

TERAPIA TÓPICA EN PSORIASIS



Dr. Patricio Llancafi Villouta
Servicio de Dermatología
Hospital G. Grant Benavente Concepción

ALGO DE HISTORIA

- Excrementos de animales
- Cebollas + sal de mar + orina
- Aceite fresco + semen + aceite de ganso
- Excrementos de avispa + leche de sicómoro
- Excremento de avispa + leche fresca
- Rojo nitroso
- Rojo sulfuroso
- Caldo de víbora tópico
- Mercurio

Papiros hebreos
1500 AC

Celso
25 AC – 45 DC
Galeno 133 – 200
Turner, 1723





II AL XIX SIGLO

- ❖ Arsénico, licor de Fowler
 - ❖ Antimonio
 - ❖ Azufre
 - ❖ Alquitrán + tintura de cantaridina
 - ❖ Arsénico por vía general + alquitrán local
 - ❖ Curas termales
 - ❖ Acido salicílico
 - ❖ Rayos X
- Girdlestone, 1806
- William, 1808
- Alibert, 1810
- Devergie, 1854
- Squire, 1878
- Hebra, 1869
- Radcliffe – Crocker, 1895
- 1900



III AL XX SIGLO

- Antralina
- Alquitrán + luz ultravioleta
- Alquitrán de hulla + luz ultravioleta
- Antralina + luz ultravioleta
- Psoralenos tópicos + uv
- Corticoides tópicos
- Clormetamina tópica
- Retinoides
- Calcipotriol
- Inhibidores de calcineurina

Galeswsky, 1910 – Unna, 1916

Goeckerman, 1925

Masson, 1928

Ingram, 1953

Tronnier, 1973

Spies, 1950

Van Scott, 1959

Orfanos, 1980

Kragballe 1988

2003



ANTECEDENTES DE TERAPIAS TÓPICAS

- ✓ Estimativamente la terapia tópica es usada por el 80% de los pacientes.
- ✓ El arsenal actual lo componen viejos medicamentos y nuevas fórmulas.
- ✓ La innovación son los análogos de vitamina D, retinoides tópicos e inhibidores de la calcineurina.
- ✓ La tendencia actual es la combinación de corticoides con otros tópicos no esteroideos.



TERAPIAS TÓPICAS

- Hidratación**
- Acido salicílico**
- Alquitranes**
- Ditranol**
- Corticoides locales**
- Análogos de la vitamina D**
- Retinoides tópicos**
- Inmunosupresores**
- Curas termales**



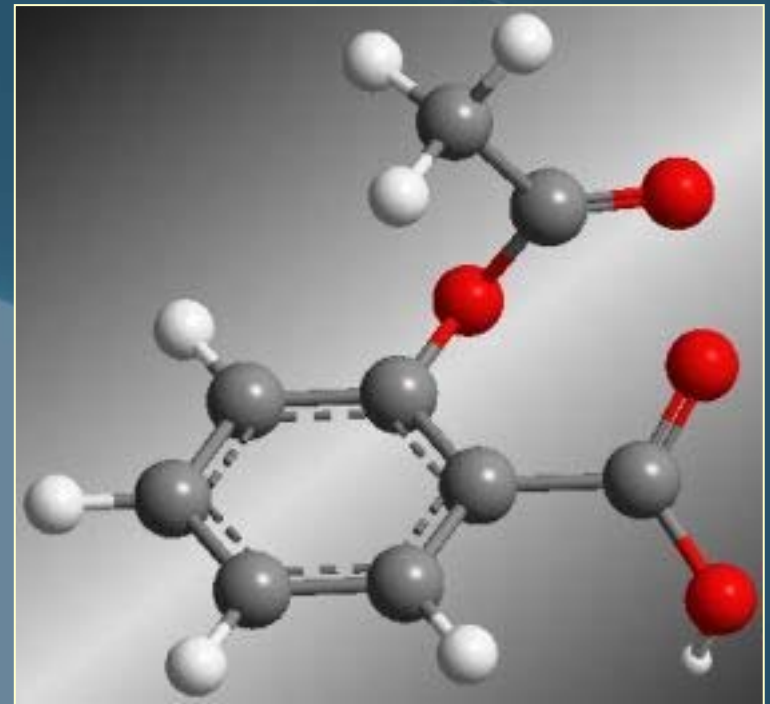
HUMECTANTES

- ❖ El sólo hecho de hidratar la piel puede llevar a una disminución importante de la proliferación en placas psoriáticas.
- ❖ Reduce la apariencia de la escama.
- ❖ La elección estará en común acuerdo con el paciente.



