

# recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

**DOI:** 10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.197-206

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1943>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 197-206







## Actualización en el manejo de la psoriasis

Update on the management of psoriasis

Atualização sobre a gestão da psoríase

**Tatiana Alexandra Siguenza Inga<sup>1</sup>; Fausto Daniel Pérez Quiroga<sup>2</sup>; Jennifer Carolina Méndez Morillo<sup>3</sup>; Edgar Danilo Gudiño Cuamacás<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/01/2023 **ACEPTADO:** 10/02/2023 **PUBLICADO:** 13/03/2023

1. Médica; R1 de Medicina Interna Hospital General de Durango; Durango, México; tatiana.siguenza@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9970-8436>
2. Magíster en Salud Ocupacional; Médico General; Investigador Independiente; Ambato, Ecuador; fausto-daniel85@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2802-4672>
3. Magíster en Salud Ocupacional; Médico General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; jennifer-caro\_3101@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8418-2849>
4. Médico General; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; dgudi2@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6238-9427>

### CORRESPONDENCIA

**Tatiana Alexandra Siguenza Inga**

tatiana.siguenza@hotmail.com

**Durango, México**

## RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de etiología multifactorial, que afecta a sujetos genéticamente predispuestos. La afectación de la piel y las faneras es característica y en la actualidad hay una gran variedad de opciones terapéuticas. La presente investigación contiene información de revisión bibliográfica de tipo documental. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos y electrónicos estos últimos como Google Académico, Scielo, PubMed, entre otros. La psoriasis es una patología de difícil manejo, este va a depender del tipo de psoriasis que tenga el paciente, para la forma leve de la enfermedad está indicado el uso de terapia tópica con corticoides de alta y baja potencia, que puede ser combinada con otros fármacos como emolientes, antiproliferativo, inmunomoduladores, análogos de vitamina D, entre otros. Para la forma moderada – grave esta la terapia sistémica vía oral y la fototerapia, así como las terapias biológicas que han sido las últimas innovaciones terapéuticas con muy buenos resultados, sin embargo, hasta ahora muchos de estos tratamientos lo que hacen es detener la progresión de la enfermedad, ayudando a mejorar la calidad de vida de los pacientes, mas no existe hasta ahora una cura definitiva.

**Palabras clave:** Psoriasis, Lesiones, Piel, Biológica, Sistémica, Genética.

## ABSTRACT

Psoriasis is a chronic systemic inflammatory disease of multifactorial etiology that affects genetically predisposed subjects. Skin and pharyngeal involvement is characteristic and there are currently a wide variety of therapeutic options. This research contains documentary bibliographic review information. The technique for data collection is made up of printed and electronic materials, the latter such as Google Scholar, Scielo, PubMed, among others. Psoriasis is a pathology difficult to manage, this will depend on the type of psoriasis that the patient has, for the mild form of the disease the use of topical therapy with high and low potency corticosteroids is indicated, which can be combined with other drugs such as emollients, antiproliferative, immunomodulators, vitamin D analogues, among others. For the moderate-severe form there is systemic oral therapy and phototherapy, as well as biological therapies that have been the latest therapeutic innovations with very good results, however, until now what many of these treatments do is stop the progression of the disease, helping to improve the quality of life of patients, but until now there is no definitive cure.

**Keywords:** Psoriasis, Lesions, Skin, Biological, Systemic, Genetic.

## RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória sistémica crónica de etiologia multifactorial que afecta indivíduos geneticamente predispostos. O envolvimento cutâneo e faríngeo é característico e existe actualmente uma grande variedade de opções terapêuticas. Esta pesquisa contém informação de revisão bibliográfica documental. A técnica de recolha de dados é constituída por material impresso e electrónico, este último como o Google Scholar, Scielo, PubMed, entre outros. A psoríase é uma patologia difícil de gerir, isto dependerá do tipo de psoríase que o doente tiver, para a forma ligeira da doença é indicado o uso de terapia tópica com corticosteróides de alta e baixa potência, que pode ser combinada com outros medicamentos, tais como emolientes, antiproliferativos, imunomoduladores, análogos de vitamina D, entre outros. Para a forma moderadamente severa existe terapia oral sistémica e fototerapia, bem como terapias biológicas que têm sido as últimas inovações terapêuticas com muito bons resultados, no entanto, até agora o que muitos destes tratamentos fazem é parar a progressão da doença, ajudando a melhorar a qualidade de vida dos doentes, mas até agora não existe cura definitiva.

