

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



Autores

Natàlia Arranz Pasqual

Especialista en Farmàcia Hospitalària
Servei de Farmàcia. Hospital Clínic de Barcelona

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

Rita Puig Soler

Responsable Unitat de Farmàcia
Regió Sanitària de Barcelona Metropolitana Nord. Catsalut

Rosa Senan Sanz

Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
Centre d'Atenció Primària El Clot. Barcelona
Grup de Treball de Dermatologia de la CAMFiC



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària



Sociedad Española de
Farmacéuticos de Atención Primaria



Psoriasi

Dermatosi inflamatòria crònica de la pell (prevalença: 2-3% de la població¹) 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 eritematoses².

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 dermatoscòpia³, 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 immunodeficiència humana i cànrides), traumatismes (incloent rascar-se, que produeix el fenomen de Koebner), fàrmacs (antiinflamatoris no esteroidals, supressió del tractament amb corticoides sistèmics, blocadors β , liti, antimalàrics, alguns antihipertensius) i l'estrès⁴.

Excipients segons la localització de la lesió

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



Tipus de psoriasi

TIPUS

CARACTERÍSTIQUES

Psoriasi crònica estable (en plaques)

Representa el 90% dels casos

Psoriasi vulgar

Plaques aïllades o generalitzades

Plaques eritemato-descamatives amb escates nacrades o platejades no adherents i vores delimitades. Afectació simètrica en colzes, genolls, sacre i cuir cabellut

- A vegades pruriginosa
- De curs crònic i intermitent



Psoriasi invertida

Plaques de color vermell intens o salmó, sense descamació

- Grans plecs



Limitada a certs llocs: unguial, palmoplantar, cuir pilós

Pitting unguial: lesió puntejada de les ungles



Psoriasi de tipus inflamatori eruptiu

Psoriasi guttata

Inici abrupte de múltiples pàpules disseminades en lesions petites (*guttata* o nummular)

- Més tendència a resolució espontània
- L'erupció és típica 15 dies després d'una infecció



Psoriasi pustulosa

Localitzada a la zona palmoplantar, o bé generalitzada

- És una forma severa, amb risc vital



Psoriasi eritrodèrmica

Afecta tota la superfície corporal, amb afectació general i multiorgànica

- Risc vital



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 cardiovascular⁵ i més risc de diverses patologies⁶.



Tractament tòpic farmacològic

PRINCIPI ACTIU

BROT

CONTINUÏTAT

OBSERVACIONS

1a línia

Combinació en dosis fixes de calcipotriol i corticoides⁷

Força de la recomanació A
Nivell d'evidència I i eficàcia

1/dia 4 setmanes
Inici de la resposta:
1 setmana

2-3/setmana a 1/dia
Fins a 52 setmanes⁸

L'eficàcia i la seguretat a dosis fixes són superiors que les dels fàrmacs per separat⁹ 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, I-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 liofílic¹⁰, amb un perfil similar de seguretat¹¹ (I). L'espuma cutània i el gel milloren l'adherència del pacient i tenen millor relació cost-efectivitat.

Combinació de corticoides i àcid salicílic

Força de la recomanació B
Nivell d'evidència I i eficàcia

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.

Corticoides tòpics

(cal valorar la potència segons la localització)

1-2/dia/
3-4 setmanes

1/2-3/
setmana

Poden utilitzar-se en tot tipus de psoriasis. Quan la malaltia estigui controlada, es reduirà la potència i la freqüència d'aplicació, de forma progressiva, per reduir l'efecte rebot i la taquifilàxia (resistència al tractament). No s'han d'utilitzar corticoides d'alta potència >8 setmanes¹².

Anàlegs de la vitamina D

(calcipotriol, tacalcitol, calcitriol)

1-2/dia/
3-4 setmanes

1/2-3/
setmana
Fins a 52 setmanes

Poden utilitzar-se en tot tipus de psoriasis 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).

Inhibidors de la calcineurina¹³

Brot

Lesions a la cara i genitals (no estan aprovats per l'FDA)



Tractament tòpic farmacològic

PRINCIPI ACTIU	BROT	OBSERVACIONS
----------------	------	--------------

2a línia

Retinoides

Tazarotè en gel

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.

Reductors

Quitrà i ditranol

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 fototòxic¹⁴ 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.

PRINCIPI ACTIU	BROT	CONTINUÏTAT	OBSERVACIONS
----------------	------	-------------	--------------

Tractament coadjuvant

Emol·lients

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.

