

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS  
PACIENTES CON PSORIASIS

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: PRISCILA DEL ROCÍO REASCOS RAMÓN**

**DIRECTOR: CAREM PRIETO FUENMAYOR**

**CUENCA - ECUADOR**

**2020**

*Yo me gradué en  
los 50 años de La Cato!  
... y sostuve la Universidad*



Universidad Católica de Cuenca  
Unidad Académica de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud

Cuenca AGOSTO de 2020

Sr. Dr.

Carlos Flores Montesino

Coordinador del Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar

Yo **PRISCILA DEL ROCIO REASCOS RAMON** con C.C:0105838023, perteneciente a la carrera de MEDICINA por medio de la presente certifico no tener ningun conflicto de interes en mi trabajo de titulación con el tema **“CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS”**.

Esperando que mi petición tenga acogida favorable, me suscribo de usted muy atentamente.



Firmado electrónicamente por:  
PRISCILA DEL  
ROCO REASCOS  
RAMON

Priscila del Rocio Reascos Ramón


C.I. 0105838023

# COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS (CEISH) UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Cuenca, 15 de septiembre de 2020

## CERTIFICA

Informa que ha conocido, revisado y aprobado los aspectos éticos de la revisión bibliográfica, cuyo tema es: **“CARACTERISTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIÓLOGICAS DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS”** de la Srta. estudiante: **Priscila del Rocío Reascos Ramón** con C.C.: **0105838023**.



**Dr. Carlos Flores Montesinos**

**CC # 0102107018**

**Docente de la Carrera de Medicina**

**Presidente del CEISH**

**Universidad Católica de Cuenca**

## RESUMEN

**Antecedentes:** la psoriasis es una enfermedad cutánea incurable, de tipo inflamatoria crónica, inmunomediada y poligénica, afectando del 2% al 3% de la población mundial (125 millones de personas).

**Objetivo:** determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con psoriasis

**Materiales y métodos:** en base a los criterios de inclusión y exclusión, se realizó una búsqueda de documentos acorde a términos MeSH en inglés y lenguaje libre en español de los últimos 5 años, en las bases de datos PubMed, Elsevier, Scielo y Medigraphic, obteniendo 60 artículos para la elaboración de la revisión bibliográfica.

**Resultados:** esta dermatopatía difiere significativamente en cuanto a sexo, raza o zona geográfica. La psoriasis tipo 1 ocurre antes de los 40 años, la psoriasis tipo 2 después de los 40 años, cerca del 36% tienen antecedentes familiares de psoriasis y el impacto produce una merma en la calidad de las personas. El 66% de pacientes tiene afectada > 3% de superficie corporal, siendo el cuero cabelludo el sitio más común (52,8%). Según el tipo de lesión: placa 80%, guttata 10%, pustulosa 3%, palmo plantar 1.5%, eritrodérmica 1.5%. Su tratamiento involucra corticosteroides tópicos, análogos de la vitamina D, inhibidores de la calcineurina, queratolíticos, biológicos, metotrexato, acitretina, ciclosporina y fototerapia.

**Conclusiones:** la psoriasis es una enfermedad de difícil manejo, en donde se debe tener conocimiento amplio de las necesidades del paciente, una buena clasificación del padecimiento, disposición para con el paciente y mucha comprensión.

**Palabras clave:** psoriasis, características clínicas y epidemiológicas, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico.

## **ABSTRACT**

**Background:** psoriasis is an incurable skin disease, chronic inflammatory, immune-mediated and polygenic, affecting 2% to 3% of the world population (125 million people).

**Objective:** to determine the clinical and epidemiological characteristics of patients with psoriasis

**Materials and methods:** based on the inclusion and exclusion criteria, a document search was carried out according to MeSH terms in English and free language in Spanish from the last 5 years, in the PubMed, Elsevier, Scielo and Medigraphic databases. obtaining 60 articles for the preparation of the bibliographic review.

**Results:** this dermatopathy differs significantly in terms of sex, race or geographic area. Type 1 psoriasis occurs before age 40, type 2 psoriasis after age 40, about 36% have a family history of psoriasis and the impact produces a decline in the quality of people. 66% of patients have > 3% of the body surface affected, with the scalp being the most common site (52.8%). According to the type of lesion: plaque 80%, guttate 10%, pustular 3%, palmar 1.5%, erythrodermic 1.5%. Its treatment involves topical corticosteroids, vitamin D analogs, calcineurin inhibitors, keratolytics, biologics, methotrexate, acitretin, cyclosporine, and phototherapy.

**Conclusions:** psoriasis is a difficult disease to manage, where you must have a broad knowledge of the patient's needs, a good classification of the condition, a disposition towards the patient and a lot of understanding.

**Key words:** psoriasis, clinical and epidemiological characteristics, pharmacological treatment, non-pharmacological treatment.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	2
ÍNDICE .....	4
INTRODUCCIÓN .....	6
JUSTIFICACIÓN .....	8
OBJETIVOS .....	9
OBJETIVO GENERAL .....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
DESARROLLO Y METODOLOGÍA.....	10
Protocolo de investigación .....	10
1.    Criterios de inclusión y exclusión .....	10
2.    Adquisición de la evidencia.....	10
Selección de estudios .....	11
RESULTADOS .....	12
Búsqueda de información .....	12
Evaluación del riesgo de sesgo .....	12
Características de los estudios incluidos .....	12
DISCUSIÓN .....	13
Características epidemiológicas: edad, sexo, residencia, antecedentes familiares.....	13
La edad .....	13
Sexo.....	14
Residencia .....	14
Antecedentes familiares.....	15
Características clínicas: impacto en la calidad de vida, tiempo de evolución, tipo de lesión, distribución anatómica.....	15
Impacto en la calidad de vida.....	15
Tiempo de evolución .....	16
Distribución anatómica.....	16
Tipo de lesión.....	17
Tratamiento según el tipo de psoriasis .....	20
Tratamiento farmacológico .....	21
Psoriasis vulgar.....	21
Psoriasis inversa .....	28
Psoriasis eritrodérmica (PE).....	29
Psoriasis ungueal.....	30

Psoriasis pustulosa generalizada (PPG) .....	30
Artritis psoriásica .....	30
Tratamiento no farmacológico .....	31
Fototerapia .....	31
Influencia del peso en el tratamiento .....	31
Alimentación .....	32
Reacciones adversas del uso de medicamentos biológicos .....	32
Infecciones severas .....	32
CONCLUSIONES .....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34
GLOSARIO .....	42
ANEXOS .....	43
Anexo N° 1. Mapa mental de los resultados identificados a través de la búsqueda exhaustiva en base de datos .....	43
Anexo 2. Evaluación del riesgo de sesgo para los estudios incluidos en la revisión bibliográfica .....	44
Anexo N° 3. Diseño del mapa organizacional de la revisión bibliográfica sobre “características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con psoriasis” .	46

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad cutánea crónica que la mayoría de los casos es incurable, de naturaleza inflamatoria la cual está caracterizada por placas eritematosas; según estudios realizados se estima que afecta de 2 a 3 % de la población mundial; es menos frecuente en las regiones ecuatoriales que en las nórdicas (1,2).

Esta enfermedad es de base genética, así como también de mediada inmunológicamente, la misma que se puede desencadenar o agravar por múltiples factores, la manifestación de esta enfermedad comienza en la piel con lesiones eritemato-escamosas producidas por la hiperproliferación de queratinocitos, siendo este proceso mediado por citoquinas proinflamatorias, las mismas que pueden afectar mucosas, faneras y frecuentemente comprometer las articulaciones (3).

Generalmente se asocia a comorbilidades como hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, alcoholismo, obesidad, dislipidemia, y síndrome metabólico; que afectan la calidad y sobrevida de los pacientes, en sus formas moderada y severa puede determinar importante compromiso con gran afectación de la calidad de vida, al punto que diversos autores la comparan por la repercusión que ocasionan, a la que determina la diabetes y ciertas enfermedades neoplásicas (2,3).

El autor Castro J. et al. (4), realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo en Colombia con 793 pacientes con psoriasis entre los años 2011-2013, y concluyó que la enfermedad afecta en una misma proporción a los hombres y mujeres, el rango de presentación inicial oscilo entre los 6 años, el 9% presentaron antecedentes familiares de la enfermedad, la presentación clínica predominante es la psoriasis vulgar en un 88%, además mencionan que los pacientes recibieron tratamientos tópicos en el 96.5 % y sistémicos en 33.5%. Cabe recalcar que en este estudio los casos nuevos de psoriasis fueron de 4 a 9/1000 pacientes por año.

El autor Jorge M, et al (5), realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo en 158 pacientes entre 13-90 años que ingresaron en el Hospital Universitario de Santander Colombia entre 2012-2016 y concluyeron que la psoriasis afecto mayormente al sexo femenino en el 50,6%, la forma clínica más frecuente fue la vulgar además la clínica predominante fue lesiones en miembro inferior 62.65%, y miembro superior 60.75%, y la terapia tópica es la más usada 43%.

El autor Chanussot C, et al (6) realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en 114 pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital General de Pemex de Veracruz entre 2006 al 2014 concluyendo que la psoriasis vulgar predomino en el 85% de los pacientes, afecto mayormente a los varones en el 56.1% en relación a las mujeres 44.71%, el tiempo de evolución fue variable, oscilo entre 1 mes a 43 años de evolución dando un promedio de 6 años en cuento al tratamiento la mayor parte recibió terapia tópica.

Marrón M, et al (7), realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo en 319 pacientes mayores de 12 años con diagnóstico de psoriasis que acudieron al Hospital Universitario de Caracas entre el 2010-2014, indicando que la enfermedad predomino en el sexo masculino en el 54%, mencionan que el 33% de los pacientes presentaron inicio de la enfermedad 1 año previo de la consulta, el 4,7% presentaron antecedentes familiares, la forma clínica más frecuente es la psoriasis vulgar en el 90.5% y en cuanto a la terapia el 27% recibió tratamiento tópico, 27,4% tratamiento sistémico y 10% biológico.

## JUSTIFICACIÓN

La psoriasis se presenta como una enfermedad inflamatoria caracterizada por placas eritemato-descamativas, afecta a los individuos independientemente de la edad lo que ocasiona repercusiones negativas en la esfera psicológica y física en los pacientes. Añadido a esto la falta de estudios realizados a nivel latinoamericano demuestra las dificultades que presenta el personal de salud del Ecuador para otorgar atención a los pacientes que padecen de esta enfermedad, lo que deteriora aún más la situación de esta población.

La literatura indica que en el Ecuador 1 de cada 100 individuos padecen psoriasis y que el tratamiento destinado es ineficaz debido a los numerosos efectos adversos que ocasionan, lo que limita su uso, añadido a esto los nuevos tratamientos están encaminados a disminuir las recidivas, sin embargo los altos costos lo hacen de difícil acceso, cabe mencionar que todos los datos estadísticos son el resultado de estudios realizados en la población Europea que difiere totalmente de la población latinoamericana. Lo que demuestra que en nuestro país la falta de conocimiento agrava la enfermedad con lo que aumenta la discriminación y por ende disminuya la calidad de vida de los pacientes (8,9).

A pesar de los importantes avances tecnológicos, científicos, y educativos, la psoriasis es una patología que ha venido afectando desde tiempos remotos hasta la actualidad. La caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con psoriasis es importante porque permite conocer las formas de presentación más frecuentes, la gravedad de la enfermedad, datos estadísticos en nuestro medio, y además determinar su impacto en el sector de salud pública (8).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con psoriasis

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las características epidemiológicas: edad, sexo, residencia, antecedentes familiares.
2. Determinar las características clínicas: impacto en la calidad de vida, tiempo de evolución, tipo de lesión, distribución anatómica.
3. Describir el tratamiento según el tipo de psoriasis.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Para la formulación de la pregunta de investigación se utilizó el acrónimo "PICO"

P: Psoriasis.

I: intervenciones farmacológicas.

C: intervenciones no farmacológicas.

O: mejora en la calidad de vida.

¿Cuáles son las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento de la psoriasis?

# DESARROLLO Y METODOLOGÍA

## Protocolo de investigación

### 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.

- **Población/indicaciones clínicas:** se incluyeron estudios con pacientes diagnosticados de psoriasis.
- **Idioma:** se incluyeron bibliografía en idiomas: inglés y español
- **Tipos de publicación:** Se incluyeron artículos científicos publicados, revisiones sistemáticas, meta análisis, revisiones narrativas, serie de casos, estudios de cohortes, casos y controles.

Criterios de exclusión

- Se excluyó información de fuentes poco confiables como tesis de pregrado, artículos con información inconsistente, erratas.

### 2. Adquisición de la evidencia

Búsqueda bibliográfica

Se realizó una revisión bibliográfica entre los años 2015-2020 la cual estuvo basada en fuentes formales, específicamente, en las bases de datos “PubMed”, “Scielo”, “Medigraphic” y “Elsevier”.

- Los términos de búsqueda

Se diseñaron búsquedas concatenadas para las bases de datos. Se utilizó una estructura de búsqueda usando los términos MeSH (Medical Subject Headings) y términos de lenguaje libre en español:

-MeSH: Psoriasis, Features clinical and epidemiological, treatment.

-Lenguaje libre: Psoriasis, características clínicas y epidemiológicas, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico.

## **Selección de estudios**

### Cribado de resúmenes y textos completos

Mediante el método PRISMA, se analizará y escogerá diversos artículos científicos aplicando criterios de inclusión y exclusión. En el transcurso del desarrollo de este tema se encontrará literatura gris, posteriormente se pasará a un segundo nivel para seleccionar información completa de trabajos previamente evaluados con el fin de incluir información de calidad en este estudio.

Los resultados identificados que se evaluaron en la presente revisión bibliográfica fueron los siguientes:

1. Las características epidemiológicas: edad, sexo, residencia, antecedentes familiares.
2. Las características clínicas: impacto en la calidad de vida, tiempo de evolución, tipo de lesión, distribución anatómica.
3. El tratamiento según el tipo de psoriasis.

## **RESULTADOS**

### **Búsqueda de información**

La búsqueda de documentos se realizó en base a los términos MeSH y términos en español, obteniendo 1035 artículos in extenso, se recopilaron 140 de la base de datos de PubMed, 544 de Elsevier, 185 de Scielo y 166 de Medigraphic. Se excluyeron 15 archivos duplicados y posterior a la revisión de las fichas bibliográficas fueron rechazados 960 artículos por no cumplir con los criterios de inclusión (sin desenlace de interés 894, conferencias 26, reporte de caso 22, comunicados 5, discusión 3, editorial 2, capítulo de libro 2, errata 3, otros 3). Los 60 artículos restantes (43 en idioma inglés y 17 en idioma español) fueron estudiados y aceptados para la elaboración de esta revisión bibliográfica (ver mapa mental, Anexo N° 1).

### **Evaluación del riesgo de sesgo**

Se valoró el riesgo de sesgo basados en (Generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la secuencia, cegamiento de los participantes y del personal, cegamiento de los evaluadores, manejo de los datos de resultados incompletos, notificación selectiva) para los artículos incluidos en la revisión bibliográfica, encontrando que 58.1% de las revisiones tenían riesgo bajo de sesgo, un riesgo incierto de sesgo en un 24.2% y riesgo alto de sesgo el 17.7% (mayor detalle ver anexo N° 2).

### **Características de los estudios incluidos**

Los estudios incluidos en la revisión bibliográfica se ordenaron de base a su importancia y relevancia clínica, de los cuales se extrae en forma resumida las partes principales de cada uno, siendo estos: autor/es, año de publicación, base de datos, tipo de estudio, objetivo o propósito del estudio, muestra del estudio, resumen de resultados, conclusiones (mayor detalle ver anexo N° 3).

