

Abordando la psoriasis desde la Medicina Interna y Dermatología: Estrategias Actuales para un Tratamiento Integral

Addressing psoriasis from Internal Medicine and Dermatology: Current Strategies for Comprehensive Treatment

Samantha Vanessa Piedra Bravo ¹, Erik Manuel Cushpa Quinapanta ², María José Clavijo Quizpilema ³,
Liliana Katherine León Ruiz ⁴[0009-0005-0462-9097], Ana Verónica Cruz Andrade ⁵[0009-0000-8974-3748],
Gregorio Alexander Mendoza Ocampo ⁶[0009-0000-4359-6690], Victor Andres Gómez Leiva ⁷[0009-0002-3667-8262]

¹ Hospital General Monte Sinaí. Guayaquil, Guayas. Ecuador. ² Universidad de la Américas. Quito. Ecuador.

³ Universidad Central del Ecuador. Quito. Ecuador. ⁴ Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Loja. Ecuador.

⁵ Escuela Superior Politécnica del Chimborazo, Riobamba, Chimborazo. Ecuador. ⁶ Universidad Central del Ecuador. Quito. Ecuador.

⁷ Policlinico Sanarte. Ica. Perú

¹samantha.piedra95@gmail.com ³ma.joseclavijo1822@gmail.com, ⁴lilianaleonruiz9@gmail.com,

⁵vero.c_@hotmail.es, ⁶alexmendoza@live.com.ar, ⁷victorandres.gomezleiva@gmail.com.

TESLA

Revista Científica

ISSN: 2796-9320

Recibido: 2023-10-04

Revisado: 2023-10-11 al 2023-11-03

Corregido: 2023-11-14

Aceptado: 2023-11-22

Publicado: 2023-11-28



Los contenidos de este artículo están bajo una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Los autores conservan los derechos morales y patrimoniales de sus obras.

The contents of this article are under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license. The authors retain the moral and patrimonial rights of their works.

Resumen.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por sus placas eritematosas gruesas y bien demarcadas, junto con escamas plateadas superpuestas. La gravedad de la enfermedad es muy variada, en algunos pacientes presentan solo una placa dérmica mientras que otros experimentan una enfermedad sistémica. Los pacientes con psoriasis también tienen afectación en su calidad de vida que afecta su entorno psicosocial.

Desarrollo: Se realizó un artículo de revisión de los documentos de las sociedades científicas dedicadas al diagnóstico y tratamiento de la psoriasis en adultos, así como de revisiones sistemáticas y estudios científicos actuales en SCOPUS, WOS y Pubmed y Google Scholar tanto en español como en inglés.

Aplicaciones prácticas: En este momento se está desarrollando un sistema de IA para la evaluación de la gravedad de la psoriasis mediante el uso de redes neuronales para mejorar el diagnóstico de la severidad de la psoriasis

Conclusiones: La psoriasis es una dermatosis crónica inflamatoria mediada por respuesta mediada especialmente por el sistema inmune adaptativo. Existe factores de riesgo asociados a la psoriasis como similares a factores de riesgo cardiovascular. La psoriasis comprende una amplia gama de manifestaciones clínicas desde placas eritematosas descamativas simples hasta enfermedades sistémicas que comprometen la vida.

Palabras Clave: Psoriasis, Psoriasis Pustular, diagnóstico, tratamiento

Abstract:

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory disease characterized by thick, well-demarcated erythematous plaques, along with overlapping silvery scales. The severity of the disease varies widely, with some patients experiencing only a dermal plaque while others experience systemic disease. Patients with psoriasis also have an impact on their quality of life that affects their psychosocial environment.

Development: An article reviewing the documents of scientific societies dedicated to the diagnosis and treatment of psoriasis in adults was carried out, as well as systematic reviews and current scientific studies in SCOPUS, WOS and Pubmed and Google Scholar in both Spanish and English.