**Palavras-chave:** Psoríase, Lesões, Pele, Biológicas, Sistémicas, Genéticas.

## Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de etiología multifactorial, que afecta a sujetos genéticamente predispuestos. La afectación de la piel y las faneras es característica y en la actualidad hay una gran variedad de opciones terapéuticas. (De Luca, 2020) El impacto de psoriasis es físico y psicológico, por su influencia negativa en la calidad de vida de los pacientes. Se estima que la ocurrencia de esta enfermedad varía según la edad y ubicación geográfica. Dado que la psoriasis es una enfermedad crónica que cursa con brotes y remisiones, requiere una terapia a largo plazo mediante el uso de tratamiento tópicos (corticoide, inhibidores de calcineurina, derivados de vitamina D) y/o tratamiento sistémico (metotrexato, ciclosporina, retinoides, agentes biológicos), dependiendo de la severidad de la enfermedad, comorbilidades y acceso a los servicios de salud. (Montesinos-Guevara et al., 2022)

La prevalencia de la psoriasis en la población caucásica es entre el 2% y el 3%, puede afectar a todos los grupos etarios y a ambos sexos por igual, es una enfermedad poligénica y multifactorial; puede clasificarse en Psoriasis tipo I de comienzo antes de los 40 años con asociación con HLA CW\*0602 con predisposición a artritis psoriásica y Psoriasis tipo 2 de comienzo posterior a los 40 años, con menor prevalencia familiar. (Alegria-Asto et al., 2021)

En España, su prevalencia se estima en un 2,3% de la población; en el 55,6% de los pacientes la enfermedad se clasifica como leve, en el 37,6% como moderada y en el 6,6% como grave. Generalmente la psoriasis leve puede tratarse de forma exclusivamente tópica, mientras que en la psoriasis moderada-grave el tratamiento tópico es casi siempre coadyuvante del tratamiento sistémico y/o la fototerapia. La escala Psoriasis Area Severity Index (PASI), Physician Global Assessment of Severity (PGA) DLQI y el área de superficie corporal (BSA) son,

en orden de prioridad, los parámetros a emplear en la práctica clínica para la clasificación de la psoriasis leve, moderada y grave de la psoriasis, donde leve: PASI < 7 y DLQI < 7; b) moderada: PASI 7-15 y DLQI 5-15 y c) grave: PASI > 15, independientemente de la puntuación DLQI, se considera una buena evolución clínica el alcance en el PASI del 75%. (Paredes Paredes et al., 2022)

Entre los tratamientos a los que ha estado supeditada la psoriasis tenemos desde los tratamientos tópicos con cremas emolientes, corticoides tópicos, breas, puvaterapia y tratamientos sistémicos (Metrotexate, ciclosporina), sin embargo ocasiona un costo elevado debido a la creciente utilización de los fármacos biológicos (anticuerpos monoclonales) donde las células diana son las T y al factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) (ejemplo: Etanercept, infliximab, adalimumab y certolizumab) que neutralizan selectivamente la actividad de TNF- $\alpha$ . Otro problema es que los pacientes suelen abandonar el tratamiento de hecho se notificó un 91% de abandono debido a dudas o aspectos relacionados con la seguridad a largo plazo, y retrasando aún más el inicio del tratamiento sistémico. (Bravo Freire et al., 2020)

Las ventajas del tratamiento tópico se derivan, por lo general, de su limitada absorción sistémica, aunque la frecuencia de administración, la conveniencia del tratamiento, las cualidades organolépticas y su limitada eficacia a corto plazo pueden limitar la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, su efectividad. (Puig & Carretero, 2019)

## Metodología

La presente investigación contiene información de revisión bibliográfica de tipo documental, ya que vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es la Actualización en el manejo de la psoriasis. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos y electrónicos estos últimos como Google Académico, Scielo, PubMed, entre otros.