ÁCIDO SALICÍLICO

1. Ácido orgánico débil, aislado por primera vez de la corteza del sauce en el siglo XVIII.
2. Actúa por ruptura de los puentes desmosómicos intercelulares, promoviendo la descamación epidérmica.
3. Usado bajo concentraciones del 3%, es empleado como queratoplásico. Sobre ese porcentaje actúa como queratolítico, sobre el 15% es necrozante.





ALQUITRANES

- ❖ *Actualmente poco utilizados por diversas razones.*
- ❖ *Mezcla de 10.000 moléculas, donde 6.000 son apenas identificadas.*
- ❖ *Actúan sobre los fenómenos de oxidorreducción*
- ❖ *Efecto carcinogénico, aunque no demostrado en psoriasis*

FORMAS

✓ ALQUITRÁN DE HULLA

✓ ICTYOL

✓ ALQUITRÁN DE ORIGEN VEGETAL



RÉGIMEN DE GOECKERMAN (1925)

1. Idealmente para pacientes con régimen hospitalario.
2. Aplicar alquitrán en concentración de 0,5 a 3%.
3. En la mañana siguiente sacar el alquitrán con una toalla empapada en vaselina líquida y baño posterior.
4. Aplicación de UVB según dosimetría.
5. Posteriormente, aplicar emolientes o corticoides.



ANTRALINA

Derivado antracénico, inhibe replicación de ADN y reduce niveles de GMPc, consiguiendo inhibir proliferación epidérmica, proliferación de LT y quimiotaxis.

INDICACIONES: psoriasis leve a moderada

CONTRAINDICACIONES:

- Psoriasis inestable o en fase de progresión
- Psoriasis pustular
- Psoriasis eritrodérmica



MÉTODO DE INGRAN

1. Aplicar previo baño pasta de antralina al 0,1 – 0,2% con ácido salicílico al 0.2% en pasta de óxido de zinc.
2. Cubrir con apósito de gasa o media elástica – o pijama – y dejarlo por 8 – 12 horas.
3. Sacar la pasta a la mañana con vaselina líquida.
4. Exposición a UVA.
5. De día puede usarse crema de corticoide.



CORTICOIDES TÓPICOS

- Terapia de primera línea en psoriasis leve a moderada.
- Ejercen su efecto a través de actividad antiinflamatoria, antiproliferativa e inmunosupresiva.
- Se reparten en cuatro categorías de I a VII.
- Su eficacia está condicionada, además por la galénica y utilización de oclusión.
- Las zonas pilosas por lo general son más corticosensibles.
- Al menos el 80% de los pacientes tratados con corticoides potentes presentan mejoría.
- El fenómeno de taquiflaxis ya se puede presentar al 4º día.



CORTICOIDES TÓPICOS

RECOMENDACIONES

- ❖ Utilización de un corticoide débil cuando exista indicación de usarlo en superficies extensas.
- ❖ Edad del paciente.
- ❖ Topografía de lesiones.
- ❖ Duración de la administración.
- ❖ Intermitencia en su aplicación.
- ❖ Disminución en frecuencia de manera gradual.
- ❖ No insistencia al no existir respuesta a las 2 semanas.



CORTICOIDES TÓPICOS

POTENCIA RELATIVA

GRUPO I	Clobetasol propinato al 0,05% Dipropionato de betametasona 0,05% ung.
GRUPO II	Dipropionato de betametasona al 0,05% crem.
GRUPO III	Mometasona al 0,1%
GRUPO IV	Acetonido de fluocinolona 0,025%
GRUPO V	Propionato de fluticasona al 0,05%
GRUPO VI	Prednicarbato 0,05%
GRUPO VII	Hidrocortisona 1%



CORTICOIDES TÓPICOS

INDICACIONES

- Psoriasis leve a moderada como primera línea de tratamiento como monoterapia o en combinación.
- Monoterapia en psoriasis de áreas flexurales y facial.
- Placas recalcitrantes que requieren con frecuencia oclusión.

