

**DOI:** 10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.251-260

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2144>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de investigación

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 251-260



## Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis

Update on the diagnosis and treatment of psoriasis

Atualização do diagnóstico e tratamento da psoríase

**Sandra Paola Gualán Guamangate<sup>1</sup>; Tania Marisol Jiménez Paucar<sup>2</sup>; Carolina Elizabeth Macera Tenecela<sup>3</sup>; Jairo Ariel Sigüencia Sanmartín<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 11/05/2023 **ACEPTADO:** 11/07/2023 **PUBLICADO:** 28/10/2023

1. Médica Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; sandralabel5748@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6441-8447>
2. Médica general; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; tamajimenez17@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-3699-0696>
3. Médica; Investigadora Independiente; Cuenca, Ecuador; elitamacera713@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-1140-3010>
4. Médico; Investigador Independiente; Cuenca, Ecuador; ariel.sigüencia@ucuenca.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0000-0292-3368>

### CORRESPONDENCIA

Sandra Paola Gualán Guamangate

sandralabel5748@gmail.com

Quito, Ecuador

## RESUMEN

Es una enfermedad inflamatoria sistémica, con efectos sinérgicos con otras enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMIDs). Es de evolución crónica, genéticamente determinada, aunque se desconoce su etiología. La lesión elemental es una placa eritemato-escamosa (eritemato-descamativa) que puede ser redondeada, ovalada o policíclica. Suelen coexistir múltiples lesiones y lo más frecuente es que se encuentren en codos y rodillas, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado. En la actualidad los criterios diagnósticos y los tratamientos no han variado, exploración y/o valoración clínica y tratamientos tópicos, sistémicos y biológicos, dependiendo de la evolución de la enfermedad.

**Palabras clave:** Psoriasis, Lesiones, Piel, Sistémicos, Inflamatoria.

## ABSTRACT

It is a systemic inflammatory disease, with synergistic effects with other immune-mediated inflammatory diseases (IMIDs). It has a chronic evolution, genetically determined, although its etiology is unknown. The elementary lesion is an erythematous-squamous (erythematous-desquamative) plaque that can be round, oval or polycyclic. Multiple injuries usually coexist and are most frequently found in the elbows and knees, although they can appear anywhere on the body. This research is framed within a documentary bibliographic methodology. Since it is a systematized process of collection, selection, evaluation and analysis of information, which has been obtained through electronic means in different repositories and search engines such as Google Academic, Science Direct, Pubmed, among others, using the different Boolean operators for them. and that will serve as a documentary source for the topic raised above. Currently, the diagnostic criteria and treatments have not changed, clinical examination and/or assessment and topical, systemic and biological treatments, depending on the evolution of the disease.

**Keywords:** Psoriasis, Lesions, Skin, Systemic, Inflammatory.

## RESUMO

É uma doença inflamatória sistémica, com efeitos sinérgicos com outras doenças inflamatórias imunomediadas (DIMI). Tem uma evolução crónica, geneticamente determinada, embora a sua etiologia seja desconhecida. A lesão elementar é uma placa eritemato-escamosa (eritemato-desquamativa) que pode ser redonda, oval ou policíclica. Geralmente coexistem lesões múltiplas e são mais frequentes nos cotovelos e joelhos, embora possam aparecer em qualquer parte do corpo. Esta investigação enquadra-se numa metodologia bibliográfica documental. Uma vez que se trata de um processo sistematizado de recolha, seleção, avaliação e análise de informação, que foi obtida através de meios electrónicos em diferentes repositórios e motores de busca como o Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre outros, utilizando os diferentes operadores booleanos para os mesmos. e que servirá de fonte documental para o tema acima levantado. Atualmente, os critérios de diagnóstico e os tratamentos não se alteraram, exame e/ou avaliação clínica e tratamentos tópicos, sistémicos e biológicos, dependendo da evolução da doença.

**Palavras-chave:** Psoríase, Lesões, Pele, Sistémicas, Inflamatórias.

## Introducción

Aproximadamente 125 millones de personas sufren psoriasis a nivel mundial (1-3%), más de un millón en España (2,69%). Es una enfermedad inflamatoria sistémica, con efectos sinérgicos con otras enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMIDs). Por este motivo, reconocer el impacto de las comorbilidades asociadas es esencial para un manejo integral (Carrascosa et al., 2023).

