

CAPÍTULO 4

PAUTAS TERAPÉUTICAS ACTUALES DE PSORIASIS EN ADULTOS, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CURRENT TREATMENT GUIDELINES FOR PSORIASIS IN ADULTS, LITERATURE REVIEW

Autores:

Jenifer Daniela Montero Álvarez

Universidad Católica de Cuenca

jdaniela1225@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7076-0465>

Azogues, Ecuador

José Adrián Sánchez León

Universidad Católica de Cuenca

josheasan89@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4069-4185>

Azogues, Ecuador

Marco Vinicio Urgilés Rivas

Universidad Católica de Cuenca

marco.urgiles@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2505-318X>

Azogues, Ecuador

DOI:

<https://doi.org/10.58995/lb.redlic.20.180>



1. INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica, habitualmente pruriginosa que afecta la piel, conlleva a la aparición del incremento de la acción bioquímica y mitótica produciendo una alteración a nivel de la proliferación de los queratinocitos, causando la inflamación crónica de la piel, provocando un efecto negativo en la salud tanto física como mental. Afecta al 2 – 3% a nivel mundial, es más frecuente en países desarrollados como Europa con un 0.1 a 3%, EEUU un 0.5 al 4.6%, México un 2%, y es menos frecuente en Ecuador, África y Asia. Presenta 2 picos de prevalencia una fase inicial entre los 16 a 22 años y una fase tardía entre los 57 a 60 años (1,2).

Su etiología es multivariada, incluye factores genéticos que representan un 33% de la psoriasis, seguido de factores ambientales, estrés, medicamentos e infecciones del SGA y VIH. El diagnóstico es clínico, y en casos severos se puede realizar una biopsia de la piel (3,4).

Para el tratamiento se utilizan las escalas de gravedad BSA, PASI y DLQI que sirven para valorar el grado leve, moderado o severo. En casos leves se utilizan los tratamientos tópicos como corticoides que es de primera línea, que ayuda en el aclaramiento de las placas y disminuye la inflamación, mientras que en casos moderados a severos se manejan con tratamientos sistémicos y biológicos, estos fármacos mantienen una extraordinaria eficacia tanto a corto como a largo plazo y una tolerancia adecuada (5).

2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de estudio

Se realizó una revisión bibliográfica, mediante el uso del método PRISMA, y de bases digitales científicas de la Universidad Católica de Cuenca sobre tratamiento de psoriasis en adultos.

2.2. Fuentes de búsqueda

La búsqueda se realizó mediante estudios científicos virtuales de alto impacto con cuartiles 1 a 4, donde se consideró palabras clave como: psoriasis, tratamiento tópico, sistémico, biológico, posteriormente se procedió a obtener información de páginas web como Elsevier, Journal, Pubmed, Uptodate, Medscape, Scielo, Actas, tesis, guías, en un periodo de búsqueda en los últimos 5 años, que se llevó a cabo durante los meses mayo y junio del año 2023.

2.3. Criterios de Inclusión

Se consideró estudios científicos, estudio de cohortes, metaanálisis, revisiones bibliográficas y literatura gris que aborda los últimos 5 años, donde su idioma fue en inglés y español.

