

PSORIASIS, UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA CON UN TRATAMIENTO LIMITADO

Psoriasis, a systemic disease with a limited treatment

Elmer López Lutz,¹ Ángel Cruz Banegas.²

¹Médico Internista y dermatólogo.

²Dermatólogo

^{1,2}Miembro de Sociedad Hondureña de Dermatología y Cirugía Dermatológica.

RESUMEN. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica, mediada inmunológicamente que afecta piel, uñas y articulaciones en 2 al 3% de la población mundial. Anteriormente se consideraba como enfermedad limitada a la piel con pocas implicaciones en la salud general del que la sufría, sin embargo a través de los estudios epidemiológicos se ha demostrado que los pacientes con psoriasis tienen una incidencia aumentada de padecer otras condiciones crónicas inflamatorias como artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal, de igual manera obesidad, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular e ictus; sin olvidar la vinculación de la psoriasis a trastornos psicológicos que conllevan a altas tasas de depresión y ansiedad. Por lo cual, el enfoque de la psoriasis como enfermedad limitada a piel ha sido sustituido por el de enfermedad sistémica, que debe ser tratada con fármacos que además de controlar las lesiones cutáneas, sean capaces de prevenir el desarrollo de patologías asociadas con la morbimortalidad que estas representan.

Palabras clave: *Calidad de vida, consenso, índice de severidad de la enfermedad, psoriasis, tratamiento.*

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, mediada inmunológicamente que se caracteriza por presentar lesiones en piel, uñas y articulaciones. Afecta alrededor de 2 al 3% de la población mundial, aunque esta prevalencia puede variar entre diferentes grupos étnicos.¹

Históricamente, la psoriasis ha sido vista como una enfermedad limitada principalmente a la piel y con una pobre asociación a otras patologías y co-morbilidades. Sin embargo, los avances en la investigación y el conocimiento de los mecanismos patológicos involucrados, así como la evidencia de estudios epidemiológicos recientes, han producido un cambio en la percepción y el conocimiento de la psoriasis hacia una enfermedad sistémica y compleja.

En poblaciones caucásicas y asiáticas se ha demostrado que los pacientes con psoriasis sufren de otras condiciones crónicas inflamatorias como artritis reumatoide y enfermedad inflamatoria intestinal con mayor frecuencia que la población general.^{2,3} Además, los pacientes con psoriasis tienen una incidencia elevada de padecer de obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular e ictus. Aun cuando se controlan estos factores, los pacientes con psoriasis severa tienen un riesgo aumentado de mortalidad, especialmente los pacientes jóvenes.^{4,6} El estado de inflamación sistémica que la psoriasis genera, forma todo un escenario para su interrelación con todos estos trastornos, contribuyendo a la morbilidad global y mortalidad de estos pacientes.⁷

La artritis psoriática es otra manifestación del proceso psoriático, usualmente manifestada varios años después de la ocurrencia de los primeros síntomas cutáneos en pacientes genéticamente predispuestos y cuyos mecanismos fisiopatológicos se

superponen.^{8,9} Finalmente, existen vínculos entre la psoriasis y algunos trastornos psicológicos que conllevan a altas tasas de depresión y ansiedad.¹⁰⁻¹²

El término “marcha psoriática” ha sido propuesto para describir el proceso que de una manera escalonada, comienza con la predisposición genética y la posible participación de factores ambientales, los cuales inician procesos patológicos específicos que involucran el sistema inmunológico, y que terminan con la expresión de la psoriasis y sus co-morbilidades como producto de una inflamación crónica.¹³ Vale la pena volver a mencionar el vínculo descrito entre la psoriasis y la enfermedad cardiovascular, a tal grado, que se considera a la psoriasis como un factor de riesgo independiente para el padecimiento de enfermedad cardiovascular.^{4-6,14-16}

La percepción tradicional de que la psoriasis era una enfermedad confinada a la piel conllevó en su inicio a la utilización de múltiples terapias tópicas, con poco interés en una terapia dirigida a la causa de la misma y al proceso inflamatorio sistémico involucrado; compuesta básicamente por medicamentos tópicos y fototerapia, y en casos especiales la utilización de manera intermitente de terapia sistémica.