Practical applications or future lines of research: An AI system is currently being developed for the evaluation of the severity of psoriasis using neural networks to improve the diagnosis of the severity of psoriasis.

Conclusions: Psoriasis is a chronic inflammatory dermatosis mediated by a response especially mediated by the adaptive immune system. There are risk factors associated with psoriasis like cardiovascular risk factors. Psoriasis comprises a wide range of clinical manifestations from simple scaly erythematous plaques to life-threatening

systemic diseases. The fundamental pillar of psoriasis treatment is based on the degree of involvement of the clinical manifestations.

Keywords: Psoriasis, Pustular Psoriasis, diagnosis, treatment

Cómo citar:

Piedra Bravo SV, Cushpa Quinapanta EM, Clavijo Quizhpilema MJ, León Ruiz LK, Cruz Andrade AV, Mendoza Ocampo GA, et al. Abordando la psoriasis desde la Medicina Interna y Dermatología: Estrategias Actuales para un Tratamiento Integral. Tesla rev. cient. [Internet]. 2023;3(2):e277. <https://doi.org/10.55204/trc.v3i2.e277>

Piedra Bravo, S. V., Cushpa Quinapanta, E. M., Clavijo Quizhpilema, M. J., León Ruiz, L. K., Cruz Andrade, A. V., Mendoza Ocampo, G. A., & Gómez Leiva, V. A. (2023). Abordando la psoriasis desde la Medicina Interna y Dermatología: Estrategias Actuales para un Tratamiento Integral. Tesla Revista Científica, 3(2), e277. <https://doi.org/10.55204/trc.v3i2.e277>

1. INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una dermatosis papuloescamosa inflamatoria crónica inmunomediada y recurrente que se caracteriza por sus placas eritematosas gruesas y bien demarcadas, junto con escamas plateadas superpuestas. Es una enfermedad común, se estima que afecta aproximadamente al 2-4% de la población en general. La incidencia máxima tiene lugar entre los 30-39 años y con recurrencia a los 60 años^{1,2}. Mientras más joven inicia la enfermedad se asocia con una enfermedad más grave, además presenta un componente genético ya que se evidenció aproximadamente que el 36% de los pacientes tienen antecedentes familiares de psoriasis y múltiples factores genéticos¹. La gravedad de la enfermedad es muy variada, en algunos pacientes presentan solo una placa dérmica mientras que otros experimentan una eritrodermia que afecta hasta un 90% de la superficie corporal^{1,2}. La psoriasis se asocia a múltiples factores de riesgo cardiovascular RCV, como obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus (DM), dislipemia y síndrome metabólico. Se cree el estado proinflamatorio es la relación entre psoriasis y enfermedad cardiovascular, con mecanismo inflamatorios similares implicados tanto en el desarrollo de las placas psoriásicas como en la formación de placas ateroscleróticas³. La psoriasis también se relaciona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad del hígado graso no alcohólico y enfermedad coronaria. Los pacientes con psoriasis también tienen afectación en su calidad de vida que afecta su entorno psicosocial y son más propensos a presentar ansiedad, depresión y comportamiento suicidas^{1,4}.

2. DESARROLLO

2.1. Diseño:

Se realizó un artículo de revisión de los documentos de las sociedades científicas dedicadas al diagnóstico y tratamiento de la psoriasis en adultos, así como de revisiones sistemáticas y estudios científicos actuales.

2.2. Estrategia de Búsqueda.

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda de los términos descriptores “MESH” O “DECS” para ampliar la búsqueda avanzada con los términos “Psoriasis”, “Tratamiento” “diagnósticos” de las revisiones sistemáticas, metaanálisis, artículos originales y guías de práctica clínica publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales en SCOPUS, WOS y Pubmed y Google Scholar tanto en español como en inglés en el contexto internacional sobre la epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos, tratamiento, seguimiento y futura líneas de investigación. Esta búsqueda se limitó a las publicaciones de los últimos 5 años. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión.