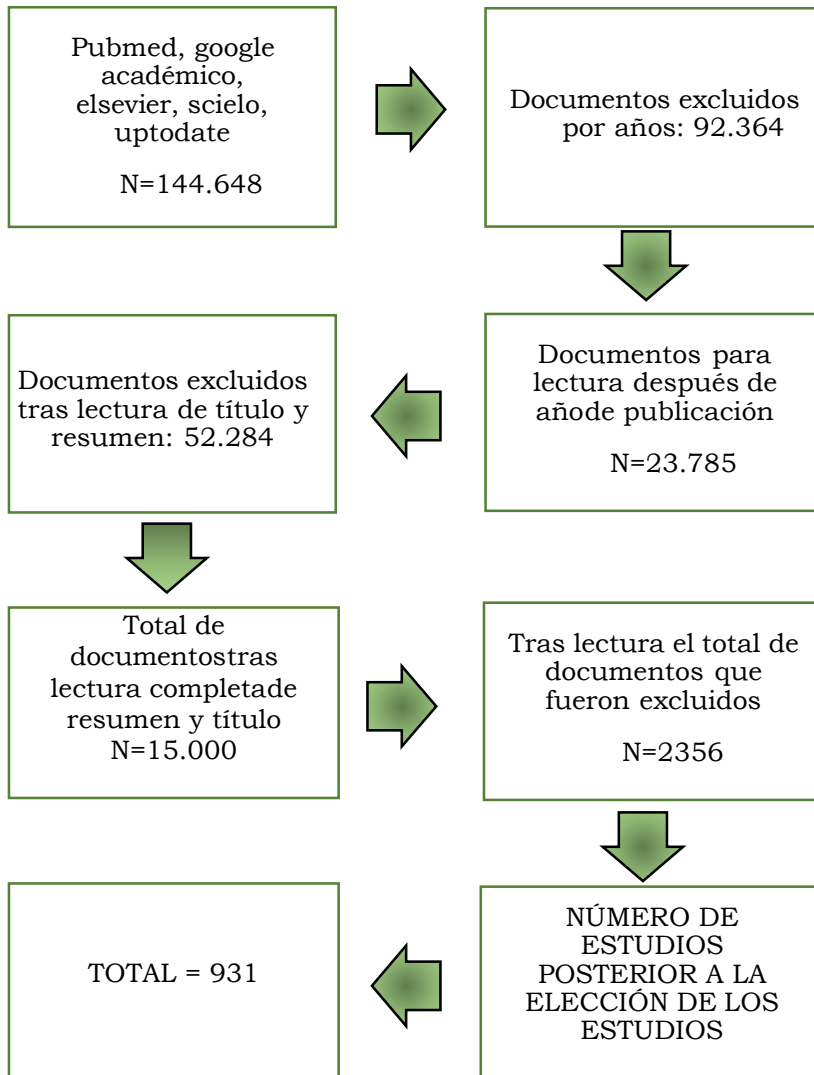
2.4. Criterios de exclusión

Estudios con irrelevante información médica, metaanálisis que no comprendan el rango de los últimos 5 años y estudios duplicados que no abordan en el tema de revisión.

Tabla 1**Estrategia de búsqueda bibliográfica (junio2023)**

Base de datos	Términos de la búsqueda y número de referencia mostrada				
Pubmed	“Psoriasis risk factors” Referencias: 4.871	“Classification of psoriasis” Referencias: 1599	“Treatment of psoriasis in adults” Referencias: 17.131	“Topical therapies for psoriasis” Referencias: 2.283	“Biological management of psoriasis in adults” Referencias 1097
Google Académico	“Psoriasis definición” Referencias: 13.200	“Psoriasis epidemiología” Referencias: 12.300	“Psoriasis fisiopatología” Referencias: 9860	“Tratamiento de la psoriasis en adultos” Referencias: 12.400	“Tratamiento tópico y biológico de la psoriasis” Referencias 3550
Elsevier	“Classification of psoriasis” Referencias: 25.000	“Diagnosis of psoriasis” Referencias: 2953	“Treatment of psoriasis in adults” Referencias: 15.300	“Phototherapy of psoriasis in adults” Referencias: 12.890	“Biological treatment of psoriasis” Referencias: 3.755
Scielo	“Fisiopatología de la psoriasis” Referencias: 15	“Manifestaciones clínicas de la psoriasis” Referencias: 6	“Diagnóstico de la psoriasis” Referencias: 75	“Tratamiento tópico de la psoriasis” Referencias: 6	“Tratamiento biológico de la psoriasis” Referencias: 7
UpToDate	“Epidemiology of psoriasis” Referencias: 2500	“Diagnosis of psoriasis” Referencias: 1000	“Treatment of psoriasis in adults”	“Systemic therapy of psoriasis”	“Biological therapy of psoriasis”

Fuente: Montero, D (2023).

Figura 1**Diagrama tras primera búsqueda general**

Fuente: Montero, D (2023).

3. DESARROLLO

3.1. Concepto

La psoriasis es una enfermedad inmunológica crónica de base genética que causa inflamación en la piel, afectan en su mayor parte a los codos, rodillas, región sacra, cuero cabelludo, zonas interglúteas y uñas, se caracteriza por presentar pápulas o placas eritematosas cubiertas de escamas de color plateado con bordes bien delimitados, acompañadas de dolor y prurito (6)

3.2. Clasificación

3.2.1. Psoriasis en Placas o Vulgar

Es la forma más frecuente, se presenta en el 90% de las personas, se caracteriza por placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas de escamas blanquecinas, afecta en su mayor parte a las regiones sacras, cuero cabelludo, codos, ombligo, rodillas y zona glútea (7)

Figura 2

Psoriasis en placas o Vulgar



Fuente: Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. Séptima edición. Sigall D, Poletti E, Vega M, editores. México 2019.