CONTRAINDICACIONES

- Infección bacteriana, viral o micótica
- Atrofia de piel
- Embarazo o lactancia



CORTICOIDES TÓPICOS

EFFECTOS SECUNDARIOS

EFFECTOS SECUNDARIOS CUTÁNEOS

- ✓ Atrofia
- ✓ Estrías
- ✓ Trastornos pigmentarios
- ✓ Hipertrichosis
- ✓ Dermatitis perioral
- ✓ Granuloma glúteo infantil
- ✓ Infección
- ✓ Eccema de contacto
- ✓ Glaucoma – catarata
- ✓ Psoriasis pustulosa generalizada

EFFECTOS SECUNDARIOS SISTÉMICOS

- ✓ Síndrome cushingoide
- ✓ Freno del eje H – P
- ✓ Retardo de crecimiento
- ✓ osteoporosis



CORTICOIDES TÓPICOS EFECTOS SECUNDARIOS



CORTICOESTROPEO

ATROFIA CUTÁNEA





VITAMINA D

- Inhibe la proliferación de queratinocitos no diferenciados y estimula los queratinocitos diferenciados a su queratinización.
-
- Modula la respuesta inflamatoria.
- Inhibe IL 6 y 8 producidas por queratinocitos.



ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D

CALCIPOTRIOL

CALCITRIOL

TACALCITOL

INDICACIONES: placas leves a moderadas, como monoterapia o en combinación con otra terapéutica.

CONTRAINDICACIONES:

- Compromiso que requiera más dosis de lo recomendado
- Anormalidad del metabolismo óseo o cálcico
- Insuficiencia renal
- Embarazo y lactancia

