

# GUÍA DE TRATAMIENTOS

## PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA



TÍTULO ORIGINAL

**Guía de tratamientos. Psoriasis y artritis psoriásica**

AUTORES

**Miquel Ribera Pibernat**

Dermatólogo. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell. Asesor Médico de Acción Psoriasis

**Jordi Gratacós Masmitjà**

Reumatólogo. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell. Asesor Científico de Acción Psoriasis

© Copyright 2019. Acción Psoriasis

Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa de los propietarios del copyright.

**EUROMEDICE**  **VIVACTIS**  
Health Care Agency

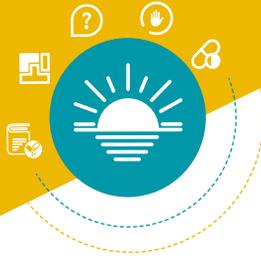
Avda. dels Vents, 9-13, esc. B, 2º 1.ª

08917 Badalona

euromedice@euromedice.net

www.euromedice.net

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.



## Guía de tratamientos. Psoriasis y Artritis Psoriásica

### **Miquel Ribera Pibernat**

Dermatólogo. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell.  
Asesor Médico de Acción Psoriasis

### **Jordi Gratacós Masmitjà**

Reumatólogo. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell.  
Asesor Científico de Acción Psoriasis







## Guía de tratamientos. Psoriasis y Artritis Psoriásica

### ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Qué es la psoriasis	5
3. Qué es la artritis psoriásica	7
4. Qué impacto puede tener sobre la calidad de vida	8
5. Cómo puede empeorar la psoriasis o la artritis psoriásica	9
6. Tratamientos para la psoriasis y la artritis psoriásica	13
7. Cómo se tratan las formas especiales de psoriasis y de artritis psoriásica	77
8. ¿Me puedo vacunar si estoy en tratamiento de la psoriasis?	80
9. ¿Qué estrategias puede seguir el especialista?	82
10. ¿Qué estrategias puedo seguir yo?	84
11. Abordaje de las comorbilidades	86
12. Terapias alternativas o naturales	87
13. Tratamientos milagrosos	88
14. Cómo puedo obtener más información	89
15. Qué ventajas tiene pertenecer a una asociación de pacientes	90
16. Perspectivas de futuro	91





## INTRODUCCIÓN

La investigación en psoriasis y artritis psoriásica ha vivido una auténtica revolución en los últimos años. Una revolución que no cesa y que ha permitido abrir nuevas líneas terapéuticas para combatir la enfermedad. Por este motivo publicamos esta **nueva Guía de tratamientos**, que ofrece información sobre todas las posibilidades que ahora mismo tienen las personas con psoriasis y artritis psoriásica a su alcance.

La nueva Guía nace con el propósito de incluir información actualizada de forma constante, de modo que se incorporarán las novedades que apruebe la Agencia Española del Medicamento a medida que se vayan produciendo.

Su objetivo es responder con un lenguaje claro a las preguntas y dudas que pueden formularse las personas con psoriasis y artritis psoriásica. Así pues, se describen los distintos tipos de medicamentos que existen en nuestro país, cómo actúan, cómo se utilizan, cuál es su eficacia y sus posibles efectos secundarios. El manual también incluye consejos prácticos, destinados a dar pautas para conseguir un mejor control de la enfermedad y una mejora de la calidad de vida.

Como hemos defendido desde nuestros inicios, hace ahora 25 años, los pacientes bien informados son los mejores pacientes, ya que pueden hablar y consensuar con el médico el mejor tratamiento para ellos. También son los que mejor lo cumplen, los que mejoran más y los que se sienten más satisfechos.

Este nuevo recurso que ofrecemos tiene la finalidad de dar al paciente toda la información para poder decidir, con su especialista, el tratamiento óptimo para él. Por supuesto, la Guía no pretende sustituir al médico, sino complementar la información y los consejos que este nos da.

Esperamos, de todo corazón, que esta nueva herramienta te sea de utilidad y te permita avanzar en el conocimiento de esta enfermedad crónica, y nos ponemos a tu disposición para ayudarte en lo que consideres oportuno y esté en nuestra mano.

**Jaume Juncosa**

Presidente de Acción Psoriasis

**Miquel Ribera Pibernat**

Dermatólogo. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell.

Asesor Médico de Acción Psoriasis

**Jordi Gratacós Masmitjà**

Reumatólogo. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell.

Asesor Científico de Acción Psoriasis

---

***Acción Psoriasis recomienda consultar al dermatólogo, al reumatólogo  
o al médico de cabecera antes de iniciar cualquier tratamiento.  
El farmacéutico también nos puede asesorar en el seguimiento del tratamiento.***



## QUÉ ES LA PSORIASIS

La psoriasis es una enfermedad crónica no contagiosa, que tiene su origen en una mala regulación del sistema inmunológico. Evoluciona en brotes, con períodos de empeoramiento y de mejoría.

La psoriasis afecta al 2,3 % de la población y suele aparecer entre los 15 y los 35 años, aunque también afecta a niños y a personas mayores y a ambos sexos por igual. La enfermedad no es hereditaria, pero hay una predisposición genética a padecerla. Se sabe, además, que algunos estímulos externos, como infecciones, traumatismos, estrés y algunos medicamentos, actúan como factor desencadenante de la enfermedad y de los brotes.

### EL SISTEMA INMUNE

La psoriasis comienza en el sistema inmune, que es el que defiende a nuestro organismo de agentes extraños que pueden dañarlo, como los virus, las bacterias, etc. Al detectarlos, nuestro cuerpo genera como respuesta un mecanismo de inflamación temporal con el que pretende eliminarlos. En las personas con psoriasis y artritis psoriásica, una parte del sistema inmunológico está sobreestimulado y, como mecanismo de defensa, recluta células y produce unas sustancias llamadas citocinas que favorecen la inflamación de la piel y las articulaciones.

Normalmente, el proceso de recambio celular de la capa más superficial de la piel (epidermis) es de 30 días, pero en las personas con psoriasis, debido al estímulo producido por las citocinas, dura aproximadamente 4 días. Esta aceleración genera la acumulación de células en la capa córnea y se manifiesta en forma de placas de escamas blanquecinas y descamación exagerada.

La psoriasis se manifiesta habitualmente con la aparición de lesiones cutáneas de tamaño variable, enrojecidas y recubiertas de escamas blanquecinas de grosor diverso. Las escamas están formadas por queratinocitos (células de la epidermis) que se acumulan debido a su proliferación acelerada. El enrojecimiento es el resultado de la mayor afluencia de sangre debida a la inflamación. Estas lesiones pueden picar, doler, agrietarse e incluso sangrar.

## TIPOS DE PSORIASIS

Las zonas más comunes en las que aparecen las lesiones de la psoriasis son los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y la zona sacra (parte baja de la espalda), aunque puede afectar a cualquier otra parte del cuerpo. La psoriasis que se localiza en las palmas y plantas tiene un fuerte impacto en la calidad de vida, ya que puede limitar el trabajo manual y la movilidad. La psoriasis en la cara también puede causar un gran impacto, dada la visibilidad de las lesiones. Por otro lado, alrededor del 20 % de las personas con psoriasis pueden desarrollar inflamación de las articulaciones (artritis psoriásica).

Aunque se trata de la misma enfermedad, la psoriasis puede presentarse de distintas formas clínicas y estas pueden aparecer de forma aislada o coincidir varias en una misma persona. Los distintos tipos de psoriasis son:

- **En placas:** es la psoriasis más común. En la piel aparecen áreas rojas y engrosadas, con escamas blanquecinas encima. Es habitual encontrarlas en el cuero cabelludo, las rodillas, los codos y la parte baja de la espalda.
- **En gotas:** es la más frecuente en los niños y adolescentes. Las lesiones son pequeñas, miden menos de 2 cm y se distribuyen como una salpicadura, generalmente en el tronco y las extremidades.
- **Invertida:** las lesiones son de color rojo intenso brillante y sin escamas. Aparecen en los pliegues cutáneos: ingles, axilas, entre las nalgas y en las mujeres debajo de los pechos.
- **Pustulosa:** se caracteriza por la aparición de granos de pus sobre las placas. Es una forma de psoriasis muy poco frecuente, de la que existe una forma localizada en palmas y plantas y una forma generalizada grave.
- **Eritrodérmica:** las lesiones son tan extensas que ocupan casi toda la piel. Es una variedad poco frecuente pero grave de la enfermedad. Puede ocurrir en pacientes con psoriasis cuando no tratan bien su enfermedad o cuando suspenden el tratamiento de golpe.



## QUÉ ES LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Es una forma de artritis que desarrollan algunos pacientes con psoriasis que causa inflamación, dolor, rigidez e hinchazón en una o más articulaciones. Se calcula que entre un 10 y un 30 % de las personas que ya padecen psoriasis serán diagnosticadas a lo largo de su vida también de artritis psoriásica. La mayor parte de ellas desarrolla primero la psoriasis cutánea.

En España, entre 100 000 y 200 000 personas tienen artritis psoriásica, que suele iniciarse con mayor frecuencia entre los 30 y los 50 años. Afecta fundamentalmente a las articulaciones de los dedos de manos y pies, la columna lumbar y sacra, las muñecas y las rodillas.

Aunque no se cura, se puede controlar con un buen tratamiento para eliminar la inflamación y el dolor, así como para detener el daño en la articulación afectada. Si no se trata o se demora el tratamiento, la artritis psoriásica puede causar discapacidad, por lo que es muy importante su diagnóstico precoz.

Si sientes rigidez, inflamación o dolor en tus articulaciones y sospechas que puedes tener artritis, acude enseguida a tu médico de cabecera para que pueda derivarte al reumatólogo. Recuerda que un diagnóstico precoz es clave para detener el avance de las afectaciones articulares.

---

 Para más información:

[https://www.accionpsoriasis.org/Psoriasis\\_Guia\\_del\\_paciente.pdf](https://www.accionpsoriasis.org/Psoriasis_Guia_del_paciente.pdf)

---



## QUÉ IMPACTO PUEDE TENER SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

La psoriasis y la artritis psoriásica tienen un importante impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, pues es posible que afecten al desarrollo de las actividades cotidianas personales, familiares y laborales, por lo que pueden causar ansiedad y depresión, y repercutir negativamente en la felicidad y la economía de los pacientes. La visibilidad de las lesiones puede generar estigmatización y angustia en algunas personas, que llegan a aislarse socialmente.

### IMPACTO SOBRE LA SALUD: COMORBILIDADES

Las recientes investigaciones apuntan que las personas que padecen una psoriasis o artritis psoriásica moderada o grave, diagnosticada antes de los 20 años, tienen un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades: diabetes, hipertensión, obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipercolesterolemia, síndrome metabólico o hígado graso no alcohólico, entre otras.

Para prevenirlas, es aconsejable mantener la psoriasis y la artritis bajo control mediante un tratamiento efectivo y continuo y seguir unos buenos hábitos de salud. Aunque la psoriasis por sí sola no acorta la vida de quien la sufre, sí lo pueden hacer estas enfermedades a las que se asocia con mayor frecuencia. Por este motivo, además de tratar correctamente la psoriasis, es aconsejable no fumar, no beber alcohol, mantener el peso ideal, seguir una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico (como mínimo, caminar 30 minutos 5 días a la semana).

### IMPACTO SOBRE EL ÁMBITO EMOCIONAL

La psoriasis también puede causar ansiedad y depresión, y favorecer adicciones como los hábitos de fumar y beber alcohol. Hay trabajos científicos que demuestran los beneficios de las intervenciones psicológicas (visita al psicólogo o al psiquiatra) para mejorar la calidad de vida, e incluso para complementar el tratamiento dermatológico con psicoterapia o medicamentos para la depresión y la ansiedad, en caso de que sea preciso.

## CÓMO PUEDE EMPEORAR LA PSORIASIS O LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Para que una persona desarrolle psoriasis o artritis psoriásica debe tener una predisposición genética. Además, existen factores externos, conocidos como desencadenantes, que pueden propiciar —aunque no siempre— la aparición de la psoriasis y la artritis psoriásica. Hay que tener en cuenta que pueden afectar a algunas personas y a otras no.

### ¿QUÉ FACTORES EXTERNOS PUEDEN PROPICIAR SU APARICIÓN?

Los **factores psicológicos**, como la ansiedad, el estrés y la depresión, influyen mucho en la psoriasis, por lo que muchas veces los brotes van precedidos de problemas personales, familiares o laborales.

Otras causas que pueden desencadenar un brote son: 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 o zona de piel traumatizada se denomina «fenómeno de Koebner». Por este motivo, se recomienda tomar precauciones en el trabajo y al practicar deportes para evitar cualquier herida o rozadura. También es aconsejable no rascarse las lesiones, porque este fenómeno favorece que se tarde más en responder al tratamiento.

Los **productos de limpieza del hogar**, como detergentes, jabones y limpiadores, no deben manipularse con las manos desnudas porque pueden irritar la piel, por lo que es recomendable ponerse guantes adecuados, incluso para lavar la ropa o los platos.

Los factores que pueden desencadenar un brote de artritis pueden ser los mismos que en la psoriasis cutánea, a los que hay que añadir los microtraumatismos articulares producidos por traumatismos, sobreesfuerzos y sobrepeso.

También hay que saber que hay **ciertos medicamentos que pueden empeorar o desencadenar un brote de psoriasis**.

## ¿QUÉ MEDICAMENTOS PUEDEN EMPEORAR LA PSORIASIS O LA ARTRITIS PSORIÁSICA?

Existen fármacos que pueden agravar la psoriasis o la artritis psoriásica o desencadenar un brote. Por eso, antes de tomar cualquier medicación, es imprescindible consultar al médico. Además, en caso de seguir un tratamiento sistémico (fármaco modificador de la enfermedad [FAME] o biológico), hay que informar al especialista para evitar posibles interacciones con fármacos que le puedan recetar para otra enfermedad.

**Es muy recomendable hacer una lista, para no olvidar ninguno, y llevarla cuando vayas a la visita con el dermatólogo o reumatólogo.**

En la **tabla 1** se recogen la mayoría de medicamentos (con el nombre del principio activo que figura en la caja o prospecto, no con el nombre comercial) que, siempre que sea posible, deben evitarse porque pueden empeorar la psoriasis.

**Tabla 1. Medicamentos que pueden empeorar o desencadenar un brote de lesiones de psoriasis**

Principio activo	Aplicación terapéutica
Ácido acetilsalicílico	Antiinflamatorio
Acebutolol	Antihipertensivo
Ácido valproico	Antiepiléptico
Aldesleukina (interleuquina 2)	Sistema inmune
Amiodarona	Antiarrítmico
Amoxicilina	Antibiótico
Ampicilina	Antibiótico
Anticonceptivos orales	Hormonas sexuales
Interferón $\alpha$	Sistema inmune
Betaxolol	Antihipertensivo
Bisoprolol	Antihipertensivo
Captopril	Antihipertensivo
Carbamazepina	Antiepiléptico
Carteolol	Antihipertensivo
Carvedilol	Antihipertensivo
Ciclosporina	Sistema inmune
Cimetidina	Sistema digestivo
Citalopram	Ansiolítico
Claritromicina	Antibiótico

*Continúa*

**Tabla 1. Medicamentos que pueden empeorar o desencadenar un brote de lesiones de psoriasis** (Continuación)

Principio activo	Aplicación terapéutica
Clomipramina	Antidepresivo
Clonidina	Antipalúdico
Clorambucilo	Antineoplásico
Cloroquina	Antipalúdico
Clortalidona	Sistema circulatorio
Cotrimoxazol	Antibiótico
Cromoglicato sódico	Sistema inmune
Dexfenfluramina	Anorexígeno
Diclofenaco	Antiinflamatorio
Fenitoína	Antiepiléptico
Digoxina	Antiarrítmico
Diltiazem	Antihipertensivo
Doxiciclina	Antibiótico
Enalapril	Antihipertensivo
Factor estimulante de las colonias de granulocitos	Sistema inmune
Flecainida	Antiarrítmico
Fluoxetina	Antidepresivo
Fluoximesterona	Hormonas
Foscarnet	Antivírico
Ganciclovir	Antivírico
Glimepirida	Antidiabético
Glipizida	Antidiabético
Ibuprofeno	Antiinflamatorio
Indometacina	Antiinflamatorio
Ioduro potásico	Sistema inmune
Ketoprofeno	Antiinflamatorio
Labetalol	Antihipertensivo
Letrozol	Hormonas sexuales
Levamisol	Sistema inmune
Meclofenamato	Antiinflamatorio

Continúa

**Tabla 1. Medicamentos que pueden empeorar o desencadenar un brote de lesiones de psoriasis** (Continuación)

Principio activo	Aplicación terapéutica
Mefloquina	Antipalúdico
Mesalazina	Sistema digestivo
Metoprolol	Antihipertensivo
Nadolol	Antihipertensivo
Omeprazol	Sistema digestivo
Penbutolol	Antihipertensivo
Pentostatina	Antineoplásico
Pindolol	Antihipertensivo
Primaquina	Antipalúdico
Propranolol	Antihipertensivo
Psoralenos	Antipsoriásico
Quinidina	Antipalúdico
Quinina	Antipalúdico
Ranitidina	Sistema digestivo
Risperidona	Antipsicótico
Ritonavir	Antivírico
Ropinirole	Sistema nervioso central
Sales de litio	Antipsicótico
Sales de oro	Sistema osteoarticular
Sulfasalazina	Sistema digestivo
Tacrina	Sistema nervioso central
Terbinafina	Antifúngico
Testosterona	Hormonas sexuales
Tetraciclina	Antibiótico
Tiabendazol	Antiparasitario
Timolol	Antihipertensivo
Tioguanina	Antineoplásico
Trazodona	Antidepresivo
Venlafaxina	Antidepresivo
Zaleplón	Antidepresivo



## TRATAMIENTOS PARA LA PSORIASIS Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Los **tratamientos para la psoriasis** pueden hacer desaparecer las lesiones, de forma temporal, y proporcionar una gran mejoría. Sin embargo, a día de hoy no existe un medicamento que logre la curación definitiva. Actúan sobre la inflamación, reduciéndola y frenando la proliferación de las células de la capa superficial de la piel (queratinocitos).

En el caso de la **artritis psoriásica**, su objetivo es aliviar o eliminar el dolor, disminuir o eliminar la inflamación de las articulaciones, evitando el daño de las mismas y mejorando la limitación de los movimientos y la función articular.