## DISCUSIÓN

La psoriasis ha sido descrita desde los tiempos bíblicos, siendo un padecimiento confundido con la lepra por cientos de años y quienes la padecían eran condenados a vivir por separado con las limitaciones de un segregado social (10). Actualmente, se conoce que la psoriasis es una enfermedad cutánea incurable (1), de tipo inflamatoria crónica, inmunomediada y poligénica (11), que se caracteriza por la hiperproliferación de queratinocitos y una desregulación subyacente del sistema inmunológico, donde las células y las citocinas del sistema inmunitario adaptativo juegan un rol decisivo (12-14), afectando al 2% a 3% de la población mundial (11), alrededor de 125 millones de personas (15).

### **Características epidemiológicas: edad, sexo, residencia, antecedentes familiares.**

Aunque su frecuencia varía ampliamente entre los distintos grupos étnicos. Esta dermatopatía no presenta diferencias significativas en cuanto a sexo, raza o zona geográfica; asimismo, la edad de aparición usualmente fluctúa entre la segunda y la cuarta década de la vida, pero puede manifestarse durante el primer año de nacimiento o inclusive en la senectud (16).

#### La edad

La psoriasis puede subclasificarse según la edad de aparición: psoriasis tipo 1, o de inicio temprano, ocurre antes de los 40 años y abarca aproximadamente el 70% de los casos. Dentro de este grupo, existe un pico de aparición entre los 16 y los 22 años de edad. La psoriasis tipo 2, o de aparición tardía, se presenta después de los 40 años y tiene un pico que se observa entre los 57 y 60 años de edad (15,17,18). Según el estudio de Salomé M. et al. los intervalos de edad pueden distribuirse: 22.6% individuos de 25 a 40 años; 53.9%, de 41 a 60 años, y finalmente, 23.5%, mayores de 60 años (8), además, una edad más temprana de inicio es asociada con una enfermedad más grave (19).

Por ejemplo, diferentes estudios realizados en varias regiones muestran una mayor prevalencia de psoriasis en China alrededor de los  $39,42 \pm 18,42$  años (9), Egipto 39,3 años (11), en México en niños y adolescentes en menores de 18 años (20), y en adultos 51.22 años (21), Cuba 30 a 45 años (16), en Colombia 46 años (4), en Perú un 60.61% de diagnosticados de psoriasis fueron mayores de 60 años (22).

## Sexo

Desde el punto de vista de género, la psoriasis es una enfermedad que afecta a hombres y mujeres sin criterio; sin embargo, en las mujeres, la afección tiende a comenzar a una edad más temprana (17,18). Diversos estudios dependiendo del área geográfica revelan resultados semejantes, por ejemplo, en China la relación hombre/mujer fue de 1,49:1 (9), en Egipto el 56,3% eran hombres (11), en México 72, 43% hombres (21) mientras que, en niños y adolescentes, hubo predominio del sexo femenino (20), en Colombia 46% fueron mujeres (4), en Venezuela 54% fueron hombres (7).

## Residencia

La prevalencia difiere significativamente entre diferentes etnias y ubicaciones geográficas (23), así, la prevalencia es mayor en latitudes más altas, el este de Asia con las tasas más bajas (China 0,47%), Europa (0,73 a 2,9%), 0,7 a 2,6% en América, Australia 2,30 a 6,6% (17,24), afecta a más de 7 millones de estadounidenses (25), 3,2% de los adultos, al 0,13% de los niños (15).

En la población mexicana la prevalencia es de 2.9% (1), en Cuba 3.5% con mayor frecuencia en la pubertad y la adolescencia (26), Colombia 2 a 3% (4),27,28), Brasil 1.3% (29). Los informes epidemiológicos han indicado que la incidencia de psoriasis está aumentando. Entre la década de 1970 y 2000, un estudio encontró que la incidencia casi se duplicó (17), en Sudamérica hay una incidencia de 0.97%, 1.3% en Alemania, 1.6% en Gran Bretaña, 1.7% en

Dinamarca y 2,3% en Suecia (26). Se estima 80 casos nuevos por 100.000 personas-año (15).

Los datos demográficos de la población que padece esta enfermedad arrojan una igualdad de frecuencia en ambos sexos, los mestizos latinoamericanos padecen una menor incidencia, mencionándose como principales factores: Mayor cantidad de luz ultravioleta y la dieta abundante de maíz que proporciona ácido linoleico involucrado en la síntesis de interleucina IL2, que inhibe a las citosinas pro inflamatorias (10).

#### Antecedentes familiares

En general, aproximadamente el 36% de los pacientes tienen antecedentes familiares de psoriasis y se han identificado múltiples loci de susceptibilidad genética (19). Un estudio brasileño de prevalencia y heredabilidad de psoriasis en una población brasileña, dio como resultado que la historia familiar en el grupo de psoriasis fue del 38,8% (30). Otro estudio en China el 23,1% tenía antecedentes familiares positivos de psoriasis (9)

### **Características clínicas: impacto en la calidad de vida, tiempo de evolución, tipo de lesión, distribución anatómica.**

#### Impacto en la calidad de vida

En estos pacientes se produce una merma en la calidad de vida debido a la gran importancia que tiene hoy la imagen de las personas. Los afectados sobre todo en los casos severos tienden a un aislamiento social, debido al miedo que tienen al rechazo (26). Estudios encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el daño en la calidad de vida dermatológica y la gravedad de la enfermedad, y los trastornos de ansiedad predominaron sobre los trastornos depresivos, además que un 59.4% de los pacientes informó algún nivel de disfunción familiar (27). La afectación en la vida de niños, adolescentes y sus

familias, tiene un impacto negativo en la calidad de vida, incluso en presencia de una enfermedad leve (31).

#### Tiempo de evolución

La duración media global de la enfermedad fue de 15,6 años (32). Según el estudio de Castro J. et al., Colombia, el tiempo de inicio de la psoriasis, definido como el periodo desde que se manifestó la enfermedad hasta el momento de la consulta (4,5), mientras que en Venezuela, un estudio demostró que un 33% de los casos el inicio de psoriasis fue un año previo diagnóstico, 54.2% entre 1 y 5 años, 18% entre 5 y 10 años, y 15 % mayor de 10 años (7), en México 12.25 años (21), en niños y adolescentes mexicanos fue de  $18 \pm 34$  meses (20). En Ecuador fue de 11.6 años (8).

Un estudio encontró que el 70% de los pacientes habían tardado más de un mes para solicitar atención médica, habiendo consultado el 61% a un médico general, como médico de primer contacto, y siendo diagnosticado el 89% por un dermatólogo. Se encontró una asociación con la variable de contar con servicio médico institucional, como factor de retraso en el diagnóstico. Concluyendo, que se requiere diseñar un sistema que permita acortar el proceso diagnóstico (18).

#### Distribución anatómica

Aproximadamente el 66% presenta un área de superficie corporal  $> 3\%$  afectada (32). Un estudio chino, establece las áreas de mayor afección, siendo el cuero cabelludo el sitio de inicio más común (52,8%), mientras que las piernas fueron los sitios de distribución más comunes de lesiones (77,7%) (9), estudios colombianos establecen las áreas predominantes de las lesiones fueron los miembros inferiores (26.8%), el tronco (25.2%), las palmas y las plantas (22.8%), los miembros superiores (20.2%), el cuero cabelludo (18.8%), los codos y las rodillas (18.7%), las demás ubicaciones representaron un porcentaje inferior a 5% (5,33).

Aunque la mayoría de los pacientes presentan formas leves de la enfermedad, aproximadamente el 20% tiene psoriasis de moderada a grave, definida por la afectación de más del 5% de la superficie corporal (SC), o de áreas corporales cruciales como las manos, pies, cara o genitales. Una definición más reciente establece el 3% como el límite de SC e incluye la afectación del cuero cabelludo y el prurito intratable en la definición de psoriasis grave (34).

### Tipo de lesión

La psoriasis existe en una variedad de fenotipos clínicos y anatómicos (17) (tabla N° 1). Un estudio venezolano la forma vulgar fue la más frecuente (90,5 %), seguida de la psoriasis guttata (6,2%) (7), en México un estudio en niños y adolescentes evidenció que la variedad en placas, fue la más común (68%) y la afectación de las uñas se produjo en un 5% (20), en Colombia: placa 98.73%, papular 10.8%, prurito 32.3%, eritrodermia 5,7%. (5), un estudio peruano con militares, el 95.50% presentó psoriasis tipo placa (22), en Ecuador Los patrones clínicos de presentación fueron: psoriasis en placas: 76%, guttata: 9.2%, artritis psoriásica: 7%, ungueal: 7%, eritrodérmica 1.7% y palmoplantar: 0.9% (8).

Tabla N° 1. Variedades morfológicas de la psoriasis (35).

Tipo de psoriasis	Prevalencia (%)	Morfología	Zonas típicas afectadas
Placa	80	Placas bien demarcadas y de escala	Codos, rodillas, cuero cabelludo, hendidura interglútea, palmas y plantas, genitales
Inversa		Placas brillantes y rojas sin escamas	Sitios flexibles
Guttata	10	Las placas eritematosas de pequeña escala, de 1 cm de diámetro, pueden desarrollar infecciones estreptocócicas post	Tronco y extremidades
Pustulosa	3	Pústulas estériles monomórficas, se pueden asociar con fiebre	Tronco y extremidades
Palmo plantar	1.5	Engrosamiento y escalado de palmas y plantas enteras o placas bien circunscritas	Palmas y plantas de pies
Eritrodérmica	1.5	Descamación inflamada generalizada y eritema de más del 90% del cuerpo, desregulación de la temperatura y equilibrio de líquidos	Generalizada

### *Psoriasis en placas/vulgar*

Representa aproximadamente del 80% al 90% de los casos (36) se caracteriza por pápulas eritematosas que se fusionan en placas bien definidas en las zonas de salientes óseas y en cabeza con dos signos clínicos cardinales llamados Bujía (abundante descamación al raspado de las placas) y Auspitz (presencia de puntos sangrantes al final de la descamación), también forma parte de estos signos importantes el fenómeno de Koebner o isomórfico cuando resulta una nueva lesión después del trauma de la piel (10,17).

Las áreas comúnmente afectadas incluyen el cuero cabelludo, el tronco, el pliegue de los glúteos y las superficies extensoras, como los codos y las rodillas (15,36). Aproximadamente el 80% de los pacientes padecen una enfermedad leve a moderada, que cubre menos del 10% de la superficie corporal, mientras que el resto padece una enfermedad de moderada a grave (25).

### *Psoriasis pustulosa*

Como su nombre lo indica, la psoriasis pustulosa se caracteriza por numerosas pústulas que recubren una base eritematosa (17), con ausencia de bacterias en su interior, algunas confluentes, que producen despegamiento de la epidermis, la región más frecuentemente afectada es la palma de la mano y la planta del pie y pueden aparecer de forma localizada o generalizada (10).

La forma aguda generalizada, representa una minoría de los casos, con un 0,9% de prevalencia (37), es mayor en las poblaciones asiáticas que en las caucásicas (7,46 / millón en Japón frente a 1,76 / millón en Francia) (38), es una condición grave y explosiva, acompañada de fiebre que se presenta con múltiples pústulas estériles que surgen sobre un fondo eritematoso u oscuro. La progresión rápida y la toxicidad sistémica pueden poner en peligro la vida, y aproximadamente el 65% de los pacientes diagnosticados con la forma generalizada tienen un diagnóstico previo de psoriasis vulgar. Las formas

localizadas de psoriasis pustulosa afectan las manos y los pies y pueden ser un fenómeno aislado o estar asociado con la psoriasis en placas (17,25,36).

### *Psoriasis invertida*

También llamada psoriasis flexural, afecta entre el 3% y el 7% de los individuos (25), está presente en localizaciones intertriginosas y se caracteriza clínicamente por placas y parches eritematosos ligeramente erosivos (36), los comunes incluyen las áreas axilar, genital, perineal e infra mamaria, debido a la naturaleza húmeda y cálida de estas áreas, la psoriasis localizada a los pliegues tiende a parches eritematosos con escamas mínimas (10,17,25).

La PI es típica en niños, especialmente en lactantes pequeños con afectación de la zona del pañal configurando la “psoriasis de la servilleta”. Con frecuencia se observan erosiones superficiales y maceraciones, que provocan picazón intensa, irritación por sudoración y dolor, es frecuente la sobreinfección por bacterias y hongos (especialmente *Cándida spp*) ya que la piel húmeda proporciona un ambiente ideal para el crecimiento de microorganismos (39).

### *Psoriasis eritrodérmica*

Se presenta en 1 al 2,25% de los pacientes con psoriasis (40) Puede ser el resultado de un aumento de la psoriasis preexistente, la interrupción del tratamiento, una reacción a un fármaco o una infección sistémica. Se caracteriza por un eritema confluyente generalizado con escamas finas en más del 90% del cuerpo del paciente, con ataque severo al estado general, con edema y pérdida de líquidos, así como proteínas en forma aguda que puede llevar a la hipotermia debido al desequilibrio de la regulación térmica de la piel, alteraciones del gasto cardiaco, infecciones, cambios metabólicos, hipoalbuminemia y anemia, requiriendo tratamiento de emergencia (10,17,25,36,41).

### *Psoriasis guttata*

Por lo general, afecta a niños o adolescentes, y a menudo se desencadena por infecciones de las amígdalas por estreptococos del grupo A. Aproximadamente un tercio de los pacientes con psoriasis guttata desarrollarán psoriasis en placas a lo largo de su vida adulta (36), se caracteriza por pápulas de color rosa a eritematosas de 1 mm a 10 mm, a menudo cubiertas con escamas finas, se localiza principalmente en el tronco y las extremidades proximales, y afortunadamente, la psoriasis guttata tiende a autolimitarse; sin embargo, algunos pacientes desarrollarán psoriasis en placas de forma crónica (17,25).

### *Psoriasis ungueal*

Los estudios han revelado que aproximadamente el 50% de los pacientes con psoriasis tienen afectación de las uñas (17). Este hallazgo puede ser una herramienta importante para sospechar artritis psoriásica. En un estudio, los pacientes con distrofia ungueal tenían tres veces más probabilidades de desarrollar artritis psoriásica que los que no la padecían. La afectación, puede ser evidente dentro de la matriz o lecho ungueal, se caracteriza por ser resistente al tratamiento (42,43).

## **Tratamiento según el tipo de psoriasis**

La cronicidad caracteriza la historia natural de la psoriasis; esto significa que la gravedad varía con el tiempo, desde pequeñas lesiones localizadas hasta una completa cobertura corporal. La gravedad de la enfermedad suele fluctuar alrededor del mismo nivel en cada persona, pero la evolución y la duración de la remisión son impredecibles (44). Debido a ello, el tratamiento debe individualizarse atendiendo a la extensión, forma clínica y localización de la enfermedad, circunstancias personales, de trabajo o ambiente sociocultural (26).

La severidad se mide a través del PASI (Psoriasis area and Severity Index) y según el puntaje se determina el tratamiento, pudiendo iniciar con corticoides, retinoides tópicos, fototerapia, y en casos más severos, inmunosupresores como metotrexato o ciclosporina. Además, se ha desarrollado terapias biológicas que bloquean la cascada de la inflamación, se subdividen en anti-TNF (etanercept, adalimumab e infliximab, etc.) y anticuerpos monoclonales anti-interleucinas (ustekinumab y secukinumab). La respuesta terapéutica a estos fármacos se mide a través del porcentaje de mejoría del PASI, siendo una buena respuesta una PASI 75 para los anti-TNF y 90 puntos para anti-interleucinas. Un índice de 50 o menor es considerada respuesta mínima o fracaso terapéutico (8,14,45).