2.3. Criterios de Inclusión

En la búsqueda de literatura gris se incluyó todo tipo de documentos aportados por las diferentes sociedades y asociaciones profesionales que hacían recomendaciones sobre diagnóstico y tratamiento de los diferentes tipos de psoriasis. Respecto a las revisiones sistemáticas y los estudios científicos se aplicó como criterio de inclusión que los estudios realizados en adultos incorporaran conclusiones sobre recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento. El principal criterio de exclusión fue que los artículos incluyeron información sobre la psoriasis en niños.

2.4. Extracción de Datos.

Tras la búsqueda inicial se localizaron 880 estudios en SCOPUS, se emparejo la búsqueda en WOS y Pubmed, se excluyeron 848 que incluyeron datos de adultos y artículos de revisión. Para proceder a la selección se revisaron los abstracts y en caso necesario los artículos completos con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con nuestro objetivo. Finalmente se seleccionaron 22 artículos entre revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios epidemiológicos, guías de práctica clínica y artículos originales, en los cuales aparecían recomendaciones de diversas sociedades profesionales.

2.5. Análisis de los Datos.

La información analizada se estructuró en 4 subapartados: uno dedicado a la epidemiología, otro dedicado a la fisiopatología y los últimos dedicados al diagnóstico y tratamiento respectivamente. Del conjunto de estudios analizados se extrajo la información más relevante para el manejo clínico. En los documentos sobre aplicaciones prácticas y futuras líneas de investigación se tomaron en cuentas los últimos ensayos clínicos y nuevos tratamiento encontrados.

3. RESULTADOS

3.1. Epidemiología

Se estima que en todo el mundo, aproximadamente 125 millones de personas padecen psoriasis, la prevalencia media de la psoriasis en la población adulta es de 3.4%, en un estudio realizado en Canadá estima que la prevalencia es del 3%, con una variabilidad entre 2,7 al 3,3% en la población^{5,6}. La zona geográfica puede modificar la prevalencia de la psoriasis⁷. La prevalencia de psoriasis en países nórdicos fue 9,7% en comparación con los datos obtenidos en España que se estima una prevalencia del 1.7%, en los EE. UU, la psoriasis afecta aproximadamente al 3,2%, en nuestra región estima que la prevalencia de psoriasis en Colombia es 0.069%⁷⁻⁹. En cuanto la severidad de la enfermedad, se estima que el 50,5% tienen una psoriasis en < 3% del área de superficie corporal (ASC), el 78,3% en <10% de su ASC, el 4% tiene un > 50% de ASC, y el 1,5% tiene Psoriasis en más del 75% de la ASC⁶. La prevalencia de artritis psoriásica entre pacientes con psoriasis cutánea es del 30%, y los pacientes que desarrollan artritis en promedio de 12 años después del inicio de la psoriasis cutánea¹⁰. Si bien la psoriasis puede aparecer a cualquier edad, existe una distribución bimodal para la presentación de la psoriasis entre los 18 y 39 años y también entre 50 y 69 años, el riesgo de psoriasis es aproximadamente del 40% si ambos padres tienen la enfermedad, el 14% si uno de los padres los presenta y el 6% si un hermano está afectado⁵.

3.2. Fisiopatología

La patogénesis de la psoriasis es compleja y se caracteriza por ser una enfermedad autoinmune crónica con múltiples células inflamatorias (células dendríticas, queratinocitos, células T natural killer y macrófagos) y citocinas que intervienen en diferentes cascadas inflamatorias para producir la enfermedad, la activación excesiva del sistema inmunológico adaptativo se cree que es fundamental para la patogénesis de la psoriasis⁵. La cascada inflamatoria de la psoriasis inicia cuando los antígenos en la piel activan las células dendríticas y los neutrófilos, que liberan múltiples citocinas, incluidos el factor de necrosis tumoral (TNF), interleucina 23 y 12 (IL 23-12). Estas citoquinas participan en la activación de leucocitos, que posteriormente activan más citoquinas inflamatorias, lo que resulta en un ciclo inflamatorio continuo^{1,5}.

