

Plan Nacional de Formación Continuada

La **psoriasis** es una enfermedad crónica de la piel de carácter inflamatorio, una de sus principales manifestaciones es la hiperqueratosis paraqueratósica de la epidermis. Puede afectar a la piel, uñas, articulaciones y, menos frecuentemente, a las mucosas.

La lesión característica es una placa de color rojo oscuro, con escamas no adherentes de un peculiar tono blanco-nacaradas y con borde bien delimitado. Se manifiesta habitualmente de forma bilateral, siendo las localizaciones más frecuentes las superficies de extensión articular (codos y rodillas), la zona sacra y el cuero cabelludo. La afectación de las mucosas es muy rara, aunque se han citado casos localizados en los labios y en el pene.

La psoriasis es la más común de las enfermedades cutáneas crónicas humanas, con una incidencia del 2% en la población mundial. Puede comenzar a cualquier edad, pero es rara en menores de 5 años. Presenta dos picos de máxima incidencia: la segunda década (de origen generalmente familiar) y los 55-60 años. Evoluciona con remisiones y recaídas espontáneas. Puede persistir toda la vida o durar solo unos meses. Aunque muy raramente llega a poner en peligro la vida del paciente, puede ser muy discapacitante, limitando considerablemente la calidad de vida.

Entre las principales características histológicas de la psoriasis pueden citarse la *hiperplasia epidérmica*, definida como una diferenciación anormal y la maduración incompleta de los queratinocitos; un *engrosamiento de la epidermis* y una *capa granular reducida o ausente*. Todo ello es debido a la hiperproliferación y diferenciación de queratinocitos epidérmicos de evolución acelerada, cuyo ciclo vital es mucho más rápido de lo normal: tardan 7-10 días en lugar de 50-75 días. También se puede

apreciar una infiltración epidérmica de células del sistema inmune (linfocitos T) y de células dendríticas CD11c+ en la dermis; por otro lado, se encuentran células CD8+ y neutrófilos en la epidermis. Hoy se considera que la psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmune en la cual células dendríticas, linfocitos T, macrófagos y neutrófilos inducen hiperproliferaciones locales de queratinocitos que, en última instancia, son las responsables de las lesiones de la piel.

La forma clínica más frecuente (hasta el 80% de los casos) es la psoriasis vulgar o en placas. Este último término hace referencia a las formaciones escamosas y de color rojizo presentes en las zonas de extensión (codos y rodillas, principalmente), así como en el cuero cabelludo.

La psoriasis se asocia con un aumento del riesgo de la aterosclerosis y del riesgo de enfermedad cardiovascular, que se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente en los pacientes de psoriasis más jóvenes y con formas más graves de la enfermedad, reduciendo su esperanza de vida.

El **tratamiento** de la psoriasis es complejo, ya que no solo se lucha contra una enfermedad de etiología desconocida y con formas clínicas muy diversas, sino que está condicionada por diversos factores sociales. Deben evitarse los *factores desencadenantes y favorecedores* conocidos: infecciones, golpes, tabaquismo y estrés. El sol es beneficioso, siendo capaz de producir una mejoría significativa de las lesiones; sin embargo, no existen evidencias sobre la posible eficacia de otros tratamientos no farmacológicos.

No existe un tratamiento curativo para la psoriasis, pero en la mayoría de los casos puede controlarse satisfactoriamente, aplicando dife-

rentes tratamientos en función de la gravedad del caso.

Los **tratamientos tópicos** son empleados en los casos más leves (afectación menor del 25% de la superficie corporal) y constituyen la forma más común de tratamiento de la psoriasis en placas, pero también es la menos eficaz en los casos graves. Carecen de utilidad en la artritis psoriásica o en la forma pustulosa y en la eritrodérmica.

Los agentes *emolientes* y *queralíticos* (ácido salicílico, brea de hulla, ditranol) son utilizados habitualmente como adyuvantes a otros tratamientos para hidratar, evitar la aparición de fisuras y eliminar las escamas. Por su parte, los *corticosteroides tópicos* producen efectos rápidos y potentes, pero la duración de las remisiones es más bien corta. Se pueden considerar de primera elección en la psoriasis leve que no responde a otros tratamientos tópicos y en determinadas localizaciones como la cara, el cuero cabelludo, los pliegues, los genitales (localizaciones que no toleran otros tratamientos tópicos).