Es de evolución crónica, genéticamente determinada, aunque se desconoce su etio-

logía. La lesión elemental es una placa eritemato-escamosa (eritemato-descamativa) que puede ser redondeada, ovalada o policíclica. Suelen coexistir múltiples lesiones y lo más frecuente es que se encuentren en codos y rodillas, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Las otras regiones anatómicas donde también podríamos encontrar lesiones psoriásicas son la región lumbosacra (región frecuente y de especial importancia para el diagnóstico), el cuero cabelludo y las uñas (Homar Herrero, 2023).



**Figura 1.** Tipos de Psoriasis

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

Se encuentra relacionada con varias afecciones médicas importantes desde un punto de vista psiquiátrico, cardiológico, metabólico e incluso reumatológico como lo son la depresión, el síndrome cardiometabólico y artritis psoriásica. Epidemiológicamente, la psoriasis afecta a más de 60 millones de adultos y niños alrededor del mundo. Aunque se puede presentar por igual en hombres y mujeres con una edad promedio a los 33 años, la aparición suele ser más tem-

prana en el género femenino con un inicio entre los 16-22 años o a los 55-60 dependiendo de los dos subtipos que se presentan basado en sus características genéticas e inmunológicas (Bula Urbina et al., 2023).

La psoriasis tiene una carga de enfermedad muy importante, que se manifiesta en tasas de mortalidad más altas que la tasa para la población general, con un riesgo de un 13% aun 30% mayor, en costos económicos relevantes (entre \$2,077 a \$13,132 dólares

anuales por paciente en Europa, y en un marcado compromiso en la calidad de vida debido al prurito, al estigma social y al impacto psicológico asociado. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en el 2014 durante su 67<sup>a</sup> Asamblea Mundial a la psoriasis como un problema de salud global serio y emitió un informe en el 2016 bosquejando en parte las necesidades de estudio. A partir de este mandato, diversas iniciativas globales han comenzado a realizar investigación epidemiológica para caracterizar mejor la enfermedad. Dentro de las iniciativas, la más relevante es el Global Psoriasis Atlas (GPA), que busca proveer el marco de definiciones común y aunar los esfuerzos mundiales para profundizar la comprensión de este problema de salud (Cáceres & San-Luis, 2022).

En las últimas dos décadas y a raíz del esclarecimiento de varios de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en el desarrollo de la enfermedad, han surgido diversos agentes terapéuticos llamados biológicos, los cuales se han convertido en pilares en el tratamiento de los pacientes con psoriasis. Para 2013, aproximadamente 25 % de los pacientes con psoriasis moderada a severa ya eran tratados en el mundo con medicamentos biológicos (Podoswa-Ozerkovsky et al., 2020).

## Metodología

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado.

## 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. Se ha relacionado con los antígenos HLA-Cw6 más fuertemente, HLA-B13, HLA-Bw57 y HLA-Cw\*0602 (psoriasis en gota y artritis psoriásica) El gen de mayor susceptibilidad a la psoriasis es el PSORS1 (Barboza Hernández & Sobrado Esquivel, 2021).
- **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 (Barboza Hernández & Sobrado Esquivel, 2021).
- **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. El mantenimiento de las lesiones psoriásicas se considera una respuesta inmunitaria autorreactiva persistente (Barboza Hernández & Sobrado Esquivel, 2021).

### Tipos de psoriasis

- Psoriasis vulgar o en placas.
- Psoriasis guttata o en gotas.
- Psoriasis pustulosa.
- Psoriasis invertida o de los pliegues (Monteoliva de la Pedraja, 2022).

**Clasificación**

- **Tipo I:** comienzo antes de los 40 años, prevalencia de afección familiar y fuerte asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA Cw\*0602. Presenta mayor predisposición a artritis psoriásica.
- **Tipo II:** comienzo posterior a los 40 años, casos aislados, menor prevalencia familiar y menor correlación con antígenos de histocompatibilidad.

También, por la morfología (gotas, placas, anular, numular, ostráceo, circinada, pustulosa, rupiodes, folicular, entre otras). Además, por tiempo de evolución; La psoriasis esta-

ble crónica (placa), está presente en la mayoría de los pacientes con lesiones inactivas crónicas que tiene una evolución de meses y años que se modifica con lentitud (Barboza Hernández & Sobrado Esquivel, 2021).