---

### ¿CUÁL ES EL MEJOR TRATAMIENTO PARA MÍ?

---

El tipo de tratamiento depende de la gravedad de la enfermedad, las enfermedades que se tengan, la edad, el estilo de vida y las preferencias personales. Existe un amplio abanico de medicamentos y la respuesta a cada uno de ellos varía de una persona a otra. En ocasiones, la psoriasis o la artritis psoriásica se hacen resistentes a un tratamiento, que deja de ser efectivo y debe cambiarse por otro. A veces, se dan remisiones espontáneas. Por todo ello, es muy importante la **personalización del tratamiento**.

Como cada medicamento tiene un efecto distinto, el que le va bien a un paciente puede no irle bien a otro o incluso le puede hacer daño. Por eso, **es fundamental evitar la automedicación y debe ser el especialista quien indique la pauta a seguir**.

---

### ¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS EXISTEN?

---

El dermatólogo puede aconsejar medicamentos para aplicar en la piel, es decir, **tópicos**. También puede recomendar la exposición a la luz ultravioleta (UV) natural o artificial (**fototerapia**) y, finalmente, para la psoriasis más intensa puede aconsejar medicamentos orales, subcutáneos, intramusculares o intravenosos (tratamientos sistémicos).

En el caso de la artritis psoriásica, los criterios que sigue el reumatólogo para elegir un tipo de tratamiento dependen de la intensidad de la inflamación, del número y tipo de

articulaciones afectadas, de si hay o no daño articular, y de la respuesta previa a otros tratamientos. También considera el tipo e intensidad de la afectación cutánea. Para las artritis más leves, se utilizan solo antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para controlar el dolor y la inflamación. En el caso de las moderadas, se recurre a los FAME y a los medicamentos biológicos. Y en las avanzadas, puede ser de gran ayuda la rehabilitación.

Todas estas modalidades terapéuticas pueden administrarse solas o combinadas:

**TRATAMIENTOS TÓPICOS**

**FOTOTERAPIA**

**ANTIINFLAMATORIOS**

**CORTICOSTEROIDES**

**TRATAMIENTOS SISTÉMICOS CLÁSICOS O FAME**

**FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD CON DIANA ESPECÍFICA**

**TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS**

## TRATAMIENTOS TÓPICOS

Son los que se aplican directamente sobre la zona afectada, como cremas, lociones, pomadas, geles, espumas, lacas y champús que contienen principios activos (corticosteroides, derivados de vitamina D, retinoides). **Están indicados para la psoriasis leve o para completar la fototerapia y los tratamientos sistémicos en la psoriasis moderada y grave.**

### ¿CÓMO SE UTILIZAN?

Hay que procurar aplicar los tratamientos tópicos solo en la zona de piel afectada y evitar, en lo posible, que entren en contacto con el resto de nuestra piel. Es aconsejable aplicarlos después del baño, porque la piel bien hidratada es más permeable a los medicamentos y estos penetran mejor y son más eficaces. Tras su aplicación, hay que realizar un masaje durante unos minutos hasta su completa absorción, ya que solo actúa el medicamento que la piel absorbe. La crema, pomada, etc. que queda en la piel debe retirarse con una gasa o una toallita de papel para que no manche la ropa. Si usted se pone un tratamiento tópico y mancha el pijama o las sábanas, es que se ha puesto demasiado o que no ha realizado durante el tiempo suficiente el masaje para facilitar su total absorción.

En algunos casos, al aplicar los tratamientos tópicos es recomendable utilizar guantes de látex o vinilo para proteger la piel de las manos; si no lo hace, debe lavarse bien las manos tras aplicarlos. No debe usar nunca gasas para aplicar los tratamientos tópicos, ya que esto favorece el desperdicio del medicamento, que queda en una elevada proporción en las gasas que luego se tiran.

### ¿CUÁLES SON?

Para el uso tópico se usan productos coadyuvantes, como hidratantes, emolientes y queratolíticos, y medicamentos que se recogen en la **tabla 2**.

**Tabla 2. Tratamientos tópicos para la psoriasis**

Molécula Aprobación EMA	Nombre comercial	Mecanismo de acción	Tipo de molécula	Indicaciones en psoriasis	Precauciones de uso
Tazaroteno	Zorac®	Retinoide Regula la queratinización	Molécula de síntesis química	Psoriasis en placa	No usar en embarazo y lactancia
Calcitriol	Silkis®	Antiproliferativo Derivado vitamina D	Molécula de síntesis química	Psoriasis en placa	No usar en embarazo y lactancia
Calcipotriol	Daivonex®	Antiproliferativo Derivado vitamina D	Molécula de síntesis química	Psoriasis en placa	No usar en embarazo y lactancia
Tacalcitol	Bonalfa®	Antiproliferativo Derivado vitamina D	Molécula de síntesis química	Psoriasis en placa	No usar en embarazo y lactancia
Corticosteroides tópicos	Diferentes marcas	Antiinflamatorio	Molécula de síntesis química	Psoriasis cutánea de cualquier tipo	Seguir recomendaciones de uso del médico
Calcipotriol + dipropionato de betametasona	Daivobet® Pomada Daivobet® Gel Enstilar® Espuma	Antiproliferativo + antiinflamatorio / Derivado vitamina D + corticosteroide tópico	Molécula de síntesis química	Psoriasis cutánea de cualquier tipo	No usar en embarazo y lactancia Seguir recomendaciones de uso del médico
Ácido salicílico + dipropionato de betametasona	Diprosalic® Solución cutánea Diprosalic® Pomada	Antiinflamatorio + queratolítico	Molécula de síntesis química	Psoriasis cutánea de cualquier tipo	Seguir recomendaciones de uso del médico
Ácido salicílico + furoato de mometasona	Elocom Plus®	Antiinflamatorio + queratolítico	Molécula de síntesis química	Psoriasis cutánea de cualquier tipo	Seguir recomendaciones de uso del médico

EMA: Agencia Europea de Medicamentos.

## Hidratantes y emolientes

Las **cremas, las lociones y los aceites hidratantes siempre deben incluirse como complemento de cualquier tratamiento**, ya que forman una capa grasa sobre la epidermis que evita la pérdida de agua, reblandecen y reducen las escamas y mejoran la elasticidad de la piel, disminuyendo la posibilidad de que se produzcan fisuras. Además, una buena hidratación de la piel ayuda a reducir el picor.

 Para más información:

[https://issuu.com/accionpsoriasis/docs/rev92-cremas\\_hidratantes\\_def](https://issuu.com/accionpsoriasis/docs/rev92-cremas_hidratantes_def)

## Queratolíticos

Si la piel tiene escamas gruesas y adheridas (hiperqueratosis), es conveniente usar cremas o lociones que contengan un queratolítico, que actúa disolviendo, total o parcialmente, la capa más externa de la piel (capa córnea). Los más utilizados son **el ácido salicílico, la urea y los ácidos orgánicos, como el ácido láctico y los hidroxiacidos**. **Su uso es importante porque evitan que la piel se agriete y facilitan la penetración de los medicamentos tópicos**, aumentando así su eficacia. Pueden hallarse en preparados comerciales o formando parte de fórmulas magistrales.

## Corticosteroides tópicos

Son los medicamentos más utilizados para el tratamiento tópico de la psoriasis, ya que son los más eficaces. Tienen un **efecto antiinflamatorio, eliminan parte de la rojez y el grosor de las placas y reducen el picor**. A pesar de su eficacia, su uso en el tratamiento de la psoriasis es controvertido, debido a que la mejoría que producen es variable y de corta duración.

**Los corticosteroides tópicos constituyen una opción terapéutica muy efectiva y pueden resultar dañinos solo si se aplican mal, demasiado tiempo de forma intermitente o donde no toca**. Hay que tener especial precaución en su utilización en la cara y los pliegues. En estas localizaciones deben usarse los de potencia media. Si se siguen los consejos del médico, no se debe temer por sus efectos secundarios.

### ¿Qué efectos secundarios pueden producir?

- En la piel: si se usan de forma inadecuada o durante mucho tiempo de forma intermitente, pueden producir atrofia cutánea, estrías, inflamación de los folículos pilosos, rosácea, acné, crecimiento del vello y dermatitis de contacto, entre otros.
- En los ojos: si se aplican alrededor de los ojos, pueden producir glaucoma y cataratas.

### Recomendaciones

Para evitar los efectos secundarios comentados, se deben seguir al pie de la letra las instrucciones de uso que da el médico.

Otro inconveniente de los corticosteroides 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, cuando dejemos de usarlos debemos hacerlo de forma paulatina.

Por otro lado, su uso continuado puede causar una pérdida de la efectividad, como si la piel se acostumbrase al tratamiento. Este fenómeno se evita si no se sobrepasan las 4 semanas de tratamiento sin interrupción o se realiza el tratamiento de forma intermitente, alternando períodos de aplicación y períodos de descanso.

La eficacia de los corticosteroides depende de su potencia (**tabla 3**) y capacidad de penetración en la piel. En general, para el tratamiento de la psoriasis se recomiendan los de potencia alta o muy alta. La penetrabilidad depende del vehículo utilizado (cuanto más graso, mayor penetración), del modo de aplicación (la penetración es mayor si se aplica 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 las palmas y las plantas).

Cortitape® es un apósito adhesivo de 7,5 cm x 10 cm que contiene un corticosteroide (valerato de betametasona). Funciona como un corticosteroide en crema aplicado bajo cura oclusiva. Está indicado para el tratamiento tópico de la psoriasis crónica en placas en adultos. El apósito se aplica una vez al día en la zona de la piel a tratar y es especialmente útil para ocuparse de placas concretas recalcitrantes, ya que el área que trata es limitada. Una vez conseguida la mejoría, se aconseja continuar el tratamiento con un corticosteroide tópico en crema.

Existen muchas marcas comerciales de corticosteroides tópicos que pueden identificarse porque los principios activos que contienen y que pueden consultarse en su composición terminan por -sona, -lona, -betasol y -cortol.

**Tabla 3. Clasificación de los corticosteroides tópicos según su potencia, así como sus asociaciones. Nombre comercial en España entre paréntesis**

### 1. Potencia muy alta (Grupo IV)

Clobetasol propionato (Clarelux<sup>®</sup>, Clobex<sup>®</sup>, Clobisdin<sup>®</sup>, Clovate<sup>®</sup>, Decloban<sup>®</sup>)

### 2. Potencia alta (Grupo III)

- Beclometasona dipropionato (Menaderm Simple<sup>®</sup>)
- Beclometasona dipropionato + clioquinol (Menaderm Clio<sup>®</sup>)
- Beclometasona dipropionato + neomicina (Menaderm Neomicina<sup>®</sup>)
- Betametasona dipropionato (Diproderm<sup>®</sup>)
- Betametasona dipropionato + calcipotriol (Daivobet<sup>®</sup>, Enstilar<sup>®</sup>)
- Betametasona dipropionato + clotrimazol (Beta Micoter<sup>®</sup>)
- Betametasona dipropionato + gentamicina (Diprogenta<sup>®</sup>)
- Betametasona dipropionato + ácido salicílico (Diprosalic<sup>®</sup>)
- Betametasona valerato (Betnovate<sup>®</sup>, Celecrem<sup>®</sup>, Cortitape<sup>®</sup>)
- Betametasona valerato + fluocinolona acetónido (Alergical<sup>®</sup> Crema)
- Betametasona valerato + gentamicina sulfato (Celestoderm<sup>®</sup>)
- Betametasona valerato + gentamicina sulfato + clioquinol + tolnaftato (Cuatrocrem<sup>®</sup>)
- Betametasona valerato + ácido fusídico (Fucibet<sup>®</sup>)
- Diflorasona diacetato (Murode<sup>®</sup>)
- Diflucortolona valerato (Claral<sup>®</sup>)
- Fluocinolona acetónido (Fluocid Forte<sup>®</sup>, Gelidina<sup>®</sup>, Synalar<sup>®</sup>, Synalar Gamma<sup>®</sup>)
- Fluocinónida (Novoter<sup>®</sup>)
- Fluocortolona (Ultralan M<sup>®</sup>)
- Fluticasona propionato (Cutivate<sup>®</sup>, Flunutrac<sup>®</sup>, Fluticrem<sup>®</sup>)
- Hidrocortisona aceponato 0,127% (Suniderma<sup>®</sup>)
- Metilprednisolona aceponato (Adventan<sup>®</sup>, Lexxema<sup>®</sup>)
- Mometasona furoato (Elocom<sup>®</sup>, Konex<sup>®</sup>EFG, Mometasona Abamed<sup>®</sup>, Mometasona Kern Pharma<sup>®</sup>, Mometasona Korhispana<sup>®</sup>, Mometasona Mede<sup>®</sup>, Mometasona Mede<sup>®</sup>, Mometasona Tarbis<sup>®</sup>, Monovo<sup>®</sup>)
- Mometasona + salicílico (Elocom Plus<sup>®</sup>)
- Prednicarbato (Peitel<sup>®</sup>, Batmen<sup>®</sup>)

### 3. Potencia moderada (Grupo II)

- Clobetasol butirato 0,05% (Emovate<sup>®</sup>)
- Fluorometolona + urea + bronopol (Solubalm<sup>®</sup>)
- Triamcinolona acetónido + framicitina (Aldoderma<sup>®</sup>)
- Triamcinolona acetónido + centella (Cemalyt<sup>®</sup>)
- Triamcinolona acetónido + gentamicina sulfato, nistatina (Interderm<sup>®</sup> Crema)
- Triamcinolona acetónido + neomicina sulfato + nistatina (Positon<sup>®</sup>)
- Hidrocortisona buteprato 0,1% (Nutrasona<sup>®</sup>)

Continúa

**Tabla 3. Clasificación de los corticosteroides tópicos según su potencia, así como sus asociaciones. Nombre comercial en España entre paréntesis** (Continuación)

#### 4. Potencia débil (Grupo I)

- Hidrocortisona 1% (Lactisona 1%®, Calmiox 0,5%®)
- Hidrocortisona acetato 1-0,5% (Dermosa-Hidrocortisona 1%®, Hidrocisdin 0,5%®)
- Hidrocortisona + miconazol (Brentan®)
- Hidrocortisona + cloranfenicol (Cortison Chemicetina®)
- Hidrocortisona + neomicina + bacitracina (Dermo Hubber® Pomada)
- Hidrocortisona + propanocaína (Detramax®)
- Hidrocortisona + fusídico (Fucidine H®)
- Hidrocortisona + oxitetraciclina (Terracortril® Pomada)
- Hidrocortisona + neomicina (Tisuderma®)
- Hidrocortisona + aciclovir (Zoviduo®)
- Prednisolona + alantoína + aminoacridina + bálsamo del Perú (Antigrietum®)

Fuente: Colegio Oficial de Farmacéuticos (COFM).

#### Derivados de la vitamina D

**Mejoran las escamas y el grosor de las placas de psoriasis, pero resultan poco efectivos para controlar la rojez.** Los derivados de la vitamina D regularizan y frenan la proliferación descontrolada de las células que se encuentran en la capa más superficial de la piel (queratinocitos) y que dan lugar a las escamas que se forman encima de las placas de psoriasis.

Los tres medicamentos que existen actualmente tienen una eficacia similar. Su gran ventaja es que tienen pocos efectos secundarios y pueden usarse en todas las zonas del cuerpo afectadas y durante períodos largos de tiempo.

#### ¿Cómo se administran?

Se usan sobre todo como tratamiento de mantenimiento y, para aumentar su eficacia y reducir la rojez de las placas, pueden combinarse con corticosteroides tópicos y con fototerapia. La pauta más habitual consiste en aplicarse de lunes a viernes uno de los derivados de la vitamina D, y los sábados y domingos aplicarse un corticosteroide tópico potente. Con esta pauta se consiguen buenos resultados sin los efectos secundarios de los corticosteroides.

### Recomendaciones

Se aconseja no superar las dosis (gramos) semanales recomendadas por el médico, ya que pueden alterar los niveles de calcio en la sangre. Por este motivo, no se recomienda su uso en personas con insuficiencia renal o con enfermedades del metabolismo del calcio y del fósforo.

En España están comercializadas tres especialidades farmacéuticas:

- **Calcipotriol (Daivonex®):** está disponible en crema. Debe aplicarse dos veces al día. Es algo irritante, especialmente en la cara y en los pliegues cutáneos.
- **Tacalcitol (Bonalfa®):** presenta ventajas respecto al calcipotriol: es suficiente con una sola aplicación al día y es menos irritante, por lo que puede aplicarse en la cara y en los pliegues.
- **Calcitriol (Silkis®):** tiene propiedades similares a los anteriores. Es menos graso y más agradable, se requiere una sola aplicación al día y puede usarse en la cara y los pliegues.

### Asociaciones de medicamentos en una misma forma farmacéutica

Las asociaciones más utilizadas son la de un corticosteroide más un derivado de la vitamina D, y la de un corticosteroide más ácido salicílico.

**Calcipotriol + dipropionato de betametasona:** está disponible en pomada y gel (Daivobet®) y en espuma (Enstilar®).

El período de aplicación ininterrumpida recomendado es de 4 semanas, ya que contiene un corticosteroide de potencia alta. Después de este período, el tratamiento de mantenimiento puede continuarse hasta 1 año bajo supervisión médica.

### ¿Cómo se administra?

La pomada o el gel deben aplicarse sobre las áreas afectadas una vez al día. Esta combinación es útil para el tratamiento inicial del brote o como mantenimiento. En el caso de la espuma (Enstilar®), facilita su aplicación y aumenta su eficacia con el mismo perfil de seguridad y tolerabilidad que las opciones en pomada y gel.

## Derivados de la vitamina A (retinoides tópicos)

---

Los retinoides tópicos se consideran análogos de la vitamina A. **Actúan reduciendo las placas y tienen capacidad antiinflamatoria.**

**Tazaroteno (Zorac®)** está especialmente indicado para los pacientes con psoriasis en placas, con pocas lesiones y bien delimitadas, y localizadas en tronco y extremidades. Se presenta en forma de gel.

### ¿Cómo se administra?

Su eficacia es similar a los derivados de la vitamina D, pero es irritante, por lo que debe aplicarse exclusivamente sobre la placa y procurar que no toque la piel sana. Se aplica en capa fina una vez al día y generalmente se combina con corticosteroides para disminuir la inflamación y aumentar su eficacia. Una pauta habitual consiste en aplicar el tazaroteno por la noche y un corticosteroide tópico por la mañana, hasta el blanqueamiento de las lesiones.

