

4. Inhibidores de calcineurina: tacrólimus y pimecrólimus.

Son inmunomoduladores no esteroideos aprobados para la dermatitis atópica, teniendo como fundamento el mecanismo de acción de estos principios activos, se han empleado con éxito en determinadas variantes y localizaciones de la psoriasis. Su escasa penetración en la piel hace que en la psoriasis su efecto terapéutico sea limitado, aunque en formas como la psoriasis facial o invertida pueda ser útil como ahorrador de corticoide. Podrían considerarse tratamientos de segunda línea. Los efectos secundarios más frecuentes son prurito, escozor y eritema.

Bibliografía

1. Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L et al Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2009; 100: 190-200.

Por el Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV (GPs)



TRATAMIENTOS TÓPICOS

¿QUÉ SON LOS CORTICOIDES TÓPICOS?

La terapia tópica sigue representando un pilar fundamental en el manejo de la psoriasis. Se considera el tratamiento de primera opción en las psoriasis leves y leves/moderadas, y en aquellos pacientes que necesitan de tratamiento sistémico/biológico, a menudo se utiliza como terapia complementaria.

Su efecto sobre la psoriasis se basa en su capacidad antiinflamatoria y antiproliferativa.

La experiencia clínica y la evidencia científica disponibles permiten recomendar el empleo de corticosteroides potentes o muy potentes durante el periodo inicial de tratamiento (especialmente propionato de clobetasol o dipropionato de betametasona) con la excepción de localizaciones como la cara y las flexuras. La eficacia máxima se suele alcanzar a las 2-4 semanas, pudiendo prolongar la mejoría obtenida con pocas aplicaciones semanales intermitentes o acumuladas.

La potencia de los corticoides tópicos se relaciona de forma directamente proporcional con la eficacia y rapidez de acción y de forma inversa con la aparición de efectos secundarios, por lo que en cara y pliegues se recomienda utilizar los de baja potencia. En las formas palmo-plantares se recomienda utilizar los de mayor potencia.

Los corticosteroides tópicos utilizados durante cortos periodos se consideran seguros. Su uso inapropiado podría producir atrofia cutánea, dermatitis perioral, estrías y telangiectasias. Con menor frecuencia erupciones acneiformes,

hipertrichosis, hipopigmentación, equimosis, retraso en la cicatrización, alergia de contacto, empeoramiento de infecciones cutáneas, Cushing iatrogénico o una teórica taquifilaxia (ya que no ha podido ser demostrada en práctica real).

Ninguno de los principios activos presenta ventajas sobre el resto en todas las situaciones clínicas, por lo que su empleo debe individualizarse para cada paciente y en cada momento evolutivo de la enfermedad.

¿QUÉ ES EL CALCIPOTRIOL/ CALCIPOTRIOL BETAMETASONA Y OTROS DERIVADOS DE LA VITAMINA D?

El **calcipotriol** es un análogo de la vitamina D. Los análogos sintéticos de la vitamina D tópicos representan una de las alternativas más seguras y eficaces en el tratamiento de la psoriasis leve o moderada. En nuestro país además están disponibles el **tacalcitol** y **calcitriol**, aunque de menor eficacia según diversos estudios. Según algunos estudios, el calcipotriol presenta resultados comparables a los asociados con los corticoides de alta potencia después de 8 semanas de tratamiento y su efecto beneficioso ha demostrado ser más persistente en el tiempo que algún corticoide tópico. Además, durante la aplicación prolongada, su eficacia se mantiene en el tiempo.

El efecto adverso más frecuente es la irritación, generalmente en zona lesional o perilesional, región facial o pliegues. Es más frecuente con calcipotriol que con otros derivados de la vitamina D. La hipercalcemia e hipercalciuria son infrecuentes y relacionadas con excesos de la dosis semanal recomendada (100gr)

La asociación de **calcipotriol/calcipotriol betametasona** consta de un excipiente en

pomada/gel y calcipotriol (50 microgramos/gr) y de betametasona dipropionato (0,5 mg/g).

Los corticoides tópicos y los análogos de vitamina D son los principios activos de elección tanto en monoterapia como en combinación durante la fase de inducción, mientras que análogos de vitamina D se mantienen como alternativa de elección en la fase de mantenimiento. La eficacia y seguridad en la fase de inducción de la combinación de ampos principios, es superior a la obtenida por separado.

El inicio de la respuesta ocurre de forma precoz, lo que favorece la adherencia al mismo. La respuesta observada es independiente con respecto a la gravedad de la psoriasis. Asimismo se reducirían los efectos secundarios como la irritación y se reduciría la aplicación de corticoide. La aplicación dos veces al día no aporta ventajas en cuanto eficacia con respecto a la aplicación única, por lo que esta última se considera de elección.

OTROS TRATAMIENTOS TÓPICOS

1. Asociación de corticoides y ácido salicílico

La penetración de los corticoides tópicos se ve incrementada entre dos y tres veces si se administra con un queratolítico como el ácido salicílico. Se observa asimismo un efecto más rápido en la reducción de la descamación, por lo que se suele utilizar en psoriasis hiperqueratóticas, psoriasis palmo-plantares o del cuero cabelludo. La seguridad también es superior que por separado. Las reacciones adversas más frecuentes son la sensación de quemazón y prurito. Se ha propuesto evitar esta combinación en áreas superiores al 20 % de la superficie corporal para evitar la absorción sistémica del salicílico.

2. Tazaroteno, derivado de la vitamina A

Es un retinoide acetilénico en presentación gel a concentraciones de 0,05% y 0,1% que sobre la piel se convierte en ácido tazaroténico, la forma activa. Se ha visto que tiene una menor eficacia que el calcipotriol. Se han descrito efectos terapéuticos en la onicolisis y el pitting ungueal. Un 20-40% de los pacientes presentará efectos secundarios derivados de la irritación.

La utilización de corticoides tópicos, de potencia media o alta, combinados con tazaroteno es una buena alternativa de tratamiento, ya que acelera la respuesta terapéutica, prolonga el tiempo de remisión, se minimiza el efecto irritante del tazaroteno, se disminuye la dosis empleada de corticosteroides y se reduce en consecuencia la atrofia cutánea y la formación de estrías de distensión.

3. Ditranol o antralina es un tratamiento utilizado para la psoriasis desde hace más de 100 años. El tratamiento en pauta de contacto corta con ditranol en monoterapia para pacientes con psoriasis leve-moderada está recomendado en la inducción del tratamiento en centros especializados siguiendo instrucciones precisas y una evaluación continua. Se ha visto que tiene una menor eficacia que el calcipotriol aunque tiene un efecto sinérgico utilizado conjuntamente con éste o otros tratamientos como corticoides y fototerapia. La molécula apenas penetra la epidermis por lo que su toxicidad es escasa. Sus efectos adversos más frecuentes son la irritación y que mancha, por lo que limita la adherencia al tratamiento. Se suele utilizar en formulación magistral.