## Resultados

### Fisiopatología

- **Genética:** Hay antecedentes familiares en 33% de los enfermos; se cree que la transmisión es autosómica dominante o multifactorial (poligénica). Cuando un progenitor tiene psoriasis 8% de la descendencia la presenta; cuando los dos progenitores tienen psoriasis, 41% de los hijos la padece.
- **Regulación de queratinocitos:** Se observa gran actividad mitótica y bioquímica; se ha demostrado aumento de la capacidad de reproducción epidérmica, con disminución de la duración del ciclo celular de tres semanas a solo tres días. El fenómeno fundamental consiste en aumento del crecimiento de queratinocitos epidérmicos y alteración de su diferenciación.
- **Alteraciones inmunitarias:** Los linfocitos T CD8+ son la principal población de linfocito T en las lesiones. La epidermis y la dermis reaccionan como un sistema integrado: los cambios descritos en la capa germinativa de la epidermis y los cambios inflamatorios en la dermis desencadenan cambios epidérmicos. (Barboza Hernández & Sobrado Esquivel, 2021)

### Factores desencadenantes/agravantes

- **Trauma físico y/o químico:** la fricción por los pañales en lactantes y niños. La ropa ajustada, laceraciones, escisiones, piercings y tatuajes que puedan desencadenar el fenómeno de Koebner, en adolescentes y adultos.
- **Infecciones Bacterianas:** más del 60% de los casos en niños se asocia a infecciones del tracto respiratorio superior, faringitis estreptocócica y ocasionalmente dermatitis perianal.
- **Infecciones Micóticas:** *Cándida Albicans* en los pliegues y *Malassezia Furfur* en cuero cabelludo pueden favorecer al agravamiento de la psoriasis.

- **Infecciones Virales:** la infección por HIV puede dar lugar a una psoriasis severa y refractaria al tratamiento habitual. Existen otros virus descriptos.
- **Medicamentos:** corticoides sistémicos, cloroquina, hidroxicloroquina, antiinflamatorios no esteroides, carbonato de litio, terbinafina, interferón, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, progesterona, yoduro de potasio, sales de oro y otros.
- **Otros:** estrés emocional, tabaco y alcohol. (Barboza Hernández & Sobrado Esquivel, 2021)

### Clasificación

Para definir la gravedad de la enfermedad en la práctica dermatológica se utilizan diferentes métodos, dentro de los cuales está:

- **BSA:** Cálculo de la superficie corporal afectada por la psoriasis, siendo la primera aproximación de la extensión de la gravedad de la enfermedad. Palma mano equivale a 1%. Ésta es la más utilizada en la práctica clínica por la facilidad y rapidez de estimar el área afectada.
- **PASI:** Severidad y área de psoriasis (PASI) evalúa el grado de eritema, induración y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje del área topográfica comprometida.
- **DLQI:** Cuestionario de 10 preguntas al paciente, preguntas relacionadas con síntomas, actividades cotidianas y tratamiento.

Psoriasis leve: <5%; moderada: 5-10%; severa: cuando PASI, BSA o DLQI es >10%. Evaluar la gravedad de la enfermedad en personas con psoriasis en el momento del diagnóstico es importante porque es el primer paso en la planificación del tratamiento. La evaluación incluye registrar el área de la superficie corporal afectada, afectación de sitios de alto impacto y difíciles de tratar (por ejemplo, la cara, el cuero cabelludo,



las palmas, las plantas, las flexiones y los genitales) y el impacto en calidad de vida. (Cuevas, n.d.)



### Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, en base a la historia (caracterización de lesiones, evolución, gatillantes, fenómeno de Köebner, compromiso articular), antecedentes personales (comorbilidades, medicamentos y hábitos) y familiares y a un examen físico compati-

ble (evaluación de lesiones y distribución), además de medición de Presión Arterial (PA), peso, talla, índice de masa corporal (IMC), y cálculo del área corporal afectada o body surface área (BSA). Evaluación de laboratorio principalmente para búsqueda de comorbilidades asociadas a psoriasis. El estudio histopatológico no es siempre necesario y sólo se realiza en caso de duda diagnóstica. (Cuevas, n.d.)

