

Tractament Tòpic de la Psoriasi a l'Atenció Primària

Basat en el Taller de Tractament Tòpic de la Psoriasi a l'AP, Formació de formadors
Grup de Dermatologia CAMFIC.

Què és la psoriasi?

- Dermatosi inflammatòria crònica que cursa a brots.
- Epidemiologia
 - 1'4% població espanyola
 - Pics màxima incidència: 2^a (70%) i 5^a dècades (ps. Inici tardà)
 - Més de 2/3: psoriasi lleu
 - 70% tributàries de ttm tòpic únicament
 - Ttm tòpic és el de primera línia i l'únic disponible a l'Atenció Primària

Fisiopatologia de la psoriasi

- Hiperproliferació de les cèl.lules cutànies
- Diferenciació anòmala dels queratinocits
- **Renovació accelerada de l'epidermis** (x4-6)→plaques definides o lesions eritematoses, engruixides i cobertes d'escates seques i nacarades
- Capil.lars dilatats
- Formació de nous vasos sanguinis→ **irritació i inflamació contínua de l'àrea**

Etiologia

- Etiologia desconeguda...
 - Predisposició genètica (HLA-Cw6, HLA-B27)
 - Teoria immunològica
 - Història familiar
- Factors desencadenants:
 - Traumatismes físics (fenòmen de Koebner)
 - Infeccions (estreptococs, estafilocos, VIH i cànvides).
 - Estrés
 - Fàrmacs (AINE, la supressió del tractament amb corticoides sistèmics, B.bloquejants, IECA, liti, antimalàrics).

Fenòmen de Koebner posterior a esgarrapada de gat



Fenòmen de Koebner en cicatriu post-operatòria



Fenòmen de Koebner post-exposició solar



Diagnòstic

- **CLÍNIC.**
 - Si dubtes → Biòpsia
- Característic a l'exploració:
 - **Signe d'Auspitz o Rosada hemorràgica**
 - Hipopigmentació post-inflamatòria (**Halo hipocròmic de Woronoff**): pot aparèixer després del blanquejament de la lesió, i posteriorment es torna a pigmentar.

Signe d'Auspitz



Formes de psoriasis

- Psoriasis vulgar (80-90%)
- Psoriasis cuir pilós (50-80%)
- Psoriasis ungueal
- Psoriasis palmo-plantar
- Psoriasis invertida
- Psoriasis guttata o numular

Tractament de la psoriasi a Atenció Primària

- Psoriasi lleu-moderada: afectació de <10% de la superfície corporal

Tractament de la psoriasi a Atenció Primària

- **Informar**
 - no contagiositat
 - cronicitat del quadre
 - evolució a brots
 - necessitat de tractament dels episodis aguts i interbrot (manteniment)
- **Recolzament psicològic** si precisa
- **Recomanar**
 - Hidratació diària
 - Exposició solar evitant les cremades
 - Evitar factors desencadenants

El tractament de la psoriasi es basa en la combinació de tractaments...

✓ Tòpic

✓ Fototeràpia

✓ Sistèmic

* Sempre amb educació i recolzament

Classificacio de la psoriasi

- **Lleu, moderada i greu** segons:
 - Característiques físiques i ubicació de les lesions (PASI: Psoriasis Area Severity Index)
 - Percentatge de cos afectat (BSA: Body Surface Area)
 - Impacte sobre la vida diària del pacient (DLQI: Dermatologic Life Quality Index)

PASI (Psoriasis Area Severity Index)

Puntuación*	0	1	2	3	4	-	-
Eritema		Rosa pálido	Rojo	Rojo oscuro	Púrpura		
Infiltración	Nulo**	Ligero**	Moderado**	Grave**	Grave**		
Descamación		Escamación fina	Escamación rugosa	Escamación gruesa	Escamación ostrácea		
Puntuación***	0	1	2	3	4	5	6
Área real de extensión (%)	0	1-9	10-29	30-49	50-69	70-89	90-100

*Puntuación para la gravedad de cada síntoma. **Afectación. ***Puntuación para el porcentaje del área corporal afectada.