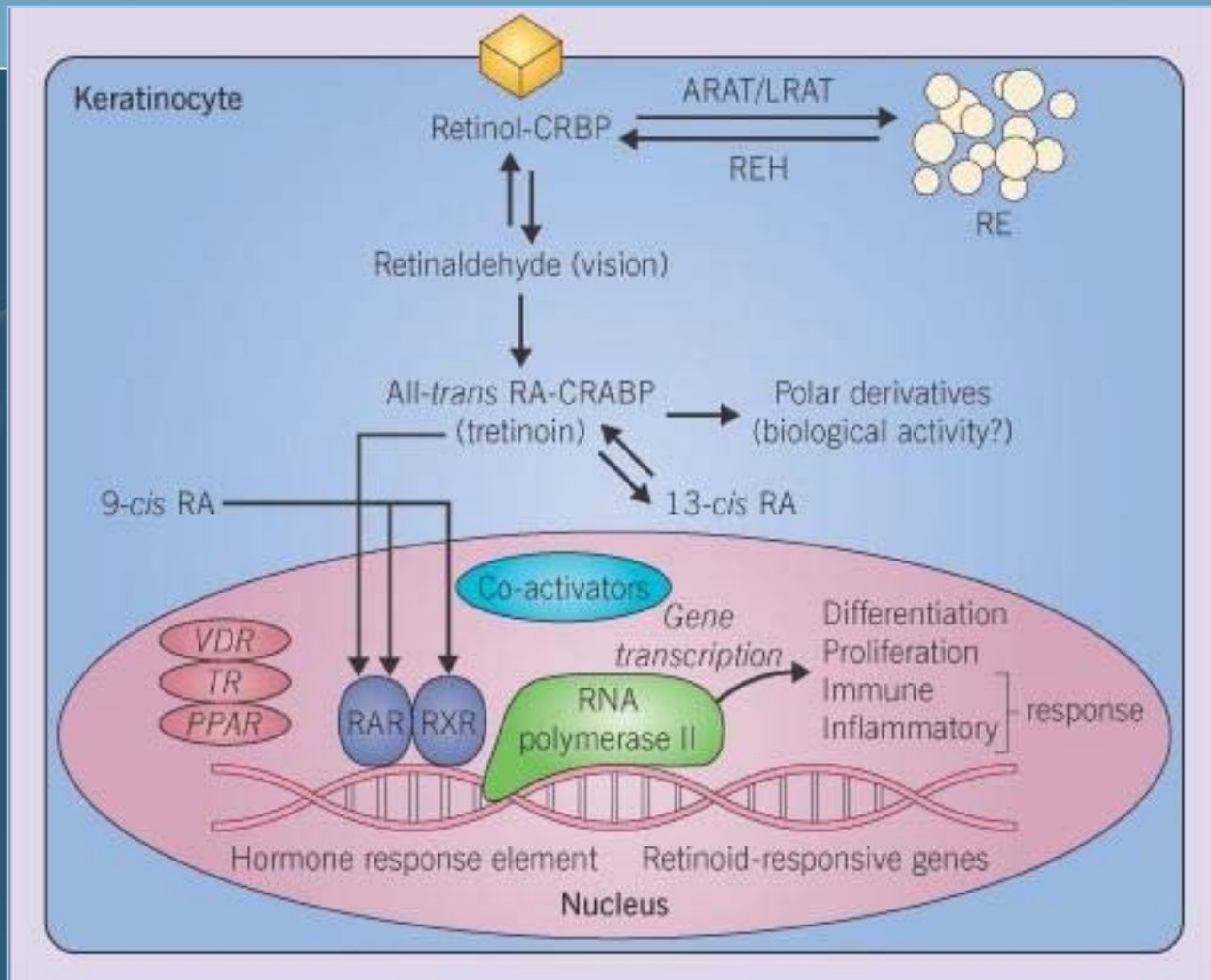


TAZAROTENO

INDICACIONES: Placas leves a moderadas, como segunda opción después de derivados de vitamina D.

CONTRAINDICACIONES:

- ✓ Psoriasis inestable o en fase de progresión.
- ✓ Psoriasis eritrodérmica.
- ✓ Dermatitis alérgica de contacto a tazaroteno.
- ✓ Embarazo o lactancia.





INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

PIMECROLIMUS

TACROLIMUS

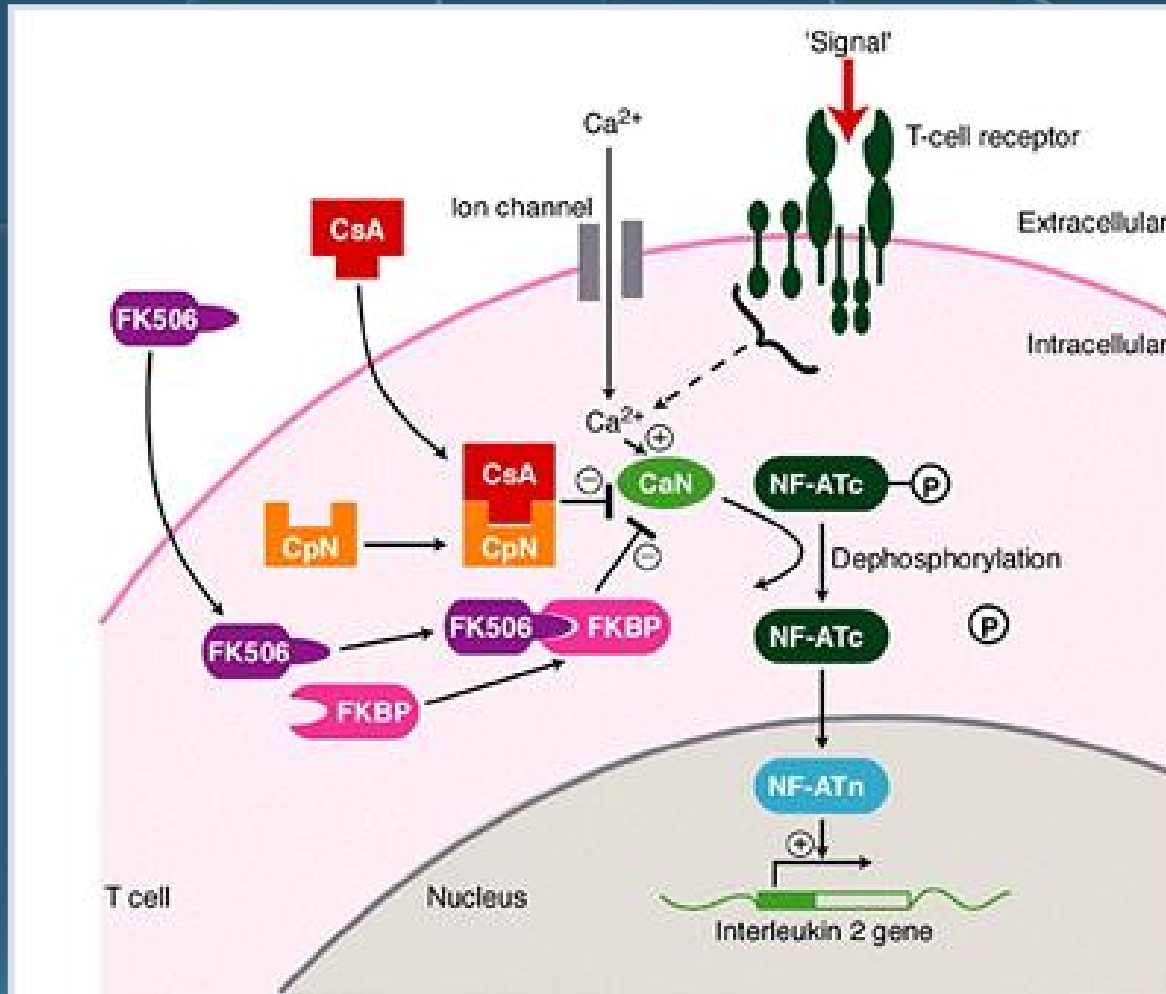
5-FLUORURACILO

MECLORETAMINA

METOTREXATO

CICLOSPORINA

MECANISMO DE ACCIÓN DE INHIBIDORES DE CALCINEURINA





TERAPIA TÓPICA Y OCLUSIÓN

- Modalidad artificial que busca incrementar la penetración del corticoide.
- Modifica la permeabilidad de la piel acentuando su hidratación, temperatura y contacto.
- Es capaz de aumentar por 10 la penetración cutánea.
- No exento de problemas.







ÁREAS ESPECIALES

➤ CUERO CABELLUDO

➤ UÑAS

➤ AREAS PALMOPLANTARES

➤ SUPERFICIES INTERTRIGINOSAS

➤ MUCOSAS

ÁREAS ESPECIALES

CUERO CABELLUDO





ÁREAS ESPECIALES

TRATAMIENTO LARGO Y FRUSTRANTE

MODALIDADES

- ✓ Corticoides clase 1
- ✓ Calcipotriol
- ✓ Ciclosporina tópica al 10%
- ✓ 5 – flurouracilo 1%
- ✓ Tazaroteno
- ✓ Avulsión química
- ✓ Inyección intralesional





ÁREAS ESPECIALES

ÁREAS PALMOPLANTARES





ÁREAS ESPECIALES

SUPERFICIES INTERTRIGINOSAS





ÁREAS ESPECIALES

MUCOSAS





NUEVO MEDICAMENTO

INDIGO NATURALIS

Dermatology

Vol. 214, No. 2, 2007

The Efficacy and Safety of Topically Applied Indigo Naturalis Ointment in Patients with Plaque – Type Psoriasis

Yin - Ku Lina, b, Wen - Rou Wongb, e, Ya - Ching Changd, e, Chee - Jen Changf, Pei - Kwei Tsayc, Shu - Chen Changg, Jong - Hwei Su Pangb



ALGORITMO DE TRATAMIENTO

RECOMENDACIONES GENERALES

Localizada (en placas)

- <20% de la superficie corporal
- PASI <12
- Esteroides tópicos en monoterapia o asociados a derivados de la Vitamina D3 o a preparaciones con Alquitrán.
- Emolientes – queratolíticos
- Esteroides intralesionales
- Tazaroteno

¿Enfermedad bien controlada?

NO

- Régimen de Goeckerman
- Régimen de Goeckerman modificado
- Helioterapia

SI

- Esteroides tópicos
- Mantener emolientes
- Mantener monoterapia con derivados de la Vitamina D3
- Reiniciar esteroides si hay brotes

¿Enfermedad bien controlada?

SI

NO

Considerar Terapia sistémica

- PUVA
- Acitretin
- Metotrexato
- Ciclosporina
- Terapia biológica



Dr. Patricio Llanca V.
Email: pllan@hotmail.com