## Inmunomoduladores

---

Los **tacrólimus (Protopic®)** y **pimecrólimus (Elidel®, Rizan®)** son dos inmunomoduladores tópicos cuyo uso está aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica. Se ha comprobado que resultan eficaces en la psoriasis localizada en la cara y en los pliegues (psoriasis invertida), sin los efectos secundarios de los corticosteroides, por lo que se usan en estas localizaciones aunque no figure en la ficha técnica que están aprobados para tratar la psoriasis.

La eficacia del tacrólimus es superior a la del pimecrólimus, pero el excipiente de tacrólimus es más graso y a algunos pacientes no les gusta. Para evitar que su aplicación sea desagradable, se aconseja la aplicación de muy poca cantidad y masajear hasta que se absorba bien.

## Alquitranes

---

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

los alquitranes tienen poca aceptación por su olor desagradable y porque manchan la piel y la ropa; sin embargo, pueden ser de ayuda cuando se usan combinados con otros tratamientos tópicos y sistémicos, ya que favorecen la disminución de la descamación y el picor.

### **Recomendaciones**

Tras su aplicación, debe tenerse precaución con la exposición al sol o a lámparas de radiación UV, pues la piel queda sensibilizada y podría quemarse.

### **Antralina, ditranol o cignolina**

Únicamente están indicados en pacientes con psoriasis en placas estables y, como son muy irritantes y manchan la piel, solo se recomiendan a personas que estén muy bien informadas sobre cómo utilizarlos.

### **¿Cómo se administran?**

Deben aplicarse únicamente en las placas de psoriasis y procurar que no toquen la piel de alrededor. En la actualidad, se usan a altas concentraciones y se aplican solo durante 30 minutos, retirándose a continuación. Con este método se consigue el blanqueamiento de la mayoría de lesiones en pacientes a los 20-25 días. Sin embargo, tienen una baja aceptación, ya que irritan la piel y manchan la ropa y los objetos.

### **Fórmulas magistrales**

Se trata de fármacos personalizados, hechos a medida por el farmacéutico siguiendo las indicaciones del dermatólogo. El especialista escribe en la receta los nombres de los excipientes, los principios activos y sus concentraciones para que la combinación se ajuste al máximo a las necesidades de la psoriasis de cada paciente. Las más usadas son las que actúan disminuyendo el grosor de las placas y para tratar la psoriasis del cuero cabelludo, de las palmas y plantas, de los pliegues y de las uñas.

### **¿Cuáles son sus ventajas?**

Permiten un tratamiento más personalizado y se puede recetar mayor cantidad del medicamento que el que normalmente llevan los productos de marca (60 g o 60 ml como máximo).

### **¿Cuáles son sus inconvenientes?**

El precio elevado comparado con medicamentos fabricados de forma industrial, la falta de financiación por parte del sistema público de salud en algunos casos y, por último, una fecha de caducidad corta.

### **Recomendaciones**

Por cuestiones de seguridad, es obligatorio que en la etiqueta de la fórmula magistral conste el nombre del médico prescriptor, de la farmacia que la ha elaborado, la composición cuantitativa de la misma, las condiciones de conservación y la fecha de caducidad.

---

 Para más información:

[https://issuu.com/accionpsoriasis/docs/rev91medicamentoindiv\\_rev91](https://issuu.com/accionpsoriasis/docs/rev91medicamentoindiv_rev91)

---

## FOTOTERAPIA

La fototerapia consiste en la exposición del paciente a la radiación UV, que disminuye la inflamación. **Está indicada para la psoriasis en placas grave o moderada que no responde bien al tratamiento tópico.** Se realiza bajo prescripción médica y bajo la supervisión de dermatólogos.

Tiene pocas contraindicaciones en comparación con otros tratamientos. **Permite su uso en pacientes embarazadas (rayos UV tipo B [UVB]), en pacientes con problemas hepáticos e incluso en personas con contraindicaciones para otros fármacos sistémicos.**

### TIPOS DE FOTOTERAPIA

La parte útil del espectro solar, que son los rayos UV tipo A (UVA) y UVB, tiene la propiedad de **frenar la reproducción acelerada de las células de la piel y de rebajar la actividad de las células inflamatorias.** La elección del tipo de fototerapia (UVA y UVB) y las dosis aplicadas vendrán condicionadas por las características de la psoriasis, así como por los antecedentes y características de cada paciente, como el fototipo (sensibilidad de la piel a la radiación solar) de su piel.

#### Rayos UVB

Penetran solo en las capas más superficiales de la piel y son útiles en las placas de psoriasis poco sobrelevadas, pero para las placas más gruesas pueden ser insuficientes. Los rayos UVB son los que provocan las quemaduras solares, pero en fototerapia se utiliza una fracción muy concreta (UVB-banda estrecha), que es la que tiene un menor riesgo de quemadura y una mayor eficacia. La radiación UVB puede administrarse sola o en combinación con otros tratamientos tópicos, como la antralina (método de Ingram) y los alquitranes (método de Goeckerman).

#### ¿Cómo se administran?

La exposición se realiza en cabinas de UVB de banda estrecha de tres a cinco veces a la semana. La dosis de radiación se incrementa semanalmente siguiendo unas pautas establecidas y se suele conseguir el blanqueamiento en unas 20 o 30 sesiones.

## Rayos UVA

Penetran en capas más profundas de la piel (dermis superficial-media), aunque son menos potentes que los rayos UVB. Por este motivo, se utilizan en combinación con un psolareno (Oxsoralen®). A esta terapia se le denomina **PUVA (psoraleno + UVA)**.

### ¿Cómo se administra?

El psolareno es un fármaco que aumenta la sensibilidad de la piel a la radiación UV. Se puede tomar por vía oral o aplicarse tópicamente en la bañera en caso de psoriasis generalizadas, o bien en crema/gel o en baño de manos/pies en caso de psoriasis localizada palmo-plantar (utilizando un aparato de fototerapia para manos/pies). Requiere menos dosis semanales para ser efectivo que los rayos UVB. El blanqueamiento suele conseguirse en 20-25 sesiones.

### Inconvenientes

- El psolareno (tratamiento oral) puede causar sensación nauseosa en un 20 % de los casos.
- **Está contraindicado en las mujeres embarazadas, durante la lactancia y en niños menores de 10 años.**
- **Produce fotosensibilidad** hasta 12 horas después de su toma. Por este motivo se recomienda al paciente que evite la exposición al sol el mismo día de la sesión y que utilice un filtro solar y unas gafas de sol.

## Láser

La fototerapia también puede administrarse mediante fuentes de iluminación láser que solo actúan en las zonas afectadas. No todos los láseres sirven para ello; el que se usa es el láser escímero UVB de 308 nm, que permite emplear una mayor cantidad de radiación concentrada en una zona. Al administrar la radiación únicamente en las lesiones, se aumenta la eficacia y se disminuyen los posibles efectos secundarios. **Está indicada para psoriasis en placas poco extensas, especialmente la de cuero cabelludo o de las palmas.** Sin embargo, la aplicación es laboriosa y debe realizarla personal cualificado, lo que la convierte en una técnica cara y poco extendida.

## Baños de sol (helioterapia)

Se trata de un tratamiento complementario muy recomendable y asequible, que puede realizarse durante bastantes meses en nuestro país.

## RECOMENDACIONES

- La piel debe estar limpia. Si se está realizando un tratamiento tópico al mismo tiempo, se aconseja su aplicación la noche anterior y su retirada con el baño o la ducha antes de realizar la sesión de tratamiento.
- Las fototerapias UVB y PUVA no deben usarse como terapia de mantenimiento y, una vez blanqueado el paciente, deben suspenderse. De esta forma se reduce al mínimo el riesgo de cáncer de piel, al disminuir la dosis total acumulada de radiación UV, ya que a partir de 150 sesiones el riesgo aumenta.
- En los hospitales y centros de dermatología donde se realice, para su aplicación se precisa un equipo especial y personal con experiencia en su uso. No se aconseja acudir a las cabinas de UVA para el bronceado cosmético, ya que no son útiles.
- Hay que procurar **evitar las quemaduras solares o por la fototerapia**, ya que actúan como un traumatismo para la piel y, por lo tanto, pueden empeorar la psoriasis (fenómeno de Koebner).
- En la helioterapia, se aconseja la aplicación de un filtro solar de factor de protección alto en las zonas de piel donde no existen lesiones de psoriasis. Por lo que respecta a las **lesiones de psoriasis, es útil exponerlas al sol sin crema solar durante unos minutos**, que irán aumentando progresivamente hasta un máximo de 30 minutos, para luego pasar a protegerlas con la crema solar como ya se ha hecho desde el inicio con el resto de la piel sana.
- El sol y las radiaciones UV artificiales pueden tomarse con moderación y cumpliendo con lo indicado por el médico. Hay que encontrar un equilibrio entre el beneficio que produce la radiación UV y el daño que a largo plazo esta puede originar.
- Las personas con psoriasis que hayan realizado muchas sesiones de fototerapia, hayan tomado mucho el sol y también hayan seguido tratamientos sistémicos inmunosupresores (ciclosporina, metotrexato) tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel, por lo que deben someterse periódicamente a un control por parte del dermatólogo para facilitar el diagnóstico precoz de un cáncer de piel en caso de que se produzca.

## DESVENTAJAS

- En la fototerapia, un ciclo de tratamiento requiere de dos a tres sesiones semanales y a menudo con un horario restringido (de mañana) que dificulta compatibilizar los horarios de las unidades de los hospitales con los de los pacientes y su actividad laboral.
- Alrededor de un 10 % de personas con psoriasis empeoran con el sol, en cuyo caso deben evitar tanto la exposición solar como la fototerapia.
- Existen bastantes medicamentos (**tabla 4**), algunos de uso frecuente, que aumentan la sensibilidad de la piel al sol y a la radiación UV. Por este motivo, antes de iniciar tratamiento con fototerapia UVA, PUVA o helioterapia, es preciso informar al médico de los medicamentos que está tomando para valorar si puede o no realizar estos tratamientos o es preciso retirar alguno de los medicamentos.

**Tabla 4. Medicamentos que pueden provocar reacciones de fotosensibilidad (eccemas o quemaduras) a las personas con psoriasis que siguen tratamiento con fototerapia o helioterapia. Aparecen en negrita los fármacos que producen con mayor frecuencia**

Principio activo	Grupo terapéutico
<b>Ácido retinoico</b>	Antiacné tópico
Ácido valproico	Antiepiléptico
Ácido mefenámico	Antiinflamatorio
<b>Ácido nalidíxico</b>	Antibiótico
<b>Ácido pipemídico</b>	Antibiótico
<b>Aceclofenaco</b>	Antiinflamatorio
Acetazolamida	Diurético
Algestrona	Hormona sexual
Alprazolam	Ansiolítico
Amilorida	Diurético
<b>Amiodarona</b>	Cardiovascular
Amitriptilina	Antidepresivo
Astemizol	Antihistamínico
Atorvastatina	Cardiovascular
Azitromizina	Antibiótico

Continúa

**Tabla 4. Medicamentos que pueden provocar reacciones de fotosensibilidad (eccemas o quemaduras) a las personas con psoriasis que siguen tratamiento con fototerapia o helioterapia. Aparecen en negrita los fármacos que lo producen con mayor frecuencia** (Continuación)

Principio activo	Grupo terapéutico
Benzocaína	Otros
Bisacodilo	Otros
Bleomicina	Antineoplásico
<b>Brea de ulla</b>	Antipsoriásico tópico
Carbamazepina	Antiepiléptico
Carvedilol	Cardiovascular
Cerivastatina	Cardiovascular
Cetirizina	Antihistamínico
Ciproheptadina	Antihistamínico
Cisaprida	Otros
Clemastina	Antihistamínico
Clofacimina	Antibiótico
<b>Clofibrato</b>	Cardiovascular
Clorazepato dipotásico	Ansiolítico
Clorexidina	Otros
Cloroquina	Antiparasitario
<b>Clorpromazina</b>	Antipsicótico
<b>Clorpropamida</b>	Hipoglucemiante
Clortalidona	Diurético
Clozapina	Antipsicótico
<b>Dacarbazina</b>	Antineoplásico
Dapsona	Antibiótico
<b>Demeclociclina</b>	Antibiótico
Desclorfeniramina	Antihistamínico
Desogestrel	Hormona sexual
Diazepam	Ansiolítico
Dibucaína	Otros
Diclofenaco	Antiinflamatorio
Difenhidramina	Antihistamínico

Continúa

**Tabla 4. Medicamentos que pueden provocar reacciones de fotosensibilidad (eccemas o quemaduras) a las personas con psoriasis que siguen tratamiento con fototerapia o helioterapia. Aparecen en negrita los fármacos que lo producen con mayor frecuencia** (Continuación)

Principio activo	Grupo terapéutico
Diltiazem	Cardiovascular
Dimenhidrinato	Antihistamínico
Dísopiramida	Cardiovascular
Doxepina	Antidepresivo
<b>Doxiciclina</b>	Antibiótico
Doxilamina	Antihistamínico
Ebastina	Antihistamínico
Eritromicina	Antibiótico
Estradiol	Hormona sexual
Etinilestradiol	Hormona sexual
Etonorgestrel	Hormona sexual
Felbamato	Antiepiléptico
Fenitoína	Antiepiléptico
Fenobarbital	Ansiolítico, antiepiléptico
Fluoruracilo	Antineoplásico
Fluoxetina	Antidepresivo
Flutamida	Antineoplásico
Furosemida	Diurético
Gabapeptina	Antiepiléptico
Genfibrocilo	Cardiovascular
Gentamicina	Antibiótico
Gestodeno	Hormona sexual
<b>Glimepirida</b>	Hipoglucemiante
<b>Glipizida</b>	Hipoglucemiante
Griseofulvina	Antifúngico
Haloperidol	Antipsicótico
Hexaclorofeno	Otros
Hidralazina	Cardiovascular
Hidroclorotiazida	Diurético

Continúa

**Tabla 4. Medicamentos que pueden provocar reacciones de fotosensibilidad (eccemas o quemaduras) a las personas con psoriasis que siguen tratamiento con fototerapia o helioterapia. Aparecen en negrita los fármacos que lo producen con mayor frecuencia** (Continuación)

Principio activo	Grupo terapéutico
Ibuprofeno	Antiinflamatorio
<b>Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina</b>	Cardiovascular
Interferón $\alpha$	Antivírico
Imipramina	Antidepresivo
Indapamida	Diurético
Indometacina	Antiinflamatorio
Irbesartán	Cardiovascular
Isoniazida	Antibiótico
<b>Isotretinoína</b>	Antiacné
Lamotrigina	Antiepiléptico
Levonorgestrel	Hormona sexual
Lincomicina	Antibiótico
Loratadina	Antihistamínico
Losartán	Cardiovascular
Lovastatina	Cardiovascular
Maprotilina	Antidepresivo
Mebendazol	Antiparasitario
Mefloquina	Antiparasitario
Meloxicam	Antiinflamatorio
Mesalazina	Otros
Metildopa	Cardiovascular
Metotrexato	Antineoplásico
<b>Metoxaleno</b>	Antipsoriásico
Minoxidilo	Cardiovascular
Mizolastina	Antihistamínico
Nabumetona	Antiinflamatorio
Naproxeno	Antiinflamatorio
Nifedipino	Cardiovascular

Continúa

**Tabla 4. Medicamentos que pueden provocar reacciones de fotosensibilidad (eccemas o quemaduras) a las personas con psoriasis que siguen tratamiento con fototerapia o helioterapia. Aparecen en negrita los fármacos que lo producen con mayor frecuencia** (Continuación)

Principio activo	Grupo terapéutico
Nortriptilina	Antidepresivo
Omeprazol	Otros
Pamoato de pirvinio	Antiparasitario
Paroxetina	Antidepresivo
<b>Perfenazina</b>	Antipsicótico
Peróxido de benzoilo	Antiacné
Pimozida	Antipsicótico
Pirazinamida	Antibiótico
<b>Piroxicam</b>	Antiinflamatorio
Pravastatina	Cardiovascular
Procarbazona	Antineoplásico
Prometazina	Antihistamínico
Quetiapina	Antipsicótico
Quinina	Antiparasitario
Risperidona	Antipsicótico
Ritonavir	Antivírico
Ribavirina	Antivírico
Sertralina	Antidepresivo
Simvastatina	Cardiovascular
<b>Sulfametoxazol</b>	Antibiótico
Sulfasalazina	Otros
Tazaroteno	Antipsoriásico
Terfenadina	Antihistamínico
<b>Tetraciclina</b>	Antibiótico
Tiabendazol	Antiparasitario
<b>Tioridazina</b>	Antipsicótico
Topiramato	Antiepiléptico
Tranilcipromina	Antidepresivo
Trazodona	Antidepresivo

Continúa

**Tabla 4. Medicamentos que pueden provocar reacciones de fotosensibilidad (eccemas o quemaduras) a las personas con psoriasis que siguen tratamiento con fototerapia o helioterapia. Aparecen en negrita los fármacos que lo producen con mayor frecuencia** (Continuación)

Principio activo	Grupo terapéutico
Trimetoprim	Antibiótico
Valpronamida	Antiepiléptico
Venlafaxina	Antidepresivo
Verteporfina	Antineoplásico
Vinblastina	Antineoplásico
Zolpiclona	Ansiofítico
Zolpidem	Ansiofítico

 Para más información:

<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/487-fototerapia-todo-lo-que-debes-tener-en-cuenta.html>

<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/204-77-psoriasis-de-cara-al-verano.html>

## ANTIINFLAMATORIOS

Los AINE son medicamentos que disminuyen la inflamación por un mecanismo distinto a los corticosteroides y se usan para el tratamiento de la artritis psoriásica.

### ¿CUÁNDO SE UTILIZAN?

**Están indicados en cualquier forma clínica de artritis psoriásica** y suelen usarse como fármacos que contribuyen al tratamiento principal (medicamentos sistémicos clásicos o biológicos) por su rápido efecto analgésico. No obstante, en algunos pacientes con artritis muy leve pueden ser el único tratamiento.

Tienen el inconveniente de que, en algunos casos, pueden empeorar la psoriasis cutánea. Se tiene que tener especial cuidado en su uso continuado en pacientes con factores de riesgo cardiovascular alto.

### ¿CÓMO SE ADMINISTRAN?

La dosis y el tipo de fármaco pueden ser diferentes para cada individuo, pero siempre hay que buscar el que cause menos efectos adversos. Cuando se trata de una artritis dolorosa e invalidante, el antiinflamatorio ha de tomarse todos los días y a las dosis indicadas por el médico.