Objetivo básico del tratamiento de la psoriasis consiste en el rápido control inicial de la enfermedad, disminución del porcentaje de superficie corporal afectada, disminución del tamaño de las placas, generar y mantener remisión prolongada, minimizar los efectos adversos y mejorar la calidad de vida del paciente (13). Así, los tratamientos agresivos pueden causar el completo y prolongado aclaramiento de las lesiones, pero pueden traer consigo gran riesgo de efectos adversos graves que deben considerarse al escoger la estrategia terapéutica (13).

## **Tratamiento farmacológico**

### Psoriasis vulgar

Para los pacientes con psoriasis leve, los agentes tópicos siguen siendo el pilar del tratamiento e incluyen corticosteroides tópicos, análogos de la vitamina D, inhibidores de la calcineurina y queratolíticos. Se recomiendan los productos biológicos como una opción para el tratamiento de primera línea de la psoriasis en placas de moderada a grave debido a su eficacia para tratarla y perfiles de seguridad aceptables. Los tratamientos orales incluyen agentes tradicionales como metotrexato, acitretina, ciclosporina y la molécula pequeña avanzada apremilast, que es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4. La terapia de luz más

comúnmente prescrita para tratar la psoriasis en placas es la fototerapia UV-B de banda estrecha (15).

Tabla N° 1. Terapias tópicas utilizadas en la psoriasis (15,19).

Terapia tópica	Uso y eficacia	Limitaciones
<b>Corticoides tópicos</b>		
<p>Clase I (dipropionato de betametasona, propionato de clobetasol 0.05% crema, valerato de diflucortolone, fluocinonida, flurandrenolida 0,1%, propionato de halobetasol 0,05%)</p> <p>Clase II (unguento de amcinonida 0,1%, furoato de mometasona 0,1% pomada, propionato de clobetasol 0,025%, desoximetasona, diacetato de diflorasona, fluocinonida 0,05%, halocinonida, propionato de halobetasol 0,01%)</p> <p>Clase III (crema de amcinonida o loción 0.0.1%, dipropionato de betametasona, valerato de betametasona, desoximetasona, diacetato de diflorasona, valerato de diflucortolone, fluocinonido 0.05% crema, propionato de fluticasona, furoato de mometasona, acetonida triamcinolona)</p> <p>Clase IV (dipropionato de betametasona, clocortolone pivalato, acetonida de fluocinolona, flurandrenolide, valerato de hidrocortisona, furoato de mometasona, acetonide triamcinolona 0.1% crema)</p> <p>Clase V (dipropionato de betametasona, valerato de betametasona, desonida, acetonide fluocinolona 0.01% crema, fludrenido, fludrenido, propionato de fluticasona, butirato de hidrocortisona, probutato de hidrocortisona, valerato de hidrocortisona, prednicabato, acetonuro de triamcinolona)</p> <p>Clase VI (dipropión de aclometasona valerato de betametasona, desonida 0.05% gel, acetonida de fluocinolone, acetonida triamcinolona)</p> <p>Clase VII: (hidrocortisona 2.5% crema, acetato de hidrocortisona)</p>	<p>Eficacia: depende de la clase</p> <p>Cantidad y duración: Para el tratamiento agudo, utilizar dos veces al día hasta que las lesiones estén claras o casi claras</p> <p>Para un mantenimiento proactivo, aplicar corticosteroides tópicos, análogo de vitamina D o inhibidores tópicos de calcineurina dos veces por semana a lesiones clínicamente en reposo (por ejemplo, lunes y jueves)</p> <p>Dosis máxima para uso de clase I en adultos, 50 g por semana</p> <p>Sitio anatómico: Para sitios sensibles del cuerpo (cara, axilas, infra mamarias e ingles), utilicen corticosteroides tópicos de baja potencia (clase VI o VII)</p> <p>Para el tronco y las extremidades, utilizar corticosteroides tópicos clase I-III</p> <p>Vehículo: Para el cuero cabelludo, utilizar solución o espuma (corticosteroides tópicos de clase I) Las pomadas son típicamente más eficaces que las cremas si se utiliza el mismo ingrediente activo, pero las pomadas generalmente no se prefieren debido a la grasa</p>	<p>Con el uso frecuente y prolongado de corticosteroides tópicos de alta potencia en la piel de apariencia normal o en áreas intertriginosas, pueden ocurrir los siguientes efectos adversos: la atrofia de la piel, la telangiectasia y las estrías.</p> <p>Se recomiendan exámenes regulares con el uso a largo plazo de efectos adversos sistémicos como la supresión del eje de la hipófisis del hipotálamo y de la glándula suprarrenal es poco frecuente y se puede minimizar limitando el uso a largo plazo de corticosteroides tópicos de alta potencia en grandes áreas de superficie corporal, especialmente limitando dicho uso en niños</p>
<p>Análogos de vitamina D Calcitriol; combinación calcipotrieno/calcipotriol</p>	<p>Eficacia: Modesto cuando se utiliza solo y relativamente lento inicio de acción en el mismo vehículo, calcipotrieno y calcitriol son generalmente igualmente eficaces</p> <p>Cantidad y duración: utilizar dos veces al día Dosis máxima en adultos: &lt;100 g por semana En niños: &lt;50 g por semana</p>	<p>Los efectos adversos más comunes incluyen irritación de la piel, ardor, prurito, y edema; la absorción sistémica generalmente no da lugar a resultados adversos a menos que el paciente tenga insuficiencia renal grave</p> <p>Calcipotrieno puede ser inactivado por fototerapia; por lo tanto, aplicar después de la fototerapia</p>
<p>Inhibidores de la calcineurina tópica Tacrolimus 0.03% o 0.1%; pimecrolimus 1%</p>	<p>Eficacia:</p> <p>-Dependiendo del inhibidor tópico de la calcineurina, pueden ser similares a los corticosteroides tópicos de clase IV a la clase VII de calcipotriol -Tacrolimus 0,03% pomada y crema de 1% de pimecrolimus se utilizan para las regiones de cara, axilar, e ingle</p>	<p>La quema y el prurito pueden ocurrir, pero por lo general disminuye con el tiempo; tratamiento previo con corticosteroides tópicos puede reducir la irritación de la piel Inhibidores tópicos de la calcineurina tienen perfiles de seguridad aceptables; aunque existe una advertencia en caja</p>

	Cantidad y duración: uso dos veces al día	para el riesgo de neoplasia maligna, no se ha identificado ninguna relación causal con el uso tópico en pacientes con psoriasis Inicio de acción más lento en comparación con los corticosteroides tópicos
Queratolíticos		
Tazarotene	Eficacia: modesta cuando se usa sola Cantidad y duración: usar una vez al día por la noche	Irritación y ardor pueden ocurrir UV-B y tazaroteno aumentar la eficacia y reducir la dosis necesaria para UV-B Evitar en el embarazo
Acido salicílico	Eficacia: cantidad y duración desconocidas: utilizar 1-4 veces al día Uso específico: con corticosteroides tópicos para aumentar la penetración (no exceda de la clase III, IV, y V corticosteroides tópicos); o con inhibidores tópicos de la calcineurina para aumentar la penetración	Si se aplica a >20% de la superficie corporal o se utiliza en combinación con salicilatos orales, rara vez pueden ocurrir eventos adversos sistémicos No aplicar antes de la fototerapia Precaución del ejercicio en niños
Combinación de terapias tópicas		
Formulación combinada: corticosteroide tópico y análogo de vitamina D (por ejemplo, calcipotrieno/betametasona dipropionada pomada o suspensión/espuma)	Eficacia: alta eficacia y remisión más larga que la monoterapia con corticosteroides tópicos o un análogo de vitamina D; también apropiado para la gestión proactiva para el mantenimiento Importe y duración: utilizar una vez al día; cuando esté claro o casi claro, use dos veces por semana	La irritación de la piel ocurre con poca frecuencia
Formulación combinada: corticosteroides tópicos y tazaroteno (por ejemplo, propionato de halobetasol y tazaroteno)	Eficacia: alta eficacia y remisión más larga que la monoterapia con corticosteroides tópicos o unguento queratolítico tópico Cantidad y duración: utilizar una vez al día	La irritación de la piel ocurre con poca frecuencia
Definición de designaciones de clase: Clase I, superpotente; Clase II, potente; Clase III, en medio de la esquina superior; Clase IV, en medio; Clase V, en medio inferior; Clase VI, leve; Clase VII, menos potente. Algunos medicamentos, disponibles en más de 1 fuerza y / o forma (por ejemplo, gel, loción, pomada, crema), se enumeran en más de 1 categoría de clase.		

Tabla N° 2. Tratamientos Sistémicos Biológicos y Orales Aprobados para la Psoriasis (15,19,46).

Tratamiento sistémico	Estructura de biológico u objetivo de oral sistémico	Dosificación para la psoriasis en placas <sup>a</sup>	Eficacia en el punto final primario <sup>b</sup>	Consideraciones de seguridad
Biológicos				
Anti-TNF- $\alpha$				
Etanercept	Proteína de fusión entre un TNF- $\alpha$ receptor proteínico y la porción de fragmento cristalizante de IgG1	Dosis de carga / inducción: 50 mg dos veces por semana durante 12 semanas Dosis de mantenimiento: 50 mg una vez a la semana Dosis de mantenimiento escalonada recomendada: 50 mg dos veces por semana Dosis pediátrica: 0,8 mg / kg una vez a la semana; dosis máxima, 50 mg semanales	Adultos: el 49% alcanza PASI 75 en la semana 12 (placebo, 3%) Niños (de 4 a 17 años): el 57% alcanza el PASI 75 en semana 12 (placebo, 11%)	Evite el uso en pacientes con enfermedades desmielinizantes o hepatitis B No se prefiere el uso en pacientes con antecedentes de tuberculosis latente o insuficiencia cardíaca congestiva avanzada. Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva
Adalimumab	IgG1 monoclonal humana anticuerpo	Dosis de carga / inducción: 80 mg en la semana 0; 40 mg en la semana 1 Dosis de mantenimiento: 40 mg cada 2 semanas	Adultos: 71% logra PASI 75 en la semana 16 (placebo, 7%) Superior al metotrexato a las 16 semanas	Evite el uso en pacientes con enfermedades desmielinizantes o hepatitis B No se prefiere el uso en pacientes con antecedentes de

				tuberculosis latente o insuficiencia cardíaca congestiva avanzada. Anticuerpos antiadalimumab en 6% - 50% Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva
Certolizumab pegol	Pegilado humanizado fragmento de anticuerpo	Dosis de carga / inducción para pacientes ≤90 kg: 400 mg a semanas 0, 2 y 4 Dosis de mantenimiento: ≤90 kg: 200 mg cada 2 semanas > 90 kg: 400 mg cada 2 semanas	Adultos: el 83% logra PASI 75 en la semana 16 (placebo, 12%)	Preferido en mujeres embarazadas o en período de lactancia debido al mínimo transferencia de placenta y leche materna Evite el uso en pacientes con enfermedades desmielinizantes o hepatitis B No se prefiere el uso en pacientes con antecedentes de tuberculosis latente o insuficiencia cardíaca congestiva avanzada. Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva
Infliximab	Quimérico humano monoclonal IgG1 anticuerpo	Dosis de carga / inducción: 5 mg / kg en las semanas 0, 2 y 6 (el único biológico administrado por vía intravenosa) Dosis de mantenimiento: 5 mg / kg cada 8 semanas Dosis de mantenimiento escalonada recomendada: 5 mg / kg cada 4-8 semanas y / o hasta 10 mg / kg	Adultos: el 80% alcanza PASI 75 en la semana 10 (placebo, 3%); 55% logra PASI 75 en la semana 50 (placebo / infliximab, 77%) Superior al metotrexato a las 16 semanas	Evite el uso en pacientes con enfermedades desmielinizantes o hepatitis B No se prefiere el uso en pacientes con antecedentes de tuberculosis latente o insuficiencia cardíaca congestiva avanzada. Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva
Anti-IL-17				
Secukinumab	IL-17A monoclonal humana anticuerpo	Dosis de carga / inducción: 300 mg en las semanas 0, 1, 2, 3 y 4 Dosis de mantenimiento: 300 mg cada 4 semanas Dosis de mantenimiento escalonada recomendada: 300 mg cada 2 semanas	Adultos: el 82% logra PASI 75 en la semana 12 (placebo: 4%); 65% logra IGA 0/1 en la semana 12 (placebo, 2%) Superior a etanercept y ustekinumab en 1 año Alta eficacia para la psoriasis del cuero cabelludo, las uñas y palmoplantar	Evite el uso en pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal. Tasas bajas de candidiasis mucocutánea leve Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva
Ixekizumab	Monoclonal humanizada Anticuerpo IL-17A	Dosis de carga / inducción: 160 mg en la semana 0; 80 mg en las semanas 2, 4, 6, 8, 10 y 12 Dosis de mantenimiento: 80 mg cada 4 semanas Dosis de mantenimiento escalonada recomendada: 80 mg cada 2 semanas	Adultos: el 90% alcanza PASI 75 en la semana 12 (placebo, 2%); 83% logra IGA 0/1 en la semana 12 (placebo, 2%) Superior a etanercept a las 12 semanas, ustekinumab al año y adalimumab a las 24 semanas	Evite el uso en pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal. Tasas bajas de candidiasis mucocutánea leve Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva

Brodalumab	IL-17A monoclonal humana	Dosis de carga / inducción: 210 mg en las semanas 0, 1 y 2	Adultos: 86% alcanza PASI 75 en la semana 12 (placebo,	Evite el uso en pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal.
	anticuerpo receptor	Dosis de mantenimiento: 210 mg cada 2 semanas Dosis de mantenimiento escalonada recomendada: 40 mg una vez a la semana	8%); 80% logra IGA 0/1 en la semana 12 (placebo, 4%) Superior a ustekinumab a las 12 semanas 76	Tasas bajas de candidiasis mucocutánea leve Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva Sopesar los beneficios y los riesgos en pacientes con antecedentes de ideación o comportamiento suicida
Anti – IL-12/23				
Ustekinumab	Anticuerpo monoclonal humano contra la subunidad p40, compartido por IL-12/23	Dosis de carga / inducción para pacientes ≤ 100 kg: 45 mg en las semanas 0 y 4; para pacientes > 100 kg: 90 mg en las semanas 0 y 4 Dosis de mantenimiento para pacientes ≤ 100 kg: 45 mg cada 12 semanas; para pacientes > 100 kg: 90 mg cada 12 semanas  Dosis de mantenimiento escalonada recomendada para pacientes ≤ 100 kg: 90 mg cada 8-12 semanas; para pacientes > 100 kg: 90 mg cada 8-12 semanas  Dosis de carga / inducción pediátrica para pacientes <60 kg: 0,75 mg / kg en las semanas 0 y 4; para pacientes ≥60-100 kg: 45 mg en las semanas 0 y 4; para pacientes > 100 kg: 90 mg en las semanas 0 y 4 Dosis de mantenimiento pediátrico para pacientes <60 kg: 0,75 mg / kg cada 12 semanas; para pacientes ≥60-100 kg: 45 mg cada 12 semanas; para pacientes > 100 kg: 90 mg cada 12 semanas	Adultos: 67% (45 mg) y 76% (90 mg) alcanzan PASI 75 en la semana 12 (placebo, 4%)  Niños (de 12 a 17 años): 78% (45 mg) y 81% (90 mg) alcanzar PASI 75 en la semana 12 (placebo, 11%) Superior a etanercept a las 12 semanas	Menor riesgo de carcinoma de células basales en comparación con metotrexato  Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva
Anti-IL-23				
Guselkumab	IL-23 monoclonal humana anticuerpo	Dosis de carga / inducción: 100 mg en las semanas 0 y 4 Dosis de mantenimiento: 100 mg cada 8 semanas	Adultos: 73% logra PASI 90 en la semana 16 (placebo, 3%); 85% logra IGA 0/1 en la semana 16 (placebo: 8%) 80 Superior a adalimumab y secukinumab al año	Se está investigando la eficacia en la artritis psoriásica axial Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva
Tildrakizumab	IL-23 monoclonal humana anticuerpo	Dosis de carga / inducción: 100 mg en las semanas 0 y 4 Dosis de mantenimiento: 100 mg cada 12 semanas	Adultos: el 64% alcanza PASI 75 en la semana 12 (placebo, 6%); 58% logra IGA 0/1 en la semana 12 (placebo, 7%) Superior a etanercept a las 12 semanas	Se está investigando la eficacia en la artritis psoriásica axial Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva
Risankizumab	IL-23 monoclonal humana anticuerpo	Dosis de carga / inducción: 150 mg en las semanas 0 y 4 Dosis de mantenimiento: 150 mg cada 12 semanas	Adultos: el 75% alcanza PASI 90 en la semana 16 (placebo, 4%); 86% logra IGA 0/1 en la semana 16 (placebo, 7%) Superior a ustekinumab al año y adalimumab a las 16 semanas Alta eficacia para cuero cabelludo, uñas y palmoplantar	Se está investigando la eficacia en la artritis psoriásica axial Suspenda durante una infección grave hasta que la infección se resuelva