3.3. Diagnóstico

La psoriasis es una enfermedad remitente y recurrente que a menudo mejora con clima más cálido y recaídas durante eventos estresantes de la vida o en conjunto con infecciones. En la tabla 1 se clasifican las diferentes manifestaciones clínicas de la psoriasis y sus características clínicas.

Tabla 1: Clasificación de las diferentes manifestaciones clínicas de la Psoriasis

Diferentes manifestaciones de la Psoriasis	
Psoriasis Vulgar	Este es el subtipo más común y se presenta lesiones bien delimitadas con placas elevadas de más de 1 cm, las lesiones anulares que comprenden una base eritematosa y gruesa con descamativa plateada. Estas lesiones se encuentran a menudo en las superficies extensoras. (codos, rodillas), cuero cabelludo, zona lumbosacra y interglútea
Psoriasis inversa	Se caracteriza por lesiones rojas brillantes sin zonas de descamativas en áreas infra mamaria, perineal y axila (áreas intertriginosas)
Psoriasis Guttata	Presenta lesiones características en forma de lágrima. Es común en la infancia y suele ir precedida de odinofagia que se asocia con infección por estreptococos del grupo B, y consiste en múltiples lesiones psoriásicas pequeñas (2 a 10 mm), con mayor frecuencia en el tronco.
Psoriasis eritodérmica,	Afecta en 75 a un 90% de la ASC. Esta variante consta de completo o casi completo. afectación de la piel de característica roja con una coalescencia gradual de las placas. Es causada por infección, fármacos, enfermedad sistémica o retirada de corticoides.
Psoriasis pustulosa generalizada	Se manifiesta como múltiples pústulas uniformes estériles en el cuerpo y suele ir acompañada de fiebre. Puede aparecer por la retirada de corticoides sistémicos o una infección y representa una enfermedad inestable que a menudo requiere hospitalización
Psoriasis pustulosas palmoplantar	Se presenta en las manos y pies como pústulas estériles sobre una base de eritema y escamas.
Psoriasis ungueal	Puede afectar tanto las uñas de las manos como de los pies. Se presenta clínicamente con fóvea ungueal con onicólisis

Fuente: Revisión de la literatura, clasificación de las manifestaciones clínicas de la Psoriasis¹.

Existen cinco formas de artritis psoriásica, incluyen oligoartritis distal (inflamación que involucra al menos cuatro articulaciones), poliartritis con factor reumatoide negativo, artritis mutilans (resorción acortamiento de los huesos de los dedos), sacroileitis y espondilitis anquilosante. La forma más común de artritis afecta las articulaciones distales de los dedos en un patrón asimétrico. El tejido blando puede hincharse y producir dactilitis^{11,12}.

El diagnóstico de psoriasis es clínico, se deben tomar antecedentes familiares y el examen físico debe incluir la revisión de la lesión primaria y otras áreas comunes afectadas en la Psoriasis, como el cuero cabelludo. El diagnóstico puede ser respaldado por los signos de Auspitz o fenómeno de Koebner. Se produce el signo de Auspitz porque un exceso de pequeños capilares superficiales da como resultados múltiples puntos de sangrado cuando se levanta las escamas grises plateadas. El fenómeno de Koebner consiste en la aparición de lesiones de psoriásicas posterior a traumatismo en zonas de piel sana^{1,5}.

3.4. Tratamiento

Para el Tratamiento tópico, se utiliza en la enfermedad leve (afectación menor a 5% de la ASC) puede tratarse con medicamentos tópicos de forma eficaz y segura, se incluye en esta lista los corticosteroides tópicos, derivados de la vitamina D, retinoides, inhibidores de la calcineurina, agentes queratolíticos (urea, ácido salicílico, hidroxiaácido), humectantes emolientes y fototerapia dirigida^{1,5}. La elección del agente tópico depende del área anatómica, tamaño y espesor de la placa y si el agente se está utilizando para la iniciación o terapia de mantenimiento^{1,5}.