Classificació de la psoriasi

✓ Lleu

BSA < 5%

PASI < 7

✓ Moderada

BSA 5-10%

PASI 7-12

✓ Greu

BSA > 10%

PASI > 12

La psoriasis tiene gran impacto físico y emocional en los pacientes

	Físico	Implicación	Emoción
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> Escamas Irritación Dolor cuero cabelludo Eritema Placas Brote 	<ul style="list-style-type: none"> Ropa color claro Evitación social Peluquería y cuidado del cabello Freno a estilo cabello Freno a deportes (nadar) Impredecible 	<ul style="list-style-type: none"> Vergüenza Esconderse Soledad Aislamiento Depresión Temor Aturdimiento Cambios emocionales Ansiedad
Tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo y dedicación Suciedad y molestias Politerapia 	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de tiempo Limpieza ropa y personal Coste 	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia del impacto social Miedo a corticoides y LP

Tractament de la psoriasi

- Imprescindible l'**adherència** del pacient al tractament
- És habitual la baixa adherència i el pobre control de la malaltia (tractaments inacceptables des del punt de vista cosmètic, difícils d'aplicar, consumeixen molt de temps...i el pacient no els percep com a eficaços...)
- **Intentar trobar el tractament més còmode pel pacient**

Fàrmacs utilitzats

- Queratolítics tòpics
- Alquitrans
- Antralina o ditranol
- Corticoids tòpics
- Retinoides tòpics
- Derivats de la Vitamina D

Vehicle o excipient en el ttm tòpic

- L'excipient del ttm tòpic és tan important com el propi principi actiu
- Locions i gels: Contenen alcohol→si fissures o excoriacions poden irritar. Sequedat.

Cuir cabellut	Locions, gels
Plecs	Cremes, pólvores, pastes
Cara	Cremes, locions
Palmells i plantes Colzes i genolls	Pomades, ungüents
Mucosa oral	Excipients adhesius orals, col·lutori, comprimits bucal

Emolients o hidratants

- Utilitzar sempre i tantes aplicacions al dia com sigui necessari
- Vehicle + greixós → + hidratant
- Vaselina: el + hidratant. Cert efecte antiproliferatiu
- Efectes:
 - Evita la pèrdua d'aigua
 - Estova la capa còrnia
 - Redueix la hiperqueratosi
 - Millora l'elasticitat de la pell

Queratolítics tòpics

∇ ↑ eliminació de la capa còrnia

- Útils si **hiperqueratosi**
- Primeres fases del tractament
- Sols o combinats
- Aplicació amb oclusió durant 8 hores (nit)
- ✓ Acid salicílic
- ✓ Urea

Queratolítics tòpics. Àcid salicílic

- Redueix la cohesió intercel·lular de la capa còrnia → efecte descamatiu i estova la capa còrnia
- Redueix el pH de la capa còrnia → ↑ hidratació i suavitat de la pell
- Aprimament de l'epidermis
- ✓ ↑ penetrància percutània d'altres principis actius
- Formulació en la majoria de vehicles

Queratolítics tòpics. Àcid salicílic

- Evitar a regió anogenital, plecs, mucoses, ulls i àrees de pell sana (**irritant**)
- Palmes i plantes: en vaselina i oclusió
- Cuir pilós: loció i emulsió
- Efectes dosi-depenents
 - Pell lampinya [3-6%]
 - Palmells i plantes [30-40%]

Queratolítics tòpics. Àcid salicílic

- Pot associar-se amb corticoids tòpics (plaques infiltrades amb escames)
- Vigilar en psoriasi extensa (**risc de salicilèmia**)

Queratolítics tòpics. Urea

- ∇ ↓concentració (<15%): hidratant
- ∇ ↑concentració (>15%): queratolític
- Es pot combinar amb corticoids tòpics
- ✓ ↑penetrància percutània d'altres principis actius
- Inconvenient: Irritació

Corticoids tòpics

- Vasoconstricció
- Efectes antiproliferatius
- Immunosupressió
- Efectes antiinflamatoris

- **Afavoreixen la penetrància:**
 - ✓ Tractament previ de la placa amb queratolítics
 - ✓ Oclusió
 - ✓ Hidratació
- **Vehicle:** loció, solució, crema, crema emolient, gel, spray, apòsit impregnat amb corticoid

Corticoids tòpics

- **Efectes secundaris:**
 - Ús perllongat
 - Àrees cutànies extenses
 - Corticoids potents
 - Nens i ancians
 - Cara i plecs
- Per **evitar** els efectes secundaris:
 - Ttm brot: cortis potents/molt potents (segons localització) fins a blanquejament de les lesions
 - Tractament de manteniment: cortis baixa potència

