



## Tractament Tòpic de la Psoriasi a l'Atenció Primària



Document digital Full per a pacients



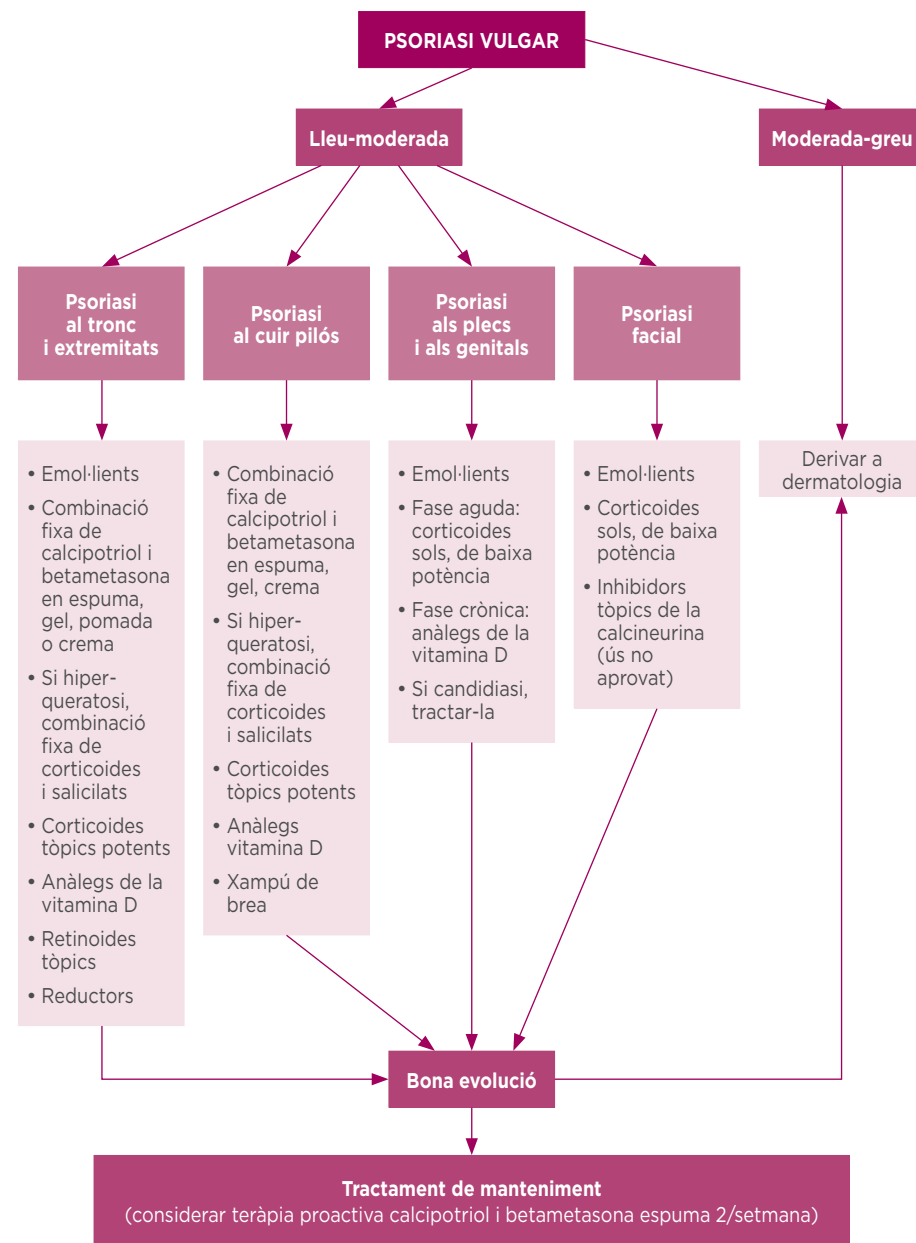
Aquest document ha estat finançat per Leo Pharma. Les conclusions, interpretacions i opinions expressades en ell corresponen exclusivament a les seves autores.



www.camfic.cat

### Psoriasi lleu (afectació de menys del 5-10% de la superfície corporal; dependent del perfil del pacient)

Han d'utilitzar-se els tractaments tòpics com es mostra a l'algoritme següent<sup>15</sup>:



### Bibliografia

- Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(5):504-9.
- Deng Y, Chang C, Lu Q. The Inflammatory Response in Psoriasis: a Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2016;50(3):377-89.
- Sgouros D, Apalla Z, Ioannides D, Katoulis A, Rigopoulos D, Sotiriou E, et al. Dermoscopy of Common Inflammatory Disorders. *Dermatol Clin.* 2018;36(4):359-68.
- Daschuk A, Dobrzanskaya Y, Pustovaya. The role of the stress in the development of severe forms of psoriasis (case report). *Georgian Med News.* 2018;(279):97-102.
- Carrascosa JM, Rocamora V, Fernández-Torres RM, Jiménez- Puya R, Moreno JC, Coll-Puigserver N, et al. Obesidad y psoriasis: naturaleza inflamatoria de la obesidad, relación entre psoriasis y obesidad e implicaciones terapéuticas. *Actas Dermosifiliogr.* 2014; 105:31-44.
- From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: The risk of cardiovascular disease in individuals with psoriasis and the potential impact of current therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:168-77.
- Segaert S, Shear NH, Chiricozzi A, Thaçi D, Carrascosa JM, Young H, Descamps V. Optimizing Anti-Inflammatory and Immunomodulatory Effects of Corticosteroid and Vitamin D Analogue Fixed-Dose Combination Therapy. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2017;7(3):265-79.
- Kragballe JP, Austad J, Barnes L, Vivi A, de la Brassine M, Cambazard F et al. A 52 week randomized safety study of calcipotriol/betamethasone dipropionate two-compound product (Dovonet®/daivonet®/taclonex®) in the treatment of psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol.* 2006; 154(6):1155-60.
- Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Hancock H. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;(3):CD005028.
- Paul C, Stein Gold L, Cambazard F, Kalb RE, Lowson D, Bang B, Griffiths CE. Calcipotriol plus betamethasone dipropionate aerosol foam provides superior efficacy vs. gel in patients with psoriasis vulgaris: randomized, controlled PSO-ABLE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(1):119-26.
- Menter A, Gold LS, Koo J, Villumsen J, Rosén M, Lebwohl M. Fixed-Combination Calcipotriene Plus Betamethasone Dipropionate Aerosol Foam Is Well Tolerated in Patients with Psoriasis Vulgaris: Pooled Data from Three Randomized Controlled Studies. *Skinmed.* 2017;15(2):119-24.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psoriasis: assessment and management | Guidance | NICE [Internet]. 2012 [citat 21-10-2022]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg153>
- Wang C, Lin A. Efficacy of topical calcineurin inhibitors in psoriasis. *J Cutan Med Surg.* 2014; 18:8-14.
- Sekhon S, Jeon C, Nakamura M, Afifi L, Yan D, Wu JJ et al. Review of the mechanism of action of coal tar in psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2018;29(3):230-2.
- Lim WL, How CH, Tan KW. Management of psoriasis in primary care. *Singapore Med J [Internet].* 2021 [citat 28-10-2022];62(3):109.



## Tractament tòpic de la Psoriasi a l'atenció primària



Autoras:

**Maria del Mar Ballester Torrens**  
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Centre d'Atenció Primària Ramon Turró  
ABS 10B. Barcelona  
Grup de Treball de Dermatologia de la CAMFiC

**Rosa Senan Sanz**  
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
Centre d'Atenció Primària el Clot. Barcelona  
Grup de Treball de Dermatologia de la CAMFiC



## Psoriasi

Dermatosi inflamatòria crònica de la pell (prevalença: 2-3% de la població<sup>1</sup>) i ocasionalment de les articulacions, no contagiosa, immunomediada i que cursa amb exacerbacions i remissions.

Es produeix una alteració de la diferenciació dels queratinòcits que ocasiona la seva hiperproliferació i una inflamació de l'epidermis i la dermis, amb l'aparició de plaques descamatives i eritematoses<sup>2</sup>.

## Etiologia

Desconeguda, genèticament determinada.