Los corticosteroides tópicos son el pilar fundamental en la terapia para la mayoría de los pacientes con psoriasis leve y localizada, los corticosteroides tópicos ejercen acción antiinflamatorios, antiproliferativos y produce vasoconstrictores locales a través de la regulación negativa al proceso proinflamatorios ejercidos por las citocinas¹³. La elección del corticoesteroide tópico depende de la ubicación anatomía de la placa, el grosor de la placa y de la edad del paciente. Para placas gruesas en el tronco o las extremidades, se deben utilizar corticosteroides de potencia media a alta, para pliegues corporales y cara, corticosteroides de potencia baja a media, en las palmas y las plantas requieren corticosteroides de alta a muy alta potencia⁵. La eficacia de los corticoides tópicos difiere según la clase siendo la clase I la que tiene la potencia más fuerte y clase VII que tiene el menos potentes^{5,13}.

También se utilizan análogos de la vitamina D por vía tópica, como monoterapia o en combinación con glucocorticoides tópicos. En pacientes con una afectación cutánea mayor del 10% de la ASC (psoriasis grave), artritis psoriásica, psoriasis refractaria a los tratamientos tópicos o psoriasis en localizaciones como el cuero cabelludo o en región inguinal, deberían considerarse terapias sistémicas; en concreto, fototerapia y tratamientos inmunológicos como metotrexato, acitretina y ciclosporina^{5,12}. Además de su eficacia, los análogos de la vitamina D tienen un buen efecto a largo plazo por su perfil de seguridad, los convierte en una opción ideal para terapia de mantenimiento a largo plazo y para uso en combinación con fototerapia^{1,5,13}.

Las modalidades de fototerapia comúnmente utilizadas para tratar la psoriasis incluyen ultravioleta B de banda estrecha (NB-UVB; 311–313 nm), ultravioleta B de banda ancha (BB-UVB; 280–320 nm), dirigido o láser excimer UVB (308 nm) y un tratamiento combinado de 8-metoxipsoraleno oral o tópico con UVA (PUVA; 320–400 nm). Generalmente se considera el inicio de BB-UVB, NB-UVB o PUVA, cuando al menos el 10% de la ASC está involucrado o en pacientes que tienen no respondió a las terapias

tópicas. el láser excimer puede utilizarse como tratamiento de tercera línea para casos localizados o de tratamiento lesiones resistentes¹⁴.

Los fármacos biológicos utilizados para tratar la psoriasis de severidad moderada a grave representan uno de los avances terapéuticos más importantes en el área de la dermatología. Las 4 clases de productos biológicos utilizados en la actualidad para tratar la psoriasis son inhibidores del TNF, inhibidores de IL-12/23, inhibidores de IL-17 y Inhibidores de IL-23. están aprobados por la FDA¹. Todos los productos biológicos utilizados para tratar la psoriasis se administran por vía subcutánea excepto el infliximab. En general, no hay aumentos de las de tasas de infecciones graves o neoplasias malignas internas en pacientes con psoriasis tratados con productos biológicos. Los efectos adversos que ocurren en tasas ligeramente más altas que el placebo y que son comunes a todos los productos biológicos incluyen reacción en el lugar de la inyección, nasofaringitis e infecciones del tracto respiratorio superior¹⁵.

La psoriasis del cuero cabelludo es común y aproximadamente la mitad de los pacientes con psoriasis que presenta afectación del cuero cabelludo. Se debe examinar el cuero cabelludo en todos los pacientes con psoriasis. Mientras que la psoriasis del cuero cabelludo responde a los mismos tratamientos tópicos y sistémicos. tratamientos como la psoriasis en otras partes del cuerpo, los pacientes a menudo considera que los tratamientos tópicos en el cuero cabelludo son incómodos debido a preocupaciones estéticas. Generalmente se prefieren lociones y geles a cremas y ungüentos más espesos. Los champús también se pueden utilizar con un efecto óptimo durante más tiempo. Tiempo de contacto (se recomienda 10-20 minutos)¹⁶.