### EFFECTOS SECUNDARIOS

Pueden producir problemas digestivos, como gastritis, hemorragias digestivas o incluso úlcera de estómago, debido a que los antiinflamatorios disminuyen la sensibilidad del tubo digestivo a los ácidos gástricos. El riesgo es mayor con los no esteroideos clásicos y menor con los modernos denominados COXIB o inhibidores de la COX-2.

Por su efecto a nivel renal y sobre la retención de sodio, pueden aumentar la presión arterial. En este sentido, su uso continuado en pacientes con riesgo cardiovascular alto o insuficiencia renal debe estar muy controlado y evitarse siempre que sea posible

## RECOMENDACIONES

Por lo general, cuando se recetan (especialmente los clásicos), se debe recomendar también tomar un protector gástrico eficaz (omeprazol). En las personas con antecedente de úlcera gastroduodenal, esta precaución es imprescindible.

## ¿CUÁLES SON?

Los AINE son los que no contienen cortisona, como **ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, piroxicam, ácido acetilsalicílico**, etc.

## CORTICOSTEROIDES

**Son medicamentos que disminuyen la inflamación y que, además, tienen un potente efecto inmunosupresor.** Pueden usarse para el tratamiento de la artritis psoriásica, pero los efectos secundarios derivados de su uso crónico limitan su utilización a situaciones concretas.

### ¿CUÁNDO SE UTILIZAN?

**Están indicados en monoterapia para la artritis leve y moderada, y en combinación con otros tratamientos para las formas graves de artritis psoriásica.** En función de los casos, pueden usarse como fármacos que contribuyen al tratamiento principal (medicamentos sistémicos clásicos o biológicos).

### ¿CÓMO SE ADMINISTRAN?

Para el tratamiento de la psoriasis cutánea, los corticosteroides o derivados de la cortisona no son aconsejables ni por vía oral (pastillas) ni por vía intramuscular (inyecciones), pues producen efectos secundarios importantes y al dejarlos se produce un efecto rebote de la psoriasis, es decir, en pocas semanas esta vuelve a agudizarse e incluso empeora respecto a cuando se empezó el tratamiento. Este fenómeno también puede ocurrir cuando la persona con psoriasis, tras recibir corticosteroides por otras enfermedades o para la artritis psoriásica, suspende su empleo.

En dermatología, la única forma en la que es posible administrar corticosteroides es inyectándolos diluidos directamente en las lesiones o alrededor de la uña para tratar la psoriasis ungueal. Aunque la inyección puede ser dolorosa, si es administrada por un dermatólogo experto, tiene pocos efectos secundarios y una alta eficacia.

En caso de artritis, los corticosteroides pueden administrarse mediante una inyección pinchando directamente la articulación o en la vaina de los tendones afectados; a esto se le llama infiltración. Es una técnica algo dolorosa que suele reservarse para cuando una articulación o la vaina de un tendón están muy inflamadas, o cuando no mejoran lo suficiente con otros tratamientos.

Este procedimiento permite administrar un potente antiinflamatorio como es la cortisona directamente en el lugar de la inflamación, aprovechando su efecto terapéutico y evitando los efectos secundarios que tendría si se administrase en pastillas.

## EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios de los corticosteroides son muy variados y suelen producirse cuando se usan a dosis altas y durante períodos de tiempo prolongado. Los más comunes son aumento de peso, descompensación o aparición de diabetes, osteoporosis, etc. Si se usan durante un período prolongado, cuando se suspenden es posible observar un rebrote de la psoriasis cutánea. El reumatólogo y el dermatólogo los tienen en cuenta cuando los prescriben y toman medidas para prevenirlos.

Cuando se usan para infiltraciones, el efecto secundario posible es la atrofia cutánea, que se observa como una depresión y una piel más transparente en el lugar de la infiltración.

## ¿CUÁLES SON?

En el mercado existen muchas marcas comerciales de corticosteroides para administración oral o inyectable. Los principios activos más utilizados por vía oral son prednisona, prednisolona y deflazacor, y para infiltraciones, parametasona y triamcinolona.

## TRATAMIENTOS SISTÉMICOS NO BIOLÓGICOS

En dermatología se llaman tratamientos sistémicos clásicos y en reumatología FAME, y **su función es la de disminuir o inhibir la inflamación y frenar la actividad de las enfermedades inmunológicas inflamatorias como la psoriasis y la artritis psoriásica.**

Actúan sobre el sistema inmunológico (ya que en las personas con estas patologías tienen una respuesta incorrecta) y reducen su actividad de forma selectiva y controlada para combatir los efectos de la enfermedad.

**Estos tratamientos están indicados para el control de la psoriasis y de la artritis psoriásica moderada e intensa** cuando los medicamentos tópicos, la fototerapia o los antiinflamatorios no han dado unos resultados óptimos.

### ¿CÓMO SE ADMINISTRAN?

Por vía oral, en forma de pastillas o jarabes, o inyectados bajo la piel (vía subcutánea), el músculo (vía intramuscular) o las venas (vía intravenosa). En el caso de la artritis psoriásica, lo habitual es administrarlos conjuntamente con los AINE.

### EFFECTOS SECUNDARIOS

Pueden ser importantes (los detallamos en la descripción de cada uno de los fármacos), por lo que requieren un control médico y analítico más frecuente.

### ¿QUÉ HAY QUE HACER ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS SISTÉMICOS?

- Es aconsejable la realización de un análisis de sangre para valorar el estado del hígado, del riñón, de los glóbulos rojos y blancos y de las plaquetas.
- También hay que descartar infecciones víricas crónicas (hepatitis B, hepatitis C e infección por el VIH). Dado que el riesgo de tuberculosis es mayor cuando se usan

medicamentos que afectan de algún modo el estado inmunitario, se recomienda extremar las medidas de prevención: debe realizarse una historia completa, con antecedentes personales y familiares de la enfermedad y posibles contactos, radiografía de tórax y prueba de la tuberculina. Si la prueba es negativa, esta debe repetirse hacia los 7 o 10 días. En caso de repetirse la negatividad, puede comenzarse el tratamiento. Si la prueba es positiva, el paciente debe derivarse al neumólogo para descartar una tuberculosis activa y, en este caso, realizar un tratamiento adecuado. Si no se detecta infección activa (tuberculosis latente), se recomienda tratamiento antituberculoso profiláctico con isoniazida durante 9 meses.

## CONTROLES PERIÓDICOS

Durante el tratamiento con medicamentos sistémicos hay que repetir periódicamente estos estudios. La frecuencia con la que hay que hacer el seguimiento analítico depende del medicamento que se use. Asimismo, si el tratamiento sistémico continúa, se recomienda la repetición de la prueba de la tuberculina (Mantoux) anualmente si el paciente ha estado expuesto a una posible fuente de infección; de lo contrario, no es necesario.

Dado el efecto inmunosupresor tanto de los tratamientos sistémicos tradicionales como de los biológicos, si la persona que está siguiendo tratamiento sistémico para la psoriasis presenta síntomas de alguna enfermedad infecciosa (fiebre persistente, pérdida de peso o sudoración nocturna), neurológica, hepática, renal o cardíaca, deberá interrumpir el tratamiento y consultar a su dermatólogo sin demora.

## ¿CUÁL ES SU EFICACIA?

La eficacia de los tratamientos sistémicos no biológicos es muy variable de un medicamento a otro y de un paciente a otro, y por lo general es inferior a la eficacia de los biológicos.

## ¿CUÁLES SON?

Los medicamentos sistémicos no biológicos se recogen en la **tabla 5**. Los medicamentos útiles para el tratamiento de las lesiones cutáneas son: metotrexato, acitretina, ci-

cloropirina y dimetilfumarato. Para el tratamiento de la artritis, los que se usan son: metotrexato, leflunomida y salazopirina.

## Metotrexato

En dosis pequeñas, **reduce la actividad del sistema inmunológico**. El metotrexato es un medicamento que retarda la multiplicación de las células.

### ¿Cuándo se utiliza?

Es muy eficaz para el **control de la psoriasis, la artritis psoriásica** y otras enfermedades inflamatorias, y se usa cuando no hay mejora con otros tratamientos.

### ¿Cómo se administra?

Solo o asociado a otros fármacos, incluidos los antiinflamatorios y los medicamentos biológicos. Tanto en la psoriasis como en la artritis psoriásica se administra habitualmente por vía oral, aunque en ocasiones, por molestias digestivas y para mejorar su eficacia, puede administrarse por vía subcutánea. La dosis que se utiliza varía entre 7,5 mg y 25 mg a la semana. Generalmente, las dosis necesarias para controlar la psoriasis cutáneas son menores que para controlar la artritis psoriásica.

- Vía subcutánea: la dosis semanal recetada se administra en una sola inyección semanal.
- Vía oral: se aconseja tomar todas las pastillas repartidas en dos tomas un solo día a la semana. Es decir, toda la medicación se toma un día a la semana y siempre que sea posible el mismo día. ¿Y si olvidas una toma? Deberás continuar con la siguiente a la hora que toque y a la dosis que toque. No tomes el doble para compensar la que has olvidado.

### ¿Cuál es su eficacia?

El metotrexato es muy eficaz para la psoriasis cutánea y consigue un buen control de la enfermedad en la mayoría de pacientes. La limitación de su uso son los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo.

En la artritis psoriásica, al igual que el resto de FAME, únicamente se ha mostrado eficaz en la artritis que afecta a las articulaciones de las extremidades (periférica). Este medicamento no permite tratar las manifestaciones que afectan a la columna vertebral (axiales), la entesitis (inflamación de la zona de inserción en el hueso de un músculo, un tendón o un ligamento), ni la dactilitis (artritis que afecta directamente a los dedos de las manos o de los pies). Es más utiliza-

do que la leflunomida —otro de los fármacos que inhibe la inflamación a través de la supresión del sistema inmunológico—, debido a su mayor efecto sobre las lesiones cutáneas.

### Efectos secundarios

El metotrexato es bien tolerado en general, pero algunas personas pueden experimentar:

- **Molestias digestivas:** pesadez de estómago, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, diarrea o úlceras de la boca. Si aparece alguno de estos síntomas, hay que acudir al médico; muy a menudo pueden corregirse modificando la forma de administración o la dosis.
- **Daño en el hígado:** normalmente se trata de un leve aumento de las enzimas hepáticas. Es frecuente y grave sobre todo en pacientes con obesidad y esteatosis hepática. Si el aumento de enzimas hepáticas se mantiene, debe suspenderse el medicamento para evitar hepatotoxicidades graves con su uso crónico. El médico solicitará análisis periódicos para controlar esta posibilidad. Es muy importante no beber alcohol durante el tratamiento con este medicamento.
- **Toxicidad grave sobre la médula ósea y el pulmón:** aunque es muy poco frecuente, si durante el tratamiento aparece fiebre, hematomas, sangrado anormal de cualquier localización, cansancio intenso, tos seca o dificultad para respirar, debe dejarse el tratamiento y consultar al médico.
- Para detectar posibles efectos secundarios, hay que realizar un análisis de sangre durante el primer mes tras el inicio del tratamiento y, posteriormente, de forma periódica para controlar el hemograma (glóbulos rojos y blancos) y el funcionamiento del hígado.

### Recomendaciones

- Para evitar algunos de los efectos adversos asociados al tratamiento con este medicamento, se aconseja tomar un comprimido a la semana de 5 mg de ácido fólico, el día después de la toma del metotrexato, para mejorar su tolerabilidad.
- Extremar las medidas de control si se administra este fármaco en personas de edad avanzada o con insuficiencia renal, por incremento de su toxicidad. Está contraindicado en niños, mujeres embarazadas y pacientes con insuficiencia hepática o renal moderada-grave, con úlcera de estómago o con infecciones activas.
- Tanto hombres como mujeres en edad fértil tienen que tomar medidas anti-conceptivas eficaces durante el tratamiento. Se tiene que suspender el medicamento 6 meses antes de intentar concebir un hijo. En los hombres, mientras se toma el fármaco, causa oligospermia transitoria (concentración disminuida de espermatozoides), por lo que reduce la posibilidad de embarazo. También puede provocar aborto.

- Durante el tratamiento, no se puede tomar alcohol ni otros medicamentos que puedan interferir con el metotrexato o dañar el hígado.

La forma farmacéutica para administrar el metotrexato por vía oral son los comprimidos, para la administración subcutánea son las jeringas precargadas y las plumas precargadas, y para la administración intramuscular e intravenosa se hace en forma de viales o jeringas precargadas.

En España están comercializados los siguientes fármacos que contienen metotrexato para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica:

- En comprimidos para administración oral: **Metotrexato Cipla®**, **Metotrexato Wyeth®**.
- En inyectable para administración subcutánea: **Metoject®**, **Quinux®**, **Bertanel®**, **Nordimet®**, **Metotrexato Lederle®**, **Glofer®**.

## Acitretina

La acitretina ayuda a normalizar la reproducción de las células de la piel. Pertenece a la familia de los retinoides, derivados de la vitamina A.

### ¿Cuándo se utiliza?

**Sus principales indicaciones son la psoriasis eritrodérmica, la psoriasis pustulosa y cuando hay afectación palmoplantar importante. También es útil para la psoriasis en placas moderada.** No es útil para el tratamiento de la artritis psoriásica.

### ¿Cómo se administra?

Por vía oral, en una sola toma al día.

### ¿Cuál es su eficacia?

Su efecto es lento y la máxima mejoría se obtiene alrededor de los 6 meses. Es el tratamiento sistémico menos efectivo, pero no produce toxicidad acumulativa y no es inmunosupresor, hecho que lo convierte en el tratamiento sistémico tradicional más seguro a largo plazo y que puede asociarse con otros tratamientos sistémicos sin aumentar la inmunosupresión.

### Efectos secundarios

- Aunque son leves, los efectos secundarios que más molestan a los pacientes son la sequedad e inflamación de los labios, el adelgazamiento de la piel y la sequedad cutánea, sobre todo en palmas y plantas. Para disminuir las molestias que esto pueda producir, se aconseja el aumento del uso de emolientes durante el tratamiento.

- La acitretina puede provocar elevación de las grasas de la sangre (colesterol y triglicéridos) y toxicidad hepática con elevación de las enzimas hepáticas (transaminasas). Estas alteraciones suelen revertir al suspender el tratamiento, pero obligan a un control analítico periódico, aunque no tan frecuente como con la ciclosporina y el metotrexato.

### Recomendaciones

Las mujeres en edad fértil tienen que tomar medidas anticonceptivas eficaces durante el tratamiento, ya que puede producir graves malformaciones en el feto, tanto si se toma durante el embarazo como si la mujer que lo ha tomado no se ha esperado para quedarse embarazada más de 2 años después de finalizar el tratamiento.

**En España existen dos fármacos que contienen acitretina para tratar la psoriasis: Neotigasón® y Acitretina IFC®.**

### Ciclosporina

La ciclosporina A es un inmunosupresor (inhibe o disminuye la función del sistema inmunológico).

#### ¿Cuándo se utiliza?

**Es muy eficaz y de rápida acción en el tratamiento de las formas graves de psoriasis vulgar y en la psoriasis pustulosa aguda.** Habitualmente se utiliza para evitar el rechazo en casos de trasplante de órganos.

#### ¿Cómo se administra?

Se toma por vía oral en forma de pastillas cada 12 horas y la dosis se ajusta según el peso del paciente.

#### ¿Cuál es su eficacia?

La mejoría del picor se produce en pocos días y la disminución o desaparición de las lesiones cutáneas se alcanza al cabo de 4 o 6 semanas, pero es casi constante que se produzca la reaparición de las lesiones tras pocas semanas de suspenderla. Puede realizarse un tratamiento discontinuo o intermitente, con la interrupción del tratamiento cuando se produce el blanqueamiento (entre 2 y 3 meses) y la vuelta a su administración cuando se presenta una reaparición de las lesiones. También puede llevarse a cabo terapia continua con la administración de una dosis mínima de mantenimiento, aunque se aconseja no superar 1 año de tratamiento sin interrupción.

Es muy poco eficaz para el tratamiento de la artritis psoriásica, por lo que no suele utilizarse en estos casos.

### **Efectos secundarios**

La ciclosporina puede dañar el riñón y producir hipertensión, por lo que hay que medir la presión sanguínea y realizar análisis de sangre periódicamente para controlar el funcionamiento de los riñones.

En España, la ciclosporina para el tratamiento de la psoriasis se comercializa con el nombre de **Sandimmun Neoral®**, aunque también existen otras marcas genéricas.

## **Dimetilfumarato**

El dimetilfumarato es una molécula de síntesis con efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores. Actúa sobre las células implicadas directamente en la patogenia de la psoriasis y disminuye la secreción de citocinas proinflamatorias.

Recibe el nombre comercial de **Skilarence®**.

### **¿Cómo se administra?**

Está indicado para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que precisan tratarse con un medicamento sistémico. No ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la artritis psoriásica.

Dimetilfumarato se presenta en forma de comprimidos gastroresistentes. Los comprimidos deben administrarse mañana y noche durante la comida o inmediatamente después. Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas e ir aumentando gradualmente para mejorar la tolerabilidad; la dosis máxima diaria permitida es de 720 mg. En caso de alcanzar una mejoría clínicamente relevante de las lesiones cutáneas, se puede considerar la posibilidad de reducir la cantidad hasta la dosis de mantenimiento que necesite el paciente (dosis mínima eficaz).

### **¿Cuál es su eficacia?**

Su eficacia es similar a acitretina, metotrexato y apremilast. Alrededor del 30 % de los pacientes tratados con dimetilfumarato consiguieron una puntuación de 0 (blanqueado) o 1 (casi blanqueado) en la escala de valoración global realizada por el médico.

### Efectos secundarios

Los efectos adversos más frecuentes son los gastrointestinales (62,7 %) y la rubefacción facial (20,8 %).

Es preciso realizar un seguimiento estrecho mediante análisis de sangre completos antes y durante el tratamiento, porque existe el riesgo de linfopenia (disminución de los linfocitos) y neutropenia (disminución los leucocitos).

### Recomendaciones

Skilarence® está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática o renal grave, trastornos gastrointestinales graves y en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

## Leflunomida

La leflunomida bloquea una enzima llamada DHODH y su acción influye sobre el sistema inmune evitando, especialmente, la activación del linfocito T, causante de la inflamación de las articulaciones. Se utiliza de forma muy esporádica, porque su efecto articular es pobre y no es eficaz para tratar las lesiones cutáneas.

