

**NUEVO**

# Faclynel<sup>®</sup>

Isotretinoína

Formando una  
nueva generación



GENERACIONES  
SONRIENTES



El estándar de oro en el  
tratamiento del acné  
al mejor precio.<sup>1,2</sup>



Isotretinoína de  
origen europeo.<sup>3\*</sup>

\* Principio activo italiano.



Bioequivalencia  
demostrada<sup>4</sup>



Italmex .....  
Línea dermatológica

## Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia

Castro-Ayarza JR<sup>1,2</sup>, Casadiego EJ<sup>3</sup>, Medina DC<sup>4</sup>

### Resumen

**ANTECEDENTES:** la psoriasis es una enfermedad frecuente en la consulta dermatológica que afecta a 2% de la población mundial, por tanto, es importante conocer las características clínicas de los pacientes que la padecen y los tratamientos prescritos en nuestra región.

**OBJETIVO:** caracterizar en términos clínicos y epidemiológicos a los pacientes con diagnóstico de psoriasis que consultaron al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colombia.

**MATERIAL Y MÉTODO:** estudio descriptivo transversal retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con diagnóstico confirmado de psoriasis mediante la revisión de las historias clínicas entre 2011 y 2013.

**RESULTADOS:** se incluyeron 793 pacientes con diagnóstico de psoriasis. La proporción de hombres y mujeres afectados fue similar. La forma clínica de psoriasis vulgar se observó en 88% de la población evaluada. Los tratamientos tópicos se administraron en 96.5% de los pacientes y los tratamientos sistémicos en 33.5%. Se encontró relación entre psoriasis y enfermedades como hipertensión arterial en 13%, dislipidemia en 7% y diabetes mellitus en 5%.

**CONCLUSIONES:** los hallazgos en esta población fueron similares a los de estudios de otros países de Latinoamérica, Asia y Europa en cuanto a la epidemiología de las formas clínicas. La población del Centro Dermatológico recibe tratamiento tópico en mayor proporción frente al tratamiento sistémico comparado con otros estudios de psoriasis realizados en Colombia y Europa.

**PALABRAS CLAVE:** psoriasis, epidemiología, tratamiento, comorbilidad, Colombia.

Dermatol Rev Mex 2017 July;61(4):283-291.

### *Description of patients diagnosed with psoriasis in a dermatology referral centre in Bogota, Colombia.*

Castro-Ayarza JR<sup>1,2</sup>, Casadiego EJ<sup>3</sup>, Medina DC<sup>4</sup>

### Abstract

**BACKGROUND:** Psoriasis is a common disease in the dermatology practice and affects 2% of the world population; therefore, it is

<sup>1</sup> Docente adjunto, Universidad Nacional de Colombia.

<sup>2</sup> Dermatólogo.

<sup>3</sup> Epidemiólogo.

Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE, Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Residente de Dermatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

**Recibido:** diciembre 2016

**Aceptado:** marzo 2017

### Correspondencia

Dr. Juan Raul Castro Ayarza  
juanraulcastro@yahoo.com

### Este artículo debe citarse como

Castro-Ayarza JR, Casadiego EJ, Medina DC. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. Dermatol Rev Mex. 2017 julio;61(4):283-291.

important to know the clinical characteristics of the patients and the treatments imparted in our region.

**OBJECTIVE:** To perform clinical and epidemiological characterization of patients diagnosed with psoriasis that consulted the Dermatology Referral Center Federico Lleras Acosta, in Bogota, Colombia.

**MATERIAL AND METHOD:** A retrospective, cross-sectional study. Patients included had a confirmed diagnosis of psoriasis, as noted in their medical records, between the years 2011-2013.

**RESULTS:** This study included 793 patients diagnosed with psoriasis. The proportion of men and women were similar. The clinical form of psoriasis vulgaris corresponded to 88% of the evaluated population. Topical treatments were given to 96.5% of patients and systemic treatments were given to 33.5%. Psoriasis was found to be related with diseases such as hypertension (13%), dyslipidaemia (7%) and diabetes mellitus (5%).

**CONCLUSIONS:** The data found in the evaluated population, related with the clinical presentation, were similar as those found in some studies of other countries in Latin America, Asia and Europe. Most of the population who attended to the dermatological centre received topical treatment instead of systemic treatment compared with other studies of psoriasis in Colombia and Europe.

**KEYWORDS:** psoriasis; epidemiology; treatment; comorbidity

<sup>1</sup> Docente adjunto, Universidad Nacional de Colombia.

<sup>2</sup> Dermatólogo.

<sup>3</sup> Epidemiólogo.

Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE, Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Residente de Dermatología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

#### Correspondence

Dr. Juan Raul Castro Ayarza  
juanraulcastro@yahoo.com

## ANTECEDENTES

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta aproximadamente a 2% de la población mundial, su frecuencia es de 0.2 a 5%, con mayor prevalencia en los países del norte de Europa y menor en Asia y Suramérica.<sup>1,2</sup>

Las manifestaciones clínicas de la psoriasis incluyen placas eritematosas con escamas plateadas gruesas, ubicadas en el cuero cabelludo, los codos, las rodillas y la región lumbosacra. También afecta las palmas, las plantas y las uñas en 20 a 50% de los casos.<sup>2</sup> La psoriasis vulgar es la forma más frecuente y ocurre en 80 a 90% de

los casos, con otras variantes menos frecuentes como las formas invertida, pustulosa, en gotas y eritrodérmica.<sup>3,4</sup> La artritis psoriásica afecta a 5-20% de los pacientes con psoriasis.<sup>5</sup> Además, es una enfermedad que afecta la calidad de vida y genera morbilidad cutánea y articular de leve a grave.<sup>1,5,6</sup>

Se considera una enfermedad poligénica, asociada con los genes PSORS 1 a PSORS 9, en 35-50% se asocia con PSORS1. También se han asociado los alelos HLA-Cw6 y la expresión elevada de HLA-B13, HLA-B17, HLA-B37, HLA-Bw16 y HLA-B27 y variantes en el gen que codifica para el receptor de la interleucina 23 (IL-23R) y la interleucina 12 (IL-12B).<sup>1,5,7,8</sup> En la patogénesis de

la enfermedad se han identificado la expresión de interferón alfa (IFN- $\alpha$ ), péptidos inflamatorios (LL-37,  $\beta$ -defensinas y S100A7) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ).<sup>1,7</sup> También se ha reportado un papel del eje IL23/Th17 responsable de la hiperproliferación queratinocítica.<sup>9</sup>

Algunos factores ambientales, como la infección faríngea por estreptococo, se han asociado en 56 a 85% con la psoriasis en gotas.<sup>3,8,10</sup> La infección por VIH se relaciona con exacerbaciones severas.<sup>2</sup> La acción de algunos medicamentos se identifican en las recurrencias, como los antihipertensivos (IECA, betabloqueadores), los antimaláricos y el litio.<sup>3,8</sup>

En Colombia existen pocos trabajos acerca de la psoriasis que caractericen la enfermedad: González y su grupo describen la clínica y el tratamiento de 86 pacientes con psoriasis;<sup>10</sup> Cortés y su grupo evaluaron la repercusión del tratamiento de la psoriasis en la calidad de vida en 59 pacientes;<sup>11</sup> Velez y colaboradores caracterizaron 93 pacientes con psoriasis en tratamiento con fototerapia<sup>12</sup> y en dos estudios, Rojas y colaboradores y Jiménez y su grupo describieron la relación entre la psoriasis y el síndrome metabólico en dos estudios de 46 y 52 pacientes.<sup>13,14</sup> El objetivo de este estudio fue caracterizar en términos clínicos y epidemiológicos los pacientes con diagnóstico de psoriasis que consultaron este centro con mayor número de pacientes que los estudios previos realizados en Colombia.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal, retrospectivo, en el que se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico confirmado de psoriasis, por clínica e histología, entre 2011 y 2013. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico diferente por histología, antecedentes de neoplasias cutáneas tipo linfoma o historias clínicas incompletas.

Se determinó la carga asistencial en el Centro Dermatológico de acuerdo con el número de consultas por año. Se evaluaron las variables: edad, sexo, número de consultas por año, tiempo de diagnóstico definido como el tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la consulta en la institución, familiares con psoriasis, forma clínica de psoriasis, índices clinimétricos, toma de biopsia, comorbilidades y tratamientos recibidos.

La información se almacenó en una base de datos diseñada en Excel 2010® y el procesamiento estadístico de datos se realizó con el programa Stata 13®.

El proyecto se rigió por las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación del Ministerio de Salud y se sometió a la aprobación por parte del Comité Científico y de Ética Institucional del Centro Dermatológico.

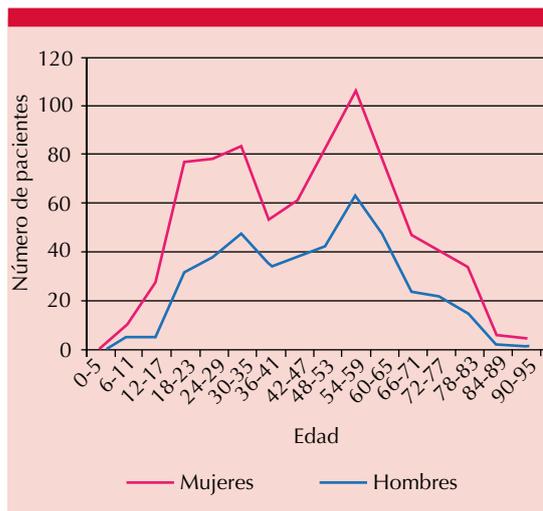
## RESULTADOS

Se revisaron 1,426 historias clínicas con diagnóstico confirmado de psoriasis desde 2011 hasta 2013. Se consideraron 793 historias con los datos completos para ingresar al estudio.

El número de pacientes con diagnóstico nuevo de psoriasis fue de 4 a 9 por mil pacientes por año e hizo referencia a 2% del total de pacientes de la consulta en el Centro Dermatológico por año.

