

Psoriasis — Guía de embarazo / anticoncepción / lactancia

Objetivo: planificar tratamiento seguro de la psoriasis en **preconcepción, embarazo por trimestres y lactancia**.

1) Tratamientos por trimestre y lactancia (semáforo práctico)

Leyenda:  Preferible/puede usarse ·  Usar si beneficio > riesgo / datos limitados ·  Evitar/contraindicado

Tópicos / fototerapia

Tratamiento	T1	T2	T3	Lactancia	Notas
Emolientes					Base del manejo.
Corticoides tópicos (baja/media potencia)					Evitar cursos prolongados de ultrapotentes ; usar la menor potencia eficaz, especialmente en pliegues/genital.
Tacrolimus/ Pimecrolimus tópicos					Absorción mínima; útiles en cara/pliegues/genital.
Calcipotriol					Usar áreas limitadas ; evitar uso extenso/prolongado.
Tazaroteno tópico					Contraindicado en embarazo ; evitar en pezón/areola si lacta.
NB-UVB					Primera línea sistémica-no-farmacológica; considerar ácido fólico por posible descenso sérico.
PUVA / psoralenos					Evitar durante embarazo y lactancia.

Sistémicos no biológicos

Fármaco	T1	T2	T3	Lactancia	Notas
Metotrexato					Teratógeno; suspender antes de concebir (ver §3); suplementar folato.
Acitretina					Teratógeno; prohibido en embarazo y lactancia; ver lavado 3 años (§3).

Fármaco	T1	T2	T3	Lactancia	Notas
Ciclosporina	⚠	⚠	⚠	⚠	Opción rescate en casos severos; monitorizar TA/Cr; valorar riesgo-beneficio en lactancia (posible uso con monitorización del lactante).
Apremilast	⊖	⊖	⊖	⊖	Datos limitados; evitar en embarazo y lactancia.
Deucravacitinib (TYK2)	⊖	⊖	⊖	⊖	Datos insuficientes; evitar .

Biológicos (selección preferente)

Clase / fármaco	T1	T2	T3	Lactancia	Notas clave
Anti-TNF certolizumab pegol	✓	✓	✓	✓	Transferencia placentaria mínima (sin región Fc). Suele permitirse todo el embarazo y lactancia.
Anti-TNF (adalimumab, etanercept, infliximab)	⚠	⚠	⚠	✓	Considerar suspender hacia T2-inicios T3 para reducir transferencia (excepto si control lo exige). Lactancia generalmente compatible .
Ustekinumab (IL-12/23)	⚠	⚠	⚠	⚠	Datos limitados; usar si no hay alternativas; preferir interrumpir antes de T3 .
Anti-IL-17 (secukinumab, ixekizumab, brodalumab)	⚠	⚠	⚠	⚠	Evidencia limitada; usar sólo si beneficio > riesgo; ideal detener antes T3 ; brodalumab: vigilar salud mental.
Anti-IL-23 (guselkumab, risankizumab, tildrakizumab)	⚠	⚠	⚠	⚠	Datos limitados; preferir alternativas con mayor experiencia.
Anti-IL-36R (spesolimab, GPP)**	⚠	⚠	⚠	⚠	Para brote GPP severo; individualizar con alto nivel de vigilancia.

RN expuesto a biológicos en T3: diferir **vacunas vivas** (p. ej., BCG, rotavirus) **hasta 6 meses, excepto** cuando la transferencia placentaria es mínima (p. ej., **certolizumab**); seguir lineamientos locales.

2) Tiempos de suspensión y anticoncepción

Fármaco	Recomendación de lavado antes de concebir	Anticoncepción
Acitretina	3 años tras la última dosis (evitar alcohol durante y 2 meses tras suspensión; donación de sangre prohibida)	Dos métodos eficaces durante tratamiento y 3 años después.
Metotrexato	≥3 meses antes (mujeres y, preferible, varones); iniciar ácido fólico	Método eficaz durante y ≥3 meses tras suspensión.
Apremilast	≥1 mes (conservador)	Anticoncepción eficaz durante y ≥1 mes tras suspensión.
Deucravacitinib	≥1 mes (conservador)	Anticoncepción eficaz durante y ≥1 mes tras suspensión.
Ciclosporina	No aplica lavado específico; planificar cambio si es posible	Anticoncepción si se mantiene por comorbilidades.
Biológicos (excepto certolizumab)	Considerar última dosis en T2-inicio T3 si se planea embarazo	Anticoncepción hasta decisión terapéutica segura.

Principio general: cuando la evidencia sea limitada, utilizar **≥5 semividas** como referencia mínima de lavado y coordinar con Obstetricia/Medicina Materno-Fetal.

3) Algoritmo rápido de decisión

1. ¿Embarazo planificado en 3–6 meses? → **Suspender teratógenos** (MTX, acitretina, apremilast, deucravacitinib) y pasar a **NB-UVB ± biológico preferente** (p. ej., **certolizumab**).
2. ¿Embarazo en curso?
 - **Leve-moderada:** tópicos seguros + **NB-UVB**.
 - **Moderada-severa:** si requiere sistémico → **certolizumab** o **ciclosporina** como rescate; considerar otros biológicos si no hay alternativa.
3. **Tercer trimestre** con biológicos IgG1 (anti-TNF clásicos, IL-12/23, IL-17/23): valorar **última dosis** en T2-inicio T3 para minimizar paso placentario.
4. **Lactancia:** preferir **tópicos, NB-UVB, certolizumab**; anti-TNF clásicos generalmente compatibles; evitar teratógenos y moléculas pequeñas orales sin datos.

4) Consejos prácticos y advertencias

- Evitar **corticoides sistémicos** por riesgo de rebrote/psoriasis pustulosa; si imprescindibles, usar la **menor dosis** y **taper** adecuado.
- Tratar **infecciones** y **candidiasis** oportunamente; educación sobre cuidado de piel y **emolientes diarios**.

- Documentar **riesgo-beneficio** y **consentimiento** cuando se utilicen fármacos con evidencia limitada.
 - Coordinar plan con **Obstetricia** y, si aplica, **Reumatología**.
-

Abreviaturas: SCT = superficie corporal total; NB-UVB = banda estrecha UVB; TA = tensión arterial; GPP = psoriasis pustulosa generalizada.

Esta guía resume prácticas comunes; ajustar a guías locales y fichas técnicas vigentes.