### ¿Cómo se administra?

Suele tomarse solo o asociado a otros fármacos, incluidos otros FAME, los antiinflamatorios y los medicamentos biológicos. La leflunomida se toma por vía oral. La dosis habitual es de 20 mg/día, aunque en determinados casos, si existe intolerancia o en pacientes en remisión, puede administrarse a dosis de 10 mg/día.

### ¿Cuál es su eficacia?

Tiene una rapidez de acción similar al metotrexato, de entre 4 y 8 semanas.

### Efectos secundarios

A diferencia del metotrexato, no es un fármaco perjudicial para la médula ósea o espinal (mielotóxico) y, en general, es muy bien tolerado. No obstante, en ocasiones puede provocar los siguientes efectos secundarios:

- **Diarreas:** especialmente si se da a dosis superiores a 20 mg/día.
- **Alteración de los valores del hígado en sangre que denotan que hay alguna disfunción de este órgano:** obliga a monitorizar el tratamiento y a suspenderlo si los valores exceden de 2 a 3 veces el valor de la normalidad (se han descrito casos de hepatotoxicidad grave).

- **Alopecia:** poco frecuente.
- **Hipertensión arterial:** poco frecuente, aunque en ocasiones es importante y obliga a suspender el tratamiento.

### Recomendaciones

Las parejas en edad fértil deben extremar (ambos) las medidas anticonceptivas si toman este medicamento. Induce malformaciones fetales, por lo que no debe tomarlo ni la mujer ni su pareja.

En España, la **leflunomida** para el tratamiento de la artritis psoriásica se comercializa con el nombre de **Arava®**, **Lefluartil®**, **Leflunomida Apotex®**, **Leflunomida Cinfa®**, **Leflunomida Medac®**, **Leflunomida Mylan®**, **Leflunomida Normon®**, **Leflunomida Ratiopharm®**, **Leflunomida Stada®** y **Leflunomida Tecnigen®**.

### Sulfasalazina

Se utiliza de forma muy esporádica, porque su efecto articular es pobre y no tiene efecto alguno sobre la afectación cutánea.

En España, la sulfasalazina para el tratamiento de la artritis psoriásica tiene el nombre comercial de **Salazopyrina®**.

### ¿Cómo se administra?

Suele tomarse solo o asociado a otros fármacos, incluidos FAME, antiinflamatorios y medicamentos biológicos. La Salazopyrina® se toma por vía oral. La dosis habitual es de 2 gramos al día, que corresponden a dos comprimidos cada 12 horas.

Se trata de un medicamento que a veces se tolera mal digestivamente. Existe una forma de Salazopyrina® con gastroprotección que permite aumentar la dosis hasta 3 o 4 gramos al día, pero en España no está comercializada y debe pedirse como fármaco compasivo.

### ¿Cuál es su eficacia?

Suele hacer efecto a partir de la octava semana de tratamiento.

### Efectos secundarios

Prácticamente no tiene, pero en ocasiones es posible que aparezcan las siguientes:

- Reacciones alérgicas cutáneas asociadas al componente sulfamídico.

- Intolerancia gástrica que en ocasiones obliga a reducir la dosis. En estos casos, si el fármaco es eficaz, hay que valorar la posibilidad de dar por compasivo las formas gastroprotectoras.

### Recomendaciones

No está contraindicado en edad fértil, aunque hay pocos datos y se recomienda no usar.

**Tabla 5. Tratamientos sistémicos no biológicos para la psoriasis**

Molécula	Nombre comercial	Mecanismo de acción	Tipo de molécula	Vía de administración	Indicaciones en psoriasis	Edad mínima de uso aprobada
Acitretina	Neotigason® Acitretina IFC®	Retinoide activador de los receptores nucleares que regulan la queratinización	Molécula de síntesis química	Oral	Psoriasis	A criterio médico
Ciclosporina	Sandimmun Neoral®	Inhibidor de la calcineurina Inmunosupresor	Molécula de síntesis química	Oral	Psoriasis Artritis psoriásica	A criterio médico
Dimetilfulmarato	Skilarence®	Fármaco modificador de la respuesta inflamatoria	Molécula de síntesis química	Oral	Psoriasis	18 años
Metotrexato	Metotrexato Wyeth® Metotrexato Cipla®	Inmunosupresor Fármaco modificador de la respuesta inflamatoria	Molécula de síntesis química	Oral	Psoriasis Artritis psoriásica	A criterio médico

*Continúa*

**Tabla 5. Tratamientos sistémicos no biológicos para la psoriasis** (Continuación)

Molécula	Nombre comercial	Mecanismo de acción	Tipo de molécula	Vía de administración	Indicaciones en psoriasis	Edad mínima de uso aprobada
Metotrexato	Metoject® Quinux® Bertanel® Nordimet® Metotrexato Lederle® Glofer®	Inmunosupresor Fármaco modificador de la respuesta inflamatoria	Molécula de síntesis química	Subcutáneo	Psoriasis Artritis psoriásica	A criterio médico
Sulfasalazina	Salazopyrina®	Inmunosupresor Fármaco modificador de la respuesta inflamatoria	Molécula de síntesis química	Oral	Artritis psoriásica	6 años
Leflunomida	Arava® Lefluartil® Leflunomida Apotex® Leflunomida Cinfa® Leflunomida Medac® Leflunomida Mylan® Leflunomida Normon® Leflunomida Ratiopharm® Leflunomida Stada® Leflunomida Tecnigen®	Inmunosupresor Fármaco modificador de la respuesta inflamatoria	Molécula de síntesis química	Oral	Artritis psoriásica	18 años

## FÁRMACOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD CON DIANA ESPECÍFICA (tabla 6)

Se trata de fármacos que se utilizan para inhibir o disminuir la inflamación y frenar la actividad de la psoriasis y de la artritis psoriásica. Actúan sobre enzimas intracelulares modificando la respuesta de las células inflamatorias, a diferencia de los FAME clásicos, de los que no se sabe con exactitud sobre qué diana van dirigidos.

### ¿CUÁNDO SE UTILIZAN?

Están indicados para el **tratamiento de la psoriasis moderada y grave y la artritis psoriásica**, como medicamento de segunda línea en pacientes que no responden o no pueden utilizar tratamientos tales como los tópicos (que se aplican directamente en la piel), los sistémicos clásicos, etc.

### ¿CUÁLES SON?

#### Apremilast

Molécula de síntesis química que inhibe la acción de una enzima intracelular denominada fosfodiesterasa 4 (PDE-4). De esta forma, se **reduce la acción de las citocinas que producen la inflamación y, como consecuencia, las lesiones cutáneas y articulares de la psoriasis**.

Como ventaja respecto a los medicamentos biológicos, puede usarse en **personas con infección tuberculosa latente** (prueba de la tuberculina o PPD positivo) sin necesidad de hacer quimioprofilaxis y en **pacientes con antecedentes de cáncer** sin que sea preciso consultar al oncólogo.

Recibe el nombre comercial de **Otezla®**.

#### ¿Cuándo se utiliza?

**En dermatología está indicado para la psoriasis moderada.** En reumatología está más **indicado en pacientes que no responden a los FAME clásicos sin signos de gravedad** (formas destructivas o invalidantes). No está demostrada aún su eficacia sobre las manifestaciones que afectan a la columna vertebral (axiales).

### ¿Cómo se administra?

A diferencia de los medicamentos biológicos, se administra por **vía oral** y se presenta en comprimidos (10, 20 y 30 mg). El tratamiento se inicia con una dosis de 10 mg el día 1, y se aumenta gradualmente durante una semana hasta la dosis recomendada de 30 mg dos veces al día. Para el tratamiento de la artritis psoriásica, puede administrarse solo o combinado con otros medicamentos.

### ¿Cuál es su eficacia?

La eficacia en dermatología es superior a la acitretina, similar al metotrexato e inferior a ciclosporina y los medicamentos biológicos.

En reumatología la eficacia de este medicamento es inferior a la de las terapias biológicas, pero superior a la de los AINE (diclofenaco, ibuprofeno, etc.) y FAME, como el metotrexato, la ciclosporina, la leflunomida y la salzopirina. La máxima eficacia se obtiene alrededor de los 6 meses y en los ensayos clínicos se mantiene hasta los 4 años de tratamiento.

### Efectos secundarios

- **Diarrea y náuseas:** son los efectos adversos más frecuentes. Se producen normalmente durante las 2 primeras semanas de tratamiento y mejoran en el plazo de 4 semanas.
- **Resfriados.**
- **Dolor de cabeza.**

### Recomendaciones

- No debe utilizarse durante el **embarazo** pues, aunque no existen datos de que sea dañino en esta situación, no se dispone de datos suficientes para recomendarlo. Se aconseja a las mujeres que lo toman usar métodos anticonceptivos.
- En caso de **insuficiencia renal moderada-grave**, deben ajustarse las dosis.
- Se aconseja **restringir su uso** en pacientes con **depresión mayor o intentos de suicidio**.

### Tofacitinib

Molécula de síntesis química que inhibe la acción de una enzima intracelular denominada JAK quinasa, especialmente la JAK3. De esta forma, se **reduce la acción de las citocinas que producen la inflamación y, como consecuencia, las lesiones cutáneas y articulares de la psoriasis.**

Recibe el nombre comercial de **Xeljanz®**.

### ¿Cuándo se utiliza?

En reumatología está **indicado en pacientes con artritis psoriásica moderada y grave que no respondan a la terapia con FAME sintético convencional (misma indicación que para la terapia biológica)**. No está demostrada aún su eficacia sobre las manifestaciones que afectan a la columna vertebral (axiales). Tampoco tiene todavía indicación para el tratamiento de la psoriasis cutánea.

### ¿Cómo se administra?

A diferencia de los medicamentos biológicos, se administra por **vía oral** y se presenta en comprimidos de 5 mg. El tratamiento aprobado es de 5 mg dos veces al día. Para el tratamiento de la artritis psoriásica, puede administrarse solo o combinado con otros medicamentos, si bien no se ha demostrado que su asociación a ningún FAME sintético mejore su eficacia y sí posiblemente su toxicidad.

### ¿Cuál es su eficacia?

El hecho de que actúen de forma más específica y selectiva los hace más eficaces que los tratamientos sistémicos clásicos. En estudios comparativos con terapia biológica (anti-TNF [factor de necrosis tumoral]), se ha evidenciado una eficacia de tofacitinib similar a la de estos medicamentos.

### Efectos secundarios

- **Resfriados e infecciones del tracto respiratorio superior.**
- **Dolor de cabeza.**
- **Aumento discreto de la incidencia de herpes zóster, que se relaciona con la dosis del fármaco (mayor en 10 mg dos veces al día que en 5 mg dos veces al día).** Este aumento de incidencia es especialmente relevante en población asiática, ya de por sí con una mayor incidencia de herpes zóster. Debido a todo y puesto que su eficacia es controvertida, la vacunación del herpes zóster en España no es obligatoria; sin embargo, en países como EE. UU. sí lo es.

### Recomendaciones

- No debe utilizarse durante el **embarazo** pues, aunque no existen datos de que sea dañino en esta situación, no se dispone de datos suficientes para recomendarlo. Se aconseja a las mujeres que lo toman usar métodos anticonceptivos.
- Debe ajustarse la dosis en caso de insuficiencia hepática **moderada-grave**.
- Deben seguirse para su uso las mismas recomendaciones de tratamiento y vacunaciones expuestas para la terapia biológica en el apartado siguiente.

**Tabla 6. Medicamentos modificadores de la enfermedad con diana específica**

Molécula Aprobación EMA	Nombre comercial	Mecanismo de acción	Tipo de molécula	Vía de administración	Indicaciones en psoriasis	Edad mínima de uso aprobada
Apremilast	Otezla®	Inhibidor de la PDE-4	Molécula pequeña de síntesis	Oral	Psoriasis Artritis psoriásica	18 años
Tofacitinib	Xeljanz®	Inhibidor JAK3	Molécula pequeña de síntesis	Oral	Artritis psoriásica	18 años

EMA: Agencia Europea de Medicamentos; PDE-4: fosfodiesterasa 4.

## TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS (tablas 7 y 8)

**Son proteínas similares a las humanas, producidas por técnicas de biotecnología.** Actúan sobre la inflamación de las articulaciones y de la piel corrigiendo la respuesta inmunológica acelerada y errónea que se da en la psoriasis y la artritis psoriásica. **Su función es la de bloquear la actividad de uno de los agentes clave en el proceso inflamatorio que se produce en ambas enfermedades (las citosinas).**

Estos medicamentos son **efectivos para controlar la inflamación y el dolor articular, además de prevenir la progresión de la enfermedad y frenar la progresión del daño articular** en el caso de la artritis.

### ¿CÓMO ACTÚAN?

Desde hace más de 20 años, se sabe que lo más importante en el desarrollo de las lesiones de psoriasis son los fenómenos inflamatorios mediados por unas células de la sangre llamadas linfocitos T. Todos tenemos linfocitos T que nos ayudan a proteger el cuerpo contra infecciones y enfermedades, pero en la psoriasis se activan indebidamente y desencadenan muchas respuestas celulares. Entre ellas, la proliferación y dilatación de los vasos sanguíneos de la piel, lo que se manifiesta en el color rojo de las lesiones; la reproducción de las células de la piel de forma acelerada, generando placas de grosor variable y descamación, y la inflamación de las articulaciones. En el caso de la artritis psoriásica produce dolor, hinchazón, limitación del movimiento y, en ocasiones, destrucción de la articulación. En los últimos años se han identificado los linfocitos Th17 como los principales responsables de la inflamación en la psoriasis.

Esto ha llevado al desarrollo de una serie de medicamentos obtenidos por técnicas de biotecnología, cuya función es bloquear la respuesta inmunológica errónea que se produce en las lesiones de psoriasis. Estos medicamentos se denominan terapias biológicas y actúan bloqueando de forma específica distintos receptores celulares y quimiocinas (moléculas que segregan distintas células de nuestro sistema inmunitario y que intervienen en la inflamación).

En la actualidad, las **terapias biológicas disponibles actúan bloqueando distintas citocinas proinflamatorias o sus receptores:**

- **TNF $\alpha$ :** una citocina que interviene en la inflamación y que está aumentada en las lesiones cutáneas y articulares de la psoriasis. Actúan sobre ella los

fármacos biológicos adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab e infliximab.

- **Interleuquinas (IL) 12 y 23:** citocinas involucradas en la activación de la cascada inflamatoria implicada en la psoriasis. Actúan sobre ella fármacos biológicos como ustekinumab.
- **IL-17:** citocina efectora del eje inflamatorio de los linfocitos TH17. Actúan sobre ella los fármacos ixekizumab, secukinumab y brodalumab.

## ¿CUÁNDO SE UTILIZAN?

En los **pacientes con psoriasis y/o artritis psoriásica moderada y grave** que no hayan respondido previamente al tratamiento sistémico tradicional ni a la fototerapia (UVB o PUVA), hayan presentado toxicidad derivada de los mismos o estos tratamientos les estén contraindicados. Hay tratamientos biológicos indicados solo para la psoriasis cutánea, otros solo para la artritis y otros que pueden usarse en ambos casos.

En el caso de la artritis psoriásica, se utilizan en pacientes en los que el tratamiento con FAME no hace efecto, con independencia de su gravedad. Reducen los síntomas y los marcadores analíticos de la inflamación (VSG, PCR), tanto en los pacientes con **afectación en las articulaciones de las extremidades como en la columna vertebral**.

## ¿CÓMO SE ADMINISTRAN?

- **Vía endovenosa:** la vía endovenosa consiste en poner un suero en la vena y dejar que pase la medicación durante unas horas. La administración se realiza en el hospital de día de psoriasis. Se administra por esta vía el medicamento biológico infliximab.
- **Vía subcutánea:** consiste en inyectar el medicamento en el abdomen, los muslos o los brazos, de forma parecida a como hacen con la insulina las personas que tienen diabetes. El paciente puede pincharse él mismo o permitir que lo haga un familiar, aunque de forma excepcional puede ser necesario acudir al consultorio para que administre el fármaco el personal de enfermería. Se administran por esta vía el resto de medicamentos biológicos.

La frecuencia de administración varía en cada medicamento y estos están comercializados en distintas formas farmacéuticas:

- **Viales para reconstituir.**
- **Jeringas precargadas.**
- **Dispositivo de inyección automatizado denominado «pluma».** Viene con el medicamento precargado y permite su administración, por parte del paciente, apretando un botón y sin que se vea la aguja. Esta opción es muy interesante para personas aprensivas o poco hábiles.

## ¿CUÁL ES SU EFICACIA?

El hecho de que actúen de forma más específica y selectiva los hace más eficaces, y sus efectos secundarios son menores que los de los tratamientos sistémicos clásicos, lo que permite tratamientos más prolongados.

## EFFECTOS SECUNDARIOS

- No producen toxicidad orgánica, es decir, **no dañan el hígado ni el riñón**, ni tampoco otros órganos. Asimismo, no interactúan con otros medicamentos, por lo que no es necesaria la realización de análisis con tanta frecuencia.
- No se pueden utilizar si hay evidencia de proceso neoplásico activo y/o de infecciones activas, incluyendo tuberculosis. En los pacientes con antecedentes personales de cáncer, su uso debe estar controlado teniendo siempre en cuenta el principio de beneficio/riesgo. Los anti-TNF están contraindicados en pacientes con antecedentes o presencia de enfermedades neurológicas desmielinizantes (esclerosis múltiple, mononeuritis y polineuritis).
- Con los medicamentos biológicos inhibidores del TNF se ha detectado un discreto aumento en la incidencia de insuficiencia cardíaca, con un incremento del riesgo de mortalidad por fallo cardíaco en pacientes con cardiopatía previa. Por este motivo, no se recomienda su uso en las personas con insuficiencia cardíaca grave, y se aconseja el control estrecho del paciente con insuficiencia cardíaca leve o moderada, así como la suspensión del fármaco ante la aparición de nuevos síntomas o empeoramiento de la insuficiencia cardíaca.
- Por el momento no se ha mostrado la posibilidad de que los medicamentos biológicos aumenten el riesgo de desarrollar al cabo de los años linfomas (cáncer linfático) u otros cánceres.