3.2.2. Psoriasis en Gotas

Se presenta en niños y adolescentes; es de comienzo agudo, se caracteriza por pápulas y placas eritematosas y escamosas, diseminadas en el torax, en los brazos y las piernas, se desencadena por infecciones en las amígalas causadas directamente por el SGA (8)

Figura 3***Psoriasis en Gotas***

Fuente: Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. Séptima edición. Sigall D, Poletti E, Vega M, editores. México 2019.

3.2.3. Psoriasis pustulosa

La forma de presentación puede ser preexistente o independiente, se caracteriza por una dermatosis de tipo agudo o subagudo con presencia de pústulas sobre una superficie inflamatoria, afecta principalmente la parte palmar de las manos, plantas de los pies (9).

Figura 4***Psoriasis pustulosa***

Fuente: Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. Séptima edición. Sigall D, Poletti E, Vega M, editores. México 2019.

3.2.4. Psoriasis invertida o Flexural

Se desarrolla en lactantes menores, afecta al 3% - 7% de los pacientes, se caracteriza por presentar placas eritematosas dolorosas acompañadas de erosiones. Aparece con mayor frecuencia en las axilas, genitales, y mamas (10).

Figura 5***Psoriasis invertida o flexural***

Fuente: Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. Séptima edición. Sigall D, Poletti E, Vega M, editores. México 2019.

3.2.5. Psoriasis eritrodérmica

Es una forma grave y poco común, afecta al 75% - 90% de todo el cuerpo, se caracteriza por presentar escamas y eritema acompañado de pústulas dolorosas, pruriginosas y descamativas, además puede asociarse queratodemia palmo plantar (11).

Figura 6***Psoriasis eritodérmica***

Fuente: Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. Séptima edición. Sigall D, Poletti E, Vega M, editores. México 2019.

3.3. Diagnóstico

Se utiliza el raspado metódico de Brocq que constituye un método diagnóstico clínico de la psoriasis y consiste en el raspado mediante una cucharilla de una placa de psoriasis obteniéndose el signo de Auspitz que es patognómico de la psoriasis, signo de la mancha de cera, signo de brunsting y fenómeno de Koebner (12).

Tabla 2**Guía de tratamiento de la Psoriasis**

ESCALAS	Superficie Corporal afectada (BSA)	Índice de severidad de la psoriasis (PASI)	Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI)
Leve	<3	<5	<5
Moderado	3 - 8	5 - 10	5 - 10
Severo	>10	>10	>10

Fuente: Lavieri A, Acevedo A, Bourren P, Crespo M, Díaz P, Esteley P, et al. CONSENSO NACIONAL DE PSORIASIS GUÍA DE TRATAMIENTO, 2020.

Elaborado por: Montero, D (2023).

3.4. Tratamiento

3.4.1. Terapia Tópica

3.4.1.1. Corticoides Tópicos

Es el gold estándar del tratamiento tópico para tratar la psoriasis leve, tienen una acción antiproliferativa, antiinflamatoria e inmunosupresora. En las zonas más sensibles como el rostro y las áreas intertriginosas se usa un corticoide de menor potencia, como la Hidrocortisona al 1% o al 2.5%, mientras que en placas gruesas se usa corticoides más potentes, como el Propionato de Clobetasol 0.05% o de Betametasona 0.05% (5)

Se administra cada 12 horas, los efectos adversos son la presencia de atrofia, erupción acneiforme, telangiectasias, hipersensibilidad (5)

La Academia Estadounidense de Dermatología y la Fundación Nacional de Psoriasis, realizo un estudio con un total de 6050 personas con psoriasis leve, demostrando que la mezcla de dipropionato de betametasona más calcipotriol, reveló un PASI de 74% (5)

Feldman S, realizo un ensayo con una muestra de 167 pacientes con psoriasis leve, en un periodo de 8 semanas, demostrando que el ungüento de tacrolimus al 0.1%, con la aplicación de dos veces al día, dio como resultado la eliminación de las lesiones (5)

3.4.1.2. Análogos de la vitamina D3

Son la terapia inicial para la psoriasis en placas y cuero cabelludo, es conveniente aplicar dos veces al día, los efectos adversos son hipercalcemia y dermatitis alérgica, además está contraindicado usar antes de la fototerapia o con la mezcla de ácido salicílico (5,13).

Un metaanálisis de Cochrane, con una muestra de 177 estudios, reveló que los análogos de la vitamina D3, presentan resultados más favorables y satisfactorios en comparación a los corticoides más potentes con una medida estandarizada del 95% (13)

3.4.1.3. Queratolíticos (Tazaroteno)

Es un retinoide tópico, se recomienda asociar con productos combinados que contengan halbetasol y tazaroteno (5).