La consecuencia de este enfoque tradicional en países desarrollados fue que alrededor de la mitad de los pacientes con psoriasis no recibían un tratamiento efectivo que modificara su enfermedad, como también un alto grado de insatisfacción hacia las opciones de tratamiento disponibles. Esta frustración redundaba en un alto grado de incumplimiento y adherencia al tratamiento por parte del paciente, con un impacto enorme sobre la percepción de su enfermedad y calidad de vida.¹⁷⁻²²

Diferentes estudios clínicos han demostrado el beneficio de las metas de tratamiento en varias enfermedades de la medicina, incluida la psoriasis; basado en el uso de guías de trata-

Recibido para publicación el 12/13, aceptado el 12/13

Dirección para correspondencia: Dr. Elmer López Lutz, elopezlutz@yahoo.com

miento y metas en la práctica clínica. En 2011 el Programa de Consenso Europeo (conocida por sus siglas en inglés, ECP) elaboró y publicó las primeras guías de tratamiento en psoriasis, con el objetivo de mejorar el cuidado y seguimiento de los pacientes.²³ Además, la implementación adecuada de estas guías prevendrán las co-morbilidades asociadas descritas. La utilización exitosa de las guías de tratamiento ya ha demostrado este beneficio, como es el caso de la destrucción articular de la artritis psoriática.

Los puntos cardinales de las guías del ECP son:

1. Establecer un consenso entre los dermatólogos de los países europeos para el manejo de la psoriasis.
2. Proporcionar ayuda cuando los tratamientos resultaban en respuestas parciales o éxito intermedio, pero no el deseado.
3. Introdujo el concepto de calidad de vida (del acrónimo en inglés, QoL), para hacer cambios en las decisiones terapéuticas cuando solo se había obtenido una respuesta parcial.

Este consenso produjo la primera definición sobre severidad de la enfermedad y las primeras metas de tratamiento para psoriasis basadas en una opinión de expertos internacionales, amplia y formal. La psoriasis leve se definió como superficie corporal (siglas en inglés, BSA) ≤ 10 , índice de severidad y área de la psoriasis (siglas en inglés, PASI) ≤ 10 , e índice de calidad de vida dermatológico (siglas en inglés, DLQI) ≤ 10 .²⁴⁻²⁶ El tratamiento recomendado estaba de acuerdo con las líneas de tratamiento reconocidas, comenzando con terapia tópica y avanzando a fototerapia o agentes sistémicos en casos refractarios. La psoriasis moderada a severa se definió como BSA > 10 o PASI > 10 e DLQI > 10 . El tratamiento recomendado es fototerapia y terapia sistémica. Sin embargo, si el BSA y el PASI indican enfermedad leve, es decir ≤ 10 , pero el DLQI es > 10 , se considerará como psoriasis moderada a severa y podrá utilizarse la terapia correspondiente. Lo mismo para pacientes con psoriasis leve, que presentan manifestaciones especiales de la enfermedad que no pueden ser controladas adecuadamente con tratamiento tópico y que perjudican significativamente su calidad de vida, estas manifestaciones pueden incluir lo siguiente:

- compromiso de áreas visibles,
- compromiso de grandes áreas de la piel cabelluda,
- compromiso genital,
- compromiso de palmas de las manos y plantas de los pies,
- onicolisis u onicodistrofia de al menos dos uñas,
- prurito que lleva a rascarse y
- presencia de placas recalcitrantes simples.