			soriasis	
Sistémicos orales				
Metotrexato	Dihidrofolato reductasa inhibidor	Dosis: 15-20 mg una vez a la semana con ácido fólico suplementación	Adultos: el 36% alcanza PASI 75 en la semana 16 (placebo, 19%) El metotrexato subcutáneo puede conferir mayor eficacia y biodisponibilidad	Mayor riesgo de toxicidad hepática, pulmonar, hematológica y renal Verificar hemogramas completos, función hepática y renal y serología de hepatitis
Apremilast	Inhibidor de la fosfodiesterasa-4	Día 1:10 mg por la mañana Día 2:10 mg dos veces al día Día 3:10 mg por la mañana; 20 mg por la noche Día 4:20 mg dos veces al día Día 5:20 mg por la mañana; 30 mg por la noche Día 6 en adelante (dosis de mantenimiento): 30 mg dos veces al día	Adultos: el 33% alcanza PASI 75 en la semana 16 (placebo, 5%)	Alteraciones gastrointestinales en 15%-20% y pérdida de peso Ajuste renal para aclaramiento de creatinina <30 ml / min / 1,73 m2
Acitretina	Retinoide (vitamina A derivado)	Dosis: 25 mg-50 mg diarios	Adultos: 47% logra PASI 75 en la semana 1287	Caída del cabello y xerosis (peor a dosis más altas), hipertrigliceridemia, hepatotoxicidad y teratogenicidad Compruebe la función hepática y los lípidos.
Ciclosporina	Inhibidor de la calcineurina	Dosis: 5 mg / kg como dosis dividida dos veces al día; afilar cuando la psoriasis está controlada	Adultos: el 65% logra IGA 0/1 en la semana 8 (placebo, 0%) Hay dos formulaciones disponibles: lipídica o microemulsificada (esta última se absorbe mejor)	Nefrotoxicidad con uso prolongado Hipertensión e hiperlipidemia riesgo de cáncer de piel no melanoma en pacientes con PUVA previo Compruebe los niveles de función renal, electrolitos (magnesio y potasio) y presión arterial
Abreviaturas: IGA, escala de evaluación global del investigador; PASI, índice de gravedad del área de psoriasis; PUVA, psoraleno y UV-A; TNF, factor de necrosis tumoral. a Todas las dosis son para adultos a menos que se especifique lo contrario. b El rango de puntuación IGA es de 0 a 5 (0, claro; 1, casi claro; 2, leve; 3, moderado y 4, severo). PASI es un instrumento validado que permite a los médicos evaluar la gravedad de la psoriasis. Combina la evaluación de la gravedad de la sesión (eritema, induración y descamación) y las áreas afectadas en una única puntuación entre 0 (sin enfermedad) y 72 (enfermedad máxima). Los puntajes PASI de 75, 90 y 100 indican una reducción del 75%, 90% y 100% en el puntaje PASI en comparación con el valor inicial.				

Un estudio francés, demostró que la eficacia del metotrexato (MTX) en la psoriasis en placas no se vio afectada por el peso del paciente, la vía de administración y el uso combinado de ácido fólico. La ausencia del uso previo de ciclosporina parece estar asociada con una mejor eficacia, aunque no existe una explicación clara para esto. La dosis inicial (dosis alta en el primer mes) parece estar asociada con una eficacia superior para la semana 12 / semana 16 (47). Además, el metotrexato fue bien tolerado y eficaz en el tratamiento de la psoriasis (48).

La terapia de combinación de acitretina y metotrexato para la psoriasis vulgar logra una mayor efectividad y menos fibrosis hepática. Los resultados mostraron que la terapia combinada exhibió una mayor efectividad en la remisión de la lesión cutánea, pero no afectó significativamente la función hepática tanto de los pacientes como de los ratones (49,50).

Los glucocorticoides tópicos de alta potencia y los derivados de la vitamina D son los principales tratamientos para psoriasis. Los glucocorticoides tópicos son efectivos en el tratamiento de la psoriasis, pero su uso generalmente se limita a no más de 2 a 8 semanas, y pueden estar asociados con eventos adversos que se resuelven lentamente, como la atrofia de la piel, o que son irreversibles por uso a largo plazo, como las estrías. La crema de roflumilast administrada una vez al día en las áreas afectadas de psoriasis fue superior a la crema vehículo en cuanto a que condujo a un estado claro o casi claro a las 6 semanas. Se necesitan ensayos cada vez más extensos para determinar la durabilidad y seguridad del roflumilast en la psoriasis (51).

Un metaanálisis en comparación con placebo, los biológicos infliximab, ixekizumab, risankizumab, bimekizumab, guselkumab, secukinumab y brodalumab fueron las mejores opciones para lograr PASI 90 en pacientes con psoriasis moderada a grave sobre la base de una certeza moderada a alta evidencia (evidencia de certeza baja para bimekizumab) (44).

Los ensayos clínicos muestran que tildrakizumab tiene una relación beneficio/riesgo positivo en adultos con psoriasis. Se necesitan más estudios para evaluar su eficacia y seguridad en pacientes con artritis psoriásica y en ensayos comparativos directos con otros inhibidores de IL-17 / IL-23 disponibles. Actualmente se están realizando estudios de fase III de extensión a largo plazo sobre psoriasis en placas de moderada a grave. El impacto terapéutico de tildrakizumab respalda el papel clave de IL-23p19 en la psoriasis (52).

El infliximab es una opción de tratamiento eficaz y segura para la psoriasis de moderada a grave. El uso concomitante de MTX puede reducir la inmunogenicidad de infliximab, mejorando así la eficacia y reduciendo las reacciones a la infusión, pero su uso en la psoriasis no está bien investigado (24). Las concentraciones mínimas de infliximab (FX Cmin) influyen significativamente en las tasas de respuesta PASI 90/100 (53,54).

Un estudio chino, concluyó que los medicamentos biológicos y de moléculas pequeñas son más costosos en comparación con los medicamentos convencionales, lo que limita su uso generalizado, especialmente en los países en desarrollo. Menos del 10% de los pacientes con psoriasis reciben agentes biológicos de forma rutinaria, incluso en países de ingresos altos (48).

Al evaluar del tratamiento de la psoriasis con esomeprazol, en un estudio piloto, se observaron resultados estadísticamente significativos cuando se comparó el PASI antes y al 90° día de tratamiento. Concluyendo que el uso de esomeprazol para la psoriasis produjo excelentes resultados clínicos con una reducción significativa de la puntuación PASI (55).

El retorno del mundo occidental hacia la medicina alternativa se ha utilizado en el tratamiento de la Psoriasis vulgar: la auto hemoterapia menor, que es una técnica mediante la extracción de 2 cc a 10 cc de sangre, al que es inyectada en el músculo, estimulando el sistema inmunológico e incrementando el nivel de macrófagos de un 5% a un 22% en sangre periférica, que son la compañía de "limpieza del organismo". Con ello se logró espaciar los brotes sin efectos adversos en ningún enfermo (26).

#### Psoriasis inversa

El tratamiento difiere significativamente del de la psoriasis en placas debido a las características del área afectada, en la que la piel es generalmente delgada y más propensa a los efectos secundarios locales. Su puede ser un desafío e incluye corticosteroides tópicos, inhibidores tópicos de la calcineurina, análogos

de la vitamina D, terapias sistémicas orales tradicionales como ciclosporina y metotrexato y terapias biológicas (39).

Tabla N° 3. Opciones terapéuticas para la psoriasis inversa (39).

Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Corticoesteroides tópicos (baja y media potencia)</li> <li>● Inhibidores tópicos de la calcineurina (tacrolimus, pimecrolimus)</li> <li>● Análogos tópicos de vitamina D (calcipotriol, calcitriol)</li> </ul>
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Emolientes</li> <li>● Productos tópicos a base de alquitrán</li> <li>● Antimicrobianos/antisépticos tópicos</li> </ul>
Psoriasis inversa resistente/severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Terapias sistémicas orales tradicionales (ciclosporina, metotrexato)</li> <li>● Biológicos</li> </ul>
Otro	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">● Dithranol tópico</li> <li style="width: 50%;">● Láser excimer</li> <li style="width: 50%;">● Retinoides tópicos</li> <li style="width: 50%;">● Toxina botulínica</li> <li style="width: 50%;">● Acido salicílico tópico</li> </ul>

### Psoriasis eritrodérmica (PE)

Los primeros pasos en el tratamiento son la corrección de cualquier desequilibrio de líquidos, electrolitos y proteínas, las medidas profilácticas para proteger contra la hipotermia y la identificación y el tratamiento de cualquier infección secundaria (40). Los pacientes con PE tratados con biológicos demostraron respuestas positivas y el tratamiento fue bien tolerado con una recomendación débil y evidencia de calidad limitada a favor de infliximab, ustekinumab, ixekizumab y guselkumab, se ha demostrado que logran rápidamente una mejoría clínica en estos pacientes. Los estudios incluidos también demostraron la eficacia de los agentes sistémicos ciclosporina, etretinato y metotrexato (41).

La revisión sistemática de Reynolds K. et al. concluyó que los tratamientos de la psoriasis inversa revelan que una variedad de terapias inmunomoduladoras y biológicas han demostrado ser efectivas para tratar la psoriasis eritrodérmica. Al seleccionar las modalidades de tratamiento para la EF, es importante tener en cuenta la agudeza y la gravedad del escenario clínico, así como las comorbilidades del paciente (40).

## Psoriasis ungueal.

Los cambios en las uñas están presentes en aproximadamente el 50% de los pacientes con psoriasis y tienden a ser refractarios a los tratamientos convencionales. El láser de colorante pulsado se ha convertido en una terapia alternativa. La mejoría media en las puntuaciones del índice de gravedad de psoriasis ungueal general (NAPSI), NAPSI del lecho ungueal y NAPSI de la matriz ungueal fue del 44,2%, 50% y 65,1%, respectivamente (42).

## Psoriasis pustulosa generalizada (PPG)

No existe un tratamiento estándar para la PPG y, a menudo, se sigue una guía que, para el tratamiento de la psoriasis en placas, en Japón se han aprobado varios agentes biológicos para su uso en el tratamiento de la PPG, incluidos los anticuerpos monoclonales contra la interleucina (IL) -17 (secukinumab, ixekizumab y brodalumab) e IL-23 (guselkumab) (23). La introducción de terapias anti-IL-36 puede cambiar el manejo de la enfermedad, Los agentes ideales tendrían un inicio de acción rápido y un tiempo rápido para lograr la eliminación de la enfermedad, tendrían la capacidad de prevenir brotes agudos y evitar la recurrencia, y poseerían un perfil de seguridad favorable. Tales terapias deben ser fácilmente accesibles mediante aprobación o listadas en formularios (38).

## Artritis psoriásica

Un reciente metaanálisis en red confirma la eficacia y el perfil de seguridad aceptable de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológica en pacientes con artritis psoriásica activa. En general, hubo pocas diferencias estadísticamente significativas entre la mayoría de los tratamientos. Para el American College of Rheumatology, todos los tratamientos, excepto el abatacept, fueron estadísticamente superiores al placebo. El infliximab fue más eficaz, seguido de golimumab y etanercept, que fueron estadísticamente superiores a la mayoría de los otros tratamientos (56,57).

## Tratamiento no farmacológico

### Fototerapia

Los mecanismos de inmunosupresión inducida por rayos UV contrarrestan la sobre activación y desregulaciones inmunes subyacentes a muchas enfermedades cutáneas, como psoriasis, dermatitis atópica, prurito crónico, mastocitosis, vitíligo y erupción polimorfa por luz. Se cree que el beneficio terapéutico de la fototerapia para la psoriasis se deriva principalmente de la inducción de la apoptosis y la promoción de la inmunosupresión (12,58).

La radiación ultravioleta puede clasificarse como radiación UVB, que emite longitudes de onda entre 280 y 320 nm y radiación UVA que contiene longitudes de onda entre 320 y 400 nm. En general, la luz UVB tiene un efecto inmunosupresor más profundo que la luz UVA, basado en la eficacia y seguridad, UVB de banda estrecha representa el estándar de oro para el tratamiento de la psoriasis y la dermatitis atópica. El láser excimer UVB y la lámpara excimer pueden ser la mejor opción para eliminar lesiones localizadas resistentes a la terapia (58).

En algunos países oficialmente no está aprobada en menores de 12 años, pero la experiencia que se ha acumulado en años recientes sugiere que es relativamente segura a largo plazo. Su elección dependerá de la experiencia de quien decida prescribirla y vigilarla (59).

### Influencia del peso en el tratamiento

El exceso de peso corporal puede interferir con el tratamiento médico utilizado en la psoriasis y aumenta el perfil de riesgo cardiovascular en estos pacientes, lo que subraya la importancia de regímenes eficaces de control de peso (60,61).

## Alimentación

Un estudio brasileño reportado recientemente, evaluó la frecuencia alimentaria en pacientes con psoriasis, identificando dos patrones dietéticos: Patrón 1 (predominio de alimentos procesados) y Patrón 2 (predominio de alimentos frescos). El análisis multivariado reveló que los Patrones 1 y 2 mostraron comportamientos inversos, Patrón 2 se asoció con mujeres, individuos eutróficos, ausencia de alteraciones de lípidos y presión arterial, y menor relación cintura-cadera y actividad de enfermedades de la piel (62).

Además, en un metaanálisis de ensayos controlados aleatorios, la evidencia actual no respalda el uso de suplementos de aceite de pescado en el tratamiento de la psoriasis (63).

## Reacciones adversas del uso de medicamentos biológicos

### Infecciones severas

Los pacientes con psoriasis con artritis psoriásica autoinformada en las cohortes de inhibidores de TNF, infliximab, adalimumab, etanercept y MTX tuvieron tasas de infecciones numéricamente más altas que la cohorte de ustekinumab, aunque no estadísticamente significativas. La edad, la evaluación global del médico, los antecedentes de infección y la diabetes se asociaron con un mayor riesgo de infecciones graves, independientemente de la exposición biológica (64).