- En general, los tratamientos biológicos resultan eficaces y seguros a corto y medio plazo. Los principales inconvenientes residen en que se desconoce su seguridad a largo plazo, lo que sucede con todos los medicamentos nuevos. Hasta el momento se dispone de datos de seguridad que se remontan a 10 a 15 años.
- Los efectos secundarios más frecuentes son: reacciones en el lugar de la inyección y un leve aumento de las infecciones de las vías respiratorias superiores (resfriados) y de la garganta (nasofaringitis) durante el primer año de tratamiento.
- En el caso de personas que en algún momento de su vida hubieran entrado en contacto con el microbio de la tuberculosis y hubieran desarrollado una infección subclínica que su sistema inmunitario hubiera llegado a controlar sin llegar a desarrollar la enfermedad, existe el riesgo de que con los tratamientos biológicos, especialmente con los anti-TNF, la enfermedad pueda desarrollarse. Por este motivo, antes de iniciar un tratamiento biológico se realiza una prueba de detección del microbio de la tuberculosis llamada Tuberculina-Mantoux o PPD mediante una inyección en el antebrazo. En caso de que sea negativa, se puede iniciar inmediatamente el tratamiento sin riesgo alguno. En el caso de que sea positiva, se dice que el paciente tiene una infección tuberculosa latente y es preciso iniciar un tratamiento antibiótico llamado quimioprofilaxis de la tuberculosis para que no llegue a desarrollar la enfermedad. Al cabo de 1 mes de iniciado este tratamiento, ya puede empezarse el tratamiento de la psoriasis con el medicamento biológico.

## ¿QUÉ DEBEMOS TENER EN CUENTA?

Todos los medicamentos biológicos deben conservarse en la nevera, pero no en el congelador, sin romper nunca la cadena de frío, ya que el medicamento podría perder su eficacia total o parcialmente.

Un inconveniente es el elevado coste económico del tratamiento. Aunque se trata de medicamentos financiados totalmente por la sanidad pública, su utilización suele estar regulada por las autoridades sanitarias y en determinadas situaciones pueden plantearse restricciones de uso.

## ¿CUÁLES SON?

Los medicamentos biológicos indicados para tratar la psoriasis y la artritis psoriásica se dividen en cuatro grupos: fármacos anti-TNF, anti-IL-12/IL23, anti-IL23 y anti-IL-17.

## Fármacos anti-TNF

Son medicamentos que reducen la inflamación y detienen el avance de la enfermedad al apuntar a una sustancia causante de dicha inflamación, el TNF. La eficacia de todos los medicamentos biológicos anti-TNF es muy similar y varía mucho de unos pacientes a otros, lo que explica que pacientes que quizás no respondan a uno de ellos puedan responder a otro.

Todos los fármacos de la familia del anti-TNF han mostrado eficacia en el tratamiento de la artritis psoriásica, tanto en su forma periférica como en sus manifestaciones axiales

### Adalimumab

Es un anticuerpo monoclonal humano con efecto anti-TNF, **indicado para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica moderada y grave. Puede utilizarse en menores de edad, a partir de los 4 años.**

Recibe el nombre comercial de **Humira®**.

#### ¿Cuándo se utiliza?

Quando el tratamiento con los medicamentos sistémicos clásicos no hace efecto, con independencia de su gravedad. Al tratarse de un anticuerpo humano, su carga antigénica es mucho menor que el infliximab, por lo que induce **menos reacciones inmunoalérgicas**.

#### ¿Cómo se administra?

Se administra por vía subcutánea. Se presenta en una pluma que viene con el medicamento precargado y permite su autoadministración con facilidad. El tratamiento suele iniciarse con una dosis de dos inyecciones en la semana 0; una inyección en la semana 1; y, a partir de esta, una inyección cada 2 semanas. Puede utilizarse como tratamiento hasta la remisión de los brotes o como tratamiento de mantenimiento.

#### ¿Cuál es su eficacia?

Su eficacia es similar a los otros anti-TNF. La respuesta clínica se alcanza normalmente dentro de las 12 primeras semanas de tratamiento.

#### Efectos secundarios

Los efectos secundarios son similares a los observados con los otros medicamentos anti-TNF. Las precauciones que hay que tomar antes de su administración son simila-

res a los de otros biológicos con efecto anti-TNF: evitar el uso en pacientes con enfermedades neurológicas desmielinizantes y realizar quimioprofilaxis previa en caso de infección tuberculosa latente. Existe una amplia experiencia de su uso de forma ininterrumpida durante más de 10 años sin efectos secundarios importantes.

### **Certolizumab pegol**

Es uno de los medicamentos anti-TNF de más reciente comercialización, con un perfil de seguridad similar a los demás disponibles. Se trata de un anticuerpo que no presenta la parte fija del anticuerpo. Sobre los otros medicamentos anti-TNF, tiene la ventaja de que no atraviesa la barrera placentaria, por lo que sería el fármaco de elección de este grupo en caso de necesidad **durante el embarazo y la lactancia**.

Recibe el nombre comercial de **Cimzia®**.

#### **¿Cuándo se utiliza?**

**En pacientes con artritis psoriásica** en los que el tratamiento con medicamentos sistémicos clásicos no hace efecto, con independencia de su gravedad. También puede usarse para el tratamiento de la **psoriasis moderada y grave** de forma similar a los otros anti-TNF.

#### **¿Cómo se administra?**

Se administra por vía subcutánea. La dosis inicial recomendada de Cimzia® para pacientes adultos es de 400 mg (administrados como dos inyecciones subcutáneas de 200 mg cada una) en la semana 0, 2 y 4. Después de la dosis de inicio, la dosis de mantenimiento recomendada para los pacientes adultos con artritis psoriásica y psoriasis en placas es de 200 mg cada 2 semanas. Una vez se confirma la respuesta clínica, se puede considerar una dosis alternativa de mantenimiento de 400 mg cada 4 semanas. Durante el tratamiento se debe continuar utilizando metotrexato cuando sea apropiado.

#### **¿Cuál es su eficacia?**

Su eficacia es similar a los otros anti-TNF. La respuesta clínica se alcanza normalmente dentro de las 12 primeras semanas de tratamiento.

#### **Efectos secundarios**

Los efectos secundarios son los mismos que en los otros anti-TNF y hay que tomar las mismas precauciones antes de su administración.

## Etanercept

Se trata de una proteína no anticuerpo que contiene el receptor del TNF, por lo que lo bloquea. Etanercept se une al TNF (una sustancia causante de la inflamación) y lo inactiva, impidiendo que se una a los receptores situados en las membranas de las células encargadas de la respuesta inflamatoria. **De esta manera se produce un bloqueo del mecanismo inflamatorio** inducido por el TNF.

Recibe el nombre comercial de **Enbrel®**.

### ¿Cuándo se utiliza?

**Está indicado para la artritis psoriásica y la psoriasis moderada y grave en adultos y niños a partir de los 6 años.**

### ¿Cómo se administra?

El paciente se administra fácilmente etanercept mediante una inyección por vía subcutánea en dosis fija, una o dos veces a la semana.

### ¿Cuál es su eficacia?

En un 60 % de los pacientes, la respuesta óptima se obtiene entre la semana 12 y la 24, por lo que es importante esperar hasta los 6 meses para valorar la eficacia óptima del medicamento.

Una vez que se ha alcanzado el objetivo del tratamiento (blanqueamiento o casi blanqueamiento de las placas), este fármaco se suspenderá hasta que aparezcan de nuevo los síntomas de la enfermedad. Cuando reaparecen las lesiones de psoriasis, estas lo hacen con menor o la misma intensidad, a diferencia de lo que ocurre en otros tratamientos sistémicos, con los que la enfermedad brota con mayor intensidad (efecto rebote). En el tratamiento de los nuevos brotes, etanercept conserva la misma eficacia que en el primer tratamiento. Asimismo, puede usarse de forma continuada cuando sea preciso, ya que existe una amplia experiencia de su uso de forma ininterrumpida durante más de 10 años sin efectos secundarios importantes.

El etanercept es el tratamiento biológico con el que se tiene una mayor experiencia en el tratamiento de la psoriasis y el utilizado por un mayor número de pacientes.

A diferencia del resto de anti-TNF, no ha demostrado eficacia en el tratamiento de la uveítis en aquellos pacientes que presentan esta complicación asociada a la psoriasis.

### Efectos secundarios

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 corticosteroides.

### Golimumab

Anticuerpo monoclonal humano que inhibe el TNF $\alpha$ . Al tratarse de un anticuerpo humano, su carga inmunogénica es mínima. **Está indicado para personas con artritis psoriásica. No tiene indicación para el tratamiento de la psoriasis cutánea.**

Recibe el nombre comercial de **Simponi**<sup>®</sup>.

### ¿Cuándo se utiliza?

Se utiliza en caso de que el paciente con artritis psoriásica no responda al tratamiento con medicamentos sistémicos clásicos, independientemente de su gravedad.

### ¿Cómo se administra?

Se comercializa en una pluma precargada de 50 mg para la autoinyección por vía subcutánea una vez al mes, si es posible siempre el mismo día. Su perfil de seguridad es similar a los otros anti-TNF disponibles.

### ¿Cuál es su eficacia?

La eficacia es similar a la de otros anti-TNF; alrededor del 50 % de los pacientes obtiene una buena respuesta a las 24 semanas. Es importante esperar hasta los 6 meses para valorar la eficacia óptima del medicamento.

### Efectos secundarios

Los efectos secundarios son los mismos que en los otros anti-TNF y hay que tomar las mismas precauciones antes de su administración.

### Infliximab

Infliximab es un anticuerpo monoclonal IgG1 quimérico con efecto anti-TNF $\alpha$  para **el tratamiento de la psoriasis y de la artritis psoriásica grave**, así como de otras enfermedades autoinmunes digestivas y articulares.

Recibe el nombre comercial de **Remicade**<sup>®</sup>.

### **¿Cómo se administra?**

Se administra por vía intravenosa en los hospitales de día de los centros hospitalarios, donde es necesario acudir unas horas cada 2 meses para su aplicación, lo que puede considerarse una ventaja, ya que permite un mayor control del paciente y de la evolución de su enfermedad.

Dado que existe riesgo de reacciones agudas durante la administración, el fármaco debe administrarse bajo la supervisión del médico. La pauta más empleada consiste en administrar tres dosis iniciales, en las semanas 0, 2 y 6. Luego se pasa a una dosis cada 8 semanas hasta que se consigue el blanqueamiento de la psoriasis. Se puede utilizar como tratamiento de inducción hasta la remisión de las lesiones o como tratamiento de mantenimiento a largo plazo.

### **¿Cuál es su eficacia?**

El infliximab es el medicamento biológico que mejora de forma más rápida la psoriasis, con una eficacia superior a la ciclosporina, lo que lo hace especialmente indicado para las formas eritrodérmicas de la enfermedad. Actualmente se usa poco en el tratamiento de la psoriasis.

### **Efectos secundarios**

Sus efectos secundarios son similares a los observados con el etanercept y adalimumab. Por lo general, suele ser un fármaco bien tolerado, aunque del 5 al 10 % de los pacientes tienen que suspender el tratamiento por efectos adversos.

En algunas ocasiones, pueden producirse reacciones durante la administración de la dosis. La mayoría son de carácter leve y aparecen en el momento de la administración o en las primeras dos horas después de esta. Las más frecuentes son escalofríos, cefalea, mareo, náuseas y sofocos. Para evitar la aparición de este tipo de reacciones, se recomienda una premedicación con antihistamínicos y paracetamol, o bien con corticosteroides. Antes y durante su empleo, deben tomarse las precauciones de uso comentadas para todos los medicamentos biológicos con efecto anti-TNF.

### **Inhibidores del eje IL-17**

Son medicamentos que inhiben la IL-17, una sustancia que al igual que el TNF es fundamental en el desarrollo de la inflamación de la piel y las articulaciones en las personas con psoriasis, por lo que su eficacia es muy alta, superior a los anti-TNF y a ustekinumab.

En este grupo tenemos tres medicamentos, secukinumab y ixekizumab que bloquean la IL-17 circulante y brodalumab que bloquea su receptor celular.

Debido a su mecanismo de acción, se ha observado un ligero aumento de la frecuencia de las infecciones fúngicas por *Candida albicans* durante los primeros meses de tratamiento, pero por lo general son leves, fáciles de tratar y no obligan a suspender el tratamiento.

En la artritis psoriásica, su eficacia se sitúa en el rango de los anti-TNF tanto en las manifestaciones periféricas como axiales de la enfermedad.

**Ha demostrado eficacia en pacientes refractarios a terapia anti-TNF, por lo que es una alternativa terapéutica más en estos pacientes.**

### **Secukinumab**

Anticuerpo monoclonal humano IgG1 que inhibe específicamente la IL-17, una sustancia que al igual que el TNF es fundamental en el desarrollo de la inflamación de la piel y las articulaciones en estos pacientes.

Recibe el nombre comercial de **Cosentyx®**.

#### **¿Cuándo se utiliza?**

Está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que sean candidatos a tratamiento sistémico. Tiene indicación también para el tratamiento de la artritis psoriásica moderada y grave.

#### **¿Cómo se administra?**

Se comercializa en dos presentaciones, jeringa precargada y pluma precargada de 150 mg para administrar por vía subcutánea. Para el tratamiento de la psoriasis se usa a dosis de 300 mg (dos inyecciones el mismo día) en la fase de inducción las semanas 0, 1, 2, 3 y 4, y mensualmente en la fase de mantenimiento.

Para la artritis psoriásica en pacientes que no han sido tratados previamente con medicamentos biológicos es de 150 mg, y si el paciente ha recibido y no ha mejorado de forma adecuada con el tratamiento biológico anti-TNF $\alpha$ , la dosis recomendada es de 300 mg, con la misma pauta de administración.

#### **¿Cuál es su eficacia?**

En los ensayos clínicos, secukinumab demostró unas altas tasas de eficacia con independencia de la edad, el sexo, la raza, el peso corporal o la gravedad de las lesiones.

Los resultados de los ensayos clínicos han demostrado rapidez de acción con efectos apreciables a las 2 semanas y altos índices de blanqueamiento completo en el 35 % de los pacientes. En los ensayos clínicos, la eficacia se mantuvo hasta los 3 años de tratamiento.

### **Efectos secundarios**

El perfil de seguridad se considera adecuado, sin indicios de un aumento de cáncer ni de infecciones graves.

Al igual que con los otros inhibidores de la IL-17, se ha visto que puede aumentar ligeramente la frecuencia (3,5 % de los pacientes) de las infecciones fúngicas leves por *Candida albicans* durante los primeros meses de tratamiento, y también se recomienda no usarlo en pacientes con enfermedad de Crohn activa.

### **Ixekizumab**

Es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG4 que inhibe específicamente la IL-17, citocina involucrada en el proceso inflamatorio implicado en la aparición de las lesiones cutáneas y articulares de la psoriasis.

Recibe el nombre comercial de **Taltz**<sup>®</sup>.

### **¿Cuándo se utiliza?**

Está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que sean candidatos a tratamiento sistémico. También está indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica moderada y grave.

### **¿Cómo se administra?**

Se administra en inyección subcutánea, ya sea a través de pluma autoinyectable o jeringa precargada. La pauta de dosificación aprobada para ixekizumab es una dosis de carga de 160 mg en inyección subcutánea (dos inyecciones de 80 mg) en la semana 0, seguida de una inyección de 80 mg cada 2 semanas durante 12 semanas. Después de estas 12 semanas de inducción, pasa a administrarse cada 4 semanas como pauta de mantenimiento.

### **¿Cuál es su eficacia?**

En los ensayos clínicos, ixekizumab demostró unas altas tasas de eficacia con independencia de la edad, el sexo, la raza, el peso corporal, la gravedad de las lesiones, la localización de las placas y/o el haber recibido otro tratamiento biológico previo. Los resultados de los ensayos clínicos han demostrado rapidez de acción con efectos apreciables a la

semana y altos índices de blanqueamiento completo en el 40 % de los pacientes. En los ensayos clínicos, la eficacia se mantuvo hasta las 60 semanas de tratamiento.

### **Efectos secundarios**

El perfil de seguridad se considera adecuado, sin indicios de un aumento de las infecciones graves ni de los cánceres. Al igual que con los otros inhibidores de la IL-17, se ha visto que puede aumentar ligeramente la frecuencia las infecciones fúngicas leves por *Candida albicans* durante los primeros meses de tratamiento, y también se recomienda no usarlo en pacientes con enfermedad de Crohn activa.

### **Brodalumab**

Brodalumab es un anticuerpo monoclonal totalmente humano de tipo IgG2 que se une y bloquea el receptor de la IL-17 inhibiendo la actividad biológica de las citocinas pro-inflamatorias del grupo de la IL-17.

Recibe el nombre comercial de **Kyntheum®**.

### **¿Cuándo se utiliza?**

Está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que sean candidatos a tratamiento sistémico y también es útil para el tratamiento de la artritis psoriásica.

### **¿Cómo se administra?**

La dosis recomendada es de 210 mg por inyección subcutánea en las semanas 0, 1 y 2, seguidos de 210 mg cada 2 semanas. En los pacientes que no muestran una respuesta a las 16 semanas de tratamiento, se debe considerar la interrupción del tratamiento.

### **¿Cuál es su eficacia?**

La respuesta es rápida; a partir de la segunda semana comienza a ser clínicamente significativa. La respuesta máxima se alcanza a las 24 semanas, tras tres administraciones. Tal y como demuestran los resultados de los ensayos clínicos, la eficacia se mantiene a largo plazo.

### **Efectos secundarios**

El perfil de seguridad se considera adecuado, sin indicios de un aumento de las infecciones graves ni de los cánceres. Sin embargo, dada su novedad, faltan datos de uso en práctica clínica.

Al igual que con los otros inhibidores de la IL-17, se ha visto que puede aumentar ligeramente la frecuencia las infecciones fúngicas leves por *Candida albicans* durante los primeros meses de tratamiento, y también se recomienda no usarlo en pacientes con enfermedad de Crohn activa.

## Ustekinumab

Es un anticuerpo monoclonal totalmente humano que se dirige a bloquear las citoquinas llamadas IL-12 e IL-23.

Recibe el nombre comercial de **Stelara**<sup>®</sup>.

### ¿Cuándo se utiliza?

Está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placa entre moderada y grave, así como para el tratamiento de la artritis psoriásica con las mismas indicaciones que la terapia biológica.

También ha demostrado eficacia en pacientes refractarios a terapia anti-TNF y, por tanto, es una alternativa terapéutica a este tratamiento.

### ¿Cómo se administra?

Las dosis aprobadas por las autoridades sanitarias dependen del peso del paciente. En pacientes de menos de 90 kg, la dosis recomendada es de 45 mg, y en personas de 90 kg o más, se recomienda 90 mg. Se administra en forma de inyección subcutánea el día 0, a las 4 semanas y, posteriormente, con una pauta de administración cada 12 semanas.