Se realizó un estudio, con una muestra de 1303 pacientes, el cual evidenciaron que la crema que contiene 0.1% es mejor que la crema que contiene 0.05%, y al aplicar dos veces al día los resultados son favorables y confiables, además se recomienda usar solamente por 20 minutos para evitar la irritación en la piel (5)

3.4.1.4. Ácido salicílico

Se usa para el manejo de la psoriasis del cuero cabelludo y palmoplantar, mejorando la restauración y la eliminación de las placas escamosas, no se recomienda aplicar >20%, debido a que es muy irritante y puede causar salicilismo (14)

3.4.1.5. Inhibidores de la calcineurina

La combinación de tacrolimus tópico al 0.1% y el pimecrolimus al 1%, es considerado como un manejo eficaz en pacientes con psoriasis faciales e intertriginosas (5)

Un ensayo con una muestra de 57 personas, que tenían psoriasis moderada a grave, se evidenció que el Pimecrolimus al 1% al aplicar dos veces al día, se evidenció la eliminación de las lesiones en comparación con el placebo (5)

3.4.2. Terapia de Radiación

3.4.2.1. Fototerapia Ultravioleta B de banda estrecha (NB-UVB)

Emite una radiación de 290 – 320 nm. Sirve para la psoriasis moderada a severa, se recomienda aplicar 3 veces por semana, se puede combinar con retinoides, análogos de la vitamina D3, y corticoides, sin embargo, se contraindica en pacientes que presenten antecedentes de cáncer de piel, melanoma cutáneo, y exposición a radiactividad, debido a que incrementa el riesgo de desarrollar Fotocarcinogenesis (15)

3.4.2.2. UVA con Psoralenos

Se utiliza para la psoriasis pustulosa localizada y palmoplantar, se recomienda en casos severos la combinación con ciclosporina, metotrexato y fototerapia UVB (5)

En un estudio realizado en Japón en el año 2017, con una muestra de 2300 pacientes, los resultados mostraron que el uso del psoraleno más la luz ultravioleta A (PUVA), es el manejo más seguro y efectivo, revelando una disminución del índice de gravedad de 75% (5)

3.4.2.3. Laser excimer

Sirve como alternativa en pacientes con psoriasis en áreas localizadas, el más utilizado es el láser 308nm que actúa sobre la superficie cutánea dañada. Los efectos adversos incluyen la formación de ampollas, eritema, bronceado de la piel (5)

3.4.3. Tratamiento Sistémico

3.4.3.1. Acitretin

Es un medicamento retinoide oral, proveniente de la vitamina A, se utiliza en casos graves de psoriasis relacionada con el VIH, psoriasis eritrodérmica y pustulosa. La dosis inicial es de 25 – 50 mg en días alternos (16)

Las reacciones adversas son queilitis y alopecia, se recomienda mantener un monitoreo de hepatotoxicidad y hipertrigliceridemia debido

a que este fármaco es teratogénico, está contraindicado el embarazo luego de suspender el tratamiento por 3 años (5)

3.4.3.2. Apremilast

Es un fármaco inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4, se usa para la psoriasis moderada a grave, actúa impidiendo la respuesta inflamatoria por medio de las células Th1, Th17 e interferón, se puede emplear en combinación con agentes biológicos, y fototerapia (17)

Se comienza desde el primer día hasta el tercero una dosis de 10mg cada 12 horas, a partir del cuarto día 20 mg, el quinto día 20 mg en la mañana y 30 mg en la noche, y el sexto día 30 mg cada 12 horas. Los efectos son diarrea, insomnio, náuseas o vómito y a veces un comportamiento suicida (18)

Kim W, et al., llevo a cabo un estudio retrospectivo observacional en el departamento de Dermatología en el hospital de Valencia, con un total de 30 personas, durante el periodo 2017, el cual demostraron que el Apremilast presenta una gran eficacia y seguridad en el manejo de las áreas difíciles de tratar, logrando un PASI 75 en psoriasis en placas moderadas a severas en 4 meses, pero resultado ineficaz en la psoriasis del cuero cabelludo (2)

3.4.3.3. Ciclosporina

Es un medicamento inmunosupresor, actúa inhibiendo la calcineurina que conduce al bloqueo de la cadena antiinflamatoria, es una excelente opción en casos de brotes severos, y psoriasis eritrodérmica. Una gran ventaja es su rápida absorción, logrando alcanzar en pocos meses una remisión completa, la dosis es de 2.5 – 5mg/kg/día, en un periodo de 2 a 4 semanas. Los efectos adversos son hipertensión, hipertrigliceridemia, hiperplasia gingival, linfoma, cáncer de piel (13,17)

La academia estadounidense de dermatología y la fundación Nacional de Psoriasis, realizo un estudio con un total de 400 pacientes, el cual

demonstraron que la ciclosporina produce una remisión completa de la psoriasis severa en un 80 a 90%, en un periodo de 12 a 16 semanas (13).

