

Plan Nacional de Formación Continuada

La **psoriasis** es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que da lugar a notables lesiones escamosas e inflamadas, amén de otras variadas complicaciones orgánicas. Es la más común de las enfermedades cutáneas crónicas humanas, con una incidencia del 2% en la población mundial. Presenta dos picos de máxima incidencia, la segunda década y los 55-60 años, y evoluciona con remisiones y recaídas espontáneas.

Actualmente se la considera como 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.

En la aparición de la enfermedad influyen significativamente algunos factores genéticos (HLA Cw6, HLA B27), el uso de determinados fármacos (litio, betabloqueantes, etc.), bebidas alcohólicas, factores psicógenos (estrés), el clima (el clima cálido y la luz solar son beneficiosos, el frío empeora las lesiones), factores metabólicos (hipocalcemia, alcoholismo, diálisis, etc.) y factores endocrinos (mayor incidencia en la pubertad y la menopausia, mejora en el embarazo).

La forma clínica más frecuente (hasta el 80% de los casos) es la *psoriasis vulgar* o *en placas*, con formaciones escamosas y de color rojizo presentes en las zonas de extensión (codos y rodillas, principalmente), así como en el cuero cabelludo. La denominada *psoriasis en gotas* suele cursar con numerosas lesiones puntiformes, sobre todo en el tronco. Por su parte, la *psoriasis invertida* afecta a grandes plie-

gues, presenta placas rojas lisas y brillantes, de color vivo, sin descamación y ocasionalmente con fisuras. La *psoriasis pustulosa* es una forma aguda y poco frecuente. Cursa con una brusca fiebre elevada, malestar general, eritema con pústulas en pocas horas, piel de color rojo escarlata seca y no descamativa. Finalmente, la *psoriasis eritrodérmica* consiste en una forma generalizada y grave. Se presenta como una eritrodermia exfoliativa seca, que afecta a todo el tegumento, incluyendo el pelo y sobre todo las uñas.

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. También ha sido relacionada con un incremento de la incidencia de algunas metabolopatías de alta incidencia, especialmente diabetes mellitus de tipo 2 y síndrome metabólico.

El **tratamiento** de la psoriasis es complejo, ya que no sólo 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.

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. Dentro de este grupo se encuentran el *ácido salicílico*, el menos eficaz de todos los tratamientos disponibles, pero también el más barato y el mejor aceptado por los pacientes, la *brea de hulla*, cuyos efectos son lentos y de baja potencia, y el *ditranol*, que debido a su poder irritante para la piel y a su capacidad para manchar la ropa y teñir las uñas y la piel, muchos pacientes tienden a rechazarlo.

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. Deben utilizarse durante períodos cortos de tiempo.

El *calcipotriol* y el *tacalcitol* son análogos hormonales de la vitamina D de aplicación tópica. 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.

El empleo de lámparas de *radiación ultravioleta* (UV) constituye uno de los puentes en el tratamiento de la psoriasis. Sin embargo, la aplicación de radiación UV sólo resulta útil en los casos de psoriasis en placas. Se distinguen dos tipos de radiación: UVA, que requiere la administración previa de sustancias que sensibilicen la piel (psoralenos). Este tipo de tratamiento se conoce como fotoquimioterapia o PUVA. Y la radiación UVB, método conocido como fototerapia.

El *tazaroteno* es un retinóide que se utiliza por vía tópica. En

los pacientes con psoriasis en placas presenta un efecto 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.

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 antiinflamatorios modificadores de la enfermedad* (FAME) 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. Son potentes inmunosupresores, entre los cuales el más utilizado es 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. La ciclosporina es un inmunosupresor que actúa inhibiendo especialmente la producción de anticuerpos dependientes de células T colaboradoras.

Los *retinoides* actúan sobre receptores específicos (RAR, *retinoic acid receptors*), 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 su metabolito, la acitretina.

En relación con la **terapia biológica**, encontramos los fármacos anti-TNF- α , *infliximab*, *etanercept*, *adalimumab*, *golimumab* y el *certolizumab pegol*. Bloquean el TNF- α e impiden o limitan su actividad y, en consecuencia, reducen las interacciones entre las células inmunes y los queratinocitos.

El *ustekinumab* es un anticuerpo monoclonal humanizado frente a la IL-12 y la 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, inclu-

yendo metotrexato, ciclosporina y PUVA.

Existe un amplio abanico de **sustancias que están siendo investigadas**, tanto mediante la profundización de las vías farmacológicas ya conocidas como abriendo otras completamente nuevas. Entre ellas se encuentra el *apilimod*, un agente que es capaz de inhibir la síntesis de IL-12, de IL-23 y de, posiblemente, otras citocinas implicadas en las lesiones psoriásicas cutáneas; los anticuerpos *brodalumab*, *secukinumab* y *ixekizumab*, capaces de bloquear selectivamente la IL-17; el desarrollo de antagonistas específicos de receptores de tipo toll o "aduana" (toll-like receptor; TLR). Otra línea de investigación actual es la relacionada con el antígeno asociado a la función leucocitaria de tipo 3 (LFA-3; *lymphocyte-function-associated antigen-3*), que es expresado en células presentadoras de antígeno, siguiendo esta línea se ha desarrollado el *alefacept*. También los inhibidores de cinasas Janus (JAK), implicadas en la conexión de varios receptores de citocinas a los transductores de señales STAT. Y por último, considerando el papel de la resistencia a la insulina en el desarrollo de la psoriasis, se está investigando la eficacia de diferentes antidiabéticos orales sobre esa patología.

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⁾ :		
secretariatecnicacgcof@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>Investigación en farmacia asistencial (2ª edición)</i>	2/2/2015 - 27/4/2015	4/5/2015	4/2/2016
<i>Farmacovigilancia (2ª edición)</i>	Cerrado	16/3/2015	16/9/2015
<i>Buenas prácticas de distribución (2ª edición)</i>	Cerrado	16/2/2015	16/4/2015
<i>Búsqueda y manejo de información en Bot PLUS 2.0 (3ª Ed)</i>	Cerrado	26/1/15	27/4/15
<i>Terapéutica farmacológica de los trastornos dermatológicos, oftalmológicos y otológicos. Agentes farmacológicos de diagnóstico (2ª edición)</i>	Cerrado	16/1/2015	16/7/15
<i>Terapéutica farmacológica de los trastornos dermatológicos, oftalmológicos y otológicos. Agentes farmacológicos de diagnóstico</i>	Cerrada	27/10/14	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 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>	13,2

(*) Acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.