

Psoriasis — Algoritmo diagnóstico y de severidad

Flujo rápido: sospecha clínica → descartar mimickers → ¿biopsia? → clasificar por SCT/PASI/DLQI → plan inicial → reevaluación y escalamiento

1) Sospecha clínica

- **Morfología típica:** placas/pápulas eritemato-descamativas bien delimitadas, escama blanquecina, signo de Auspitz; fenómeno de Koebner.
 - **Topografía:** extensores (codos/rodillas), cuero cabelludo con borde neto más allá de la línea de implantación, región lumbosacra, pliegue interglúteo; uñas.
 - **Desencadenantes:** infección faríngea (guttata), fármacos (β -bloq., litio, antimaláricos, anti-TNF), traumatismo, tabaco (palmoplantar), estrés.
 - **Comorbilidades a interrogar:** dolor/rigidez articular (cribado PsA), síndrome metabólico, depresión/ansiedad.
-

2) Diferenciales clínicos (“mimickers”) y pruebas rápidas

Piel/placas

- Dermatitis seborreica (especial en cuero cabelludo y pliegues)
- Eccema crónico/DCA (bordes menos nítidos, más prurito; historia de sensibilización)
- Tiña corporis/capitis (KOH/cultivo si duda; pústulas periféricas/alopecia)
- Pitiriasis rubra pilaris (islas de piel sana, descamación anaranjada)
- Sífilis secundaria (exantema palmo-plantar, adenopatías → solicitar serologías)
- Liquen simple crónico

Pliegues

- Candidiasis intertriginosa/eritrasma (KOH/Wood), DCA, intertrigo bacteriano

Palmas/plantas

- Eccema dishidrótico, queratodermias, tiña pedis, pustulosis palmoplantar

Uñas

- Onicomicosis (KOH/cultivo), liquen plano ungueal, trauma

Pruebas de cabecera: KOH/cultivo para dermatofitos; serologías de sífilis si clínica sugiere; cultivo/ASO en guttata postfaringitis.

3) ¿Biopsia?

Indicar biopsia punch 4-5 mm cuando:

- Presentación **atípica**, refractaria o con dudas diagnósticas
- Diferenciar de eccema, PRP, dermatitis seborreica, sífilis secundaria
- Lesiones **pustulosas** (muestrear pústulas recientes) o palmo-plantar

Cómo tomarla

- Sitio: **borde activo** de una placa sin excoiación
 - Suspender esteroide tópico 1-2 semanas si es posible
 - Profundidad: epidermis + dermis reticular superficial (incluir folículos si cuero cabelludo)
 - Fijación: **formolina 10%** para H&E; medio fresco/salino si se decide DIF por diagnóstico alterno
ampollar
-

4) Clasificación de severidad

(SCT = superficie corporal total) **Regla práctica ("de los 10"):** **PASI ≥ 10** o **SCT $\geq 10\%$** o **DLQI ≥ 10** $\Rightarrow$ enfermedad moderada-severa.

Definiciones operativas

- **Leve:** SCT $< 3\%$ y PASI < 7 y DLQI ≤ 5 , sin sitios especiales ni gran impacto funcional
- **Moderada:** SCT 3-10% o PASI 7-12 o DLQI 6-10
- **Severa:** SCT $> 10\%$ o PASI > 12 o DLQI > 10 o afectación de **sitios especiales**/discapacidad

Sitios especiales / alto impacto (tratan como moderada-severa aunque SCT bajo):

- Manos/pies (función), cara, genitales, pliegues, uñas, cuero cabelludo grave

Cribados rápidos

- **PEST** (artritis psoriásica): puntaje $\geq 3 \Rightarrow$ derivar a Reumatología
- **DLQI:** 0-1 nulo; 2-5 pequeño; 6-10 moderado; 11-20 muy grande; 21-30 extremadamente grande

Atajos de cálculo

- **SCT:** palma del paciente (con dedos) $\approx 1\%$ de SC
 - **PASI (resumen):** evalúe **eritema/induración/descamación (0-4)** en 4 regiones (cabeza, tronco, MI, MS) y multiplique por % área de cada región; objetivo terapéutico: **PASI90** cuando sea posible
-

5) Plan inicial por estratos de severidad

Leve (sin sitios especiales)

- Emolientes diarios
- **Corticoide tópico** (potencia según zona) ± **calcipotriol** (combinación aumenta eficacia)
- Alternativas/ahorradores: **tacrolimus/pimecrolimus** en cara/pliegues/genital
- Cuero cabelludo: soluciones/espumas con corticoide ± calcipotriol; champús queratolíticos
- Reevaluar en **4-8 semanas**

Moderada

- Todo lo anterior + **fototerapia NB-UVB** si disponible
- Considerar **sistémicos no biológicos** (metotrexato, ciclosporina [inducción corta], acitretina, apremilast) según perfil del paciente
- Monitorización de seguridad (ver §7)
- Objetivo: **PASI75-90** a las **8-12 semanas**

Severa o alto impacto / refractaria

- Valorar **biológicos**: anti-TNF, anti-IL-17, anti-IL-23, anti-IL-12/23; considerar **deucravacitinib** como opción oral seleccionada
- Elegir por comorbilidades (EII, riesgo infeccioso, embarazo, CV, obesidad), preferencia del paciente y acceso
- Si **eritrodermia** o **pustulosa generalizada**: manejo **urgente** (posible hospitalización) y agentes de control rápido (p. ej., ciclosporina/infliximab; anti-IL-36R en brote de GPP)

6) Seguridad previa al inicio de sistémicos/biológicos

Labs y tamizajes

- **BH, PFH, PF renal, perfil lipídico** (especial con acitretina)
- **HBsAg, anti-HBc, anti-HBs; anti-VHC; VIH**
- **TB**: IGRA o PPD ± Rx tórax según contexto
- **β-HCG** en personas con potencial gestacional
- **Vacunas**: actualizar (evitar **vivas** durante biológicos)

Contraindicaciones clave (recordatorio)

- Embarazo: **metotrexato/acitretina contraindicados**
- EII activa: precaución con **bloqueo IL-17**
- Infección grave activa: **posponer biológicos**

7) Reevaluación y escalamiento

- Medir **PASI/SCT/DLQI** en cada visita relevante (ideal: foto comparativa)
- **Respuesta insuficiente** (p. ej., <PASI75 a 12 semanas o DLQI >5 persistente):
- Optimizar adherencia/formulación

- Escalar: fototerapia → sistémico; sistémico → biológico; cambiar de clase biológica si falla primaria/ secundaria
 - Cribar **PsA** regularmente (PEST) y derivar si ≥ 3 o si hay dactilitis/entesitis/dolor inflamatorio
-

8) Mini-appendix (para la carpeta)

DLQI (resumen de interpretación)

- 0-1: sin impacto | 2-5: leve | 6-10: moderado | 11-20: muy grande | 21-30: extremadamente grande

Objetivos terapéuticos sugeridos

- 8-12 semanas: **PASI75-PASI90** o **SCT $\leq 1-3\%$** y **DLQI ≤ 5**
- Mantenimiento: **PASI90** ideal, o síntomas controlados y DLQI bajo

Criterios de derivación/urgencia

- Eritrodermia (>90% SC), deshidratación/hipotermia, fiebre con pústulas difusas
- Embarazo (planificación/curso) y necesidad de sistémicos
- Signos de artritis psoriásica