Corticoids tòpics

- **Màxima potència i màxima freqüència** (ttm brot: 1 aplic/12 hs; ttm manteniment: 1 aplic/24 hs 2-3 dies/setmana)
 - Cara, genitals i plecs: baixa potència (hidrocortisona)
 - Cuir cabellut i altres zones: potents i molt potents
- Potents: no més de 45 g/setmana. No més de 4 setmanes seguides

Corticoids tòpics

- Inconvenients
 - Taquifilàxia
 - Recidiva precoç (si no ttm manteniment)
 - “Efecte secundari” (si no ttm manteniment)
- ✓ Ben acceptats i tolerats pels pacients
 - Eficàcia
 - Rapidesa d’acció
 - Còmodes cosmeticament

Corticoids tòpics

- Combinacions
 - Àcid salicílic: lesions hiperqueratòsiques
 - Breas (alquitrans)
 - **Calcipotriol** (derivat vitamina D)

Derivats de la vitamina D

- ✓ Calcitriol, Calcipotriol, Tacalcitol
- Calcitriol: el menys potent. Cara, genitals i plecs
- Tacalcitol: el més recent. 1 aplicació/dia. Menys irritant: cara i plecs.
- Calcipotriol: el més potent: cuir pilós i altres zones
- S'inactiva amb àcid salicílic (12 hs) i amb llum ultravioleta (2 hs).
- Hipercalcèmia i hipercalciúria
→ Monitoritzar (>120 g/setmana)
- CI disfunció renal i hepàtica.

Derivats de la vitamina D.

Calcipotriol

- Efecte secundari més comú: **irritació** (dermatitis de contacte irritativa) a la zona d'aplicació, principalment cara i plecs
- 2 aplicacions/dia
- Segur inclús en nens
- ✓ Útil **associat a corticoids tòpics**
- ✓ També associat a retinoids

Corticoids tòpics associats a calcipotriol

- ∇ ↓irritació causada pel calcipotriol
- ∇ ↓dosi corticoid (↓risc efectes secundaris)
 - 1 aplicació/dia
 - Sinèrgia: eficàcia superior a l'ús de cada fàrmac per separat
 - ✓ Calcipotriol 0'05% + dipropionat betametasona 0'5%
 - Major tolerància i major comoditat

Alquitrans

- Vehicle: crema o ungüent
- Sensibilitzadors de radiacions
- Evitar en plecs, genitals, cara , ps inestable o pustulosa (**irritació** local)
- Tinció de la pell, la roba i el cabell
- **Fol.liculitis**
- 1 aplicació/dia, màxim 4 setmanes

Antralina o Ditranol

- Vaselina o pasta lasar
 - Redueixen la placa de psoriasi (acció antiproliferativa sobre els queratinocits)
 - Efecte antiinflamatori
- Poc acceptats pel pacient pels ef. Secundaris
- 1 aplicació al dia i segons tolerància es pot anar augmentant la concentració setmanalment (Teràpia de contacte curt)

Retinoids tòpics (Derivats Vit.A)

✓ Tazaroteno

∇ ↓descamació

∇ ↓gruix placa

∇ ↓inflamació (eritema)

- Psoriasi vulgar i ungueal
- Vehicles: gel, crema
- Associacions: corticoids tòpics, calcipotriol i fototeràpia
- Contraindicat durant la gestació i lactància
- **Ef. Secundaris**
 - Dermatitis irritativa
 - Eritema
 - Sensació urent

Retinoids tòpics (Derivats Vit.A)

- 1 aplicació/nit, màxim 3 mesos
- **Molt irritants**
 - Millor associats a corticoids (↑efectivitat, ↓irritació)
- Mai en tractament de manteniment (màxim 3 mesos)

Tacrolimus i pimecrolimus

- Immunosupresors inhibidors de la calcineurina
- Aprobats per la FDA pel ttm tòpic de la dermatitis atòpica
- No aprobats pel ttm tòpic de la psoriasi
- Podria ser útil en psoriasi de cara, plecs i regió perianal sense els efectes secundaris dels corticoids