El *calcipotriol* y el *tacalcitol* son análogos hormonales de la vitamina D de aplicación tópica, similares al *calcitriol*. Su empleo en la psoriasis en placas se debe a la observación de que los análogos hormonales de la vitamina D son capaces de inhibir la proliferación y la diferenciación de los queratinocitos. Su eficacia es similar a la de los corticosteroides e incluso inducen períodos de remisión algo más largos que aquellos.

El empleo de lámparas de *radiación ultravioleta* (UV) constituye uno de los punitivos en el tratamiento de la psoriasis. Sin embargo, la aplicación de radiación UV solo resulta útil en los casos de psoriasis en placas, resultando ineficaz en el resto de formas de psoriasis (artritis, etc.). El método PUVA o *fotoquimioterapia* es el tratamiento

más eficaz disponible para la psoriasis en placas. Su acción es lenta, pero produce períodos prolongados de remisión. Debido al riesgo de efectos adversos cutáneos se está empleando de forma mucho más restringida, para casos graves refractarios en pacientes de edad media (no en niños ni en jóvenes). Algo menos eficaz es la *fototerapia*. Se suele emplear brea de hulla previamente a la radiación UVB.

El *tazaroteno* es un retinóide que se utiliza por vía tópica. En los pacientes con psoriasis en placas presenta una eficacia similar a la de los corticosteroides tópicos en lo que se refiere a la elevación de las placas psoriásicas, pero su efecto es algo menor en cuanto a la reducción del eritema. La combinación de tazaroteno y corticosteroides produce mejores resultados que el tazaroteno solo.

En el **tratamiento sistémico** se emplean agentes con efectos antiproliferativos sobre la epidermis. Se trata de fármacos inmunosupresores y derivados retinoides aromáticos. Son considerados como el *segundo nivel de tratamiento*, estando indicados en psoriasis extensas que no responden a otros tratamientos, formas eritrodérmicas y pustulosas y formas incapacitantes.

Los denominados *fármacos antiarreumáticos modificadores de la enfermedad* (FAME o DMARD, *disease-modifying antirheumatic drugs*) son ampliamente utilizados como primera opción en el tratamiento de las formas activas moderadas o graves de la psoriasis, en

particular en los pacientes con artritis psoriásica. Se trata de potentes inmunosupresores, entre los cuales el más utilizado es, sin duda, el *metotrexato*, considerado como el tratamiento de elección en las formas graves de psoriasis en placas, así como en la artritis psoriásica, la psoriasis pustulosa y la psoriasis eritrodérmica. La *hidroxiurea* también se utiliza en esta indicación, pero es menos eficaz y su acción es más lenta que la del metotrexato; además, esta indicación no está oficialmente autorizada. Por su parte, la *ciclosporina* tiene una eficacia clínica similar a la del metotrexato en la psoriasis en placas y en la psoriasis pustulosa, pero algo menor en la psoriasis eritrodérmica y en la artritis psoriásica. Se utiliza en dosis muy inferiores a las empleadas en la prevención del rechazo en trasplante de órganos.

Los *retinoides* son análogos estructurales de la vitamina A (ácido retinoico), pero de carácter aromático. Actúan sobre receptores específicos, reduciendo la producción de estímulos inflamatorios y la diferenciación y proliferación de los queratinocitos. Revierten los cambios típicos hiperqueratósicos de la psoriasis en placas. Se utilizan actualmente el etretinato y la acitretina.

Los **fármacos biológicos** tienen como objetivo bloquear a determinadas citocinas implicadas en la génesis y/o progresión de la psoriasis. Han superado notablemente la eficacia y, especialmente, la seguridad de los tratamientos sistémicos previos. Sin embargo, sus efectos

a largo plazo, tanto en relación con su eficacia como –especialmente– su seguridad, tienen que ser investigados más a fondo. El *factor de necrosis tumoral alfa* (TNF_α) es una citocina extremadamente proinflamatoria y muy relevante en el desarrollo de la inflamación en la psoriasis. De hecho, estimula la producción de citocinas y la adhesión de moléculas por los queratinocitos y, por lo tanto, aumenta el reclutamiento de células inmunes.