**Tabla 1.** Tipos de clínica psoriásica

Tipo	Observación	Imagen
<p><b>Psoriasis vulgar o en placas</b></p>	<p>Esta es la forma más frecuente, representando un 90% de los casos, de los cuales <math>\frac{1}{3}</math> presenta forma grave. Puede presentarse en forma de pequeñas y grandes placas, en número variable en la superficie de extensión de extremidades (codos y rodillas), región lumbrosacra y cuero cabelludo. El tamaño de las placas puede ir de 1 a 30 cm de diámetro (lo consideramos psoriasis en grandes placas si la lesión es mayor de 3 cm). Las lesiones suelen ser persistentes durante meses e incluso años, en sucesivos brotes, pueden extenderse a otras zonas del tegumento.</p>	
<p><b>Psoriasis guttata o en gotas</b></p>	<p>Esta forma de presentación de la psoriasis es característica de la edad infantil, adolescentes y adultos jóvenes. Suele tener un comienzo brusco, generalmente tras una infección de las vías respiratorias altas, más concretamente por infección amigdalar de origen estreptocócico. Aparece como múltiples pápulas eritematosas descamativas de hasta 10 mm de diámetro y de distribución preferente en tronco y raíz de extremidades, aunque también puede afectar a la cara y cuero cabelludo, aunque respeta palmas y plantas. El brote puede durar de 2-3 meses y desaparece espontáneamente, sin tratamiento. Suele tener buen pronóstico, aunque pueden aparecer recidivas</p>	

<p><b>Psoriasis pustulosa</b></p>	<p>Dentro de las manifestaciones clínicas de la psoriasis esta es la menos frecuente y su prevalencia se desconoce. Así mismo, la asociación con artritis, es más común en esta variedad. Esta variedad afecta sólo a palmas y plantas (pustulosis palmoplantar de Barber), puede ser diseminada (variedad anular o dermatosis pustular subcórnea de Sneddon-Wilkinson), o ser generalizada (Von Zumbush). La pustulopantar es la más frecuente de entre las variedades. Se manifiesta a través de múltiples pústulas de 2.5mm de tamaño</p>	
<p><b>Psoriasis invertida o de los pliegues</b></p>	<p>Las lesiones aparecen en forma de placas eritematosas (rojo vivo), bien delimitadas, brillantes y sin descamación. Localizadas en zonas intertriginosas o pliegues de flexión (axilas, ingles, interglúteos y región submamaria), en ocasiones puede existir una fisura muy dolorosa en el fondo del pliegue. Puede aparecer en el paciente como única forma de psoriasis o junto con psoriasis vulgar</p>	

**Fuente.** Tomado de (Monteoliva de la Pedraja, 2022).

**Tratamiento**

**Psoriasis leve**

**1. Corticosteroides tópicos:** actúan aclarando las placas y reduciendo la inflamación, si bien difícilmente curan las lesiones de forma completa y duradera, se utilizan los de baja potencia para zonas delicadas (cara, pliegues y zonas intertriginosas) y los de potencia más alta para el cuero cabelludo, zonas con placas más gruesas, manos y pies. Se recomienda utilizar los corticoides potentes los primeros días para luego continuar con los de potencia más baja, incluso a días alternos y en combinación con otras terapias, habitualmente, se aplican dos veces al día, aunque se ha visto que un régimen intermitente de una aplicación/día, 4 días/semana, puede ser tan eficaz como el régimen tradicional, minimizan-

do los efectos adversos y mejorando la tolerancia. El efecto del corticoide se observa con cierta rapidez: en 3 a 7 días las escamas se aplanan y se aclaran; sin embargo, su efecto disminuye tras 1-2 meses de iniciar su aplicación. La interrupción del tratamiento puede provocar efecto rebote.

**2. Análogos de la vitamina D:** Son el calcitriol (metabolito activo de la vitamina D), y sus análogos sintéticos calcipotriol, tacalcitol y maxacalcitol, siendo el calcipotriol el más eficaz. La respuesta clínica de los análogos de la vitamina D es más lenta que la de los corticoides de alta potencia, pero su mejor perfil de seguridad los hace muy útiles para el tratamiento a largo plazo. La combinación de un análogo de vitamina D con un corticoide tópico es más eficaz que

cualquiera de ellos en monoterapia, se recomiendan ciclos cortos de la combinación de corticoide tópico con calcipotriol o de corticoide tópico potente para un alivio rápido de los síntomas.