Como los medicamentos varían en su inicio de acción y eficacia, era importante detallar las fases de la terapia sistémica. La fase de inducción de la terapia fue definida por la ECP como las primeras 16 semanas de tratamiento si se utilizaban medicamentos que producen una rápida inducción y remisión (ej. infliximab y adalimumab), etapa que puede extenderse hasta 24 semanas si se utilizaban medicamentos de inicio más lento como el metotrexate o etarnecept. La fase de mantenimiento fue descrita como el período de tratamiento después de la inducción. Intervalos de control se recomendaron de acuerdo a

las guías de monitoreo, que en la mayoría de los medicamentos, es de 8 semanas. El esquema recomendado es que si el régimen de tratamiento de la fase de mantenimiento resulta en una reducción del PASI ≥ 75 , o por lo menos se logra un PASI entre ≥ 50 a < 75 combinado con un DLQI ≤ 5 el tratamiento es exitoso y debe continuarse. Cuando la reducción del PASI es < 50 , o se logra un PASI entre $\geq 50\%$ a < 75 combinado con un DLQI > 5 debe modificarse el tratamiento, que incluye aumento de la dosis del medicamento, reducción de los intervalos entre las dosis, combinación de terapias o cambio de medicamento.

La implementación de las metas de tratamiento para psoriasis tiene tres requerimientos fundamentales:

1. Disminuir el puntaje de la severidad de la psoriasis y mejorar la calidad de vida relacionada a la salud (en inglés, HR-QoL).
2. Establecer un seguimiento y monitoreo regular del paciente.
3. La toma de acciones si la meta no se cumple.

El puntaje de la severidad de la psoriasis es crítico, especialmente en psoriasis moderada a severa.^{24,25} El puntaje realizado de manera regular constituye una evidencia del progreso del paciente y de la obtención de las metas del tratamiento. Las guías utilizadas por el consenso ECP se encuentran publicadas y constituyen una contribución valiosa para cambiar la perspectiva en el tratamiento de los pacientes con psoriasis,²³ por lo que se consideró pertinente realizar esta comunicación para la socialización local de las mismas.

INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL ÍNDICE DERMATOLÓGICO DE LA CALIDAD DE VIDA, DLQI.

El Índice Dermatológico de la Calidad de Vida está diseñado para uso en adultos, por ejemplo pacientes mayores de 16 años.- El cuestionario por sí solo se explica y puede ser entregado al paciente, pidiéndole que llene cada casilla, sin necesidad de explicación detallada.-Usualmente es completado en unos 2 minutos.

Puntuación

La puntuación de cada pregunta es de la siguiente manera:

Muchísimo	3 puntos
Mucho	2 puntos
Un poco	1 punto
En absoluto	0 puntos
Pregunta no contestada	0 puntos
Pregunta 7: "si le ha impedido trabajar o estudiar"	3 puntos

El DLQI ha sido calculado para que la suma de los puntos de cada pregunta resulte en un máximo de 30 y un mínimo de 0 puntos. A mayor puntaje, la calidad de vida está más comprometida.

Significado del DLQI

- 0-1= no afecta la calidad de vida del paciente.
- 2-5= afecta poco la calidad de vida del paciente.
- 6-10= afecta moderadamente la calidad de vida del paciente.
- 11-20= afecta mucho la calidad de vida del paciente.
- 21-30= afecta en extremo la calidad de vida del paciente.

Análisis detallado del DLQI

El DLQI es analizado bajo 6 encabezados de la siguiente manera:

Síntomas y sentimientos	Preguntas 1 y 2	Puntaje máximo 6
Actividades diarias	Preguntas 3 y 4	Puntaje máximo 6
Ocio	Preguntas 5 y 6	Puntaje máximo 6
Trabajo y estudio	Pregunta 7	Puntaje máximo 3
Relaciones personales	Preguntas 8 y 9	Puntaje máximo 6
Tratamiento	Pregunta 10	Puntaje máximo 3

INTERPRETACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS COMPLETADOS INCORRECTAMENTE.

El cuestionario se responde, generalmente, muy bien; sin embargo puede haber personas que cometen errores, por lo que se hace la siguiente aclaración:

1. Si una pregunta es dejada sin contestar, su puntaje es 0.
2. Si dos o más preguntas son dejadas sin contestar, el cuestionario no será puntuado.
3. Si dos o más respuestas son marcadas, se tomará en cuenta la de mayor puntaje.
4. Si hay una respuesta entre dos casillas, se tomará en cuenta la de menor puntaje.