3.4.3.4. Metotrexato

Es un medicamento muy utilizado en la práctica clínica, sirve para la psoriasis pustulosa generalizada, vulgar, eritrodérmica y ungueal, tiene propiedades antiproliferativa, inmunomoduladora y antiinflamatoria. Los efectos adversos incluyen dispepsia, ulcera gástrica, náuseas, vómitos sangrado intestinal, está contraindicado su uso durante el embarazo y la lactancia debido a sus reacciones teratogénicas (19)

Se utiliza una dosis estándar baja a la semana de 7.5 mg, y como mantenimiento 25 mg a la semana, además se recomienda suplementar cada 24 a 48 el ácido fólico 5 mg después de la toma del metotrexato, el resultado es de 6 meses en algunos pacientes, mientras que en otros puede durar hasta 12 meses (20)

3.4.4. Tratamiento Biológico

3.4.4.1. Inhibidores de TNF-alfa

○ Etarnecept

Es una proteína de fusión, actúa bloqueando la unión ligando-receptor, que a su vez se une de forma reversible al TNF alfa y beta, conllevando a la inactivación celular que resulta en la inhibición de la inflamación (5,20.)

La dosis de inducción es 50mg por 2 ocasiones a la semana, administrado por vía SC, en los 3 primeros meses, luego una dosificación de mantenimiento de 50 mg una ocasión a la semana, en un periodo de 12 semanas. En el sitio de aplicación se pueden presentar reacciones leves que incluye hematoma, hemorragia, prurito, inflamación y edema (19.)

Alonso, J, realizo un ensayo clínico aleatorizado, con una muestra de 652 pacientes con psoriasis grave, el cual revelaron que el etarnecept de

25 – 50 mg dos veces a la semana, logro un PASI del 75%, a diferencia del placebo que alcanzo solamente un 4%, en un periodo de 12 semanas (21.)

- **Infliximab**

Es un anticuerpo quimérico monoclonal, compuesto por el 75% de Ig humana y 25% de origen murino, actúa neutralizando la actividad de TNF, conllevando a una lisis de las células, mediada por el complemento TNF alfa. La dosis aconsejada en la segunda y sexta semana es de 5mg/kg, mediante vía IV, se puede aumentar la dosificación hasta 10mg/kg, luego ir disminuyendo cada 4 semanas, con una duración de 14 semanas. Los efectos adversos son mareos, urticaria y disnea, y se presentan solamente en el 20% de los casos (21,22).

La Guía Colombiana ASOCOLDERMA basada en la evidencia para el manejo de la psoriasis, realizo un ensayo RESTORE 1 aleatorizado, con una muestra de 653 pacientes que presentaban psoriasis moderada a grave, se demostró que el manejo con infliximab alcanzo un PASI del 78%, mientras que el metotrexato alcanzo un 42%, en la semana 16 (23)

- **Adalimumab**

Es el primer anticuerpo monoclonal de origen humano de IgG1, actúa inhibiendo el factor de necrosis tumoral, conllevando a la reducción de las citoquinas proinflamatoria, se enlaza con el TNF alfa causando un bloqueo de los receptores p75 y p55 en las células, es utilizado actualmente para la psoriasis vulgar crónica, eritrodérmica, pustulosa generalizada, palmoplantar, ungueal y de cuero cabelludo (22,24)

Se comienza con una dosis de 80 mg a la semana, administrados por vía SC, continuando la próxima semana con una dosificación de 40 mg, alternando cada 2 semanas, por un periodo máximo 16 semanas. Las reacciones adversas son sinusitis, faringitis, neumonía, gripe, nauseas o vomito (19)

Un ensayo aleatorizado con un total de 147 pacientes con psoriasis moderada a severa, compara el adalimumab de 40 mg versus el placebo, y revela que el adalimumab después de las 12 semanas con intervalo cada 1 o 2 semanas alcanzo un PASI del 80%, mientras que el placebo logro solamente el 4% (23)

- **Certolizumab pegol**

Es un medicamento monoclonal humano, se utiliza actualmente para la psoriasis moderada a severa, en combinación con la fototerapia y la terapia sistémica (23)

Un ensayo en fase III, con una población de 559 adultos que presentan psoriasis vulgar moderada a severa, con una dosis de 200 - 400 mg, con un periodo de 12 semanas, revelaron que el Certolizumab con una dosificación de 400 mg, fue más seguro y eficaz en comparación con el etarnecept y el placebo, alcanzando un PASI del 75%, también revelaron que los pacientes con este tratamiento presentaron reacciones adversas como infecciones del tracto respiratorio superior (25)