## CONCLUSIONES

- Los pacientes con psoriasis requieren una atención integral y multidisciplinaria por la gran frecuencia de comorbilidades, las que limitan aún más su calidad de vida.
- La psoriasis es una enfermedad de difícil manejo, en donde se debe tener conocimiento amplio de las necesidades del paciente, una buena clasificación del padecimiento, disposición para con el paciente y mucha comprensión.
- Aún falta mucho por definir de la psoriasis, sobre todo en la etiología y en el tratamiento de la enfermedad se esperan avances en los medicamentos llamados biológicos nuevos de menor costo, mayor seguridad y aplicación tópica, extendiendo su uso a la psoriasis de menor gravedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esquivel-García R, Estévez-Delgado G, Rodríguez-Orozco AR, Ochoa-Zarzosa A, García-Pérez ME. La psoriasis: De la investigación básica y clínica al desarrollo de nuevos tratamientos cardenas. *Gac Med Mex* [Internet]. 2018;154(4):502–8. Disponible en: [doi://dx.doi.org/10.24875/GMM.17003182%0AGac](https://doi.org/10.24875/GMM.17003182%0AGac)
2. Martínez M, Levrero P, Carusso R, Morales C. Psoriasis Vulgar moderada y severa: opciones terapéuticas (tratamientos convencionales). *Arch Med Interna* [Internet]. 2013;35(3):93–100. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1688-423X2013000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-423X2013000300006&lng=es&nrm=iso)
3. Acevedo A, Baccarini E, Bourren P, Crespo, María Alejandra Díaz, Pamela Esteley, Paula Gómez B. Consenso Nacional De Psoriasis Guía De Tratamiento 2018. *Soc Argentina Dermatología* [Internet]. 2018; Disponible en: <https://sad.org.ar>
4. Castro-Ayarza JR, Casadiego EJ, Medina DC. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. *Dermatologia Rev Mex* [Internet]. 2017;61(4):283–91. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73843>
5. Palmezano Diaz JM, Ballesteros ZJ, Plazas Rey LK, Isaza Angarita JRA, Gómez Franco MC. Caracterización clínica y sociodemográfica de pacientes con psoriasis en un hospital universitario en Colombia. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2018;40(1):124–5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910118>
6. Chanussot C, Arenas R. Psoriasis. Estudio descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes. *Med Cutan Iber Lat Am* [Internet]. 2015 [citado el 13 de julio de 2020];13(1). Disponible en: <https://dcmq.com.mx/edición-enero-marzo-2015-volumen-13-número-1/330-psoriasis-estudio-descriptivo-y-comorbilidades-en-114-pacientes>
7. MARRÓN M, FLORES A, PINEDO S, GARCÍA R, RUIZ A, FERREIRO MC. Estudio clínico epidemiológico de pacientes con psoriasis del Hospital Universitario de Caracas. Período 2010 – 2014. *Dermatología Venez*

- [Internet]. 2017;54(2):25–31. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_rdv/article/view/13998](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_rdv/article/view/13998)
8. Salomé M, García C, Naranjo GS, Torre K De, Aguilar K, Cabrera F, et al. Terapia biológica en psoriasis : experiencia de siete años en un hospital de tercer nivel de Ecuador. *Med Cutan Iber Lat Am* [Internet]. 2018;46(3):186–90. Disponible en: [www.medigraphic.com/medicinacutanea](http://www.medigraphic.com/medicinacutanea)
  9. Chen K, Wang G, Jin H, Xu J, Zhu X, Zheng M, et al. Clinic characteristics of psoriasis in China: A nationwide survey in over 12000 patients. *Oncotarget* [Internet]. 2017;8(28):46381–9. Disponible en: [www.impactjournals.com/oncotarget/](http://www.impactjournals.com/oncotarget/)
  10. Goribar J, Goribar T, Trejo F, Tenopala GC, Padilla Luis F. Factores de riesgo, comorbilidad y tratamiento de la psoriasis. *WAXAPA Año* [Internet]. 2018;10(18). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88769>
  11. El-Komy MHM, Mashaly H, Sayed KS, Hafez V, El-Mesidy MS, Said ER, et al. Clinical and epidemiologic features of psoriasis patients in an Egyptian medical center. *JAAD Int* [Internet]. 2020;1(2):81–90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2020.06.002>
  12. Yu Z, Wolf P. How It Works: The Immunology Underlying Phototherapy. *Dermatol Clin* [Internet]. 2020;38(1):37–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2019.08.004>
  13. Franco M, Colmenares L. Administración práctica de la terapia convencional en psoriasis en la era de la terapia biológica. *Dermatol Rev Mex* [Internet]. 2019;63(1):68–73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85020>
  14. von Csiky-Sessoms S, Lebwohl M. What's New in Psoriasis. *Dermatol Clin* [Internet]. 2019;37(2):129–36. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.11.001>
  15. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2020;323(19):1945–60. Disponible en: <https://jamanetwork.com>
  16. López Pupo N, Tablada Robinet ME, Jacas Portuondo AL, Baltazar Green A, González Vázquez LF. Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes

- con psoriasis. MEDISAN [Internet]. 2019;23(3):435–46. Disponible en: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192019000300435&lang=es](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000300435&lang=es)
17. Schadler ED, Ortel B, Mehlis SL. Biologics for the primary care physician: Review and treatment of psoriasis. *Disease-a-Month* [Internet]. 2019;65(3):51–90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.06.001>
  18. Quiroz-Vergara JC, Morales-Sánchez MA, Castillo-Rojas G, López-Vidal Y, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, et al. Diagnóstico tardío de psoriasis: Motivos y consecuencias. *Gac Med Mex* [Internet]. 2017;153(3):335–43. Disponible en: [www.anmm.org.mx](http://www.anmm.org.mx)
  19. Brandon A, Muffi A, Sibbald G. Diagnosis and Management of Cutaneous Psoriasis: A Review. *Clin Manag* [Internet]. 2020;32(2):38–44. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.asw.0000550592.08674.43>
  20. Tovar-Garza A, Meza-Resendiz M, Guevara-Gutiérrez E, Barrientos-García JG, Tlacuilo-Parra A. Psoriasis in children and adolescents: Epidemiological study of 280 patients from Mexico. *Rev Investig Clin* [Internet]. 2017;69(1):47–50. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/ric.17002117>
  21. García-Sánchez L, Montiel-Jarquín AJ, Vázquez-Cruz E, May-Salazar A, Gutiérrez-Gabriel I, Loría-Castellanos J. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gac Med Mex* [Internet]. 2017;153(2):185–9. Disponible en: [www.anmm.org.mx](http://www.anmm.org.mx)
  22. Cevallos L, Navarrete P. Psoriasis Y Comorbilidades En Personal Militar, 2016 - Perú. *Rev argentina dermatología* [Internet]. 2019;100(2):111–20. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1020459>
  23. Falto-Aizpurua LA, Martin-Garcia RF, Carrasquillo OY, Nevares-Pomales OW, Sánchez-Flores X, Lorenzo-Rios D. Biological therapy for pustular psoriasis: a systematic review. *Int J Dermatol* [Internet]. 2020;59(3):284–96. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijd.14671>
  24. Subedi S, Gong Y, Chen Y, Shi Y. Infliximab and biosimilar infliximab in psoriasis: efficacy, loss of efficacy, and adverse events. *Drug Des Devel Ther* [Internet]. 2019;13:2491–502. Disponible en: <http://doi.org/10.2147/DDDT.S200147>

25. Schleicher SM. Psoriasis: Pathogenesis, Assessment, and Therapeutic Update. *Clin Podiatr Med Surg* [Internet]. 2016;33(3):355–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpm.2016.02.004>
26. Cortés O, Alarcón S, Matos F, Pulido L. Tratamiento de la Psoriasis vulgar con Autohemoterapia menor . Hospital “ Celia Sánchez Manduley ”. 2016 - 2018. *Multimed* [Internet]. 2019;23(4):758–74. Disponible en: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000400758&lang=es](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000400758&lang=es)
27. Jimenez M, Jiménez S, Alvaran L, Segura D, Londoño Á, Vasquez M. Calidad de vida y factores psicológicos asociados en una cohorte de pacientes latinoamericanos con psoriasis. *Dermatología C* [Internet]. 2018;16(4):254. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2018/dcm184b.pdf>
28. Palmezano-Díaz JM, Figueroa-Pineda CL, Rodríguez-Amaya RM, Plazas-Rey LK. Prevalencia y caracterización de las enfermedades autoinmunitarias en pacientes mayores de 13 años en un hospital de Colombia. *Med Interna Mex* [Internet]. 2018;34(4):522–35. Disponible en: <https://10.0.94.181/mim.v34i4.1871>
29. Arnone M, Takahashi MDF, de Carvalho AVE, Bernardo WM, Bressan AL, Ramos AMC, et al. Diagnostic and therapeutic guidelines for plaque psoriasis – Brazilian society of dermatology. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2019;94(2):76–107. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.2019940211>
30. Jorge MA, Tomimori J, Barbosa CA. Prevalence and heritability of psoriasis and benign migratory glossitis. *Investigation* [Internet]. 2017;816–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20176389> Abstract:
31. Salman A, Yucelten AD, Sarac E, Saricam MH, Perdahli-Fis N. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: A cross-sectional study. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2018;93(6):819–23. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590%2Fabd1806-4841.20186981>
32. Strober B, Karki C, Mason M, Guo N, Holmgren SH, Greenberg JD, et al. Characterization of disease burden, comorbidities, and treatment use in a large, US-based cohort: Results from the Corrona Psoriasis Registry. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2018;78(2):323–32. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.10.012>

33. Ortega A, Restrepo N. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. *Dermatologia Rev Mex* [Internet]. 2018;62(3):193–205. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2018/rmd183b.pdf>
34. Puig L, López-Ferrer A. Biosimilars for the treatment of psoriasis. *Expert Opin Biol Ther* [Internet]. 2019;19(10):993–1000. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14712598.2019.1636963>
35. Mounsey SJ, Kulakov E. Core Training - Psoriasis. *Br J Hosp Med* [Internet]. 2018;79(8):C114–7. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/hmed.2018.79.8.c114>
36. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019;20(6):1–28. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms20061475>
37. Kearns DG, Chat VS, Zang PD, Han G, Wu JJ. Review of treatments for generalized pustular psoriasis. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2020;0(0):000. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2019.1682502>
38. Gooderham MJ, Van Voorhees AS, Lebwohl MG. An update on generalized pustular psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2019;15(9):907–19. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1744666X.2019.1648209>
39. Micali G, Verzì AE, Giuffrida G, Panebianco E, Musumeci ML, Lacarrubba F. Inverse psoriasis: From diagnosis to current treatment options. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2019;12:953–9. Disponible en: <http://doi.org/10.2147/CCID.S189000>
40. Reynolds KA, Pithadia DJ, Lee EB, Liao W, Wu JJ. A systematic review of treatment strategies for erythrodermic psoriasis. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2019;0(0):000. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2019.1689228>
41. Carrasquillo OY, Pabón-Cartagena G, Falto-Aizpurua LA, Santiago-Vázquez M, Cancel-Artau KJ, Arias-Berrios G, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis with biologics: A systematic review [Internet]. Vol. 83, *Journal of the American Academy of Dermatology*. American Academy of Dermatology, Inc.; 2020. 151–158 p. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.03.073>

42. Peruzzo J, Garbin GC, Maldonado G, Cestari TF. Nail psoriasis treated with pulsed dye laser. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2017;92(6):885–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175918>
43. Ríos MAG, Quintero DGV, Gómez JFB. Psoriasis ungueal: Opciones terapéuticas. *Dermatologia Cosmet Medica y Quir* [Internet]. 2016;14(3):237–44. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69326>
44. Sbidian E, Chaimani A, Afach S, Doney L, Dressler C, Hua C, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis (Review)dd. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020;(1):1465–858. Disponible en: <https://doi.org//10.1002/14651858.CD011535.pub3>
45. Abramovits W, Schlessinger J. Efficacy and Safety of Systemic Treatments for Skin and Joint Manifestations in Patients With Psoriasis. *J Drugs Dermatol* [Internet]. 2020;19(3):306–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32550687/>
46. Saeki H, Terui T, Morita A, Sano S, Imafuku S, Asahina A, et al. Japanese guidance for use of biologics for psoriasis (the 2019 version). *J Dermatol* [Internet]. 2020;47(3):201–22. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15196>
47. Tournier A, Khemis A, Maccari F, Reguiat Z, Bégon E, Fougerousse AC, et al. Methotrexate efficacy and tolerance in plaque psoriasis. A prospective real-life multicentre study in France. *Ann Dermatol Venereol* [Internet]. 2019;146(2):106–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.11.011>
48. Yan K, Zhang Y, Han L, Huang Q, Zhang Z, Fang X, et al. Safety and Efficacy of Methotrexate for Chinese Adults with Psoriasis with and Without Psoriatic Arthritis. *JAMA Dermatology* [Internet]. 2019;155(3):327–34. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.5194>
49. An J, Zhang D, Wu J, Li J, Teng X, Gao X, et al. The acitretin and methotrexate combination therapy for psoriasis vulgaris achieves higher effectiveness and less liver fibrosis. *Pharmacol Res* [Internet]. 2017;121:158–68. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phrs.2017.04.014>

50. Roldán FA, Hernando AB, González JLC, Sánchez PM. Coste efectividad de diferentes tratamientos para la psoriasis. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2016;90(13 abril):e1–7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100200](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100200)
51. Lebwohl MG, Papp KA, Stein Gold L, Gooderham MJ, Kircik LH, Draelos ZD, et al. Trial of Roflumilast Cream for Chronic Plaque Psoriasis. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;383(3):229–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2000073>
52. Bangert C, Kopp T. Tildrakizumab for the treatment of psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2019;15(1):5–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1744666x.2019.1544493>
53. Colls-Gonzalez M, Notario-Rosa J, Bas-Minguet J, Padullés-Zamora A, Morandeira-Rego F, Valentí-Medina F, et al. Association between infliximab concentrations and clinical response in psoriasis: a prospective cohort study. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2019;0(0):000. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2019.1690623>
54. Shalom G, Naldi L, Lebwohl M, Nikkels A, de Jong EMGJ, Fakharzadeh S, et al. Biological treatment for psoriasis and the risk of herpes zoster: results from the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2019;30(6):534–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2018.1445193>
55. Bafutto M, Oliveira EC, Zaterka S. Evaluation of psoriasis treatment with esomeprazole – A pilot study. *Arq Gastroenterol* [Internet]. 2019;56(3):261–3. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.201900000-49>
56. Ruysen-Witrand A, Perry R, Watkins C, Braileanu G, Kumar G, Kiri S, et al. Efficacy and safety of biologics in psoriatic arthritis: A systematic literature review and network meta-analysis. *BMJ Open Sport Exerc Med* [Internet]. 2020;6(1):1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001117>
57. Cantini F, Benucci M, Li Gobbi F, Franchi G, Niccoli L. Biosimilars for the treatment of psoriatic arthritis [Internet]. Vol. 15, *Expert Review of Clinical Immunology*. Taylor & Francis; 2019. 1195–1203 p. Disponible en:

<https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1682553>

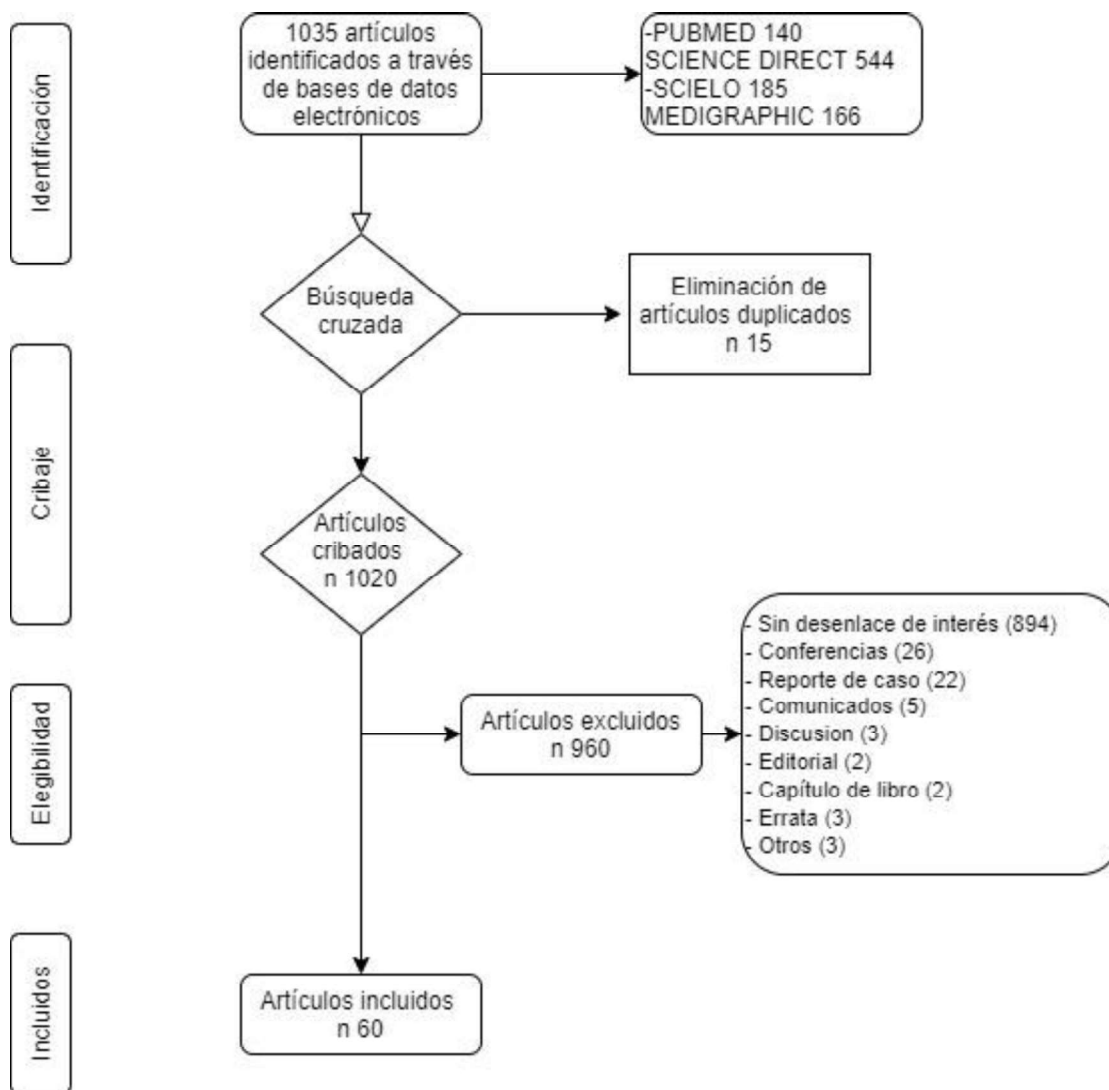
58. Kemény L, Varga E, Novak Z. Advances in phototherapy for psoriasis and atopic dermatitis. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2019;15(11):1205–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1672537>
59. Lacy-Niebla RM, Poletti-Vázquez ED, Donis AA. Infantes con psoriasis: Fototerapia? *Dermatologia Cosmet Medica y Quir* [Internet]. 2016;14(3):228–31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
60. Jensen P, Skov L. Psoriasis and Obesity. *Dermatology* [Internet]. 2017;232(6):633–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000455840>
61. Kim HJ, Lebwohl MG. Biologics and Psoriasis: The Beat Goes On. *Dermatol Clin* [Internet]. 2019;37(1):29–36. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.07.004>
62. Polo TCF, Corrente JE, Miot LDB, Papini SJ, Miot HA. Dietary patterns of patients with psoriasis at a public healthcare institution in Brazil. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2020;95(4):452–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.02.002>
63. Yang SJ, Chi CC. Effects of fish oil supplement on psoriasis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2019;19(1):1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2777-0>
64. Ritchlin CT, Stahle M, Poulin Y, Bagel J, Chakravarty SD, Kafka S, et al. Serious infections in patients with self-reported psoriatic arthritis from the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR) treated with biologics. *BMC Rheumatol* [Internet]. 2019;3(1):1–13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41927-019-0094-3>

## GLOSARIO

- **Etiología:** es el estudio de las causas de algo
- **MESH:** es el tesoro de Medline, un vocabulario controlado que contiene los descriptores utilizados en la base de datos.
- **Pubmed:** es un motor de búsqueda de libre acceso que permite consultar principal y mayoritariamente los contenidos de la base de datos MEDLINE
- **Medicamento biológico:** medicamentos hechos de organismos vivos que han tenido un gran impacto en el tratamiento de muchas afecciones médicas.
- **TNF:** El factor de necrosis tumoral es una proteína del grupo de las citocinas liberadas por las células del sistema inmunitario que interviene en la inflamación, la apoptosis y la destrucción.
- **Placebo:** Sustancia que carece de acción curativa, pero produce un efecto terapéutico si el enfermo la toma convencido de que es un medicamento realmente eficaz.
- **UV:** Se denomina radiación ultravioleta o radiación UV a la radiación electromagnética cuya longitud de onda está comprendida aproximadamente entre los 10 nm y los 400 nm.

## ANEXOS

Anexo N° 1. Mapa mental de los resultados identificados a través de la búsqueda exhaustiva en base de datos



Anexo 2. Evaluación del riesgo de sesgo para los estudios incluidos en la revisión bibliográfica

Estudios incluidos	Posibles riesgos de sesgos	Generación de secuencia aleatoria	Ocultamiento de la secuencia	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva
Sbidian, E. Et al. 2017. Pubmed.		+	?	?	?	+	+
Yang S. 2019. Elsevier.		+	+	-	-	+	+
Reynolds K. Et al. 2019. Pubmed.		-	-	-	+	+	+
Ruysen A. Et al. 2020. Pubmed.		-	-	+	+	+	+
Falto L. Et al. 2019. Pubmed.		+	+	+	+	+	?
Carrasquillo O. Et al. 2019. Elsevier.		?	?	+	+	+	?
Tovar, A. Et al. 2017. Scielo.		+	+	+	+	+	+
Quiroz J. Et al. 2017. Scielo.		-	-	+	+	?	?
García L. Et al. 2017. Scielo.		+	+	+	+	?	+
Chen k. Et al. 2017.		-	-	+	+	?	?
Strober B. Et al. 2017. Elsevier.		+	+	+	+	?	?
Palmezano J. Et al. 2018. Scielo.		-	-	-	-	+	+
Jimenez M. Et al. 2018. Medigraphic.		?	?	+	+	+	+
Tournier A. Et al. 2019. Elsevier.		+	+	+	+	+	?
Shalom G. Et al. 2019. Pubmed.		-	-	+	+	?	?
Ritchlin C. Et al. 2019. Pubmed.		+	+	+	+	+	?

Colls M. Et al. 2019.						
Cortés O. Et al. 2019. Scielo.						
Ortega A. Y Restrepo N. 2018. Medigraphic.						
Yan K. Et al. 2019. Pubmed.						
Roldán F. Et al. 2016. Scielo.						
López N. Et al. 2019. Scielo.						
Cevallos L. Y Navarrete P. 2019. Scielo.						
Polo T. Et al. 2020. Elsevier.						
Bafutto M. Et al. 2019. Scielo.						
Lebwohl M. Et al. 2020. Pubmed.						
Jorge M. Et al. 2017. Pubmed.						
Salman A. Et al. 2018. Scielo.						
Castro J. Et al. 2017. Medigraphic.						
Palmezano J. Et al. 2018. Scielo.						
Salomé M. Et al. 2018. Medigraphic.						
Marrón M. Et al. 2019. Scielo.						
El K. Et al. 2019. Elsevier.						

Bajo riesgo de sesgo   
 Riesgo incierto de sesgo   
 Alto riesgo de sesgo

Anexo N° 3. Diseño del mapa organizacional de la revisión bibliográfica sobre “características clínicas de los pacientes con psoriasis”

MAPA ORGANIZACIONAL						
#	AUTOR, AÑO, BASE DE DATOS	DISEÑO	PROPÓSITO	MUESTRA	RESULTADOS	C
1	Sbidian, E. Et al. 2017. Pubmed. (44)	Metaanálisis en red	Comparar la eficacia y seguridad de los agentes sistémicos convencionales, las moléculas pequeñas y los productos biológicos para las personas con psoriasis	51 749 participante	El metaanálisis en red también mostró que infliximab, ixekizumab, risankizumab, bimekizumab, guselkumab, secukinumab y brodalumab superaron a otros fármacos en comparación con placebo para alcanzar el PASI 90. La eficacia clínica de estos siete fármacos fue similar	N si in rie ar nu ce m es y ta co po cl
2	Yang S. 2019. Elsevier. (63)	Revisión sistemática	Investigar los efectos del suplemento de aceite de pescado en la psoriasis	13 ECA con 625 participantes.	El suplemento de aceite de pescado no redujo significativamente la gravedad de la psoriasis cuando se evaluó mediante la puntuación del índice de gravedad y área de la psoriasis (diferencia de medias - 0,28; intervalo de confianza del 95% - 1,74 a 1,19).	La us pe ps
3	Reynolds K. Et al. 2019. Pubmed. (40)	Revisión sistemática		200 pacientes	Los estudios incluidos también demostraron la eficacia de los agentes sistémicos ciclosporina (n = 4), etretinato (n = 3) y metotrexato (n = 1).	U ca te tra de gr co ps
4	Ruyssen A. Et al. 2020. Pubmed. (56)	Metaanálisis	Evaluar la eficacia y seguridad comparativas de los fármacos antirreumáticos		Para la Psacr, todos los tratamientos excepto abatacept fueron estadísticamente superiores al placebo. Infliximab fue más eficaz, seguido de golimumab y etanercept, que fueron estadísticamente superiores a la mayoría de los	E ef ad ar er

			modificadores de la enfermedad biológica aprobados en pacientes con artritis psoriásica.		otros tratamientos. Ixekizumab 80 mg cada 2 semanas (Q2W) fue estadísticamente superior al abatacept subcutáneo, apremilast y ambos regímenes de ustekinumab; Se observaron hallazgos similares para ixekizumab 80 mg cada 4 semanas. Para la respuesta de Psoriatic arthritis response criteria (Psarc), ixekizumab no difirió significativamente de otras terapias, excepto golimumab, infliximab y etanercept, que fueron superiores a la mayoría de los otros agentes, incluido ixekizumab. Para la respuesta de PASI, infliximab fue numéricamente más efectivo, pero no fue estadísticamente superior al ixekizumab, que fue el siguiente agente con mejor desempeño. El análisis de los puntos finales de seguridad identificó pocas diferencias entre los tratamientos.
5	Falco L. Et al. 2019. Pubmed. (23)	Revisión sistemática	Los datos sobre la eficacia de los agentes biológicos para la psoriasis pustulosa son limitados	291 pacientes	Se identificaron un total de 209 artículos y se seleccionaron 43 artículos para su inclusión. Se utilizaron inhibidores de TNF-α en 205 pacientes, y 86 pacientes recibieron ustekinumab, secukinumab, brodalumab, ixekizumab e inhibidores de IL-1. La respuesta general fue favorable para la mayoría de las modalidades. No hubo eventos graves reportados. Las medidas inconsistentes de la respuesta al tratamiento y la variabilidad del estudio limitaron la evaluación general de los datos.
6	Carrasquillo O. Et al. 2019. Elsevier. (41)	Revisión sistemática	Analizar la evidencia de los medicamentos biológicos en el tratamiento de la EP en función de la respuesta y la tolerabilidad.	179 pacientes	La mayoría de los pacientes respondieron en algún momento durante el tratamiento, con un mayor nivel de evidencia para infliximab, ustekinumab, ixekizumab y guselkumab. La infección fue el evento adverso más común (n = 35).
7	Tovar, A. Et al. 2017. Scielo. (20)	Estudio retrospectivo	Estudiar las características epidemiológicas de	28 pacientes	Prevalencia del 11% de psoriasis, hubo predominio del sexo femenino y la edad media fue de 11,5 años. La duración de la enfermedad fue

			la psoriasis en este grupo de edad.		de 18 ± 34 meses. La psoriasis en placas fue la forma más común, con 191 casos (68%). La afectación de las uñas se produjo en sólo 15 pacientes (5%). Se administró tratamiento tópico a 177 pacientes (63%). Solo 14 casos (5%) tenían antecedentes familiares de psoriasis. Estas variables no difirieron cuando se comparó a niños con adolescentes, excepto en aquellos con menor duración de la enfermedad (13 ± 19 vs 24 ± 29 meses
8	Quiroz J. Et al. 2017. Scielo. (18)	Estudio retrospectivo	Determinar la ruta diagnóstica de los pacientes de un centro de referencia para enfermedades de la piel.	100 pacientes	Se encontró que el 70% de los pacientes habían tardado más de un mes para solicitar atención médica (me- diana: 3 meses; rango intercuartil: 11 meses), habiendo consultado el 61% a un médico general, como médico de primer contacto, y siendo diagnosticado el 89% por un dermatólogo. El 88% de los pacientes presentaron sobrepeso u obesidad. Se encontró una asociación con la variable de contar con servicio médico institucional (U = 695.5; p = 0.019) como factor de retraso.
9	García L. Et al. 2017. Scielo. (21)	Estudio transversal	Correlacionar el índice de gravedad de la psoriasis con la calidad de vida en estos pacientes.	72 pacientes	43% hombres, 57% mujeres, edad promedio 51.22 años; escolaridad: licenciatura 23.6%, ocupación labores del hogar 26.4%; tiempo de evolución de la enfermedad 12.25 años. Se presentó psoriasis en placas en el 95.83%. La gravedad de los pacientes fue leve en el 70.8% y el resultado de la afectación de la calidad de vida fue de efecto moderado en el 33.3%.
10	Chen k. Et al. 2017. (9)	Estudio descriptivo	Caracterizar la psoriasis en la población china	12.031 pacientes	La proporción de hombres y mujeres de los pacientes fue de 1,49: 1. La edad media de aparición fue 30,2 ± 14,5 años para los hombres y 27,1 ± 15,6 años para las mujeres (P <0,05). El cuero cabelludo fue el sitio de aparición más común (52,8%). El PASI medio fue 18,70 ± 10,01, lo que indica que la mayoría de los pacientes que se presentaron en los hospitales tenían psoriasis de moderada a grave y la mayoría era psoriasis vulgar (96,5%). Entre 12.031 pacientes, el 23,1% tenía antecedentes familiares de psoriasis, el 16,1% tenía comorbilidades y el 29,9% tenía