ÍNDICE DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA. DLQI

Nombre: _____

Fecha: _____

- Gracias por rellenar este cuestionario.
- Por favor, marque con una cruz una casilla para cada pregunta.
- Cada pregunta hace referencia **SÓLO A LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.**

Todas las preguntas deben ser contestadas de la manera cómo se ha sentido usted en ÚLTIMA SEMANA, en relación a la psoriasis.

1. Durante la última semana, ¿cuánta picazón, molestia, dolor o quemazón ha tenido en la piel?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

2. Durante la última semana, ¿Con qué intensidad se ha sentido incómodo/a o apenado/a debido al problema de la piel?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

3. Durante la última semana, ¿qué tanto le ha molestado salir de compras o realizar las tareas de la casa o del jardín, el problema de piel?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

4. Durante la última semana, ¿hasta qué punto ha influido el problema de la piel en la ropa que usa?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

5. Durante la última semana, ¿qué tanto ha influido el problema de la piel en sus actividades sociales o recreativas?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

6. Durante la última semana, ¿hasta qué punto el problema de piel le ha hecho difícil practicar algún deporte?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

7. Durante la última semana, su problema de piel le ha impedido trabajar o estudiar?

SI **NO**

Si la respuesta anterior es "NO", ¿qué tanto le ha sido un problema para su trabajo o estudios?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

8. Durante la última semana, ¿qué tanto el problema de piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos o familiares?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

9. Durante la última semana, ¿ha tenido dificultades en su vida sexual a causa de la psoriasis?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

10. Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha causado el tratamiento para la piel, por ejemplo: ocupar mucho tiempo o tener desordenada su casa?

Muchísimo **Mucho** **Un poco** **En absoluto**

Por favor, compruebe que ha contestado todas las preguntas.

Gracias por su ayuda.

©A.Y. Finlay, G.K. Khan. Abril 1992. Este documento no debe ser utilizado sin la autorización de los autores.