## Diagnòstic

En la majoria dels casos és clínic: **eritema, engruiximent i descamació de plaques ben delimitades**, predominantment a les zones d'extensió de les extremitats (genolls, colzes i dors dels dits), retroauriculars, sacroglúties, al cuir pilós i a les plantes o els palmells. És infreqüent a la cara. En la dermatoscòpia<sup>3</sup>, fons vermell, vasos puntiformes o glomerulars i escames blanques nacrades són característiques de la psoriasi en plaques.

## Factors desencadenants

Tabaquisme, alcoholisme, climatologia, determinats factors ambientals, com alguns superantígens infecciosos (estreptococs, estafilococs, virus de la immuno-deficiència humana i cànides), traumatismes (incloent rascar-se, que produeix el fenomen de Koebner), fàrmacs (antiinflamatoris no esteroïdals, supressió del tractament amb corticoides sistèmics, blocadors β, liti, antimalàrics, alguns antihipertensius) i l'estrès<sup>4</sup>.

## Excipients segons la localització de la lesió

<b>Cuir pilós</b>	Espuma cutània, gel, emulsió, solució, xampú
<b>Cara</b>	Crema, loció, emulsió, gel
<b>Plecs</b>	Loció, emulsió, crema
<b>Zones acres, genolls</b>	Espuma, pomada, gel, ungüent, crema

## Tabla de diagnóstico diferencial

ENTIDAD	MORFOLOGÍA/LESIONES ELEMENTALES
<b>Psoriasi crònica estable (en plaques)</b>	Representa el 90% dels casos 
<b>Psoriasi vulgar</b>	Plaques aïllades o generalitzades 
<b>Psoriasi invertida</b>	Limitada a la zona unguial i palmoplantar, i al cuir pilós 
<b>Psoriasi de tipus inflamatori eruptiu</b>	
<b>Psoriasi guttata</b>	Inici sobtat de moltes lesions petites ( <i>guttata</i> o nummular) <ul style="list-style-type: none"> <li>Amb més tendència a una resolució espontània</li> </ul> 
<b>Psoriasi pustulosa</b>	Localitzada a la zona palmoplantar o bé generalitzada <ul style="list-style-type: none"> <li>És una forma severa, amb risc vital</li> </ul> 
<b>Psoriasi eritrodèrmica</b>	Afecta tota la superfície corporal, amb afectació general i multiorgànica <ul style="list-style-type: none"> <li>Severa i amb risc vital</li> </ul> 

Els pacients amb psoriasi moderada-greu (segons la regla dels 10: índex d'intensitat i extensió de la psoriasi [PASI] >10 o superfície corporal afectada [BSA; el total del palmell de la mà del pacient correspon a l'1% de la superfície corporal] >10% o índex de qualitat de vida en dermatologia [DLQI] >10) presenten un augment del risc cardiovascular<sup>5</sup> i més risc de diverses patologies<sup>6</sup>.