**Diagnóstico**

- Evaluación clínica
- En raras ocasiones, biopsia

El diagnóstico de la psoriasis suele realizarse por el aspecto clínico y la distribución de las lesiones (Das, 2021).

**Criterios de severidad**

**Tabla 1.** Categorización de la gravedad de la psoriasis

Instrumento	Gravedad			
	Leve	Moderada	Severa	Alta necesidad
PASI	0-5	5-10	> 10	- Afectación de áreas de alto impacto: cara, manos, pies y genitales. - Presencia de artropatía psoriática. - Generalización rápida. - Resistencia a tratamientos. - Formas graves, eritrodermia, formas postulosas.
BSA	< 3 %	3-8 %	> 10 %	
DLQI	2-5	6-10	11-20	21-30
PSSI	Afectación < 50 % de la superficie, eritema, infiltración y prurito leves o mínimos	Afectación < 50 % de la superficie, eritema, infiltración y prurito moderados	Afectación > 50 % de la superficie, eritema, infiltración y prurito moderado o grave, o presencia de alopecia cicatrizal o afectación en áreas visibles de la cara	

**Fuente:** (Podoswa-Ozerkovsky et al., 2020).

- Cuando la enfermedad es considerada moderada a severa (Regla de los 10: BSA ≥ 10, PASI ≥ 10, DLQI ≥ 10)
- Cuando la enfermedad tenga un relevante impacto, psicológico, físico y/o social que lleve a un estado ansioso o depresivo.
- Cuando la enfermedad, aunque sea localizada, no pueda ser controlada con tratamiento tópico y esté asociada a un alto impacto funcional y psicológico (psoriasis en áreas difíciles) (Valenzuela et al., 2022).

**Algunos factores desencadenantes y/o exacerbantes de la psoriasis**

- **Factores genéticos:** Se ha descrito que la predisposición genética es uno de los factores de riesgo que participa en tanto la aparición como el desarrollo de la psoriasis, se trata, en realidad, del principal factor de riesgo. Existe una serie de alteraciones en genes específicos que predisponen a padecer dicha dolencia. El principal de estos genes es el "Psoriasis Susceptibility 1" (PSORS1), cuya alteración supone del 35 al 50% de los pacien-



tes estudiados que padecen la enfermedad. Este gen contiene el alelo HLA-Cw6 que codifica a proteínas de la epidermis como las proteínas “x-helical rod protein” y córneo desmosina que se encuentra dentro de los queratinocitos y que aparecen expresadas en la psoriasis. Igualmente induce a la aparición de placas extensas y mayor presencia del fenómeno Koebner (Monteoliva de la Pedraja, 2022).

- **Infecciones bacterianas o víricas:**

Las infecciones pueden desencadenar o bien producir exacerbaciones de la psoriasis. Las infecciones bacterianas, más concretamente las estreptocócicas, como la faringitis, pueden provocar brotes de psoriasis en gotas. Su curso generalmente es autolimitado, aunque es posible su reaparición tras posteriores infecciones estreptocócicas, o incluso evolucionar a psoriasis en placas. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede desencadenar la aparición de la enfermedad desde cero o puede dar lugar a exacerbaciones de una psoriasis ya existente. En estos pacientes la psoriasis puede llegar a ser más grave, asociándose a síntomas atípicos e incluso una peor respuesta al tratamiento (Monteoliva de la Pedraja, 2022).

- **Fármacos:**

- Fármacos o agentes de bloqueo beta adrenérgicos que modifican el sistema de nucleótidos cíclicos: propranolol, atenolol y tomolol.
- Drogas sintéticas antimaláricas. En nuestro país la más utilizada es la cloroquina que es capaz de desencadenar una forma exfoliativa y generalizada de psoriasis.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Inhibidores de la enzima angiotensina.
- Litio (tratamiento para el trastorno bipolar). El cual sobre todo actúa como desencadenante.

- Tetraciclinas.
- Interferón.
- Un descenso rápido de corticoides sistémicos puede ser la causa de una psoriasis pustulosa o de una reagudización de una psoriasis en gotas. Es por ello un factor importante a considerar en pacientes con antecedentes de psoriasis (Monteoliva de la Pedraja, 2022).