3. **Retinoides:** El tazaroteno es el único retinoide tópico disponible para el tratamiento de la psoriasis, inhibe la proliferación y normaliza la proliferación de capa epidérmica, aplicado una vez al día produce mejoría de los síntomas, aunque es menos eficaz que los análogos de la vitamina D o los corticoides, por ello, se utiliza en asociación con éstos. En combinación con corticoides puede utilizarse de manera simultánea (uno a la mañana y otro a la noche) o de manera alternante (un día uno y otro día otro), lo que contrarresta parcialmente los efectos secundarios de ambos.
4. **Inhibidores de la calcineurina:** Los inmunomoduladores tópicos como tacrólimus 0,1% o pimecrólimus 1%, actúan bloqueando las citocinas: IL 2,4,5,13, GM-CSF, INF- $\gamma$ , FNT-ALFA, los efectos colaterales más frecuentes son cefalea frontal, ardor de mucosa oral, acidosis metabólica náuseas y vómitos
5. **Queratoiticos (ácido salicílico):** actúan suavizando y eliminando las placas escamosas, favoreciendo la renovación del tejido y potenciando la eficacia de los medicamentos asociados al facilitar su absorción. Como pretratamiento, el ácido salicílico (2 -10%) puede ser muy útil en psoriasis palmo-plantar y de cuero cabelludo, es muy irritante y debe evitarse su contacto con los ojos además aplicado con demasiada frecuencia o en más del 20% de la superficie corporal podría producir "salicilismo" (cuadros de intoxicación por ácido salicílico). Se puede prescribir como fórmula magistral financiada, como monofármaco o bien asociado a corticoide, a concentraciones de hasta el 10% de salicílico, tam-

bién existen asociaciones comercializadas de salicílico y corticoide en pomada y solución.

6. **Antralina:** Tiene un efecto antiproliferativo e inhibe la proliferación de los linfocitos T, su eficacia no está comprobada, los efectos adversos más frecuentes son irritativos, debe evitarse el contacto con la piel circundante.
7. **Emolientes:** (vaselina, parafinas, aceite de oliva, etc.) solos no son suficientes, pero son coadyuvantes de gran utilidad, ya que evitan la sequedad y la descamación de la piel, son seguros, de bajo coste y útiles para prevenir irritaciones, no se deben aplicar en pliegues para evitar la maceración de la piel.
8. **Preparados a base de brea de hulla (Coaltar):** Son una mezcla de distintos componentes, disponible en champús, solución, ungüento y aceites, Se pueden considerar para su uso intermitente en psoriasis de pliegues cutáneos, aunque a veces producen rechazo por su olor y porque manchan la ropa. La brea de hulla produce fotosensibilidad de la piel, por lo que se deberá evitar la exposición directa a la luz solar después de su aplicación. (Alegria-Asto et al., 2021)

### Terapia sistémica

En principio debería de reservarse para las formas de terapia moderada-grave, discapacitante (por ejemplo, pustulosa o artropática), que no responde a los esquemas de tratamiento tópico. Destacan dos alternativas: la terapia radiante y el tratamiento sistémico vía oral. La terapia sistémica suele ser prolongada y conlleva numerosos efectos adversos, por lo que debe ser establecida y supervisada por un dermatólogo.

1. **Terapias radiantes (Fototerapia):** los tratamientos de fototerapia en psoriasis son una de las alternativas más utilizadas en la psoriasis moderada-grave, sobre todo en placas extensas; han de-

mostrado ser esquemas de tratamiento seguros y eficaces. El mecanismo de acción consiste en la disminución de la proliferación celular de queratinocitos, fibroblastos y linfocitos, disminución de las sustancias solubles proinflamatorias (citoquinas), la expresión de moléculas de adhesión y la angiogénesis. Tradicionalmente se administran dos ciclos al año en varias sesiones. Se utiliza más comúnmente la radiación UVB de banda amplia (290-320 nm) asociada a tratamientos tópicos. La fotoquimioterapia (PUVA) consiste en administrar radiación UVA, precedida de la administración de un psoraleno oral (metoxaleno), 3 horas antes. Presenta una mayor eficacia y un efecto más prolongado que la radiación sola. (Barboza Hernández & Sobrado Esquivel, 2021)