Los fármacos anti-TNF actualmente comercializados en España que están indicados expresamente en la psoriasis son *infliximab*, *etanercept* y *adalimumab*. Otros agentes anti-TNF disponibles en nuestro país son el *golimumab*, que está indicado en la artritis psoriásica, la artritis reumatoide, la colitis ulcerosa y la espondilitis anquilosante, y el *certolizumab pegol*, que está indicado para la artritis psoriásica, la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis.

Por otro lado, el *ustekinumab* es un anticuerpo monoclonal humanizado frente a las interleucinas IL-12 y IL-23, autorizado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada o grave en adultos que no responden, tienen contraindicada o no toleran otras terapias sistémicas, incluyendo metotrexato, ciclosporina y PUVA. La IL-12 y la IL-23 contribuyen a la activación de los linfocitos *natural killers* (NK) y a la activación y diferenciación de los linfocitos CD4+, y su regulación parece estar alterada en pacientes con psoriasis y otras patologías de etiología autoinmune.

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES (CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA)		
cac@redfarma.org	902 460 902 / 91 431 26 89	9:00-19:00 h., de lunes a viernes
LÍNEA DIRECTA DEL PNFC ⁽¹⁾ :		
pnfc@redfarma.org / tutoriafc@redfarma.org	91 432 81 02	9:00 a 14:00 h., de lunes a viernes
SECRETARÍA TÉCNICA ADMINISTRATIVA ⁽²⁾ :		
secretariatecnica@redfarma.org	91 432 41 00 / Fax 91 432 81 00	L-J: 9:00-14:00 / 16:30-18:00 h / V: 9:00-14:00

⁽¹⁾ Consultas sobre contenidos técnico-científicos.

⁽²⁾ Consultas sobre corrección de exámenes y certificados.

DIRECCIONES DE INTERÉS

CUESTIONARIOS / SUGERENCIAS	CGCOF / PNFC: C/ Villanueva, 11, 7. ^o - 28001 Madrid
SECCIÓN DE FORMACIÓN EN PORTALFARMA	http://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada
PLATAFORMA DE FORMACIÓN ON LINE	http://formacion.portalfarma.com

CURSOS

CALENDARIO PREVISTO DEL PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN CONTINUADA
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

Curso	Plazos de Inscripción	Inicio	Cierre
<i>Terapéutica farmacológica de los trastornos de los aparatos respiratorio, osteomuscular y genitourinario (2^a edición)</i>	Cerrada	16/7/14	16/1/15
<i>Terapéutica farmacológica de los trastornos dermatológicos, oftalmológicos y otológicos. Agentes farmacológicos de diagnóstico</i>	Hasta 30/9/14	27/10/14	27/4/15
<i>Búsqueda y manejo de información en Bot PLUS 2.0 (2^a Ed)</i>	Hasta 14/10/14	20/10/14	20/1/15
<i>Sistemas personalizados de dosificación (3^a Ed)</i>	Cerrada	1/10/14	2/12/14
<i>Búsqueda y manejo de información en Bot PLUS 2.0 (3^a Ed)</i>	Hasta 20/1/15	26/1/15	27/4/15
<i>Investigación en farmacia asistencial</i>	Cerrada	26/5/14	27/2/15

CURSOS Y ACREDITACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN CONTINUADA	(*) Créditos asignados
<i>Terapéutica farmacológica de los trastornos dermatológicos, oftalmológicos y otológicos. Agentes farmacológicos de diagnóstico</i>	Pendiente
<i>Terapéutica farmacológica de los trastornos del aparato digestivo, metabolismo y sistema endocrino</i>	13,8
<i>Terapéutica farmacológica de los trastornos de los aparatos respiratorio, osteomuscular y genitourinario</i>	13,7
<i>Sistemas personalizados de dosificación</i>	3,9
<i>Farmacovigilancia</i>	13,8
<i>Búsqueda y manejo de información en Bot PLUS 2.0</i>	4
<i>Buenas prácticas de distribución farmacéutica</i>	6
<i>Investigación en farmacia asistencial</i>	Pendiente

(*) Acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.