La psoriasis inversa puede ocurrir en el punto de contacto entre dos pliegues de la piel (pliegue inguinal la axilar y los genitales externos). Presenta una característica lesión en foca placas rojas brillantes bien delimitadas con descamación mínima o nula, se debe por la maceración de la piel y puede producirse una sobreinfección^{1,17}. La psoriasis inversa se trata con corticosteroides de baja potencia (a menudo combinados con un agente antilevadura para prevenir colonización secundaria). Alternativamente, se puede usar inhibidores de la calcineurina (Pimecrolimus, Tacrolimus), como agente ahorrador de esteroides o cuando la piel es fina y frágil. Existe poca evidencia para el uso de medicamentos sistémicos convencionales. terapias con biológicos¹⁷.

La psoriasis eritrodérmica es potencialmente mortal y afecta al 75% ASC, mayormente acompañado de eritema, descamación y ocasionalmente pústulas. Se puede asociar con síntomas sistémicos incluyendo fiebre, escalofríos, fatiga, malestar general, edema periférico, insuficiencia renal, desequilibrio electrolítico, termorregulación y sobreinfección. Se puede inducir eritrodermia. tanto por la introducción como por la retirada de medicamentos, uso excesivo de corticosteroides tópicos, estrés y consumo de alcohol, entre otros^{1,5}. El manejo implica la evaluación y el tratamiento de enfermedades sistémicas y sobreinfección, así como medicamentos sistémicos. Puede ser necesaria la hospitalización. Las terapias de primera línea incluyen metotrexato, acitretina, ciclosporina e infliximab debido a su rápido inicio de acción. Los corticosteroides sistémicos deben ser generalmente se evitan porque pueden ser un desencadenante de

eritrodérmica psoriasis (pero puede ser la única opción durante el embarazo o la lactancia) y la fototerapia está contraindicada ya que estos pacientes son a menudo fotosensibles. Los corticosteroides tópicos de potencia leve a moderada a menudo se usan de manera segura en combinación con medicamentos sistémicos¹⁸.

La psoriasis guttata se caracteriza por una erupción aguda de pápulas y placas descamativas de color rojizo en forma de gota. Puede aparecer entre de 2 a 3 semanas después de una infección estreptocócica en niños y adultos jóvenes¹. Las investigaciones sobre tratamientos específicos para la psoriasis guttata son limitadas. No hay evidencia para sugerir alguna eficacia de los antibióticos. Los tratamientos más utilizados incluyen la fototerapia, corticosteroides tópicos, análogos de la vitamina D y alquitrán. La presentación de la psoriasis guttata es variada; puede desaparecer por sí solo, gire en psoriasis crónica en placas, o remite y reaparece¹.

La psoriasis pustulosa se presenta como lesiones eritematosas cubierta de pústulas de 2 a 3 mm y generalizadas, tienen presentación aguda o subagudas, y la localización palmoplantar y acrodermatitis. continua de Hallopeau¹⁹. La psoriasis pustulosa generalizada puede ser acompañado de síntomas sistémicos que incluyen fiebre, malestar, artralgias, edema periférico, conjuntivitis, iritis, uveítis, pústulas orales y queilitis, entre otras. La psoriasis pustulosa localizada puede inducirse mediante el inicio y retirada de medicamentos sistémicos y tópicos, infecciones, vacunas, quemaduras solares, estrés y cambios hormonales, entre otros²⁰. Los tratamientos de primera línea para psoriasis pustulosa generalizada incluyen acitretina, ciclosporina y metotrexato, con infliximab reservado para casos graves. Los tratamientos de segunda línea incluyen adalimumab, etanercept y PUVA. Tratamientos complementarios tópicos incluidos los corticosteroides, el calcipotrieno, el tacrolimus y el pimecrolimus se pueden utilizar junto con tratamientos sistémicos¹⁹⁻²¹.