## 2. Terapia sistémica vía oral

Las indicaciones más frecuentes son: psoriasis moderada o severa, pobre respuesta a la terapéutica tópica, intolerancia y/o falta de adherencia al tratamiento tópico, artropatía psoriásica, psoriasis pustulosa localizada/generalizada, eritrodermia psoriásica y presencia de enfermedad en localizaciones discapacitantes (manos, ungueal, pies, cara, genitales). Algunas de las opciones farmacológicas más frecuentemente utilizadas son:

- **Metotrexato:** Es un análogo sintético del ácido fólico, actúa como inhibidor competitivo de la enzima reductasa del ácido dihidrofólico. Puede utilizarse en pacientes con psoriasis muy extensa, eritrodermia, pustulosis aguda, artritis y formas pustulares localizadas o recalcitrantes. El esquema más aceptado consiste en 2.5 a 5 mg, tres dosis a intervalos de 12 h, una vez por semana (7.5 a 15 mg/semana); hay mejoría en 6 a 8 semanas.
- **Ciclosporina:** Es un decapeptido cíclico del hongo *Tolypocadium Inflatum*, actúa como inmunosupresor, inhibiendo los linfocitos T, regula los queratinocitos y células. Es menos tóxica que el meto-

trexato, pero es costosa y está contraindicada en presencia de hipertensión, cefalea, nefropatía, infecciones y embarazo. Se administran 3 a 5 mg/kg/ día.

- **Acitretina:** Retinoide aromático, metabolito del etretinato, con una menor vida media. Actúa como modulador de la proliferación y diferenciación de queratinocitos, disminuye el factor de crecimiento endotelial, la migración epidérmica de TNF- $\alpha$  e inhibe la respuesta Th17. (Barboza Hernández & Sobrado Esquivel, 2021)

## Terapia biológica

El tratamiento de la psoriasis ha experimentado una revolución con el advenimiento de las terapias biológicas, que incluyen infliximab, etanercept, adalimumab, efalizumab y alefacept. Estos medicamentos están diseñados para atacar componentes específicos del sistema inmune y son un avance tecnológico importante sobre los medicamentos inmunosupresores tradicionales. Estos, generalmente bien tolerados, se encuentran útiles en un número creciente de enfermedades inmunomediadas, siendo la psoriasis solo un ejemplo. El biológico ustekinumab, está dirigido contra la subunidad p40 de las citocinas IL-12 e IL-23. Ha proporcionado una nueva vía de terapia para una variedad de enfermedades mediadas por células T. Los productos biológicos son generalmente seguros; Sin embargo, ha habido preocupación sobre el riesgo de linfoma con el uso de estos agentes.

La terapia biológica es el uso de agentes que pueden dirigirse específicamente a un mediador inmune o genético de un proceso fisiopatológico. La introducción de terapias biológicas ha mejorado enormemente el tratamiento de la psoriasis. Varias terapias biológicas han surgido en la última década para la psoriasis sola. Los agentes anteriores interrumpieron la activación y la migración de las células T y estos incluyen alefacept y efalizumab. Agentes posteriores se han dirigido al TNF- $\alpha$  y estos incluyen infliximab, etanercept y adalimumab. Reciente-



mente, se han desarrollado agentes que se dirigen a la subunidad p40 compartida por IL-12 e IL-23 y estos incluyen ustekinumab y ABT-874. (Bravo Freire et al., 2020)

**Alefacept** es una proteína de fusión recombinante que bloquea la interacción LFA-3/CD2 (Lymphocyte function associated antigen-3/ Cluster of differentiation 2) competitivamente induciendo apoptosis y depleción de las células T de memoria.

**Efalizumab:** anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado dirigido contra CD1 1<sup>a</sup> del LFA1 que perturba la presentación antigénica, la activación y proliferación celular. HuMax CD4 anticuerpo humano contra la molécula CD4 de los LT (linfocitos T) bloquea la interacción con el MCHII (antígeno de histocompatibilidad mayor tipo II). Los biológicos se basan en la ingeniería regenerativa y la ingeniería de tejidos que desarrolla tres conceptos básicos: génesis, conducción e inducción.

**Etanercept:** Proteína recombinante que inhibe el TNF alfa (Factor de necrosis tumoral alfa), disminuyendo las acciones pro-inflamatorias. Infliximab: Anticuerpo monoclonal quimérico que inhibe la actividad del TNF alfa, al unirse de forma soluble o a la membrana celular activando una vía de señalización que induce la apoptosis.

