

Psoriasis — Algoritmo en sitios especiales

Incluye: inversa/genital · palmoplantar (hiperqueratósica y pustulosa) · cuero cabelludo · ungueal.

Reglas generales · Priorice **seguridad y tolerancia local**.

- Trate concomitantes: candidiasis/dermatofitosis, DCA, sobreinfección bacteriana, trauma/maceración.
- Considere **escala de severidad global** (SCT/PASI/DLQI). Sitios especiales = *alto impacto* aunque SCT bajo.
- Si refractario o impacto marcado → valorar **sistémicos/biológicos**.

1) Psoriasis inversa / genital (pliegues, genital, perianal)

Diagnóstico rápido: eritema **liso**, brillante, con **mínima escama**; maceración; fisuras. Descartar candidiasis, eritrasma, DCA.

Línea 1 (primero)

- **Medidas locales:** secado suave, ropa holgada, barrera (óxido de zinc), evitar fricción y desodorantes irritantes.
- **Corticoide tópico baja-media potencia** (hidrocortisona 1–2.5% / desonida / triamcinolona 0.025–0.1%) **7–10 días**, luego pauta **fin de semana** o a demanda.
- **Inhibidores de calcineurina** (tacrolimus 0.03–0.1% o pimecrolimus 1%) **bid** como **ahorradores/mantenimiento**.
- Si sospecha candidiasis → **azol tópico ± fluconazol** según clínica.

Línea 2 (si respuesta parcial/recaída frecuente)

- **NB-UVB dirigida o excimer** en áreas accesibles.
- **Apremilast** (buena opción si preferencia por oral y seguridad mucocutánea).
- **Sistémicos/biológicos** en enfermedad moderada-severa o QoL alto: metotrexato, **anti-IL-17** o **anti-IL-23** (alta eficacia en mucocutáneo), ustekinumab o anti-TNF según perfil.

Evitar

- Corticoides **potentes/ultrapotentes continuos** (atrofia/estrías), **ácido salicílico** y **alquitranes** en mucosa/genital; oclusión prolongada sin supervisión; talcos perfumados.

Perlas: confirme diagnósticos mixtos (psoriasis + candidiasis/DCA) y trate **ambos**; los IC (tacrolimus/pimecrolimus) son útiles para **mantenimiento** y zonas finas.

2) Psoriasis palmoplantar

2A) Hiperqueratósica

Línea 1

- **Keratolíticos:** urea 20–40% y/o ácido salicílico 5–10% (noche, con oclusión corta si tolera).
- **Corticoide tópico potente/ultrapotente** (p. ej., clobetasol 0.05%) **qd–bid 2–4 semanas**, preferible con **oclusión** intermitente.
- **Calcipotriol/betametasona** en combinación.

Línea 2

- **Fototerapia** palmo-plantar: **NB-UVB** o **PUVA** (o **Re-PUVA** con acitretina).
- **Acitretina** 25–35 mg/d (buena para hiperqueratosis fisurada).
- **Metotrexato** si dolor/discapacidad y pobre respuesta tópica.

Línea 3 (refractaria/alto impacto)

- **Biológicos:** **anti-IL-17** (secukinumab/ixekizumab/brodalumab) y **anti-IL-23** (guselkumab/risankizumab/tildrakizumab); anti-TNF en contextos seleccionados.

Evitar

- Oclusión **prolongada** con maceración; uso crónico continuo de esteroides superpotentes; **tabaquismo** (¡cesación explícita!).

Perlas: tratar fisuras dolorosas con **cianoacrilato**/apósitos hidrocoloides; revisar calzado/plantillas.

2B) Pustulosa (palmoplantar)

Línea 1

- Como en hiperqueratósica + **corticoide potente** con oclusión corta.
- Descartar infección bacteriana; cultivo si dudas.

Línea 2

- **Acitretina** 25–35 mg/d ± **fototerapia**.
- **Metotrexato** o **ciclosporina** en brotes dolorosos.

Línea 3

- **Biológicos** (similar a hiperqueratosa).

Evitar: fumar; irritantes; manipulación traumática de pústulas (mantener cobertura limpia).

3) Psoriasis del cuero cabelludo

Diagnóstico rápido: placas bien delimitadas que sobrepasan la línea de implantación; frecuente solapamiento con **dermatitis seborreica**.

Línea 1

- **Corticoide potente** en **espuma/solución/spray/gel** (clobetasol, betametasona) **qd-bid 2-4 semanas**.
- **Calcipotriol** solución o gel (solo o combinado).
- **Champús queratolíticos** (ác. salicílico 3-6%, urea, alquitrán) y/o **antifúngicos** (ketoconazol) si hay seborrea.

Línea 2

- **Despegue de escamas**: aceite mineral/aceite de oliva/vaselina o solución salicílica por la noche → lavado por la mañana.
- **Fototerapia dirigida** (excimer 308 nm) o **NB-UVB** si disponible.
- **Triamcinolona intralesional** en placas nodulares/localizadas.

Línea 3

- **Sistémicos/biológicos** si extenso o QoL alto (anti-IL-17/23 con buena eficacia en cuero cabelludo; anti-TNF/ustekinumab según perfil).

Evitar: esteroides potentes en **curso continuo >8 semanas**; ungüentos muy grasos con foliculitis; salicílico excesivo en niños.

Perlas: preferir **vehículos cosméticos** (espumas/espumas hidroalcohólicas) para adherencia; instruir **técnica de aplicación** por líneas del cabello.

4) Psoriasis ungueal

Diagnóstico rápido:

- **Matriz** → **pitting**, leuconiquia, estrías.
- **Lecho** → **mancha de aceite**, onicólisis, hiperqueratosis subungueal.
- Descartar **onicomicosis** (KOH/cultivo) y **DCA** (adhesivos, uñas artificiales).

Línea 1

- **Topicales** para lecho: corticoide potente/ultrapotente + **calcipotriol** (con **oclusión** periungueal cuando sea posible).
- **Tazaroteno 0.1%** en onicólisis/hiperqueratosis (si disponible).
- **Triamcinolona intralesional** (2.5-10 mg/mL) en **matriz** vía pliegue proximal **cada 4-6 sem × 3-6 sesiones** (técnica experta).

Línea 2

- Si **múltiples uñas** o impacto funcional alto o **PsA: sistémicos** (metotrexato, acitretina) o **biológicos** (anti-IL-17/23; ustekinumab/anti-TNF según perfil).

Evitar: trauma repetido/manicura agresiva; corticoide potente crónico periungueal (atrofia/telangiectasias); adhesivos de uñas artificiales (DCA).

Perlas: respuesta ungueal es **más lenta** (6-12 meses); priorice control de **PsA** si dolor/dactilitis.

5) Escalamiento y revisión

- **Revisar a 4–8 semanas** en líneas 1; 8–12 semanas tras iniciar fototerapia/sistémicos.
- Si **subóptimo**: confirmar adherencia, vehículo adecuado, diagnóstico mixto (tiña/candidiasis/DCA), ajustar/escala.
- Siempre considerar **calidad de vida y preferencias** del paciente al elegir vía de administración y frecuencia.

Abreviaturas: DCA = dermatitis de contacto alérgica; NB-UVB = banda estrecha ultravioleta B; QoL = calidad de vida; PsA = artritis psoriásica.

Este algoritmo no sustituye guías locales ni juicio clínico.