3.4.4.2. Inhibidores de la Interleuquina 17

- **Secukinumab**

Es un anticuerpo monoclonal humano de IgG1, actúa bloqueando la interleucina 17, conllevando a mantener controlada la función inmunológica. La dosificación inicial es de 300 mg 1 vez a la semana, administrado por vía SC, divididas en la semana cero, uno, dos, tres y cuatro, luego se puede continuar con dosificación de 300 mg cada 4 semanas (5,26)

Feldman, S realizo un ensayo prospectivo CLEAR, con un total de 676 pacientes con psoriasis moderada a severa, comparo el medicamento secukinumab de 300 mg administrado en la semana 0,1,2,3, y luego cada 4 semanas, versus el ustekinumab de 45 a 90 mg a la semana 4 y luego cada 12 semanas, se demostró en la semana 52 que el Secukinumab

logro un PASI del 90% en el 79% de los pacientes, mientras que el ustekinumab alcanzo solamente el 61% (5)

- **Ixekizumab**

Es un anticuerpo monoclonal anti interleucina 17^a de muy alta eficacia, la dosificación es 160 mg en la semana cero, continuando con una dosis de mantenimiento de 80 mg en la semana 2,4,6,8,10,12 y finalmente una dosis de 80 mg cada 4 semanas (23)

Las reacciones adversas son nauseas, eritema, dolor, picazón, hematoma, dolor orofaríngeo, herpes simple, infección del tracto respiratorio superior e infección por tiña (21)

Feldman, S, realizo un estudio en fase I - II - III UNCOVER, se demostró en aquellos pacientes con psoriasis vulgar moderada a severa, que el Ixekizumab en un periodo de 12 semanas, demostró que UNCOVER II presenta PASI 75, UNCOVER III manifestó un PASI 75, y UNCOVER I revelo un PASI 75 (5)

- **Brodalumab**

Es un anticuerpo humano monoclonal recombinante de IgG2, actúa enlazando la interleucina 17RA, que a su vez bloquea la acción de las citocinas proinflamatorias. La dosis estándar es de 210 mg, administrados en la semana 0,1,2 y luego cada 2 semanas, en EEUU este medicamento precisa de observación debido a que provoca ideas suicidas (13,23)

Los efectos adversos incluyen nausea, mialgias, fatiga, diarrea, tiña, y en sitio de aplicación puede desarrollarse eritema, dolor y hematoma (19)

Feldman, S, realizo dos ensayos AMAGINE II - III, en pacientes con psoriasis moderada a grave, compara el Brodalumab de 210 mg y 140 mg cada 2 semanas versus el ustekinumab de 45 mg, se revelo que en la semana 12 el grupo de Brodalumab alcanzo un PASI de 75%, sin embargo, el grupo de ustekinumab presento un PASI del 22 % (5)

3.4.4.3. Inhibidores de la interleucina 23 y citocinas relacionadas

○ Ustekinumab

Es un anticuerpo monoclonal completamente humano, actúa enlazando la proteína P40, que es mediada por las citoquinas de interleucina 12 -23. En adultos que presenten un peso <100 kilogramos la dosificación es de 45 mg, mientras que en pacientes >100 kilogramos la dosis es de 90 mg, administrados en la semana 0, 4 y luego cada 12 semanas. Los efectos adversos más comunes son nasofaringitis, sinusitis, prurito, dolor orofaríngeo e infecciones del tracto respiratorio superior (13,21)

Se realizó un ensayo con una población de 903 adultos, compararon el ustekinumab de 90mg en la semana 0,4, versus el etarnecept 50 mg, administrados 2 veces a la semana, con un intervalo de 12 semanas, revelando que el ustekinumab presento un PASI 75%, mientras que el etarnecept alcanzo un 67% (5)

○ Guselkumab

Es un anticuerpo monoclonal derivado de IgG1 completamente humano, actúa inhibiendo la interleucina 23 al enlazarse con la subunidad p19, La dosificación de inducción es 100 mg, administrados mediante vía SC, en las semanas 0,4, y una dosis de mantenimiento de 100 mg cada 8 semanas, por un periodo de 16 semanas (19,20)

Las reacciones adversas más comunes incluyen cefalea, diarrea, infecciones del tracto respiratorio, y en la zona de aplicación aparece eritema, picazón, dolor y hematoma (19)

Nakamura M, et al., realizo un ensayo de VOYAGE I y VOYAGE II en fase III, revela que el Guselkumab presenta una mejor eficacia y seguridad en el manejo de la psoriasis vulgar en casos moderados y severos, revelando un PASI de 90 en la semana 16 (27)