**Adalimumab:** Anticuerpo monoclonal de tipo IgG1 humano dirigido contra el TNFalfa bloqueando su interacción con los receptores de la superficie celular p55 y p75, inhibiendo sus funciones biológicas.

El futuro de los medicamentos biológicos se concentra en la producción de cinco grupos de agentes tópicos:

1. Inhibidores de la Janu-Kinasa (JAK).
2. Inhibidores de la Fosfodiesterasa (PDE-4).
3. Nuevos análogos de la vitamina D combinados.
4. Inhibidores de la cisteín-proteasa.
5. Inhibidores de la migración de los linfocitos.

6. Antagonistas del grupo de alta movilidad (HMGB 1). (Escamilla et al., 2019)

## Conclusión

La psoriasis es una patología de difícil manejo, este va a depender del tipo de psoriasis que tenga el paciente, para la forma leve de la enfermedad esta indicado el uso de terapia tópica con corticoides de alta y baja potencia, que puede ser combinada con otros fármacos como emolientes, antiproliferativo, inmunomoduladores, análogos de vitamina D, entre otros. Para la forma moderada – grave esta la terapia sistémica vía oral y la fototerapia, así como las terapias biológicas que han sido las ultimas innovaciones terapéuticas con muy buenos resultados, sin embargo, hasta ahora muchos de estos tratamientos lo que hacen es detener la progresión de la enfermedad, ayudando a mejorar la calidad de vida de los pacientes, mas no existe hasta ahora una cura definitiva.

## Bibliografía

- Alegria-Asto, M. P., Vidarte-Orrego, G., & Cahuya-Choque, C. A. (2021). Actualización en tratamiento de Psoriasis. *Dermatología Peruana*, 31(4), 290–299.
- Barboza Hernández, W. M., & Sobrado Esquivel, F. L. (2021). Psoriasis: revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5(3). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i3.305>
- Bravo Freire, G. M., Moya Proaño, J. D., Cueto Barreira, C. J., & Segovia Orozco, A. M. (2020). Terapia biológica para la psoriasis moderada a severa. *Journal of America Health*, 3(2), 78–83. <https://doi.org/10.37958/jah.v3i2.34>
- Cuevas, P. (n.d.). PSORIASIS; CÓMO ABORDAR ESTA PATOLOGÍA EN APS, MÁS ALLÁ DE LA PIEL?
- De Luca, D. A. (2020). Dimetilfumarato. Una alternativa terapéutica en la psoriasis. *Dermatología Argentina*, 26(3), 114–120. <https://doi.org/10.47196/da.v26i3.2100>
- Escamilla, J. G., Tenopala, B. G., Franco, J. T., Tenopala, C. G., & Padilla, L. F. (2019). Factores de riesgo, comorbilidad y tratamiento de la psoriasis. *Revista Waxapa*, 10(18), Rev. Waxapa.

Monteoliva de la Pedraja, L. (2022). Abordaje de enfermería en el paciente con psoriasis. Universidad de Cantabria.

Montesinos-Guevara, C., Andrade Miranda, A., Be-doya-Hurtado, E., Escobar Liquitay, C. M., Franco, J. V. A., Simancas-Racines, D., Sami Amer, Y., Ver-nooij, R. W. M., & Viteri-García, A. (2022). Evaluación de la calidad de guías de práctica clínica para el tratamiento de psoriasis mediante la herramienta AGREE II. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 113(3), 222–235. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.09.004>

Paredes Paredes, J. N., Novillo Flores, M. del C., Cárdenas Chávez, A. B., & Campuzano Rizzo, B. L. (2022). Actualización terapéutica de la psoriasis. *RECIMUNDO*, 6(2), 318–329. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.318-329](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.318-329)

Puig, L., & Carretero, G. (2019). Actualización del tratamiento tópico en psoriasis: aportación de la combinación de calcipotriol y dipropionato de betametasona en espuma. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 110(2), 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.010>

#### CITAR ESTE ARTICULO:

Siguenza Inga, T. A., Pérez Quiroga, F. D., Méndez Morillo, J. C., & Gudiño Cuamacás, E. D. (2023). Actualización en el manejo de la psoriasis. *RECIMUNDO*, 7(1), 197-206. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.197-206](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.197-206)