- **Consumo de alcohol y tabaco:** En los últimos años se ha demostrado que existe una relación entre la psoriasis y ciertos hábitos tóxicos, como el alcohol y el tabaco. Estas drogas además de aumentar el riesgo cardiovascular, aumentan el de padecer psoriasis y de la gravedad de la misma. Se ha comprobado que un mayor consumo de tabaco lleva a un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Por otro lado, el riesgo de exfumadores de desarrollar la enfermedad es menor que en fumadores activos. En cuanto al alcohol se refiere, un consumo elevado (más de dos unidades de alcohol al día en hombres y más de una unidad al día en mujeres), se asocia a un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y que sea grave (Monteoliva de la Pedraja, 2022).

## Tratamiento

**Tabla 2.** Tratamiento sistémico

Tratamiento	Indicación	características	Efectos secundarios
<i>Retinoides orales</i>	Indicado para tratamiento de formas de psoriasis resistentes a otros tratamientos.	Derivados de la vitamina A. El más utilizado es la acitretina. Suele asociarse con tratamiento con luz ultravioleta.	Hepatotoxicidad. Teratogénico. Hipertrigliceridemia.
<i>Ciclosporina</i>	Psoriasis severas de complicado tratamiento y control.	Fármaco autoinmune. Inhibe la respuesta inflamatoria del organismo, contribuyendo a eliminar las placas psoriásicas.	Nefrotoxicidad. Hipertensión arterial.
<i>Metotrexato</i>	Casos de psoriasis rebelde.	Frena la replicación celular de forma eficaz y rápida. Indicado de 2-3 veces	Hepatotoxicidad. Afectación de la médula ósea ya que reduce la producción
Tratamiento	Indicación	características	Efectos secundarios
<i>Retinoides orales</i>	Indicado para tratamiento de formas de psoriasis resistentes a otros tratamientos.	Derivados de la vitamina A. El más utilizado es la acitretina. Suele asociarse con tratamiento con luz ultravioleta.	Hepatotoxicidad. Teratogénico. Hipertrigliceridemia.
		por semana. Exige un riguroso control médico.	de hematíes, plaquetas y leucocitos.

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

**Terapias biológicas**

**Tabla 3.** Principales características de los medicamentos biológicos

Principales características de los medicamentos biológicos <sup>8, 16-25</sup>					
	Mecanismo de acción	Vía de administración	Posología		Observaciones
			Inicio	Mantenimiento	
Adalimumab	Anti - TNF $\alpha$	Subcutánea*	Semana 0: 80mg Semana 1: 40mg	A partir de la semana 3: 40mg cada 2 semanas	Evaluación del tratamiento tras 16 semanas sin respuesta. Niños a partir de 4 años
Etanercept	Anti - TNF $\alpha$	Subcutánea*	Si es necesario: 50mg/2 veces /semana. Max 12 semanas	25mg/2 veces/semana ó 50mg/1 vez/semana	Continuar hasta la remisión, máximo 24 semanas. Niños a partir de 6 años

Infliximab	Anti - TNF $\alpha$	Intravenoso (perfusión)	Semanas 0, 2 y 6: 5mg/kg	5mg/kg cada 8 semanas	Suspender el tratamiento si no hay respuesta tras 4 dosis (14 semanas)
Ustekinumab	Anti IL - 12 / IL - 23	Subcutánea*	Semana 0 y 4: 45mg Peso > 100kg: 90mg	45mg cada 12 semanas Peso > 100kg: 90mg	Suspender el tratamiento si no ha habido respuesta tras 28 semanas. Niños a partir de 6 años, con dosis calculadas según el peso
Guselkumab	Anti IL - 23	Subcutánea*	Semana 0 y 4: 100mg	100mg cada 8 semanas	Considerar la suspensión tras 16 semanas sin respuesta
Tildrakizumab	Anti IL - 23	Subcutánea*	Semana 0 y 4: 100mg Peso > 90kg: 200mg	100mg cada 12 semanas	Considerar la suspensión tras 28 semanas sin respuesta
Secukinumab	Anti IL - 17	Subcutánea*	Semanas 0, 1, 2, 3 y 4: 300mg (2 inyecciones de 150mg)	300mg (2 inyecciones de 150mg) al mes	
Ixekizumab	Anti IL - 17	Subcutánea*	Semana 0: 160mg Semanas 2, 4, 6, 8, 10 y 12: 80mg	80mg cada 4 semanas	Considerar la suspensión tras 16 o 20 semanas sin respuesta
Brodalumab	Anti IL - 17	Subcutánea*	Semanas 0, 1 y 2: 210mg	210mg cada 2 semanas	Considerar la suspensión tras 12 o 16 semanas sin respuesta