○ Tildrakizumab

Es un anticuerpo monoclonal de kappa de IgG1, se utiliza para el tratamiento de la psoriasis moderada a severa. La dosificación es de 100 mg administrados por vía SC, en las semanas 0,4 y luego cada 12 semanas (28)

Un ensayo de reSURFACE I en fase III, con una muestra de 772 pacientes que presentaron psoriasis moderada a severa, compararon el Tildrakizumab de 100 – 200 mg versus el placebo, luego de 12 semanas alcanzaron un PASI 75% ambos grupos, además demostraron que la única reacción adversa fue la nasofaringitis (28)

- **Risankizumab**

Es un anticuerpo monoclonal totalmente humano determinado por la interleucina 23 – 19 de la subunidad p19. La dosificación inicial es de 150 mg repartidos en la semana 0, 4, y después cada 12 semanas (5)

En un estudio de IMMvent de fase III, con un total de 605 pacientes con psoriasis moderada a severa, compararon el Risankizumab con una dosificación de 150 mg versus el adalimumab de 80 mg, con una duración de 16 semanas, se consiguió una mejoría de PASI de 90% en el grupo de Risankizumab, mientras que el adalimumab alcanzo PASI de 47% (29).

4. CONCLUSIONES

El tratamiento es multidisciplinario, requiere de un enfoque individual, para evaluar la gravedad, las manifestaciones clínicas y la extensión de las lesiones.

Según los estudios sobre el tratamiento, se demostró que para los casos leves se utilizan los medicamentos tópicos como el Dipropionato de Betametasona más calcipotriol, ungüento de tacrolimus 0.1% y la crema de Clobetasol demostrando una disminución del índice de gravedad, y restablecimiento del eritema y descamación; mientras que en casos moderados a severos se utilizaron los tratamientos sistémicos y

biológicos que revelaron un PASI 73.8% Ustekinumab, PASI 75% Apremilast, etarnecept, brodalumab, y Tildrakizumab, PASI 74.6-82.8% Certolizumab, PASI 78% Infliximab, PASI 80-90% Ciclosporina, y finalmente PASI 90% Secukinumab, Guselkumab, y Risankizumab.

5. CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Iniciales primer autor: DM

Iniciales segundo autor: MU

Iniciales tercero autor: JS

Iniciales cuarto autor: AS

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. Séptima edición. Sigall D, Poletti E, Vega M, editors. México: James, S; 2019. 247–257 p.
2. Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Solé M, Betriu-Bars A, Sanmartín-Novell V, Ortega-Bravo M, et al. Características epidemiológicas de la psoriasis. Un estudio poblacional. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2023 Jul 12];110(5):385–92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731018305350>
3. Tamayo R, Prieto C, Villegas G, Menéndez B. Vista de Factores de Riesgo y desencadenantes de la Psoriasis_ estudio de revisión. Journal of American Health [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 12]; Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/87/184>
4. Feldman S. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=PSORIASIS&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
5. Feldman S. Treatment of psoriasis in adults - UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults?search=tratameiento%20de%20la%20PSORIASIS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
6. Habashy J, James W. Medscape. 2022 [cited 2023 Jul 12]. Psoriasis: fundamentos prácticos, antecedentes, fisiopatología. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview>
7. Yan BX, Chen XY, Ye LR, Chen JQ, Zheng M, Man XY. Cutaneous and Systemic Psoriasis: Classifications and Classification for the

- Distinction. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2021 Oct 13 [cited 2023 Jul 12]; 8:649408. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.649408/full>
8. Mehlis S. Guttate psoriasis - UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/guttate-psoriasis?search=psoriasis%20en%20gotas&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7
 9. Kalb R. Pustular psoriasis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pustular-psoriasis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis%20oculta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 10. Aijaz SF, Khan SJ, Azim F, Shakeel CS, Hassan U. Deep Learning Application for Effective Classification of Different Types of Psoriasis. *J Healthc Eng* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 12];2022. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2022/7541583/>
 11. Hawkes J, Callis K. Erythrodermic psoriasis in adults - UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/erythrodermic-psoriasis-in-adults?search=psoriasis%20eritrodermica&source=search_result&selectedTitle=1~16&usage_type=default&display_rank=1
 12. Kalb R, Callis K. Pustular psoriasis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pustular-psoriasis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis%20oculta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 13. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. *Canadian Family Physician* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited

- 2023 Jul 12];63(4):278. Disponible en:
<https://pmc/articles/PMC5389757/>
14. Inga TAS, Quiroga FDP, Morillo JCM, Cuamacás EDG. Actualización en el manejo de la psoriasis. RECIMUNDO [Internet]. 2023 Mar 13 [cited 2023 Jul 12];7(1):197–206. Disponible en:
<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1943>
15. American Academy of Dermatology and the National Psoriasis Foundation. Psoriasis Phototherapy Clinical Practice Guidelines (2019) [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en:
https://reference.medscape.com/viewarticle/919379#vp_1
16. Valenzuela F, Araya I, Arellano J, Armijo D, Correa H, De La Cruz C, et al. Actualización guías clínicas chilenas para el manejo de la psoriasis. Revista Chilena de Dermatología [Internet]. 2022 Jan 13 [cited 2023 Jul 12];36(3). Disponible en:
<https://www.rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/392>
17. Rizzo BLC, Jurado AIC, Chávez ABC, Flores M del CN. Actualización terapéutica de la psoriasis. RECIMUNDO [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2023 Jul 12];6(2):318–29. Disponible en:
<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1574>
18. Valenzuela F, Araya I, Arellano J, Armijo D, Correa H, De La Cruz C, et al. Actualización guías clínicas chilenas para el manejo de la psoriasis. Revista Chilena de Dermatología [Internet]. 2022 Jan 13 [cited 2023 Jul 12];36(3). Disponible en:
<https://www.rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/392>
19. Leis-Dosil VM, Prats-Caelles I. Manejo práctico de inmunosupresores en dermatología. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2023 Jul 12];109(1):24–34. Disponible en:
<http://www.actasdermo.org/es-manejo-practico-inmunosupresores-dermatologia-articulo-S0001731017302661>
20. Velarde L. Nuevas terapias en el tratamiento de la Psoriasis [Internet]. [Sevilla]: Universidad de Sevilla ; 2022 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en:
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/143362/MORILLO->

[VELARDE%20MARTINEZ%2c%20LOURDES.pdf?sequence=1&isAllo
wed=y](#)

21. Suárez J. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE [Internet]. [Málaga]: Universidad de Málaga; 2018 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en:
https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/16338/TD_SUAREZ_PEREZ_Jorge_Alonso.pdf?sequence=1
22. Podoswa-Ozerkovsky N, Amaya-Guerra M, Barba-Gómez JF, Estrada-Aguilar L, Gómez-Flores M, Lopezello-Santillán AL, et al. Recomendaciones de expertos para el tratamiento biológico en pacientes con psoriasis. Gac Med Mex [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 12];156(5):454–62. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000500454&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Herrera E. Aportación de los estudios de práctica clínica real al análisis de la terapia biológica en pacientes con psoriasis moderada-grave [Internet]. [Málaga]: Universidad de Málaga; 2021 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en:
<https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/22941>
24. Arreaga OAG, Arreaga OAG, Pérez AYW, Avilés CXN, Mendoza KJV. Uso del Tratamiento Biológico en pacientes con Psoriasis. RECIMUNDO [Internet]. 2022 Sep 27 [cited 2023 Jul 12];6(4):26–35. Disponible en:
<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1812>
25. González C, Londoño A, Cortés C. ASOCOLDERMA. 2018 [cited 2023 Jul 12]. p. 256 Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia. Disponible en:
https://revistasocolderma.org/sites/default/files/guias_basadas_en_la_evidencia_para_el_manejo_de_la_psoriasis_en_colombia.pdf
26. Frieder J, Kivelevitch D, Menter A. Secukinumab: a review of the anti-IL-17A biologic for the treatment of psoriasis. Ther Adv Chronic Dis [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 12];9(1):15–21. Disponible en:

<https://doi.org/10.1177/2040622317738910><https://doi.org/10.1177/2040622317738910>

27. Nakamura M, Lee K, Jeon C, Sekhon S, Afifi L, Yan D, et al. Guselkumab for the Treatment of Psoriasis: A Review of Phase III Trials. *Dermatol Ther (Heidelb)* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2023 Jul 12];7(3):281–92. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13555-017-0187-0>
28. Galluzzo M, Chiricozzi A, Cinotti E, Brunasso G, Congedo M, Esposito M, et al. Tildrakizumab for treatment of moderate to severe psoriasis: an expert opinion of efficacy, safety, and use in special populations. <https://doi.org/10.1080/1471259820221988566> [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 12];22(3):367–76. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14712598.2022.1988566>
29. Cea M. TRABAJO FIN DE GRADO MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS [Internet]. [Madrid]: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE; 2020 [cited 2023 Jul 12]. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA%20ISABEL%20CEA%20SANGUINO.pdf>