REFERENCIAS

1. Lebewohl M. Psoriasis. *Lancet*. 2003;361:1197-1204.
2. Augustin M, Reich K, Glaeske G, Schaefer I, Radtke M. Co-morbidity and age-related prevalence of psoriasis: analysis of health insurance data in Germany. *Acta Derm Venereol*. 2010;90:147-151.
3. Tsai TF, Wang TS, Hung ST, Tsai PI, Schenkel B, Zhang M, et al. Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *J Dermatol Sci*. 2011;63(1):40-46.
4. Abuabara K, Azfar RS, Shin DB, Neiman AL, Troxel AB, Gelfand JM. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. *Br J Dermatol*. 2010;163:586-592.
5. Ahlehoff O, Gislasen GH, Jorgensen CH, Lindhardtsen J, Charlot M, Olesen JB, et al. Psoriasis and risk of atrial fibrillation and ischemic stroke: a Danish Nationwide Cohort Study. *Eu Heart J*. 2011; Aug 25. [Epub ahead of print].
6. Mehta NN, Yu Y, Pinnelas R, Krishnamoorthy P, Shin DB, Troxel AB, et al. Attributable risk estimate of severe psoriasis on major cardiovascular events. *Am J Med*. 2011;124(8):775, e1-e6.
7. Farley E, Menter A. Psoriasis: comorbidities and associations. *Giordale italiano di dermatologia e venereologia: organo ufficiale. Societa italiana di dermatologia e sifilografia*. 2011;146(1):9-15.
8. Reich K, Huffmeier U, König IR, Lascorz J, Lohmann J, Wendler J, et al. TNF polymorphisms in psoriasis: association of psoriatic arthritis with the promoter polymorphism. TNF-857 independent of the PSORS 1 risk allele. *Arthritis Rheum*. 2007;56(6):2056-2064.
9. Müller-Ladner U, Alten R, Heiligenhaus A, Kekow J, Koletzko S, Mrowietz U, et al. ["TRECID", TNFalpha related chronic inflammatory diseases – a new multiple diseases bridging concept]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2009; 134: 2132-2136.
10. Kimball AB, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren RB, Augustin M. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(9):989-1004.
11. Pereira MG, Brito L, Smith T. Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *Int J Behav Med*. 2012;19(3):260-9.
12. Schneider G, Heuft G, Hockmann J. Determinants of social anxiety and social avoidance in psoriasis outpatients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;27(3):383-386.
13. Griffiths CEM, Barker JNWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007;370(9583):263-271.
14. Ludwig RJ, Herzog C, Rostock A, Ochsendorf FR, Zollner TM, Thaci D, et al. Psoriasis: a possible risk factor for development of coronary artery calcification. *Br J Dermatol*. 2007;156(2):271-276.
15. Prodanovich S, Kirsner RS, Kravetz JA, Ma F, Martinez L, Federman DG. Association of psoriasis with coronary artery, cerebrovascular, and peripheral vascular diseases and mortality. *Arch Dermatol*. 2009; 145(6):700-703.
16. Brauchli YB, Jick SS, Miret M, Meier CR. Psoriasis and risk of incident myocardial infarction, stroke or transient ischaemic attack: an inception cohort study a nested case-control analysis. *Br J Dermatol*. 2009;160(5):1048-1056.
17. Augustin M, Kruger K, Radke MA, Schwippel I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology*. 2008; 217: 366-372.
18. Nast A, Reyntan N, Rossmbeck S, Erdmann R, Rzany B. Low prescription rate for systemic treatments in the management of severe psoriasis vulgaris and psoriatic arthritis in dermatological practices in Berlin and Brandenburg, Germany: results from a patient registry. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(11):1337-1342.
19. Poulin Y, Papp KA, Wasel NR, Andrew R, Fraquelli E, Bernstein G, Chan D, et al. A Canadian online survey to evaluate awareness and treatment satisfaction in individuals with moderate to severe plaque psoriasis. *Int J Dermatol*. 2010;49(12):1368-1375.
20. Wasel N, Poulin Y, Andrew R, Chan D, Fraquelli E, Papp K. A Canadian self-administered online survey to evaluate the impact of moderate-to-severe psoriasis among patients. *J Cutan Med Surg*. 2009;13(6):294-302.
21. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, Kerkhof VD, Chimenti S, Lotti T, Schäfer G et al. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EU-ROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol*. 2006; 155: 729-736.
22. Richards HL, Fortune Dg, O'Sullivan TM, main CJ, Griffiths CE. Patients with psoriasis and their compliance with medication. *J Am Acad Dermatol*. 1999; 41(4): 581-583.
23. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CEM, Nast J. Definition and treatments goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res*. 2011; 303: 1-10.
24. Finlay AY. Current severe psoriasis, the rule of tens. *Br J Dermatol*. 2005; 152(5): 861-867.
25. Marks R, Barton SP, Shuttleworth D, Finlay AY. Assessment of disease progress in psoriasis. *Arch Dermatol*. 1989;125(2):235-240.
26. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994; 19: 210-216.

ABSTRACTS. Psoriasis is a systemic inflammatory disease that affects immunologically mediated skin, nails and joints in the 2 to 3 % of world population. It was formerly considered a disease limited to the skin with few implications for the overall health of the suffering patient, but through epidemiological studies have shown that patients with psoriasis have an increased incidence of developing other chronic inflammatory conditions as rheumatoid arthritis and inflammatory bowel disease, and other conditions such as obesity, type 2 diabetes mellitus, cardiovascular disease and stroke; not to mention the link between psoriasis to psychological disorders that lead to high rates of depression and anxiety. As the focus of psoriasis as a disease limited only to the skin has been replaced by a systemic disease that must be treated with drugs in addition to controlling their skin lesions, are able to prevent the development of diseases associated with morbidity and mortality that these represent.

Keywords: *Consensus, psoriasis, quality of life, severity of illness index, treatment.*