Queratolítics

Àcid salicílic i àcid làctic

1/dia

Són útils per eliminar les escames i faciliten 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: index 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

- 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)

Críteris de derivació immediata

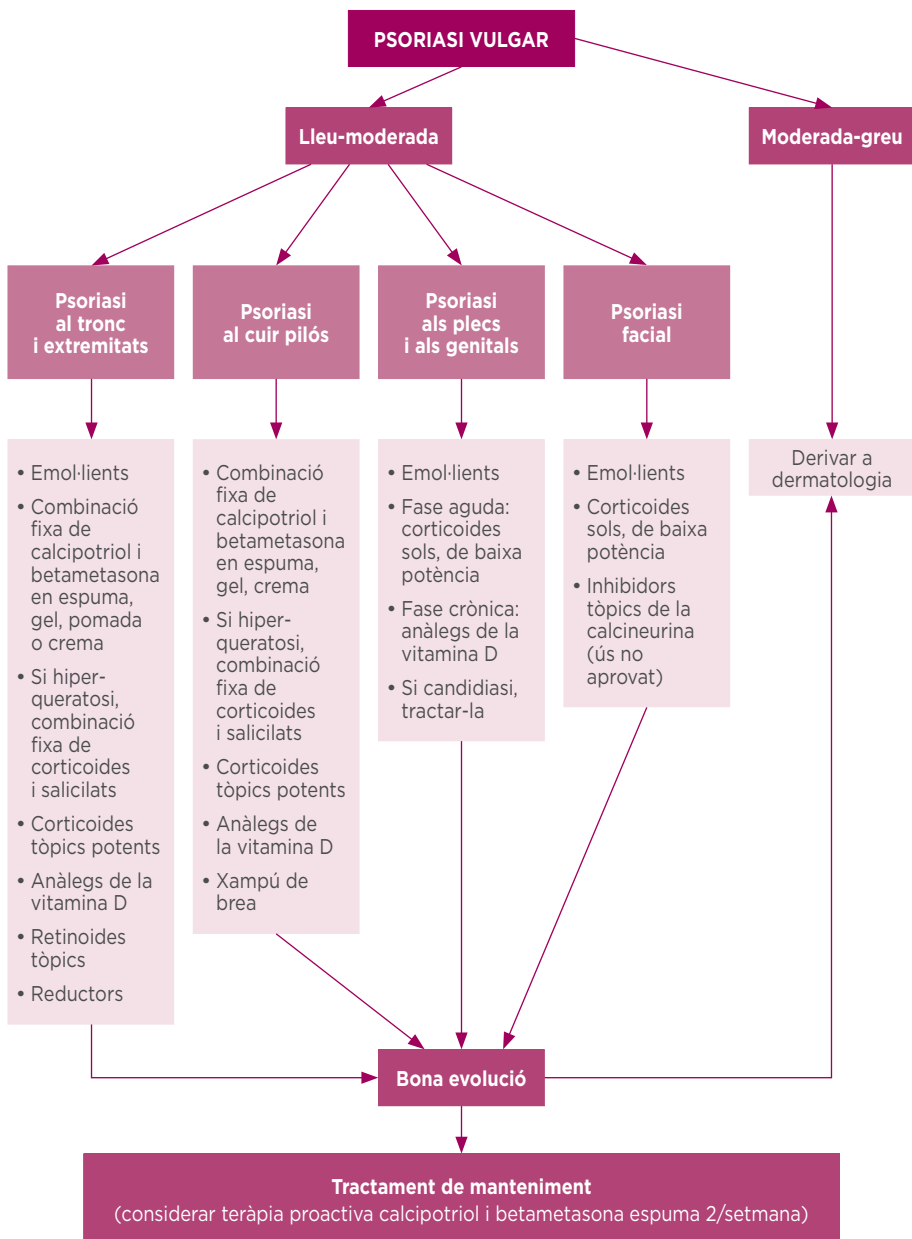
- **Eritrodèrmia aguda** (eritema i escames sobre la major part de la superfície cutània), psoriasi inestable aguda i psoriasi pustulosa generalitzada.



Psoriasi lleu

(afectació de menys del 5-10% de la superfície corporal;
depenent del perfil del pacient)

Han d'utilitzar-se els tractaments tòpics com es mostra a l'algoritme següent¹⁵:



Bibliografia

1. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(5):504-9.
2. Deng Y, Chang C, Lu Q. The Inflammatory Response in Psoriasis: a Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2016;50(3):377-89.
3. 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.
4. Daschuk A, Dobrzanskaya Y, Pustovaya N. The role of the stress in the development of severe forms of psoriasis (case report). *Georgian Med News.* 2018;(279):97-102.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Kragballe JP, Austad J, Barnes L, Viví 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psoriasis: assessment and management | Guidance | NICE [Internet]. 2012 [citat 21-10-2022].

Disponibile a:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg153>



Disponibile a:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8027149/>





Tractament Tòpic de la **Psoriasis** a l'Atenció Primària



Document digital



www.sefap.org



www.camfic.cat



Este documento ha sido financiado por Leo Pharma. Las conclusiones, interpretaciones y opiniones en él expresadas corresponden exclusivamente a sus autoras.