**Fuente:** (de la Hoz, 2020).

Estos medicamentos actúan impidiendo el desarrollo de la placa mediante el bloqueo de distintas citoquinas o sus receptores, como pueden ser el TNF alfa, IL12, IL23 o IL17. Como actúan de forma específica y selectiva son más eficaces y provocan menos efectos secundarios que los clásicos, lo que permite que los tratamientos se prolonguen más. Todos estos fármacos, a excepción del infliximab, son de diagnóstico hospitalario y son dispensados por el servicio de pacientes externos de las farmacias hospitalarias. El infliximab es de uso hospitalario y debe ser administrado en el hospital de día, ya que requiere perfusión intravenosa (de la Hoz, 2020).

- **Fármacos anti-TNF:** Van a neutralizar el factor de necrosis tumoral, impidiendo que interaccione con sus receptores y por ello no se va a activar el factor nuclear kappa B, el cual está relacionado con la hiperproliferación de la epidermis. Los efectos adversos más frecuentes son reacciones locales en el lugar de la inyección, infecciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales o cefalea. Están contraindicados en pacientes con tuberculosis u otras infecciones graves, y hay que considerar su uso en pacientes con antecedentes de cáncer o enfermedades desmielinizantes (de la Hoz, 2020).

- **Adalimumab:** es un anticuerpo monoclonal que se une al TNF alfa específicamente e impide la interacción con los receptores p55 y p57 del TNF de la superficie celular. Se administra por vía subcutánea. Se puede utilizar en niños a partir de 4 años. Está contraindicado, además de en pacientes con tuberculosis activas u otras infecciones graves, en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- **Etanercept:** es una proteína de fusión formada por dos moléculas de receptor soluble p75 ligadas por una fracción Fc de Ig1 humana. Actúa como un inhibidor del TNF ya que se une a este e impide la interacción con sus receptores. Se administra por vía subcutánea. Se puede utilizar en niños a partir de 6 años. Está contraindicado en pacientes con riesgo de sepsis o infecciones activas.
- **Infliximab:** es un anticuerpo monoclonal que se une al TNF alfa e impide su actividad. Al igual que el adalimumab también está contraindicado en pacientes con insuficiencia cardíaca, además de aquellos con tuberculosis u otras infecciones.
- **Fármacos anti IL-12/IL-23:** El único fármaco que actúa inhibiendo las interleuquinas IL-12 e IL-23 es ustekinumab (Stelara®). Se trata de un anticuerpo monoclonal que se une a la subunidad p40 de ambas interleuquinas e impide su conexión con los receptores que se encuentran en la superficie de las células. Esto va a impedir la diferenciación de las células T CD4+ vírgenes a Th1 y Th17, que son imprescindibles en el desarrollo de la enfermedad. Se puede administrar en niños mayores de 6 años, cuyas dosis se van a calcular en función del peso y se sigue la misma pauta que en adultos. Los efectos adversos más frecuentes son reacciones alérgicas, infecciones y desprendimiento de la piel (psoriasis eritrodérmica o dermatitis exfoliativa) Al igual que los fármacos anti TNF, no debe ser usado en pacientes con infecciones activas o tuberculosis (de la Hoz, 2020).
- **Fármacos anti IL – 23:** Se trata de anticuerpos monoclonales dirigidos a unirse a la subunidad p19 de la IL-23. La IL-23 es una citoquina secretada por los macrófagos que produce la diferenciación de los linfocitos Th17, los cuales liberan otras citoquinas inflamatorias como puede ser la IL-17. Por tanto, al inhibir esta vía se va a reducir la inflamación y los síntomas clínicos de la psoriasis. Hay dos medicamentos comercializados que tienen este mecanismo de acción, el guselkumab (Tremfya®) y tildrakizumab (Ilumetri®). En ambos fármacos las reacciones adversas más frecuentes son las infecciones de las vías respiratorias altas, aunque suelen ser leves y no suponen la finalización del tratamiento. La única contraindicación que tienen es de pacientes con infecciones activas, incluyendo tuberculosis, o aquellos con alto riesgo de padecerlas (de la Hoz, 2020).
- **Fármacos anti IL – 17:** La interleuquina IL-17 es una citoquina proinflamatoria, secretada por los linfocitos Th17, imprescindible en la patogenia de la psoriasis, ya que permite la formación del factor nuclear kappa B implicado en la hiperproliferación de los queratinocitos. Actualmente existen comercializados tres medicamentos, todos ellos anticuerpos monoclonales, que inhiben el eje IL-17: secukinumab (cosentyx®) e ixekizumab (taltz®) que se unen a la interleukina circulante, y el brodalumab (kyntheum®) que bloquea al receptor. El efecto adverso común a todos es el aumento de la frecuencia de las infecciones del tracto respiratorio (muy frecuente) o infecciones fúngicas por *Candida albicans* (poco frecuente). Están contraindicados en pacientes con infecciones activas, y el brodalumab también en pa-