4. APLICACIONES PRÁCTICAS O FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El índice de severidad de la psoriasis (PASI) se utiliza globalmente para evaluar la severidad de la psoriasis. Sin embargo, es relativamente complicado y requiere mucho tiempo, y la puntuación variará debido a la subjetividad y experiencias de los dermatólogos. Por tanto, será útil un sistema de inteligencia artificial (IA) capaz de evaluar la gravedad de la psoriasis. En este momento se está desarrollando un sistema para la evaluación de la gravedad de la psoriasis mediante el uso de redes neuronales para mejorar el diagnóstico de la severidad de la psoriasis²².

5. CONCLUSIONES

La psoriasis es una dermatosis crónica inflamatoria mediada por respuesta mediada especialmente por el sistema inmune adaptativo. Existe factores de riesgo asociados a la psoriasis con similares a factores de riesgo cardiovascular RCV, como obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus (DM), dislipemia y síndrome metabólico ya que comparten un sistema proinflamatorio similar a las enfermedades cardiovasculares. La psoriasis comprende una amplia gama de manifestaciones clínicas desde placas eritematosas descamativas simples hasta enfermedades sistémicas que comprometen la vida. El pilar

fundamental del tratamiento de la psoriasis se basa en la disminución de la respuesta inflamatoria en la piel. El uso de corticoides tópicos, derivados de la vitamina D, retinoides, inhibidores de la calcineurina, agentes queratolíticos y humectantes emolientes. El tratamiento debe estar dirigido en el grado de afectación de las manifestaciones clínicas. En la actualidad se están desarrollando sistema de IA para mejorar el diagnóstico de la psoriasis.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los Autores declaran que no existe conflicto de intereses

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

En concordancia con la taxonomía establecida internacionalmente para la asignación de créditos a autores de artículos científicos (<https://credit.niso.org/>). Los autores declaran sus contribuciones en la siguiente matriz:

Participar activamente en:	Samantha Vanessa Piedra	Erik Manuel Cuslpa Ouitapanta	Maria José Clavijo Ouitzhilem	Liliana Katherine León Ruiz	Ana Verónica Cruz	Gregorio Alexander Mendoza	Victor Andres Gómez
Conceptualización	X	X	X	X	X	X	X
Análisis formal	X	X	X	X	X	X	X
Adquisición de fondos	X	X	X	X	X	X	X
Investigación	X	X	X	X	X	X	X
Metodología	X	X	X	X	X	X	X
Administración del proyecto	X	X	X	X	X	X	X
Recursos	X	X	X	X	X	X	X
Redacción –borrador original	X	X	X	X	X	X	X
Redacción –revisión y edición	X	X	X	X	X	X	X
La discusión de los resultados	X	X	X	X	X	X	X
Revisión y aprobación de la versión final del trabajo.	X	X	X	X	X	X	X

REFERENCIAS

- Brandon A, Mufti A, Gary Sibbald R. Diagnosis and Management of Cutaneous Psoriasis: A Review. *Adv Skin Wound Care*. 2019;32(2):58. doi:10.1097/01.ASW.0000550592.08674.43
- Papp KA, Gooderham MJ, Lynde CW, et al. Practical and Relevant Guidelines for the Management of Psoriasis: An Inference-Based Methodology. *Dermatol Ther*. 2022;12(1):253-265. doi:10.1007/s13555-021-00642-5
- Sharma J, Daman R. Molecular Analysis, Pathophysiology, and Drug Delivery Mechanism with Reference to Psoriasis: A Review. *Orient J Chem*. 2022;38(4):940-947. doi:http://dx.doi.org/10.13005/ojc/380415
- Sousa B, Pereira TG, Pires P. Under my Skin: The Psychosocial Dimension of Psoriasis. *Acta Médica Port*. 2023;36(6):449-450. doi:10.20344/amp.19564
- Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020;323(19):1945-1960. doi:10.1001/jama.2020.4006
- Papp KA, Gniadecki R, Beecker J, et al. Psoriasis Prevalence and Severity by Expert Elicitation. *Dermatol Ther*. 2021;11(3):1053-1064. doi:10.1007/s13555-021-00518-8

7. Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Solé M, et al. Epidemiology of Psoriasis. A Population-Based Study. *Actas Dermo-Sifiliográficas Engl Ed.* 2019;110(5):385-392. doi:10.1016/j.adengl.2019.01.014
8. Fernández-Ávila DG, Charry Anzola LP, González-Cardona LP. Prevalencia de psoriasis en Colombia según datos del Registro Nacional en Salud. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2022;113(3):339-341. doi:10.1016/j.ad.2020.09.015
9. Danielsen K, Duvetorp A, Iversen L, et al. Prevalence of Psoriasis and Psoriatic Arthritis and Patient Perceptions of Severity in Sweden, Norway and Denmark: Results from the Nordic Patient Survey of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *Acta Derm Venereol.* 2019;99(1):18-25. doi:10.2340/00015555-3017
10. Dures E, Bowen C, Brooke M, et al. Diagnosis and initial management in psoriatic arthritis: a qualitative study with patients. *Rheumatol Adv Pract.* 2019;3(2):rkz022. doi:10.1093/rap/rkz022
11. Ali Rida M, Chandran V. Challenges in the clinical diagnosis of psoriatic arthritis. *Clin Immunol.* 2020;214:108390. doi:10.1016/j.clim.2020.108390
12. Hioki T, Komine M, Ohtsuki M. Diagnosis and Intervention in Early Psoriatic Arthritis. *J Clin Med.* 2022;11(7):2051. doi:10.3390/jcm11072051
13. Yaylı S. Topical therapies. *TURKDERM.* Published online May 5, 2022:6-9. doi:10.4274/turkderm.galenos.2022.68638
14. Sadowska M, Lesiak A, Narbutt J. Application of phototherapy in the treatment of psoriasis vulgaris. *Dermatol Rev Dermatol.* 2019;106(2):198-209. doi:10.5114/dr.2019.85577
15. Saeki H, Mabuchi T, Asahina A, et al. English version of Japanese guidance for use of biologics for psoriasis (the 2022 version). *J Dermatol.* 2023;50(2):e41-e68. doi:10.1111/1346-8138.16691
16. Ghafoor R, Patil A, Yamauchi P, et al. Treatment of Scalp Psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2022;21(8):833-837. doi:10.36849/JDD.6498
17. Micali G, Verzi AE, Giuffrida G, Panebianco E, Musumeci ML, Lacarrubba F. Inverse Psoriasis: From Diagnosis to Current Treatment Options. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2020;Volume 12:953-959. doi:10.2147/CCID.S189000
18. Lo Y, Tsai TF. Updates on the Treatment of Erythrodermic Psoriasis. *Psoriasis Targets Ther.* 2021;11:59-73. doi:10.2147/PTT.S288345
19. Fujita H, Gooderham M, Romiti R. Diagnosis of Generalized Pustular Psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2022;23(1):31-38. doi:10.1007/s40257-021-00652-1
20. Development of the Generalized Pustular Psoriasis Clinical Assessment Tool. *J Am Acad Dermatol.* Published online September 20, 2023. doi:10.1016/j.jaad.2023.08.096
21. Rivera-Díaz R, Daudén E, Carrascosa JM, Cueva P de la, Puig L. Generalized Pustular Psoriasis: A Review on Clinical Characteristics, Diagnosis, and Treatment. *Dermatol Ther.* 2023;13(3):673-688. doi:10.1007/s13555-022-00881-0
22. LB1036 Artificial intelligence for the automated assessment of psoriasis severity. *J Invest Dermatol.* 2022;142(8):B37. doi:10.1016/j.jid.2022.05.1074