehncke W-H. Immunomodulatory drugs for Psoriasis. BMJ 2003; 327:634-635.
- Medonca C, Burden A. Current concepts in Psoriasis and its treatment. Pharmacology and Therapeutics 2003; 99:133-147.
- Mueller W, Herrmann B. Cyclosporin A for Psoriasis. N Eng J Med 1979; 301:555.
- Menter M, Abramovits W. Rational. Sequential and combination regimens in the treatment of Psoriasis. Dermatol Ther 1999; 11:88-95.

- (1) Una forma práctica de calcular el % de afectación corporal es utilizando como medida la palma, la cual equivale a un 1%.
- (2) PASI: PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX. >12: Psoriasis severa
7-12: Psoriasis moderada
<7: Psoriasis leve
- (3) Pueden usarse por corto tiempo para luego instalar la terapia seleccionada.
- (4) Terapia rotacional: utilizar una terapéutica por tiempo determinado (1 ó 2 años) para luego rotar a otra alternativa. Permite reducir la toxicidad por uso prolongado y disminuir una posible resistencia al tratamiento.
- (5) Terapia intermitente: en pacientes que tienen remisiones prolongadas sin medicación se puede suspender la terapia por periodos prolongados.
- (6) Su principal indicación inicialmente era la Artritis Psoriática pero los estudios reportan su eficacia en Psoriasis severa.