cientes con enfermedad de Chron activa (de la Hoz, 2020).

## Conclusión

No existe variación en los actuales momentos en cuanto al diagnóstico de la psoriasis, sigue siendo la exploración física en donde se observa la ubicación y forma de las lesiones. Al igual que el tratamiento, las formas leves se tratan con fármacos tópicos, las formas moderadas y/o severas se pueden tratar con fármacos sistémicos y por último está el tratamiento o terapia biológica que tal vez es lo más actual que ha tenido muy buenos resultados, sin embargo, está contraindicado para pacientes que tengan tuberculosis, infecciones activas, riesgo sepsis, entre otras, a la par de generar reacciones adversas que no suelen ser graves como infecciones del tracto respiratorio.

## Bibliografía

- Barboza Hernández, W. M., & Sobrado Esquivel, F. L. (2021). Psoriasis: Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos, 5(3). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i3.305>
- Bula Urbina, R. A., Sandra Pamela Gutiérrez Martínez, Rodríguez Sosa, S., Morales Martínez, F. A., Gaines Martínez, B. R., Romero Guzman, S. V., Araújo Rodríguez, R. A., Sequeda Arroyo, F., & Sánchez Cera, S. M. (2023). Actualización en el Diagnóstico y Manejo de la Psoriasis: Artículo de Revision. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7(3), 6964–6973. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i3.6680](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6680)
- Cáceres, R., & San-Luis, S. (2022). Estudio clínico y epidemiológico de la psoriasis en el Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”. Hospital Vargas 2022. Dermatología Venezolana, 60(2).
- Carrascosa, J. M., Vilarrasa, E., Belinchón, I., Herranz, P., Crespo, J., Guimerá, F., & Oliveira, A. (2023). Abordaje común del paciente con psoriasis y riesgo de esteatosis hepática metabólica: recomendaciones de un grupo de expertos multidisciplinar. Actas Dermo-Sifiliográficas, 114(5), 392–401. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.01.004>
- Das, S. (2021). Psoriasis. <https://www.msmanuals.com/es-ve/profesional/trastornos-dermatologicos/psoriasis-y-enfermedades-descamativas/psoriasis>
- de la Hoz, B. R. (2020). TRABAJO FIN DE GRADO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA PSORIASIS. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE.
- Homar Herrero, F. M. (2023). Actualización en el tratamiento de la psoriasis en tiempos de la Covid-19. ¿ Son seguros los tratamientos sistémicos clásicos y los tratamientos biológicos en época de Covid? Universitat de les Illes Balears.
- Monteoliva de la Pedraja, L. (2022). Abordaje de enfermería en el paciente con psoriasis. Universidad de Cantabria.
- Podoswa-Ozerkovsky, N., Amaya-Guerra, M., Barba-Gómez, J. F., Estrada-Aguilar, L., Gómez-Flores, M., Lopezello-Santillán, A. L., Maldonado-García, C., Rivera-Gómez, M. I., Villanueva-Quintero, D. G., & León-Dorantes, G. (2020). Recomendaciones de expertos para el tratamiento biológico en pacientes con psoriasis. Gaceta Médica de México, 156(5). <https://doi.org/10.24875/GMM.20000241>
- Valenzuela, F., Araya, I., Arellano, J., Armijo, D., Correa, H., De la Cruz, C., & Valdes, P. (2022). Actualización guías clínicas chilenas para el manejo de la psoriasis. Revista Chilena de Dermatología, 36(3).

## CITAR ESTE ARTICULO:

Gualán Guamangate, S. P., Jiménez Paucar, T. M., Macera Tenecela, C. E., & Sigüencia Sanmartín, J. A. (2023). Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis. RECIMUNDO, 7(4). <https://doi.org/10.26820/recimundo/7.4>.oct.2023.251-260