## Tabla

EXCIPIENTS	BROT	CONTINUÏTAT	OBSERVACIONS
<b>1a línia</b>			
<b>Combinació en dosis fixes de calcipotriol i corticoides<sup>7</sup></b>	1/dia 4 setmanes Inici de la resposta: 1 setmana	2-3/setmana a 1/dia Fins a 52 setmanes <sup>8</sup>	L'eficàcia i la seguretat a dosis fixes són superiors que les dels fàrmacs per separat <sup>9</sup> i es redueix la quantitat de corticoide. La teràpia de continuïtat amb combinació és més efectiva i tan segura com la dels anàlegs de la vitamina D (B-1-II). Efectes secundaris freqüents: irritació i prujia ocasional. La presentació en excipient d'espuma ha demostrat que és més eficaç que la mateixa combinació en pomada i en gel liofílic <sup>10</sup> , amb un perfil similar de seguretat <sup>11</sup> (I). L'espuma cutània i el gel milloren l'adherència del pacient i tenen millor relació cost-efectivitat.
<b>Combinació de corticoides i àcid salicílic</b>	1-2/dia durant 2-4 setmanes Inici de la resposta: 1-2 setmanes	No disponible	Indicada en lesions hiperqueratòsiques. L'eficàcia i la seguretat en fase aguda de la combinació són superiors a la medicació per separat. Efectes secundaris freqüents: irritació i prujia
<b>Corticoides tòpics</b>	1-2/dia/ 3-4 setmanes	1/2-3/ setmana	Poden utilitzar-se en tot tipus de psoriasi. Quan la malaltia estigui controlada, es reduirà la potència i la freqüència d'aplicació, de forma progressiva, per reduir l'efecte rebot i la taquiflàxia (resistència al tractament). No s'han d'utilitzar corticoides d'alta potencia >8 setmanes <sup>12</sup> .
<b>Anàlegs de la vitamina D</b> (calcipotriol, tacalcitol, calcitriol) Inhibidors de la calcineurina <sup>13</sup>	Brot	1/2-3/ setmana màxim de 52 setmanes <sup>24</sup>	Poden utilitzar-se en tot tipus de psoriasi amb poca afectació segons el PASI. No es necessita monitoratge amb dosis inferiors a 120 g/setmana. No combinar àcid salicílic amb altres compostos àcids. Combinats amb UVB o PUVA són efectius. Per reduir el risc d'hipercalcèmia, no s'han d'aplicar més de 100 g/setmana de calcipotriol o de 30 g/setmana de tacalcitol. No s'han d'utilitzar amb insuficiència renal. Efectes secundaris freqüents: dermatitis de contacte irritativa (no s'han d'aplicar a la cara ni als plecs, excepte el calcitriol). Lesions a la cara i genitals (no estan aprovats per l'FDA)

## Tabla

EXCIPIENTS	BROT	CONTINUÏTAT	OBSERVACIONS
<b>2a línia</b>			
<b>Retinoides</b>	Una aplicació a la nit durant un màxim de 3 mesos, a les àrees afectades per la psoriasi (no s'ha de tocar la pell sana)		La formulació en gel per a una aplicació diària és agradable cosmèticament. En monoteràpia presenten una eficàcia limitada i alta capacitat irritant. Combinats amb corticoides tòpics són més eficaços i menys irritants. Poden utilitzar-se combinats amb fototeràpia. Els retinoides són potencialment teratogènics.
<b>Reductors</b>	Una aplicació al dia, inicialment 30 minuts a dies alterns i s'augmenta la duració i la freqüència segons la tolerància		Ambdós són efectius, però poc acceptats pels pacients. El quitrà taca, fa olor, és fototòxic <sup>14</sup> i no s'ha d'utilitzar durant les 24 hores anteriors a una exposició solar. El ditranol i l'antralina taquen i són força irritants si no s'apliquen amb cura. Després del període d'aplicació prescrit s'han d'eliminar completament amb oli mineral, tot seguit es renten amb sabó àcid. Actualment pràcticament no es fan servir.
<b>EXCIPIENTS</b>	<b>BROT</b>	<b>CONTINUÏTAT</b>	<b>OBSERVACIONS</b>
<b>Tractament coadjuvant</b>			
<b>Emol·lients</b>	2-3/dia	2-3/dia	Proporcionen hidratació a l'estrat corni. Prevenen l'aparició de fissures i ajuden a l'eliminació de les escames.
<b>Queratolítics</b>	1/dia		Són útils per eliminar les escames i facilitar la penetració percutània d'alguns medicaments. Aquestes cures no s'han de perllongar més de 6-8 h.

FDA: Food and Drug Administration dels Estats Units; PASI: índex d'intensitat i extensió de la psoriasi; PUVA: administració de psoralens per via sistèmica combinada amb radiacions ultraviolades A; UVB: radiació ultraviolada B.

## Derivació a l'atenció especialitzada

- Derivació a l'atenció especialitzada
- Dubtes diagnòstics
- Casos lleus (BSA o PASI: 5-10%) que no responen al tractament després de 2-3 mesos
- Casos moderats o greus (BSA, PASI i DQLI >10)
- Psoriasi palmoplantar
- Psoriasi incapacitant a les ungles
- Si és necessari, cal valorar el tractament sistèmic
- Artropatia psoriàsica (derivar a dermatologia i reumatologia)

## Criteris de derivació immediata

- Eritrodèrmia** aguda (eritema i escames sobre la major part de la superfície cutània), psoriasi inestable aguda i psoriasi pustulosa generalitzada.