



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Informe

Número:

Referencia: ANEXO I - PSORIASIS EN PLACA Y ARTRITIS PSORIÁSICA

Anexo I

Protocolo de recupero

A. Patología: Artritis psoriásica

La Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva que pertenece al espectro de afecciones comúnmente denominadas espondiloartropatías. El compromiso de la APs varía desde la sinovitis leve hasta la artropatía erosiva progresiva severa. La APs se presenta entre el 20 y 40% de los pacientes con psoriasis en placa. Los principales factores asociados a la aparición de APs en pacientes con psoriasis son la afectación del cuero cabelludo, la distrofia ungueal y la presencia tres o más sitios afectados por la psoriasis. La APs se asocia con una importante morbilidad y discapacidad y, por lo tanto, constituye una importante carga socioeconómica.

La incidencia en Argentina se estima de 6.2 (intervalo de confianza 95% entre 4.2 y 8.3) casos por 100.000 habitantes al año y la prevalencia es de 74 (intervalo de confianza 95% entre 57 y 94) casos por 100.000 habitantes.

El **diagnóstico** es clínico y se basa en la presencia de psoriasis y artritis en sitios típicos de APs con factor reumatoide negativo. Los criterios diagnósticos más utilizados son los de CASPAR: (CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis), que incluye la presencia de enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entesítica) con 3 o más puntos en cualquiera de las 5 categorías siguientes: 1) Psoriasis actual o historia personal o familiar de psoriasis; 2) Distrofia psoriática ungueal; 3) Test negativo para el factor reumatoide determinado por cualquier método, excepto por látex; 4) Historia actual de dactilitis y 5) Evidencia radiológica de neoformación ósea yuxtaarticular. La presencia de psoriasis actual suma 2 puntos, el resto suma 1 punto.

Tratamiento de la APs

Tanto el diagnóstico como el tratamiento inicial de la APs deben ser realizados por profesionales médicos especialistas en reumatología. El objetivo del tratamiento es controlar la inflamación y preservar la capacidad funcional de los pacientes, alcanzando la remisión clínica o la mínima actividad de la

enfermedad.

Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME) indicados en al APs:

- Convencionales: Metotrexato, Sulfasalazina o Leflunomida
- Biológicos inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral-alfa (FNTa) entre los que se encuentran el Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab e Infliximab. Biológicos inhibidores de la interleukina 17 A (IL-17): el Secukinumab; o inhibidores de la IL-12/23: Ustekinumab
- FAME específicos: Apremilast (inhibidor de la Fosfodiesterasa-4), Tofacitinib (inhibidor de la JAK)

Se recomienda el inicio precoz con un FAME convencional, preferentemente Metotrexato (también se pueden utilizar la Sulfasalazina o Leflunomida) y en caso de intolerancia o inadecuada respuesta utilizar alguno de los otros FAMEs. No hay estudios cabeza a cabeza que comparen los diferentes FAMEs.

B. PSORIASIS EN PLACA

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de base genética y mediada inmunológicamente. Se manifiesta en piel con lesiones eritemato-escamosas producidas por la hiperproliferación de queratinocitos. Puede afectar también mucosas, semimucosas, faneras y frecuentemente comprometer las articulaciones. La enfermedad tiene un curso crónico, con una actividad inflamatoria persistente suele exacerbarse en brotes. La psoriasis puede ser desencadenada y/o agravada por múltiples factores (entre los más importantes se encuentran: traumatismos, infecciones, consumo de alcohol, tabaco, drogas, diferentes fármacos). La mayoría de los pacientes presenta una evolución benigna, sin embargo, en el 30% de los casos puede manifestarse en forma moderada o grave y llegar a producir discapacidad física e importante alteración de la calidad de vida. Se ha observado, además, que la psoriasis podría estar asociada a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

Se describen dos picos de incidencia entre los 30 y 39 años y entre los 50 y 59 años. La incidencia es de aproximadamente 100 casos cada 100.000 habitantes y la prevalencia varía entre el 1 y 6% de la población.

La psoriasis se presenta en una variedad de formas clínicas. Las principales categorías clínicas incluyen: 1) Psoriasis en placa crónica (o psoriasis vulgar), 2) psoriasis guttata, 3) psoriasis pustulosa, 4) Psoriasis eritrodérmica, 5) psoriasis inversa.

Psoriasis en placa crónica es por mucho, la variante más común de la psoriasis, representando casi el 80 al 90% de los tipos de psoriasis.

El **diagnóstico es clínico** y se realiza con el clásico raspado metódico. La realización de biopsia para la confirmación histopatológica se deja sólo para los casos de duda diagnóstica.

Tratamiento

El tratamiento puede ser tópico y/o sistémico. La terapia tópica puede proporcionar alivio sintomático, minimizar las dosis requeridas de medicamentos sistémicos.

La enfermedad cutánea leve a menudo puede tratarse con agentes tópicos, mientras que los pacientes con enfermedad moderada a grave pueden necesitar fototerapia o terapia sistémica. Se define psoriasis moderada a grave como una afectación de más del 5 al 10 por ciento de la superficie corporal o afectación de la cara, la palma o planta.

Tratamiento sistémico de la enfermedad moderada o grave incluye los agentes convencionales

(Metrotrexato, Acitretina, Ciclosporina, Retinoides), las llamadas moléculas pequeñas (Apremilast, Tofacitinib), los anticuerpos anti FNT-alfa (Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Certolizumab), los anti Interleukinas (IL) 12/13 (Ustekinumab) , anti IL-17 (Secukinumab, Ixekizumab), los anti IL-23 (Guselkumab) y otros agentes biológicos.