Tacrolimus i pimecrolimus

- 2 aplic/dia màxim 3 setmanes →
 - 1 aplic/dia fins desaparició de la lesió.
 - No tractament de manteniment
 - Ef secundaris
 - Cremor, coïssor, prurit, rosàcia.
 - Parestèsies i hiperestèsies
 - Intolerància a l'alcohol
 - Risc d'infecció pel virus herpes

Psoriasis vulgar



Las lesiones de la psoriasis vulgar son placas eritematodescamativas bien delimitadas

PSORIASIS VULGAR



Placas eritematosas delimitadas con escamas plateadas

PSORIASIS

Psoriasi vulgar

- La més freqüent 80-90%
- Plaques eritematodescamatives amb escames nacarades o platejades no adherents i vores delimitades
- No pruriginosa
- De curs crònic i intermitent
- Colzes, genolls, cuir pilós, cames, tronc, braços i zona sacre

Psoriasis vulgar (crònica estable en plaques, BSA<10%)

✓ Brot:

- Emolient sempre 2-3 aplic/dia
- Queratolítics si ↑ hiperqueratosi (vaselina salicílica,...)
- **Psoriasis vulgar lleu: monoteràpia**
 - Anàleg Vit D sol (1-2 apl/dia)
 - Corticoide 1-2 apl/dia (potència depèn de localització)
- **Placa greu (↑PASI) : combinació** de corticoids amb anàlegs de la Vitamina D (1 aplic/dia)

Psoriasis vulgar (crònica estable en plaques, BSA<10%)

- Valorar a les 2 setmanes, si bona evolució nova valoració en 4 setmanes (màxima durada ttm brot 4-8 setmanes):

OBJECTIU: Milloria del 75% de la lesió (Blanquejament)

Si no millora: canviar principi actiu o associar

Si millora: ttm manteniment

- seqüencial rotacional: ex:5 dies cortis + 2 dies anàlegs vit. D
- Seqüencial intermitent: ex: 2 setmanes cortis + 1 setmana descans

Psoriasi vulgar (crònica estable en plaques, BSA<10%)

- Tractament manteniment:
 - Si ttm brot amb anàleg Vit D: Anàleg Vit D: 2 dies/setmana, màxim 52 setmanes. Els altres 5 dies corticoid o reductor
 - Si ttm brot amb corticoid:
 - Reduïr potència i freqüència: 2-3 aplic/setmana
 - 3 mesos amb blanquejament de totes les lesions: STOP i continuar amb emolients
 - Si nova reagudització: iniciar pauta brot

Psoriasis vulgar (crònica estable en plaques, BSA<10%)

- Si no millora: canviar principi actiu o associar
 - Afegir retinoid tòpic (1 aplicació/nit) màxim 3 mesos + combinació corticoid amb anàleg Vit D(1 aplic/dia)
 - Afegir reductors
 - Valorar derivació a Dermatologia

Psoriasis cuir pilós



Psoriasis inducida por litio

PSORIASIS



Psoriasi del cuir pilós

- Cap 10% superfície corporal (PASI)
- 50-80% dels pacients amb psoriasi
- Sola o associada a brots a altres localitzacions
- Molt freqüentment associada amb lesions a tronc i extremitats
- Impacte negatiu sobre la qualitat de vida del pacient (persistència, visibilitat de les lesions)

Psoriasi del cuir pilós

- Més difícil de tractar que a altres zones
 - Dificultat del tractament per arribar a la superfície cutània
 - Plaques que poden ser molt gruixudes (molta hiperqueratosi)

Psoriasis del cuir pilós.

Tractament

- Si ↑ hiperqueratosi: àcid salicílic (solució)
- Anàlegs de la vitamina D.
 - Calcipotriol loció
- Corticoids tòpics
 - 1 apl/12 hs x 4 setmanes
 - Valerato de betametasona (0'12%): espuma
 - Propionato de clobetasol: corti molt potent.
Xampú i espuma

Psoriasi del cuir cabellut.

Tractament

- Calcipotriol + corticoids

Calcipotriol + dipropionato de betametasona:
gel (Xamiol®).

- Brot: 1 aplicació/dia 4 setmanes
- Ttm manteniment:
 - 1 aplicació/dia 2 dies a la setmana.
 - La resta de dies: xampú amb brea c/3 dies

Psoriasi del cuir cabellut.