					cambios en las uñas. El factor agravante más importante fue el cambio de estación (60,2%), seguido del estrés psicológico (34,5%), y hubo diferencias significativas entre géneros en los factores desencadenantes
11	Strober B. Et al. 2017. Elsevier. (32)	Estudio transversal	Estudiar la seguridad y eficacia comparativas de los tratamientos biológicos aprobados por la FDA.	1.942 pacientes	23% con apremilast, 4% con otros sistemas sistémicos no biológicos, 25% con inhibidores de IL-17A, 22% con IL-12/23 inhibidor y 26% en inhibidores de TNF. La duración media global de la enfermedad fue de 15,6 años y el 40% tenía un diagnóstico de APs concurrente. Aproximadamente el 66% tenía SC > 3% y el 49% en IGA moderado / grave.
12	Palmezano J. Et al. 2018. Scielo. (28)	Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo	Encontrar la prevalencia de las enfermedades autoinmunitarias en el Hospital Universitario de, Santander, Colombia	1463 enfermedades autoinmunitarias	Las enfermedades más prevalentes fueron la artritis reumatoide, psoriasis, enfermedad de Graves, púrpura trombocitopénica inmunitaria y lupus eritematoso sistémico y los órganos más afectados fueron la piel, la glándula tiroides, el sistema hematológico, el páncreas y el sistema nervioso.
13	Jimenez M. Et al. 2018. Medigraphic. (27)	Estudio retrospectivo	Determinar los efectos de la psoriasis en la calidad de vida de quienes la padecen	96 pacientes	45.8% de los cuales tenían psoriasis moderada-severa. El puntaje promedio de DLQI fue de 7.35, 78.1% de estos pacientes tenían efectos en la calidad de vida. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el daño en la calidad de vida dermatológica y la gravedad de la enfermedad. Los trastornos de ansiedad predominaron sobre los trastornos depresivos, 59.4% de los pacientes informó algún nivel de disfunción familiar. Se encontró una asociación significativa entre una menor calidad de vida y la estrategia de reacción agresiva.
14	Tournier A. Et al. 2019. Elsevier. (47)	Estudio retrospectivo	Evaluar prospectivamente la eficacia de MTX en la vida real. Los objetivos secundarios fueron evaluar los	266 pacientes	No hubo asociación entre PASI 75 y las características del paciente (incluido el índice de masa corporal), los aspectos clínicos de la psoriasis, la vía de administración, la combinación con ácido fólico o la dosis W12 / 16. El 34,8% de los pacientes informaron eventos adversos. Estos consistieron principalmente en trastornos

			parámetros predictivos de la eficacia del tratamiento y la frecuencia de eventos adversos		digestivos (náuseas, dolor abdominal), astenia y citólisis hepática moderada. La frecuencia de eventos adversos se correlacionó con la dosis de metotrexato.	pa us a ci co ex es pr co S
15	Shalom G. Et al. 2019. Pubmed. (54)	Estudio retrospectivo	Describir el riesgo de herpes zoster (HZ) en pacientes con psoriasis y su relación con terapias sistémicas no biológicas o tratamiento biológico.	10,469	Se identificaron un total de 55 eventos de HZ en 10,469 pacientes en PSOLAR. El cociente de riesgo ajustado en la población general del estudio (nuevos usuarios y pacientes expuestos de forma prevalente) fue 2,22 para los inhibidores del factor de necrosis tumoral- $\alpha$ (TNF), 2,73 para ustekinumab y 1,04 para metotrexato frente a referencia (fototerapia combinada, esteroides sistémicos, terapia tópica e inmunomoduladores distintos del metotrexato).	L in no es rie fu lo ne ev ev rie
16	Ritchlin C. Et al. 2019. Pubmed. (64)	Estudio de cohortes	Los pacientes con artritis psoriásica (APS) tienen un mayor riesgo de eventos adversos, incluidas infecciones graves, en comparación con los pacientes con psoriasis.	4315 pacientes	PSOLAR reclutó a 4315 pacientes con psoriasis con APs autoinformada. La edad, la actividad de la enfermedad dependiente del tiempo, la evaluación global del médico, el historial de infección y la diabetes se asociaron con un mayor riesgo de infecciones graves en pacientes con APs autoinformados. Los grupos biológicos, distintos de ustekinumab, tuvieron tasas numéricamente más altas de infecciones graves.	L ps co in M nu co es ec y rie la
17	Colls M. Et al. 2019. (53)	Estudio prospectivo	Evaluar la asociación entre IFX Cmin y resultados clínicos en pacientes psoriásicos.	33 pacientes.	Recogimos 155 valores de IFX Cmin y ATI (edad media, 46 (14) años; 11 (33,3%) mujeres). La Cmin media de IFX fue de 2,5 (2,4) mg / L y se detectaron ATI en seis pacientes, lo que resultó en una Cmin de IFX indetectable. IFX Cmin se asoció significativamente con la ATI y el IMC ( $\beta$ -2,51; IC del 95%: -3,56 a -1,4 y $\beta$ -0,05; IC del 95%: -0,09 a de	IF er 90 si va er de

					-0,01). La puntuación PASI y la respuesta PASI 90/100 se asociaron significativamente con IFX Cmin (IRR 0,80; IC del 95%: 0,70 a 0,92; OR 1,79; IC del 95%: 1,18 a 2,71 y OR 1,79; IC del 95%: 1,14 a 2,81).
18	Cortés O. Et al. 2019. Scielo. (26)	Estudio cuasi experimental		71 pacientes	Se realizó el cálculo inicial del PASI y en cada consulta de evaluación y al final del tratamiento; se calculó el porcentaje del cambio del PASI, pues la respuesta clínica se realizó teniendo en cuenta las categorías de éste.
19	Ortega A. Y Restrepo N. 2018. Medigraphic. (33)	Estudio retrospectivo	Describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de la psoriasis y determinar los factores asociados con las formas vulgar y pustulosa.	1473 registros	La forma más frecuente fue la psoriasis vulgar (77.7%). El 61.7% eran mujeres; el promedio de edad fue de 38.3 ± 20.3 años. Las lesiones más frecuentes fueron las pápulas y las placas eritematosas descamativas, de predominio en las extremidades y el tronco. Las pústulas espongiformes de Kogoj afectaron a 9.4% de los casos.
20	Yan K. Et al. 2019. Pubmed. (48)	Estudio retrospectivo	Evaluar la efectividad y seguridad del metotrexato en el tratamiento de pacientes con psoriasis con y sin artritis psoriásica	235 pacientes con psoriasis	Recibieron tratamiento con metotrexato durante 12 semanas. La reducción del 90% de la respuesta del índice de gravedad del área de psoriasis inicial fue significativamente menor en pacientes con artritis psoriásica que en pacientes sin artritis psoriásica en la semana 8. Además, la incidencia de eventos adversos, incluidos mareos, síntomas gastrointestinales y hepatotoxicidad, fue significativamente mayor en pacientes con artritis psoriásica que en pacientes sin artritis psoriásica. La elevación de los niveles de alanina aminotransferasa inducida por metotrexato se asoció con el índice de masa corporal y

					tabaquismo.	
21	Roldán F. Et al. 2016. Scielo. (50)	Estudio retrospectivo	Calcular el tratamiento más coste efectivo de los existentes para la psoriasis		El tratamiento más coste efectivo fue el metotrexato (ICER-7,5) seguido de acitretina (ICER 29,5). El menos coste efectivo resultó ser PUVA (ICER 4.651) seguido de UVB de banda estrecha (2.886,1).	
22	López N. Et al. 2019. Scielo. (16)	Estudio descriptivo, transversal y prospectivo	Identificar los factores de riesgo y las comorbilidades en pacientes psoriásicos	114 pacientes	La mayoría de los integrantes de la casuística correspondieron al grupo etario de 30 a 45 años y al sexo femenino; de igual modo, predominaron el hábito de fumar, el sedentarismo y el sobrepeso como factores de riesgo, y la hipertensión arterial, la esteatosis hepática, las alteraciones psiquiátricas y cardiovasculares como morbilidades asociadas	
23	Cevallos L. Y Navarrete P. 2019. Scielo. (22)	Estudio observacional, Descriptivo, retrospectivo de corte transversal	Conocer las comorbilidades más frecuentes en el personal militar con psoriasis	Participaron 66 pacientes	60.61% fue $\geq 60$ años, 100% sexo masculino, 45.45% técnicos militares, 28.79% oficiales superiores y 71.20% personal en retiro. El 95.50% presentó psoriasis tipo placa y 71.20% tuvo un tiempo de evolución de enfermedad entre 0 a 10 años. Comorbilidades: 75.76% disminución de lipoproteínas de alta densidad, 54.55% glucosa plasmática en ayunas elevada, 43.90% hipertrigliceridemia, 39.40% hipertensión arterial, 30.30% obesidad, 28.80% diabetes mellitus 2 y 10,60% artritis psoriásica.	
24	Polo T. Et al. 2020. Elsevier. (62)	Estudio transversal	Evaluar los patrones de ingesta alimentaria, aspectos antropométricos y relacionados con el síndrome metabólico en pacientes con psoriasis.	94 pacientes	57% mujeres, con una edad promedio de 54,9 años; la prevalencia de obesidad fue del 48% y de síndrome metabólico, del 50%. El análisis factorial del cuestionario de frecuencia alimentaria identificó dos patrones dietéticos: Patrón 1 --predominio de alimentos procesados; Patrón 2 --- predominio de alimentos frescos. El análisis multivariado reveló que los Patrones 1 y 2 mostraron comportamientos inversos, y una mayor adherencia al Patrón 2 se asoció con mujeres, individuos eutróficos, ausencia de alteraciones de lípidos y presión arterial, y menor relación cintura-cadera y actividad de enfermedades de la piel.	
25	Bafutto M. Et al.	Estudio piloto	Evaluar el	Se seleccionaron 10	Se observaron resultados estadísticamente	

	2019. Scielo. (55)		tratamiento de la psoriasis con esomeprazol.	pacientes	significativos cuando se comparó el PASI antes y al 90° día de tratamiento.	ps re si
26	Lebwohl M. Et al. 2020. Pubmed. (51)	Estudio de cohortes		331 pacientes	Entre el aproximadamente 15% de los pacientes en general que tenían psoriasis intertriginosa basal de al menos gravedad leve, en el 73% de los pacientes se obtuvo una puntuación IGA en la semana 6 que indica una mejora clara o casi clara más 2 grados en la puntuación IGA del área intertriginosa. En el grupo de roflumilast al 0,3%, el 44% de los del grupo de roflumilast al 0,15% y el 29% de los del grupo de vehículo. Las puntuaciones PASI basales medias fueron 7,7 en el grupo de roflumilast al 0,3%, 8,0 en el grupo de roflumilast al 0,15% y 7,6 en el grupo de vehículo; el cambio medio desde el inicio en la semana 6 fue -50,0%, -49,0% y -17,8%, respectivamente. Las reacciones en el lugar de aplicación se produjeron con una frecuencia similar en los grupos de roflumilast y el grupo de vehículo.	La un de ve es tra ne ex du er
27	Jorge M. Et al. 2017. Pubmed. (30)	Estudio retrospectivo	Determinar la prevalencia de psoriasis y glositis migratoria benigna en la población brasileña a partir de una muestra brasileña, así como la heredabilidad en estas condiciones	6 mil pacientes	La prevalencia de psoriasis fue de 2,15% y la glositis migratoria benigna de 7,0%. La prevalencia de glositis migratoria benigna en el grupo de psoriasis fue alta (16,3%), y eso fue estadísticamente significativo. La historia familiar en el grupo de psoriasis fue del 38% para la enfermedad en sí y del 2,75% para la glositis migratoria benigna y en el grupo de la glositis migratoria benigna fue del 17,54% para la enfermedad en sí y del 1,5% para la psoriasis. El estudio de heredabilidad fue del 38,8% para psoriasis y del 36,6% para glositis migratoria benigna, ambas con heredabilidad media.	E cu af g lo de
28	Salman A. Et al. 2018. Scielo. (31)	Estudio retrospectivo	Investigar el impacto de la psoriasis en la calidad de vida de los niños y adolescentes con psoriasis y sus	58 pacientes con psoriasis de entre 7 y 18 años	La mediana de la puntuación PASI de los pacientes incluidos en el estudio fue de 1,8. Las puntuaciones medias de CDLQI y FDLQI en los grupos de estudio fueron 5 y 10, respectivamente. Las puntuaciones medias de CDI, STAIC-state y STAIC-rasgo de los pacientes fueron 6, 28 y 32,5, respectivamente.	La ne ni in le de es

			familias.			
29	Castro J. Et al. 2017. Medigraphic. (4)	Estudio descriptivo transversal retrospectivo	Caracterizar en términos clínicos y epidemiológicos a los pacientes con diagnóstico de psoriasis	793 pacientes	La proporción de hombres y mujeres afectados fue similar. La forma clínica de psoriasis vulgar se observó en 88% de la población evaluada. Los tratamientos tópicos se administraron en 96.5% de los pacientes y los tratamientos sistémicos en 33.5%. Se encontró relación entre psoriasis y enfermedades como hipertensión arterial en 13%, dislipidemia en 7% y diabetes mellitus en 5%.	ps co fa vi gr  L fu ot E de de tr pr si es C
30	Palmezano J. Et al. 2018. Scielo. (5)	Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo	Conocer e identificar las principales variables clínicas y sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de psoriasis en un Hospital Universitario de Colombia.	158 pacientes	Mediana de edad 52 años, mediana de tiempo de evolución de enfermedad 60 meses. La proporción mujeres 50.6% y hombres 49.4%. La localización de las lesiones fue: miembro inferior 62.65%, miembro superior 60.75%, cabeza/cuello 41.13%, tórax 30.3%, compromiso sistémico 17.0%, dorso 6,30%, abdomen 6,9% y pelvis/perineo 0,6%. Características clínicas: placa elevada 98.73%, pápula eritemato-descamativa 10.8%, prurito 32.3%, artropatía 6.33%, eritrodermia 5,7%, ardor 5,1%, placa en flexuras 3,8% y compromiso articular 2,5%. Las alternativas terapéuticas: esteroides tópicos 43%, esteroides intralesión 11%, metrotexato 25%, etanercept 3%, Ciclosporina 3% y ustekinumab 15%.	La in tie e so co su pr ba es fr es
31	Salomé M. Et al. 2018. Medigraphic. (8)	Estudio Observacional, retrospectivo	Determinar el perfil epidemiológico y porcentaje De mejoría de los pacientes con psoriasis moderada-severa Con el uso de terapia biológica.	115 pacientes	El 46.1% de los pacientes utilizó infliximab, 33.1% etanercept, 19.1% adalimumab y 1.7% Secukinumab. El 35.7% tuvo que cambiar de fármaco: 20.9% por fracaso terapéutico y el 14.8% por falta de disponibilidad del medicamento. Los que utilizaron infliximab tuvieron una mejoría de 76.4% ( $\pm$ 21.7), etanercept 65.88%, adalimumab 86.2 ( $\pm$ 13.6) y secukinumab 94.1% ( $\pm$ 5.3).	La po M in D es ca po di

32	Marrón M. Et al. 2019. Scielo. (7)	Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo	Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con psoriasis, mayores de 12 años de edad, del servicio de dermatología del Hospital Universitario de Caracas	319 pacientes	El estudio reportó 319 pacientes con psoriasis, 54% del sexo masculino, con edad promedio de 44 años. La forma vulgar y la localización en superficies extensoras de extremidades fueron las más frecuentes. Según el grado de severidad 5% manifestó psoriasis severa, 3,4% correspondía a eritrodermia y 1,2% a psoriasis pustulosa. Estos últimos requirieron hospitalización. Un 5,6% presentó artritis psoriásica. El 4,7% tuvo antecedentes familiares de psoriasis. Las comorbilidades observadas por orden de frecuencia fueron: hipertensión, tabaquismo, DM, alcoholismo, obesidad, dislipidemia. La mayoría recibió tratamiento tópico, 27,4% tratamiento sistémico y 10% biológico.	
33	El K. Et al. 2019. Elsevier. (11)	Estudio retrospectivo de registro unicéntrico	Proporcionar un análisis descriptivo de los pacientes con psoriasis registrados en el Registro de Enfermedades de la Unidad de Psoriasis de Kasr Al-Ainy.		La edad media de los pacientes registrados fue de 39,3 años y el 56,3% eran hombres. El estrés fue el principal factor desencadenante (48,3%), mientras que el síntoma más común reportado fue el prurito (82,4%). La mediana del índice de masa corporal fue de 27,5 y la mediana del porcentaje de superficie corporal involucrada fue de 10,0. La puntuación media del índice de gravedad del área de la psoriasis fue de 8,7 y la puntuación media del índice de discapacidad de la psoriasis fue de 13,0. Ambos parámetros se correlacionaron positivamente, y ambos mostraron medias significativamente más altas en fumadores.	
34	Esquivel R. Et al. 2018. Scielo. (1)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es una enfermedad cutánea incurable que afecta a 2.9 % de la población mundial. El análisis de la medicina traslacional en el desarrollo de medicamentos anti psoriasis. La caracterización de antígenos responsables de la activación inmunológica, la identificación de dianas terapéuticas, la optimización de la eficacia farmacológica, el desarrollo de modelos más representativos de la enfermedad, así como la incorporación de estrategias de medicina traslacional fueron identificados como elementos clave para la incorporación de nuevas opciones terapéuticas.			
35	Kearns D. Et al. 2020. Pubmed.	Revisión bibliográfica	El tratamiento de primera línea para la afección consiste en terapias establecidas, como acitretina, ciclosporina, metotrexato e infliximab.		Esta revisión destaca los tratamientos comun	