### ¿Cuál es su eficacia?

La respuesta es rápida, a partir de la segunda semana comienza a ser clínicamente significativa. La respuesta máxima se alcanza a las 24 semanas, tras tres administraciones. Tal y como demuestran los resultados de los ensayos clínicos, la eficacia se mantiene a largo plazo administrando la medicación 4 veces al año. No se han descrito casos de rebote de la psoriasis al retirar el tratamiento.

### Efectos secundarios

Los efectos secundarios observados durante los ensayos clínicos fueron similares a los observados en el grupo tratado con placebo y en otros biológicos. Tras 10 años de uso no se han descrito efectos secundarios importantes, por lo que se considera un fármaco seguro.

## Abatacept

Este fármaco está aprobado por las agencias de medicamentos americanas y europeas (Food and Drug Administration [FDA] y Agencia Europea de Medicamentos [EMA]) para su uso en adultos con artritis psoriásica; sin embargo, aún no está disponible en nuestro país, si bien se espera poder disponer del mismo a finales de 2018.

Recibe el nombre comercial de **Orencia®**.

Es una proteína de fusión compuesta por una inmunoglobulina fusionada al dominio extracelular del antígeno citotóxico de linfocito T CTLA-4. **Abatacept realiza un bloqueo selectivo de la señal de coestimulación**, lo que **impide la activación de los linfocitos T** y la cascada de acontecimientos resultante que contribuye a la inflamación. De hecho, la activación de los linfocitos T está involucrada en la patogénesis de la artritis psoriásica.

### ¿Cuándo se utiliza?

Está indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica de moderada a grave en adultos que no responden a FAME clásicos (mismas indicaciones que para el resto de terapias biológicas).

### ¿Cómo se administra?

Se puede administrar por vía endovenosa o subcutánea:

- Vía endovenosa: pacientes de < 60 kg, 500 mg (dos viales, cada vial contiene 250 mg), pacientes de entre 60 y 100 kg, 750 mg (tres viales), y pacientes de > 100 kg, 100 mg (cuatro viales), al inicio, a las 2 semanas y luego cada 4 semanas.
- Vía subcutánea: 125 mg semanales.

### ¿Cuál es su eficacia?

En los ensayos clínicos, abatacept ha demostrado ser eficaz en pacientes refractarios a FAME clásicos con una eficacia similar, aunque posiblemente un poco inferior a la terapia anti-TNF. Esto, junto a una pobre eficacia sobre las lesiones cutáneas de psoriasis, hace que su indicación sea preferentemente para aquellos pacientes con contraindicaciones a terapia anti-TNF o con problemas de seguridad (se trata de un fármaco muy seguro y con muy bajo riesgo de infecciones asociadas).

También ha demostrado eficacia en pacientes refractarios a anti-TNF, por lo que es una alternativa terapéutica más en estos casos.

### **Efectos secundarios**

Los efectos secundarios observados con más frecuencia son dolores de cabeza e infecciones de tracto respiratorio superior. El uso de abatacept está ligado a las mismas medidas de control y prevención que el resto de terapia biológica.

### **Biosimilares (tabla 9)**

Un biosimilar es un fármaco biológico (fabricado mediante síntesis biológica efectuada mediante cultivos celulares), con un principio activo comparable al medicamento biológico de referencia. Un biosimilar se puede fabricar y comercializar una vez que la patente de la molécula biológica original ha expirado, lo que sucede al cabo de 10 años de su registro. El concepto de medicamento biosimilar es el equivalente al de medicamento genérico, con la diferencia de que los primeros son de síntesis biológica y los segundos de síntesis química, por esto se denominan de forma distinta. La estructura molecular, la eficacia y la seguridad de los fármacos biosimilares, como su nombre indica, son similares pero no idénticos al fármaco original, a diferencia de los medicamentos genéricos, que son idénticos al original.

### **¿Cuáles están autorizados y cuándo se utilizan?**

Los medicamentos biosimilares actualmente autorizados por la EMA y comercializados en España para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica son:

- **Inflectra<sup>®</sup>, Flixabi<sup>®</sup> y Remsima<sup>®</sup>:** biosimilares de infliximab.
- **Benepali<sup>®</sup> y Erelzi<sup>®</sup>:** biosimilares de etanercept.
- **Amgevita<sup>®</sup>, Imraldi<sup>®</sup> e Hyrimoz<sup>®</sup>:** biosimilares de adalimumab.

### **Recomendaciones**

En pacientes que no han recibido antes un tratamiento biológico concreto, pueden usarse los medicamentos biosimilares sin limitaciones cuando sea necesario con las mismas indicaciones y limitaciones de uso que tienen los biológicos originales. Sin embargo, en pacientes que ya están en tratamiento con un medicamento biológico original, la sustitución por el mismo medicamento biosimilar no puede realizarse de forma automática y la decisión solo la pueden tomar de forma consensuada el médico y el paciente, teniendo en cuenta siempre el beneficio y la seguridad del paciente.

El uso de biosimilares requiere, al igual que los medicamentos biológicos originales, las mismas precauciones de uso y los mismos programas de seguimiento de farmacovigilancia.

**Tabla 7. Medicamentos biológicos para el tratamiento de la psoriasis**

Molécula	Nombre comercial	Mecanismo de acción	Tipo de molécula	Vía de administración	Indicaciones en psoriasis	Edad mínima de uso aprobada
Infliximab	Remicade®	Anti-TNF $\alpha$	Anticuerpo monoclonal quimérico IgG1	Endovenosa	Psoriasis Artritis psoriásica	18 años
Etanercept	Enbrel®	Anti-TNF $\alpha$	Proteína de fusión	Subcutánea	Psoriasis Artritis psoriásica	6 años
Adalimumab	Humira®	Anti-TNF $\alpha$	Anticuerpo monoclonal humano IgG1	Subcutánea	Psoriasis Artritis psoriásica	4 años
Golimumab	Simponi®	Anti-TNF $\alpha$	Anticuerpo monoclonal humano IgG1	Subcutánea	Artritis psoriásica	18 años
Certolizumab pegol	Cimzia®	Anti-TNF $\alpha$	Anticuerpo monoclonal humanizado IgG1 pegilado	Subcutánea	Psoriasis Artritis psoriásica	18 años
Ustekinumab	Stelara®	Anti-IL-12/IL-23	Anticuerpo monoclonal humano IgG1	Subcutánea	Psoriasis Artritis psoriásica	12 años
Secukinumab	Cosentyx®	Anti-IL-17A	Anticuerpo monoclonal humano IgG1	Subcutánea	Psoriasis Artritis psoriásica	18 años
Ixekizumab	Taltz®	Anti-IL-17A	Anticuerpo monoclonal humanizado IgG4	Subcutánea	Psoriasis Artritis psoriásica	18 años

IgG: inmunoglobulina G; IL: interleuquina; TNF $\alpha$ : factor de necrosis tumoral alfa.

**Tabla 8. Medicamentos biológicos para el tratamiento de la psoriasis**

Molécula	Nombre comercial	Mecanismo de acción	Tipo de molécula	Vía de administración	Indicaciones en psoriasis	Edad mínima de uso aprobada
Abatacept	Orencia®	Impide unión del receptor de células T a la célula presentadora de antígeno	Proteína de fusión	Subcutánea	Artritis psoriásica	18 años
Brodalumab	Kyntheum®	Anti-IL-17 receptor	Anticuerpo monoclonal humano IgG2	Subcutánea	Psoriasis	18 años

EMA: Agencia Europea de Medicamentos; IgG: inmunoglobulina G; IL: interleuquina.

**Tabla 9. Medicamentos biosimilares para el tratamiento de la psoriasis**

Molécula	Nombre comercial	Mecanismo de acción	Tipo de molécula	Vía de administración	Indicaciones en psoriasis	Edad mínima de uso aprobada
Infliximab	Remsima® Inflixtra® Flixabi® Zessly®	Anti-TNF $\alpha$	Anticuerpo monoclonal quimérico IgG1	Endovenosa	Psoriasis Artritis psoriásica	18 años
Etanercept	Benepali® Erelzy®	Anti-TNF $\alpha$	Proteína de fusión	Subcutánea	Psoriasis Artritis psoriásica	6 años
Adalimumab	Hyrimoz® Imraldi® Amgevita®	Anti-TNF $\alpha$	Anticuerpo monoclonal humano IgG1	Subcutánea	Psoriasis Artritis psoriásica	4 años

IgG: inmunoglobulina G; TNF $\alpha$ : factor de necrosis tumoral alfa.

## TRATAMIENTOS TÓPICOS PARA LA PSORIASIS

MOLÉCULA	NOMBRE COMERCIAL	POTENCIA
<b>CORTICOSTEROIDES</b>		
Betametasona dipropionato	Diproderm®	Alta
Beclometasona dipropionato	Menaderm Simple®	Alta
Betametasona dipropionato + calcipotriol	Enstilar®	Alta
	Daivobet®	Alta
Betametasona dipropionato + ácido salicílico	Diprosalic®	Alta
Beclometasona dipropionato + clioquinol	Menaderm Clio®	Alta
Betametasona dipropionato + clotrimazol	Beta Micoter®	Alta
Betametasona dipropionato + gentamicina	Diprogenta®	Alta
Beclometasona dipropionato + neomicina	Menaderm Neomicina®	Alta
Betametasona valerato	Betnovate®	Alta
	Celecrem®	Alta
	Cortitape®	Alta
Betametasona valerato + ácido fusídico	Fucibet®	Alta
Betametasona valerato + fluocinolona acetónido	Alergical® Crema	Alta
Betametasona valerato + gentamicina sulfato	Celestoderm®	Alta
Betametasona valerato + gentamicina sulfato + clioquinol + tolnaftato	Cuatrocrem®	Alta
Clobetasona butirato 0,05%	Emovate®	Moderada
Clobetasol propionato	Clobisdin®	Muy alta
	Clarelux®	Muy alta
	Clobex®	Muy alta
	Clovate®	Muy alta
	Decloban®	Muy alta

Continúa

## TRATAMIENTOS TÓPICOS PARA LA PSORIASIS (Continuación)

MOLÉCULA	NOMBRE COMERCIAL	POTENCIA
<b>CORTICOSTEROIDES</b>		
<b>Diflorasona diacetato</b>	Murode®	Alta
<b>Fluocinolona acetónido</b>	Fluocid Forte®	Alta
	Gelidina®	Alta
	Synalar Gamma®	Alta
	Synalar®	Alta
<b>Fluocinónida</b>	Novoter®	Alta
<b>Fluocortolona</b>	Ultralan M®	Alta
<b>Fluometolona + urea + bronopol</b>	Solubalm®	Moderada
<b>Fluticasona propionato</b>	Flunutrac®	Alta
	Fluticrem®	Alta
	Cutivate®	Alta
<b>Hidrocortisona 1%</b>	Lactisona 1%®	Débil
<b>Hidrocortisona aceponato 0,127%</b>	Suniderma®	Alta
<b>Hidrocortisona acetato 1-0,5%</b>	Calmiox 0,5%®	Débil
	Dermosa-Hidrocortisona 1%®	Débil
	Hidrocisdin 0,5%®	Débil
<b>Hidrocortisona + aciclovir</b>	Zoviduo®	Débil
<b>Hidrocortisona buteprato 0,1%</b>	Nutrasona®	Moderada
<b>Hidrocortisona + cloranfenicol</b>	Cortison Chemicetina®	Débil
<b>Hidrocortisona + fusídico</b>	Fucidine H®	Débil
<b>Hidrocortisona + neomicina</b>	Tisuderma®	Débil
<b>Hidrocortisona + miconazol</b>	Brentan®	Débil
<b>Hidrocortisona + neomicina + bacitracina</b>	Dermo Hubber® Pomada	Débil

Continúa

## TRATAMIENTOS TÓPICOS PARA LA PSORIASIS (Continuación)

MOLÉCULA	NOMBRE COMERCIAL	POTENCIA
<b>CORTICOSTEROIDES</b>		
<b>Hidrocortisona + oxitetraciclina</b>	Terracortril® Pomada	Débil
<b>Hidrocortisona + propanocaína</b>	Detramax®	Débil
<b>Metilprednisolona aceponato</b>	Adventan®	Alta
	Lexxema®	Alta
<b>Mometasona furoato</b>	Elocom®	Alta
	Konex EFG®	Alta
	Mometasona Abamed®	Alta
	Mometasona Kern Pharma®	Alta
	Mometasona Korhispana®	Alta
	Mometasona Mede®	Alta
	Mometasona Tarbis®	Alta
	Monovo®	Alta
<b>Mometasona + salicílico</b>	Elocom Plus®	Alta
<b>Prednicarbato</b>	Batmen®	Alta
	Peitel®	Alta
<b>Prednisolona + alantoína + aminoacridina + bálsamo del Perú</b>	Antigrietum®	Débil
<b>Triamcinolona acetónido + centella</b>	Cemalyt®	Moderada
<b>Triamcinolona acetónido + framicitina</b>	Aldoderma®	Moderada
<b>Triamcinolona acetónido + gentamicina sulfato + nistatina</b>	Interderm® Crema	Moderada

Continúa

## TRATAMIENTOS TÓPICOS PARA LA PSORIASIS (Continuación)

MOLÉCULA	NOMBRE COMERCIAL	POTENCIA
<b>CORTICOSTEROIDES</b>		
Triamcinolona acetónido + neomicina sulfato + nistatina	Positon®	Moderada
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
Pimecrólímus	Rizan®	
	Elidel®	
Tacrólímus	Protopic®	
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA D</b>		
Calcipotriol	Daivonex®	
Calcitriol	Silkis®	
Tacalcitol	Bonalfa®	
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
Tazaroteno	Zorac®	

## TRATAMIENTOS SISTÉMICOS PARA LA PSORIASIS Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA

MOLÉCULA	NOMBRE COMERCIAL	PSORIASIS	ARTRITIS PSORIÁSICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
<b>SISTÉMICOS NO BIOLÓGICOS</b>				
<b>Acitretina</b>	Neotigasón®	X		Oral
	Acitretina IFC®	X		Oral
<b>Ciclosporina</b>	Sandimmun Neoral®	X		Oral
<b>Dimetilfumarato</b>	Skilarence®	X		Oral
<b>Leflunomida</b>	Leflunomida Apotex®		X	Oral
	Leflunomida Cinfa®		X	Oral
	Arava®		X	Oral
	Leflunomida Medac®		X	Oral
	Leflunomida Mylan®		X	Oral
	Leflunomida Normon®		X	Oral
	Leflunomida Ratiopharm®		X	Oral
	Leflunomida Stada®		X	Oral
	Lefluartil®		X	Oral
	Leflunomida Tecnigen®		X	Oral
	<b>Metotrexato</b>	Metotrexato Wyeth®	X	X
Metotrexato Cipla®		X	X	Oral
Metoject®		X	X	Subcutánea
Quinux®		X	X	Subcutánea
Bertanel®		X	X	Subcutánea
Nordimet®		X	X	Subcutánea
Metotrexato Lederle®		X	X	Subcutánea
	Glofer®	X	X	Subcutánea
<b>Sulfasalazina</b>	Salazopyrina®		X	Oral
<b>MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD CON DIANA ESPECÍFICA</b>				

Continúa

## TRATAMIENTOS SISTÉMICOS PARA LA PSORIASIS Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA

(Continuación)

MOLÉCULA	NOMBRE COMERCIAL	PSORIASIS	ARTRITIS PSORIÁSICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
<b>Apremilast</b>	Otezla®	X	X	Oral
<b>Tofacitinib</b>	Xeljanz®		X	Oral
<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>				
<b>Diclofenaco</b>	Diferentes marcas		X	Oral- Intravenosa
<b>Ibuprofeno</b>	Diferentes marcas		X	Oral- Intravenosa
<b>Naproxeno</b>	Diferentes marcas		X	Oral- Intravenosa
<b>Piroxicam</b>	Diferentes marcas		X	Oral- Intravenosa
<b>CORTICOSTEROIDES</b>				
<b>Deflazacor</b>	Diferentes marcas		X	Oral
<b>Parametasona</b>	Diferentes marcas		X	Subcutánea
<b>Prednisolona</b>	Diferentes marcas		X	Oral
<b>Prednisona</b>	Diferentes marcas		X	Oral
<b>Triamcinolona</b>	Diferentes marcas		X	Subcutánea
<b>BIOLÓGICOS</b>				
<b>Abatacept</b>	Orencia®		X	Subcutánea
<b>Adalimumab</b>	Humira®	X	X	Subcutánea
<b>Adalimumab biosimilar</b>	Hyrimoz®	X	X	Subcutánea
	Imraldi®	X	X	Subcutánea
	Amgevita®	X	X	Subcutánea
<b>Brodalumab</b>	Kyntheum®	X		Subcutánea
<b>Certolizumab pegol</b>	Cimzia®	X	X	Subcutánea
<b>Etanercept</b>	Enbrel®	X	X	Subcutánea
<b>BIOLÓGICOS</b>				

Continúa

## TRATAMIENTOS SISTÉMICOS PARA LA PSORIASIS Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA (Continuación)

MOLÉCULA	NOMBRE COMERCIAL	PSORIASIS	ARTRITIS PSORIÁSICA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN
<b>Etanercept biosimilar</b>	Benepali®	X	X	Subcutánea
	Erelzi®	X	X	Subcutánea
<b>Golimumab</b>	Simponi®		X	Subcutánea
<b>Infliximab</b>	Remicade®	X	X	Intravenosa
<b>Infliximab biosimilar</b>	Flixabi®	X	X	Intravenosa
	Inflectra®	X	X	Intravenosa
	Remsima®	X	X	Intravenosa
	Zessly®	X	X	Intravenosa
<b>Ixekizumab</b>	Taltz®	X	X	Subcutánea
<b>Secukinumab</b>	Cosentyx®	X	X	Subcutánea
<b>Ustekinumab</b>	Stelara®	X	X	Subcutánea

Consultar las especificaciones de uso de cada producto en su ficha técnica.



## CÓMO SE TRATAN LAS FORMAS ESPECIALES DE PSORIASIS Y DE ARTRITIS PSORIÁSICA

### PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO

En un 70-80 % de los pacientes la psoriasis se manifiesta en el cuero cabelludo. Se trata, pues, de una de las zonas en las que esta enfermedad es más común y, en ocasiones, incluso puede ser la única área afectada.

#### ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES?

- **Champús** que contengan alquitrán, queratolíticos y corticosteroides tópicos para la psoriasis leve o como complemento a cualquier otro tratamiento.
- **Fórmulas magistrales** que contienen urea, resorcina y ácido salicílico para eliminar las escamas adheridas. Suelen dejarse aplicadas durante la noche y se retiran por la mañana con el lavado del cabello.
- **Lociones, emulsiones, geles o champús** (Clobex®) que contengan corticosteroides. La mayor parte se aplican y se dejan actuar durante toda la noche. Sin embargo, Clobex® champú se aplica durante 15 minutos y luego se retira lavando la cabeza aprovechando su efecto champú.
- **Loción que contiene corticosteroides y ácido salicílico** (Diprosalic® Solución).
- **Tratamientos sistémicos** orales o inyectados. Aunque no es lo habitual, en casos muy resistentes puede ser necesario recurrir a ellos.

En todas las etapas es muy recomendable un tratamiento integral que incluya el **uso de productos tópicos complementarios a los recetados por el médico**. Se trata de **cremas, pomadas y geles específicos para el cuero cabelludo** que ayudan a restablecer la hidratación de la piel. Estos productos pueden contener diferentes componentes y principios activos, como el ácido salicílico (contribuye a adelgazar las lesiones y a hacerlas menos descamativas), urea (efecto hidratante), ácido glicólico (ayuda a disminuir la descamación), pitiriona de cinc (reduce el recambio celular) e ictiol (efecto antiinflamatorio).

## EFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios de los corticosteroides tópicos en el cuero cabelludo son menores que cuando se usan en otras partes del cuerpo.

## RECOMENDACIONES

- Procurar no rascarse para arrancarse las escamas, ya que ello produce, por efecto de Koebner, un resultado rebote.
- Aplicar el tratamiento por la noche, antes de dormir, para que pueda hacer efecto durante toda la noche.
- Evitar la aplicación del tratamiento en zonas no afectadas o en la cara.

---

## PSORIASIS EN LOS PLIEGUES Y GENITALES

---

La psoriasis puede afectar la piel genital, la mucosa genital y los pliegues. Pese a no ser la más común de las formas de psoriasis, afecta a un gran número de pacientes.

## ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES?

- **Corticosteroides:** la piel que cubre los pliegues y protege la zona genital es especialmente fina. Por eso, el uso de corticosteroides de alta potencia únicamente es recomendable en casos graves y debe aplicarse solo de forma puntual. Se aconseja la administración de **corticosteroides de baja o moderada potencia**, siempre durante menos de una semana. Pasado este tiempo, se deben combinar con otros tratamientos de mantenimiento, como los inhibidores de la inflamación (tacrólimus o pimecrólimus).
- Combinación de **corticosteroides con antifúngicos y antibióticos:** la indicación de estos fármacos es la misma que con el uso de corticosteroides, el tratamiento no debe superar la semana ininterrumpida de duración.
- **Fármacos sistémicos:** la psoriasis genital suele responder bien al tratamiento tópico pero, en caso de que ofrezca resistencia a los fármacos tópicos y ocasione lesiones crónicas, se recurre a fármacos sistémicos y biológicos.

---

## PSORIASIS DE PALMAS Y PLANTAS

---

### ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES?

- **Fórmulas magistrales queratolíticas:** suelen contener urea y ácido salicílico en una base de vaselina u otro excipiente graso (Vaselix® y fórmulas magistrales). Muy útiles en esta localización, ya que las lesiones son más hiperqueratósicas y tienden a agrietarse.
- **Corticosteroides tópicos** de alta potencia: pueden usarse durante períodos más prolongados, ya que la piel palmar y plantar es menos sensible a los efectos secundarios de los corticosteroides.
- **Tratamiento sistémico:** si la afectación es intensa e invalidante, puede ser necesario recurrir a ellos. Los más útiles son: acitretina, metotrexato, apremilast y los medicamentos biológicos.

---

## PSORIASIS EN LAS UÑAS

---

La psoriasis ungueal es difícil de tratar:

- Por el lento crecimiento de las uñas.
- Porque hay que tener paciencia con el tratamiento antes de notar una mejoría.
- Por la dificultad de los fármacos tópicos a la hora de penetrar en las uñas.
- Por la limitación en el uso de tratamientos sistémicos en el caso de pacientes con psoriasis grave en las uñas y escasa afectación en la piel.

### ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES?

- Los **tratamientos tópicos con cremas y pomadas son poco efectivos** y precisan mucha constancia.
- El tratamiento con **inyecciones alrededor de la uña** es muy doloroso.
- Los mejores resultados se obtienen con los **tratamientos sistémicos clásicos (metotrexato), apremilast** y especialmente con **los tratamientos biológicos**.



## ¿ME PUEDO VACUNAR SI ESTOY EN TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS?

En las personas con psoriasis y/o artritis psoriásica en tratamiento, deben diferenciarse dos grupos:

- Pacientes que toman una medicación que no afecta a su sistema inmunológico, como los tratados con **terapias tópicas, fototerapia, acitretino y AINE: deberían seguir las recomendaciones de vacunación aplicables a la población general.**
- Pacientes con **tratamientos sistémicos tradicionales** (ciclosporina A, metotrexato) o **biológicos**: en este último grupo la **interacción del tratamiento de la psoriasis, habitualmente continuado, con la vacunación es un tema controvertido.**

Si reciben estos tipos de medicamentos, deben **suspender el tratamiento 4 semanas antes de la administración de vacunas que contengan agentes vivos atenuados** y no volver a reanudar el tratamiento hasta que hayan transcurrido 4 semanas.

**Vacunas de agentes vivos atenuados que deben administrarse separadas al menos 4 semanas de la administración de un tratamiento inmunosupresor o biológico:**

- Bacilo Calmette-Guérin contra la tuberculosis
- Cólera oral
- Fiebre amarilla
- Fiebre tifoidea oral
- Paperas
- Polio oral
- Rubéola
- Sarampión
- Varicela

Por otra parte, los pacientes en tratamiento con biológicos e inmunosupresores **pueden ser vacunados con toxoides o agentes infecciosos muertos.** La eficacia protectora de estas vacunas parece que es buena, pero resulta recomendable, para asegurar su efectividad, la suspensión del tratamiento sistémico cuando se desee efectuar la vacunación.

Respecto a la vacunación de pacientes con psoriasis que presumiblemente deban ser tratados con biológicos en algún momento de su vida, la recomendación actual consiste

en vacunarlos antes del inicio del tratamiento con las vacunas: neumococo heptavalente, gripe, hepatitis A y B, difteria y tétanos.

---

 Para más información:

<https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/vivir-con-psoriasis/434-me-puedo-vacunar.html>

---



## ¿QUÉ ESTRATEGIAS PUEDE SEGUIR EL ESPECIALISTA?

Tanto la psoriasis como la artritis psoriásica no se manifiestan con los mismos síntomas en todas las personas. Por ello, es importante que los tratamientos sean siempre personalizados. Hay que tener presente que un tratamiento que le puede ir bien a una persona puede ser perjudicial para otra.

El especialista diseñará un programa a medida en función de:

- La intensidad, la localización, el tiempo de evolución y el número de brotes anuales.
- La edad de la persona, las enfermedades de base que padezca, la medicación previa que tome, el tipo de vida que lleve, la afectación articular que manifieste y la respuesta que haya obtenido con otros tratamientos.
- Teniendo en cuenta estos factores, el especialista propondrá el tipo de tratamiento y también la estrategia a seguir en cada caso y en cada momento.

### Estrategias posibles:

- En ocasiones, la **enfermedad se hace resistente a un tratamiento, que deja de ser efectivo, y debe aumentarse la dosis o cambiarse por otro.**
- En otros casos, hay períodos en que la **dolencia permanece inactiva, con lo que se puede suspender el tratamiento (vacaciones terapéuticas).**
- Para disminuir los efectos secundarios del tratamiento sistémico tradicional (metotrexato, acitretina y ciclosporina) o de la radiación **UVB y UVA, se emplea una estrategia consistente en realizar un tratamiento rotacional entre los diferentes fármacos y alternarlos con períodos de descanso.**
- También se aplica esta estrategia de alternar medicamentos en el caso de los tratamientos tópicos. Se puede empezar por un corticosteroide tópico y, al cabo de unos meses, cambiarlo por cremas o pomadas de derivados de la vitamina D o por emolientes. Así se disminuyen los posibles efectos secundarios de los corticosteroides tópicos, previniendo la taquifilaxia y disminuyendo el efecto rebote.
- **Tratamientos combinados de dos o más medicamentos,** ya sea aplicándolos en el mismo día o alternativamente. El objetivo es reducir la cantidad necesaria de cada medicamento con el fin de disminuir sus efectos secundarios, complementar los puntos débiles de cada uno de ellos, potenciar su eficacia y acelerar el blanqueamiento, y disminuir el gasto farmacéutico en el caso de los tratamientos biológicos. En esta estrategia terapéutica pueden combinarse medicamentos sistémicos tradicionales, tópicos, biológicos y fototerapia.

El tratamiento combinado y rotatorio también sirve para que el paciente no caiga en la rutina y descuide su proceso curativo, lo que es muy importante en una enfermedad crónica como la psoriasis.

El tratamiento de la psoriasis debe enfocarse de una manera global y continua, teniendo en cuenta tanto aspectos físicos como psicológicos, familiares y sociales de los pacientes.



## ¿QUÉ ESTRATEGIAS PUEDO SEGUIR YO?

La psoriasis o la artritis psoriásica no son enfermedades localizadas solo en la piel o las articulaciones, sino que tienen su origen en un anormal funcionamiento del sistema inmune que predispone a la inflamación.

Actualmente se ha demostrado que la inflamación interviene también en el aumento del riesgo cardiovascular, entre otras enfermedades. Por este motivo, es importante adoptar un estilo de vida respetuoso con tu organismo. **El primer paso es empoderar la propia salud**, una buena estrategia para hacer frente a la enfermedad:

- **Informarse sobre la psoriasis y la artritis psoriásica y comprenderla.**
- **Seguir todos los tratamientos pautados por el especialista.**
- **No saltarse las visitas programadas.**
- **No automedicarse ni recurrir a tratamientos dudosos.** Antes de iniciar cualquier terapia, hay que consultarlo con el especialista.
- **Mantener una buena relación con el médico**, pues es fundamental para conseguir un buen control de la enfermedad.
- **Usar cremas y lociones hidratantes y emolientes** a diario para mantener la flexibilidad de la piel, evitar las grietas y reducir el picor. Además, aumentan la eficacia de los tratamientos y ayudan a disminuir la inflamación y la descamación.
- **El baño es mejor que la ducha.** Un baño de unos 20 o 30 minutos en agua no muy caliente ayuda a desprender las escamas, sentir la piel más confortable y relajarse. Al agua se le pueden añadir aceites, sales o avena. Al salir del baño conviene aplicarse emolientes que ayudan a mantener la hidratación de la piel conseguida con el baño.
- **Tomar el sol** siempre que sea posible, evitando las quemaduras solares.
- Los **baños de mar o en balnearios** con aguas adecuadas pueden ayudar a mejorar la psoriasis. Los datos sobre su efecto en la artritis psoriásica son pobres y en general controvertidos.
- Conviene que la **ropa en contacto con la piel sea de algodón** y no demasiado ajustada.
- Cuando **el picor sea difícil de soportar**, puede aplicarse la crema hidratante enfriada en el frigorífico.
- Es importante llevar las **uñas cortas y limpias** para disminuir las posibles heridas e infecciones por el rascado. Puede ser útil el uso de guantes de algodón para dormir.
- **Cuando se sienta dolor** a causa de la inflamación en la zona de inserción en el hueso, músculo, tendón o ligamento (lo que se conoce como entesitis), hay que **aplicar frío sobre la articulación durante 10 minutos aproximadamente.**

- **Equilibrar el menú.** Hay que seguir una dieta equilibrada, rica en fruta y verdura.
- Reducir el peso si se padece obesidad o sobrepeso.
- **Eliminar el tabaco, el alcohol y las drogas.** Se sabe que pueden provocar un empeoramiento de la enfermedad.
- **El deporte es un aliado:** el especialista aconsejará cuál es la actividad física que es conveniente practicar dependiendo del momento.
- **La rehabilitación y el ejercicio** son fundamentales para mantener y mejorar la movilidad y funcionalidad de las articulaciones, estén o no estén afectadas por la artritis psoriásica. No existe ninguna contraindicación, aunque el ejercicio debe ajustarse a las características de cada paciente. Debe evitarse en las fases agudas de artritis inflamatoria la sobrecarga de las articulaciones afectas, aunque los ejercicios pasivos de estiramiento no estarían contraindicados.
- **Gestionar el estrés:** es vital aprender a gestionarlo, ya que tiene un impacto negativo sobre nuestro sistema inmunitario y repercute en la salud de nuestra piel y de todo nuestro organismo.
- **Pertenecer a una asociación de pacientes** favorece una actitud proactiva hacia la enfermedad que beneficia su control y su buena evolución.

## ABORDAJE DE LAS COMORBILIDADES

Los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica tienen mayor incidencia de sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes, y por ello mayor riesgo cardiovascular.

El sobrepeso se ha asociado a una mayor frecuencia y gravedad de la artritis psoriásica y a un menor efecto de la terapia biológica. En este sentido, mantener una dieta equilibrada, hacer ejercicio de forma regular y evitar el sobrepeso son factores coadyuvantes importantes en el tratamiento de estos pacientes.

El uso continuado de AINE y sobre todo de corticosteroides aumenta la presión arterial, de modo que los especialistas (dermatólogo y reumatólogo) deben valorar adecuadamente el riesgo cardiovascular en las personas con psoriasis y artritis psoriásica.

Asimismo, estos pacientes también tienen mayor incidencia de depresión que la población general, debido a las lesiones cutáneas y especialmente a la discapacidad producida por la artritis. La presencia de depresión comporta peor calidad de vida y menor adherencia al tratamiento, por lo que es importante que el médico esté atento y remita al paciente al especialista pertinente ante la sospecha de este cuadro.

## TERAPIAS ALTERNATIVAS O NATURALES

En ocasiones y en algunas personas es posible que las terapias alternativas (acupuntura, homeopatía, fitoterapia, aromaterapia, flores de Bach, reflexoterapia, drenaje linfático, etc.) produzcan un efecto beneficioso que conlleve una mejoría de la enfermedad, pero no existen trabajos científicos que avalen estos procedimientos. Se cree que su acción beneficiosa se debe al efecto placebo o psicológico. Las personas con psoriasis tienen todo el derecho a probarlas, pero siempre deben comunicar a sus médicos si las prueban, porque algunas de ellas tienen efectos secundarios o pueden interactuar con los medicamentos que el paciente esté tomando.

## TRATAMIENTOS MILAGROSOS

Una persona con psoriasis y/o artritis psoriásica, o con cualquier otra enfermedad crónica, debe desconfiar del anuncio de «tratamientos curativos», ya que estos no existen y la mayoría de veces son timos que se aprovechan de la buena fe, la falta de conocimientos médicos y la desesperación de algunos afectados. Hay que tener en cuenta que todo supuesto medicamento que se vende sin receta, prospecto ni composición no es un medicamento y no cuenta con ningún aval ni supervisión por parte de la Agencia Española del Medicamento.

Además de crear falsas esperanzas, estos «tratamientos milagrosos» pueden incluso llegar a empeorar la enfermedad.

## CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN

La mejor forma de saber más sobre la psoriasis es **preguntar al médico, otros profesionales de la salud o consultar a una asociación de pacientes**. Si se requiere más información, hay que preguntarles dónde encontrarla. La búsqueda en Internet es arriesgada, porque resulta muy difícil determinar la calidad de la información que hallamos entre las miles de páginas web existentes. La mayoría de páginas, que suelen ser la primeras que aparecen en los buscadores, solo tienen un interés comercial y la información es tendenciosa o incluso errónea. Además, en Internet existe mucha oferta de tratamientos curativos milagrosos que, como hemos comentado, son un engaño. Hay que tener claro que de momento la curación no es posible, por lo que quienes la garantizan mienten.

La oficina de farmacia también nos puede asesorar sobre la forma de administración de los medicamentos, advertirnos de sus posibles efectos secundarios y contraindicaciones y aconsejarnos sobre los cuidados de la piel.

## QUÉ VENTAJAS TIENE PERTENECER A UNA ASOCIACIÓN DE PACIENTES

Las visitas médicas suelen ser breves y espaciadas en el tiempo, por lo que es posible que llegues a sentirte desorientado y solo. No dudes en buscar apoyo. **En Acción Psoriasis, asociación de pacientes y familiares fundada en 1993 con el apoyo de especialistas médicos, velamos por tus derechos y ponemos a tu disposición un amplio abanico de servicios de información y asesoramiento.** Queremos llevarte de la mano hacia un buen control de tu enfermedad y hacia una mejora en tu calidad de vida.

Ofrecemos un **servicio de apoyo y orientación al paciente e información profesional y contrastada** a través de nuestras webs ([www.accionpsoriasis.org](http://www.accionpsoriasis.org) y [www.artritispsoriasisica.org](http://www.artritispsoriasisica.org)), blog, App, revistas, cursos on-line, manuales y guías de tratamiento.

## PERSPECTIVAS DE FUTURO

Cuando se tiene una enfermedad crónica como la psoriasis y la artritis psoriásica, lo más importante es aprender a convivir con ella: aceptarla y tener una actitud proactiva. Asimismo, informarse e implicarse en el tratamiento resulta de gran ayuda y facilita su cumplimiento. Si esto se lleva a cabo, se obtendrá una mejoría mayor, más rápida y más duradera.

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, sin duda, conllevarán el desarrollo de nuevos medicamentos y de nuevas estrategias terapéuticas.

Recuerde que el dermatólogo y/o el reumatólogo serán su mejor aliado para ayudarle a decidir el tratamiento que más le conviene. Después de leer esta guía se habrán aclarado algunas de sus dudas, pero también habrán surgido nuevas. Pregunte a su médico lo que no entienda o quiera saber acerca de la psoriasis y valore hacerse socio de una asociación de pacientes.



El contenido de esta guía actualiza la evidencia disponible desde la fecha de elaboración de la anterior, en 2008. Su elaboración ha sido promovida por ACCIÓN PSORIASIS (entidad de utilidad pública) y coordinada por el Dr. Miquel Ribera y el Dr. Jordi Gratacós, junto con la colaboración de Abbvie, Almirall, Gebro Pharma, Leo Pharma, Novartis, Janssen y Sandoz. Toda la información contenida en la guía se ha realizado de forma estrictamente independiente a los laboratorios farmacéuticos.