Tractament

- Brea d'hulla: gel o xampú: cada 3 dies
- Queratolítics: àcid salicílic 1-3% en solució hidroalcohòlica o vaselina.
- Ditranol: tenyeix la pell, difícil d'eliminar del cabell, si cabell clar el pot tenyir.

Psoriasis del cuir cabellut.

Tractament

- Tractament del brot
 - Anàleg Vit D + betametasona (gel) 1 aplic/dia 4 setmanes
 - Corticoid sol
 - Si molta hiperqueratosi: queratolític (solució) sol o associat a corticoid (solució o espuma) uns dies
- Tractament de manteniment
 - Anàleg Vit D + betametasona (gel) 2 dies a la setmana o corticoids sols.
 - Resta dies: xampú de brea +/- solucions

Psoriasis facial

- Emolients
- Anàlegs Vit D: només calcitriol c/12 h (poca eficàcia)
- Corticoids de baixa potència: màx 1-2 setmanes
 - Hidrocortisona acetat 1% crema o ungüent 2 aplic/dia
 - Si sobreinfecció per cànides: tractar-les
- Casos greus i no resposta: Derivació Dermatologia

La psoriasis facial es podria tractar amb inhibidors de la calcineurina

Psoriasis palmo-plantar

- Persistent i resistent
- Invalidant
- Sovint precisa tractaments sistèmics:
derivació a Dermatologia
- Nosaltres podem iniciar:
 - Emolients (!!)
 - Corticoid tòpic potent +/- queratolític
 - Pomada o ungüent

Psoriasi Ungueal

En tenen més del 50% dels
pacients amb psoriasis
Casi sempre en artritis
psoriàsiques (>70%) i formes
greus.

Mans>>>peus

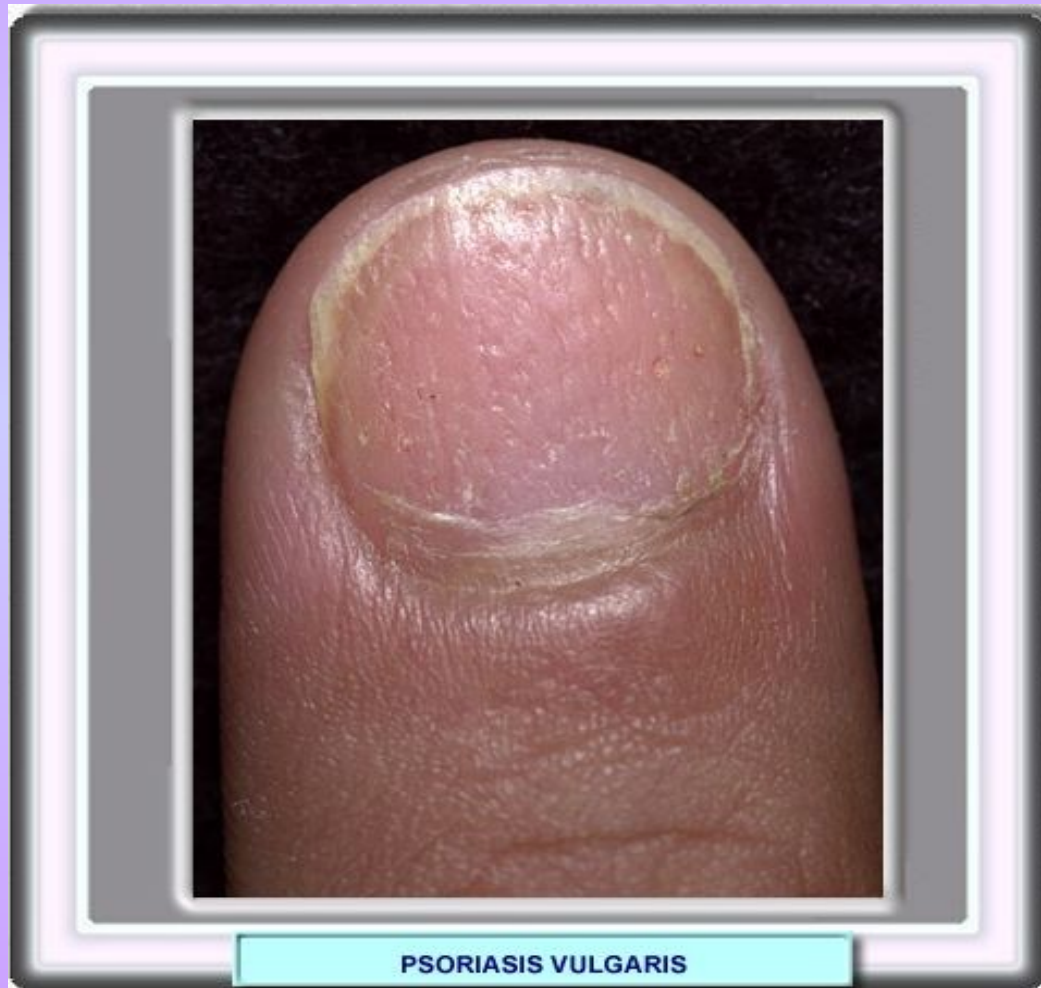
No tota afectació de les ungles és
onicomicosis.