	(37)		También han surgido recientemente varios medicamentos dirigidos a IL-17 o IL-23 con medicamentos como ixekizumab, secukinumab, brodalumab, guselkumab y ustekinumab que han demostrado cierta eficacia.	medicamentos de monoclonales más continua de estudios tratamientos para est
36	Schleicher S. 2016. Elsevier. (25)	Revisión bibliográfica	-La psoriasis es una enfermedad crónica que afecta a más de 7 millones de estadounidenses. -El trastorno no tiene cura conocida, pero hoy en día una abrumadora mayoría de pacientes p excelente. -Durante las últimas 2 décadas, una mejor comprensión de la base inmunológica de la psoriasis agentes sistémicos que han revolucionado el manejo de esta enfermedad. -Existen barreras importantes para una gestión óptima, que incluyen gastos, cumplimiento medicación. -Al tratar con esta enfermedad, los proveedores de atención médica deben esforzarse por i asociado con la menor cantidad posible de eventos adversos administrados a un costo razonab	
37	Ríos M. Et al. 2016. Scielo. (43)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es una enfermedad auto inflamatoria mediada por citocinas, crónica y al día de h articulaciones y uñas. La afectación ungueal se presenta en más del 50% de los paciente significativo en su calidad de vida. Constituye por sí misma un notable reto terapéutico. Los fárm mayor eficacia. Se presenta una revisión con respecto a las opciones de tratamiento existentes	
38	Lacy R. Et al. 2016. Scielo. (59)	Revisión bibliográfica	La psoriasis infantil representa un problema terapéutico para los dermatólogos. Los tratamien indicados para la psoriasis moderada a severa, y los tratamientos tópicos se utilizan . preocupación acerca de la seguridad de la terapia con luz ultravioleta para tratar pacientes jó sustentada en la posibilidad de producir foto daño crónico y por el incremento en el riesgo de ca	
39	Abramovits W. Schlessinger J. 2020. Pubmed. (45)	Revisión bibliográfica	Esta revisión narrativa resume la información clínica de las terapias de psoriasis sistémica ap tratamiento de la APs y patologías sistémicas relacionadas. Incluimos ensayos clínicos fundam están aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU. Para la psoriasis identificados en Pubmed y búsquedas de resúmenes de congresos hasta el 21 de agosto de 20	
40	An J. Et al. 2017. Elsevier. (49)	Revisión bibliográfica	Tanto la acitretina como el metotrexato son eficaces para mejorar la lesión psoriásica. Sin emb combinación en el tratamiento de la psoriasis debido a la advertencia sobre la posible he medicamentosas. La terapia combinada de acitretina y metotrexato para la psoriasis vulgar reducir la fibrosis hepática.	
41	Peruzzo, J. Et al. 2017. Pubmed. (42)	Revisión bibliográfica	Los cambios en las uñas están presentes en aproximadamente el 50% de los pacientes con ps los tratamientos convencionales. El láser de colorante pulsado se ha convertido en una terap resultados se realizó mediante el índice de gravedad de psoriasis ungueal (NAPSI). La mej NAPSI general, NAPSI del lecho ungueal y NAPSI de la matriz ungueal fue del 44,2%, 50% y 6	
42	Jensen P. Y Skov L. 2017. Pubmed. (60)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica común con una patogéne componente genético, disfunción inmunológica y factores ambientales. Se asocia con nume artritis psoriásica, enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico y obesidad. La evidencia s de riesgo de aparición de psoriasis, agrava la psoriasis existente y que la reducción de pes psoriasis en personas con sobrepeso. El exceso de peso corporal puede interferir con el psoriasis y aumenta el perfil de riesgo cardiovascular en estos pacientes, lo que subraya la im control de peso. En esta revisión examinamos la literatura actual con respecto a la asociación e	

43	Mounsey S. 2018. Pubmed. (35)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es una afección cutánea inflamatoria común, que se presenta con lesiones escamosas hasta al 5% de los pacientes en todo el mundo. Una enfermedad multisistémica, el manejo requiere de agentes terapéuticos diferentes y miembros del equipo multidisciplinario. Este artículo describe la psoriasis, los sistemas a los que afecta y cómo manejarla de manera efectiva.
44	Schadler E. Et al. 2019. Elsevier. (17)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica que afecta aproximadamente al 3% de la población en los Estados Unidos. La enfermedad provoca un sufrimiento, morbilidad e impacto económico importante. Es una enfermedad multifacética con un fuerte componente genético. Clínicamente, la psoriasis se manifiesta como eritematosas discretas. Estas lesiones se encuentran a menudo en las superficies extensoras como codos y rodillas. Cantidades significativas de escamas suprayacentes debido a la rápida proliferación epitelial. Los pacientes a menudo se quejan de sangrado puntual cuando se extraen estas escamas (síndrome de Koebner). La dilatación y proliferación vascular.
45	Rendon A. Y Schäkel K. 2019. Pubmed. (36)	Revisión bibliográfica	La investigación sobre la patogénesis de la psoriasis ha aumentado en gran medida el conocimiento general. En los últimos 15 años, los avances en la comprensión de la patogenia de la psoriasis han sido dirigidas y altamente efectivas que brindan información fundamental sobre la patogénesis de la psoriasis crónicas con un eje IL-23 / Th17 dominante.
46	Bangert C. Y Kopp T. 2019. Pubmed. (52)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es un trastorno cutáneo crónico impulsado por la IL-23 y la vía descendente de Th17. Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se dirige selectivamente a la subunidad p19 clave para las células Th17. Aquí, proporcionamos una descripción general de la IL-23 en la patogénesis de la psoriasis y revisamos los resultados de los ensayos clínicos de fase I, II y III para tildrakizumab en la psoriasis de placas crónica de moderada a grave para evaluar su eficacia. Seguridad y utilidad clínica. La investigación inducida por tildrakizumab demuestra el importante papel patogénico de la IL-23 en la psoriasis y los fármacos que se dirigen a la vía IL-23 / Th17.
47	Puig L. Y López A. 2019. Pubmed. (34)	Revisión bibliográfica	Los biosimilares son productos biológicos muy similares a sus creadores, sin diferencias significativas en seguridad y pureza. Dado que las patentes de algunos de los productos biológicos utilizados para la psoriasis han expirado, la absorción de biosimilares ofrece una buena oportunidad para reducir los costos, mejorar la eficacia y la conveniencia de la administración, los biosimilares de adalimumab se utilizarán en lugar del infliximab para tratar a pacientes con psoriasis de moderada a grave.
48	Yu Z. Y Wolf P. 2020. Elsevier. (12)	Revisión bibliográfica	-La exposición a la radiación UV desencadena varias respuestas moleculares iniciales en la piel (como la posterior apoptosis), el daño del ARN no codificante propio, la isomerización del ácido urocánico y la activación del receptor de hidrocarburo arílico.
49	Saeki Hi. E tal. 2020. Pubmed. (46)	Revisión bibliográfica	Como los primeros biológicos para la psoriasis en Japón, infliximab y adalimumab, anticuerpos anti-TNF- $\alpha$ estuvieron disponibles en el campo de la dermatología en 2010, seguidos por ustekinumab, un inhibidor de IL-23p40, que se lanzó en Japón en 2011. Desde 2015, tres inhibidores de IL-17 de secukinumab, ixekicimab, IL-17A y brodalumab, un anticuerpo anti-receptor de IL-17, y dos anticuerpos anti-IL-23p19 de guselkumab también se han lanzado. Es importante que los médicos seleccionen la terapia biológica apropiada después de considerar debidamente los factores de la enfermedad, los factores del tratamiento y el paciente, compartiendo dicha información con los pacientes.
50	Franco M. Y Colmenares L. 2019. Scielo. (13)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, con afectación sistémica por el ambiente. Tiene prevalencia de 2 a 3% con distribución mundial. El objetivo principal del tratamiento de la psoriasis es reducir la inflamación de la piel y controlar la inflamación sistémica para mejorar la calidad de vida del paciente. E

			moderadas o severas de la enfermedad hay medicamentos de acción sistémica, como el metotrexato y la fototerapia, con efectos adversos graves que hacen que la elección del tratamiento deba ser la terapia biológica cada día gana mayor protagonismo aumentando de forma considerable los costos.
51	Armstrong W. Y Read C. 2019. Pubmed. (15)	Revisión bibliográfica	La psoriasis en placas es la variante más común de psoriasis. Los avances más rápidos en el tratamiento de la psoriasis en placas se han producido en su patogenia, genética, comorbilidades y tratamientos biológicos. La psoriasis en placas se asocia con una serie de comorbilidades que incluyen artritis psoriásica, enfermedades cardio metabólicas y depresión. Para los pacientes con psoriasis leve, los agentes tópicos siguen siendo el pilar del tratamiento e incluyen corticosteroides tópicos, análogos de la vitamina D, inhibidores de la calcineurina y queratolíticos. Los tratamientos orales incluyen agentes tradicionales como metotrexato, acitretina, ciclosporina y la molécula pequeña avanzada apremilast, que es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4. La terapia de luz más comúnmente prescrita para tratar la psoriasis en placas es la fototerapia UV-B de banda estrecha.
52	Subedi S. Et al. 2019. Pubmed. (24)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es una enfermedad cutánea crónica inmunomediada que afecta a múltiples sistemas (TNF- $\alpha$ ) desempeña un papel importante en el inicio y la progresión del proceso de la enfermedad de prevalencia en el mundo occidental, especialmente en Estados Unidos y Australia; en China mucho menor, todavía hay un gran número de pacientes que padecen psoriasis y sus comorbilidades.
53	Micali G. Et al. 2019. Pubmed. (39)	Revisión bibliográfica	La psoriasis inversa representa una variante clínica de la psoriasis que en ocasiones es difícil de distinguir clínica con otros trastornos cutáneos que afectan a los pliegues, principalmente intertrigo, candidiasis bacterianas, dermatitis de contacto, dermatitis seborreica y liquen plano. La dermatoscopia puede mejorar el diagnóstico no invasivo. El tratamiento de la psoriasis inversa puede ser un desafío. Los inhibidores tópicos de la calcineurina, análogos de la vitamina D, terapias sistémicas orales como metotrexato y terapias biológicas.
54	Arnone M. Et al. 2019. Pubmed. (29)	Revisión bibliográfica	La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 1,3% de la población brasileña. Las más frecuentes son las lesiones eritematosas, descamativas que afectan a ambos sexos y por localización anatómica, afectando preferentemente a las rodillas, codos, cuero cabelludo y genitales. Además de la naturaleza sistémica de la enfermedad hace que la psoriasis sea un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, especialmente en pacientes jóvenes con enfermedad grave.
55	Kemény L. Et al. 2019. Pubmed. (58)	Revisión bibliográfica	Basado en la eficacia y seguridad, NB-UVB representa el estándar de oro para el tratamiento de la psoriasis. El láser excimer UVB y la lámpara excimer pueden ser la mejor opción para eliminar lesiones localizadas. Los sistemas de fototerapia UV en el hogar pueden promover la adherencia al tratamiento en los pacientes. Sin embargo, los láseres vasculares, IPL y LLLT no se pueden recomendar para el tratamiento de enfermedades inflamatorias de la piel debido a la falta de estudios bien controlados.
56	Gooderham M. Et al. 2019. (38)	Revisión bibliográfica	Se necesitan nuevas opciones terapéuticas y pautas actualizadas para el tratamiento de la psoriasis. Se necesitan terapias de inicio de acción rápido y un tiempo rápido para lograr la eliminación de la enfermedad, tendiendo a ser seguras, agudas y evitar la recurrencia, y poseerían un perfil de seguridad favorable. Tales terapias pueden ser aprobadas mediante aprobación o listadas en formularios. Los sistemas de puntuación para establecer las medidas de resultado objetivas también podrían ayudar con una evaluación adicional de las terapias de tratamiento. La IL-36 sigue siendo un objetivo prometedor, como lo respaldan los datos de la fase II de seguridad de una nueva terapia anti-IL-36.

57	Kim H. Y Lebwohl M. 2019. Elsevier. (61)	Revisión bibliográfica	<p>-Aunque hay muchos productos biológicos que están aprobados para el tratamiento de la p pueden ser más ideales para pacientes con psoriasis con necesidades específicas.</p> <p>-Se han informado altas tasas de eliminación completa de la psoriasis con productos biológicos (IL-17) o IL-23.</p> <p>-Se observa un mantenimiento a largo plazo de la respuesta clínica con los siguientes secukinumab, ixekizumab, brodalumab, guselkumab, tildrakizumab y risankizumab.</p> <p>-Brodalumab tiene el inicio de eficacia más temprano, con menos de 2 semanas como la media al menos un 50% de mejoría en pacientes con psoriasis, y poco después es seguido por ixekizumab.</p> <p>-Los agentes biológicos más nuevos que se dirigen a las vías de las células auxiliares 17 como secukinumab, ixekizumab, brodalumab y guselkumab, no tienen recuadros de advertencia de infecciones graves o neoplasias malignas.</p>
58	Brandon A. Et tal. 2020. Pubmed. (19)	Revisión bibliográfica	<p>La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por variantes en p eritrodérmica. Esta revisión se centra en la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento de psoriasis relacionados discutidos incluyen la psoriasis periestomal, el fenómeno de Koebner y la relación complicaciones de la herida.</p>
59	Goribar J. Et al. 2018. Scielo. (10)	Revisión bibliográfica	<p>Este padecimiento fue confundido con la lepra por cientos de años y por lo tanto los pacientes con psoriasis sufrían las limitaciones de un segregado social. Hasta el siglo XIX el médico inglés Robert Willan describió la psoriasis de la lepra. La psoriasis es un padecimiento inflamatorio de origen desconocido, influenciado por factores genéticos, la alimentación, el medio ambiente y el sistema inmunológico, de pronóstico impredecible en la población general a nivel mundial. La padece del 2.2 al 3.15% de la población de los Estados Unidos con una incidencia anual de 150 000 casos nuevos. Esta enfermedad la padecen del 1.5 al 3% de la población.</p>
60	Von Csiky S. Y Lebwohl M. 2019. Elsevier. (14)	Revisión bibliográfica	<p>-La psoriasis es una enfermedad mediada por células T en la que las citocinas inflamatorias, como IL-17, IL-23 y el factor de necrosis tumoral-<math>\alpha</math>, desempeñan funciones clave en la patogenia.</p> <p>-Se han desarrollado varios biológicos que se dirigen a las vías inflamatorias implicadas en la psoriasis.</p> <p>-La eficacia y seguridad de las diferentes opciones de tratamiento se han estudiado extensamente en ensayos controlados.</p>

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, **PRISCILA DEL ROCIO REASCOS RAMON**, portador(a) de la cédula de ciudadanía No. **0105838023**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, OCTUBRE de 2020



Elmado electrónicamente por:  
PRISCILA DEL  
ROCO REASCOS  
RAMON

F:

**PRISCILA DEL ROCIO REASCOS RAMON**  
**C.I. 0105838023**