Tot i això els pacients amb
psoriasis tenen més onicomicosis.

Sospitarem de psoriasi ungueal:

- depressions puntiformes (peeting)
- onicolisis distal (taca d'oli)
- hiperqueratosi subungueal
- onicodistròfia
- leuconíquia
- solcs transversals

Psoriasis Ungueal



Psoriasis Ungueal. Onicodistròfia.



PSORIASIS VULGARIS

Psoriasis Ungueal. “Taques d’oli”.



PSORIASIS VULGARIS



Psoriasis ungueal

- El ttm tòpic sol ser ineficaç
- Si molta hiperqueratosi
 - Iniciar queratolític potent (+/- oclusió):
 - Urea 40% o salicilat a dosis altes
- Lesions a llit unguial: derivats Vit D (calcipotriol, tacalcitol) solució ungles 2 aplic/dia 8 setmanes
- Lesions aïllades de la matriu (pocs dits): infiltració corticoids. Si varis dits: laca de clobetasol propionat 8%
- Lesions mixtes: Vit D dll-dv + laca clobetasol 8% ds-dm

Psoriasi ungueal

- Si no resposta: tazaroten gel 0'1% o PUVA tòpic (→Dermatologia)
- Si sobreinfecció candidiàsica: tractament per onicomicosi i posteriorment valorar
- Si cap milloria i molta limitació o dolor, valorar derivació a Dermatologia (Tractament sistèmic o fàrmacs biològics aplicats subunguialment).

Psoriasi en gotes

- En pàpules disseminades per tot el tegument
- És típica l'erupció 15 dies després d'una infecció estreptocòcica
- Afecta el tronc
- Diagnòstic diferencial: varicel·la, líquen pla, lues secundària, pitiriasis rosada, tinya corporis (pitiriasis versicolor)

Psoriasis en gotes



Psoriasis en gotes



Psoriasis en gotes



Psoriasi en gotes

- Si amigdalitis estreptocócica:
 - Eritromicina 500 mg/6 hs 7 dies +
Corticoids de baixa potència
- Anàleg Vit. D en crema (màx 4 setmanes)
- Si no resposta derivació a Dermatologia (fototeràpia; molt eficaç UVA, si cal PUVA)
- Desapareix espontàniament en 2 mesos

Psoriasi Invertida (plecs)

- Plaques de vermell intens, pràcticament sense descamació.
- Grans plecs: axil·la, regió inguinal, submamari, intergluti.
- Molt ben delimitada
- Sempre descartar una sobreinfecció candidiàsica

Psoriasis Invertida



Psoriasi en plecs

- * Inhibidors de la calcineurina: Eficàcia similar als corticoids de baixa potència però sense els efectes secundaris d'aquests *
- Corticoids de potència baixa-mitja:
 - Brot: c/12 hs màxim 4 setmanes
 - Manteniment: 2 cops/setmana i suspendre tan ràpid com es pugui
- Derivats Vit D sols (Calcitriol, tacalcitol):
 - Brot: 1 apl/dia, 4-8 setmanes
 - Manteniment: 2 dies a la setmana

Psoriasis pustulosa generalitzada i eritrodèrmica

Derivar a l'hospital de forma urgent.



Psoriasi pustulosa generalitzada i eritrodèrmica



Criteris de derivació a Dermatologia

- Confirmació diagnòstica
- Psoriasi localitzada resistent a teràpia tòpica convencional
- Formes clíniques generalitzades que requereixen tractament sistèmic
- Taquifilàxia