La proporción de mujeres afectadas fue de 46%. El promedio de edad de los pacientes fue de 46 años (hombres: 47 años, mujeres: 45 años), con límites de edad de 3 a 95 años. El número de casos se incrementó con la edad, sin diferencias por sexo, con un pico de 54 a 59 años y descenso a partir de este grupo de edad (**Figura 1**).

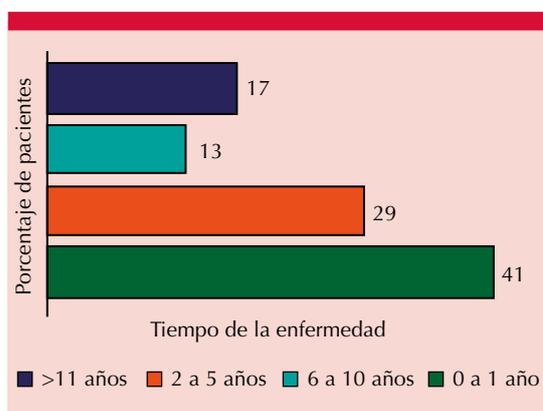
El tiempo de inicio de la psoriasis, definido como el periodo desde que se manifestó la enfermedad



**Figura 1.** Distribución de los pacientes por sexo y edad.

hasta el momento de la consulta, se determinó en 699 (88%) pacientes y fue de 6.1 años en promedio. Según los tiempos de diagnóstico, 70% de los pacientes fueron diagnosticados antes de los cinco años (**Figura 2**).

La forma clínica predominante fue la psoriasis vulgar (89%, **Cuadro 1**). No hubo casos de psoriasis articular como única manifestación de la enfermedad. El daño articular de la psoriasis se



**Figura 2.** Tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta el momento de consulta.

**Cuadro 1.** Distribución de las formas clínicas de la enfermedad y otros daños ungueales y articulares

| Formas clínicas de psoriasis  | Número total de pacientes (%) | Hombres, núm. | Mujeres, núm. |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------|---------------|
| Vulgar                        | 703 (88.9)                    | 390           | 313           |
| En gotas                      | 49 (6)                        | 16            | 33            |
| Ungueal exclusiva             | 22 (3)                        | 5             | 17            |
| Invertida                     | 10 (1)                        | 3             | 7             |
| Eritrodérmica                 | 4 (0.5)                       | 4             | -             |
| Pustulosa                     | 4 (0.5)                       | 3             | 1             |
| No definida                   | 1 (0.1)                       | 1             | -             |
| Artritis psoriásica exclusiva | 0                             | -             | -             |
| Total                         | 793 (100)                     | 422           | 371           |

encontró en 16 (2%) pacientes y el de las uñas, independientemente de la forma clínica, en 119 (15%) pacientes. El diagnóstico confirmatorio por biopsia se realizó en 10% de los pacientes.

La existencia de un familiar afectado con la enfermedad se observó en 9% de los casos. La existencia de comorbilidades como obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, artritis reumatoide y trastornos psiquiátricos en pacientes con psoriasis ocurrió en 22% (**Cuadro 2**).

En 765 (96.5%) pacientes con psoriasis se prescribió tratamiento tópico que incluyó

**Cuadro 2.** Comorbilidades en los pacientes con psoriasis

| Comorbilidades           | Número de pacientes (%) |
|--------------------------|-------------------------|
| Total                    | 171 (21)                |
| Hipertensión arterial    | 102 (13)                |
| Dislipidemia             | 52 (7)                  |
| Diabetes mellitus        | 36 (5)                  |
| Obesidad*                | 30 (4)                  |
| Trastornos psiquiátricos | 4 (0.5)                 |
| Artritis reumatoide      | 7 (1)                   |

\* Datos insuficientes. El 86% de los datos ausentes.

corticoesteroides, análogo de la vitamina D y retinoides (**Cuadro 3**). En 266 (33.5%) se prescribió tratamiento sistémico con sulfonas (dapsona o trimetoprim-sulfametoxazol) en 20%, metotrexato en 11%, retinoides orales en 0.5% y tratamientos biológicos (anti-TNF-anti-IL-12 e IL-23) en 0.5%. No hubo pacientes tratados con ciclosporina. La fototerapia se documentó en 7% de los pacientes (**Cuadro 4**). La psoriasis invertida fue la única forma clínica que no recibió tratamiento sistémico.

En los sistemas de clinimetría se utilizó el índice de severidad del área de psoriasis (PASI, por sus siglas en inglés) en 11.5% de los pacientes, el de superficie de área corporal afectada (BSA) en 6% de los pacientes y el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) en 0.4% de los pacientes.

## DISCUSIÓN

Los estudios en psoriasis vulgar reportan prevalencias en América Latina, África y Asia de 0.5%.<sup>15,16</sup> En Estados Unidos la incidencia de psoriasis reportada fue de 59.9/100,000 habitantes/año, mientras que en el Reino Unido fue

**Cuadro 3.** Tipos de tratamientos tópicos recibidos por los pacientes

| Tipo de tratamiento                                     | Número de pacientes (%) |
|---------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Combinaciones</b>                                    |                         |
| Corticoesteroide + análogo de la vitamina D             | 188 (24)                |
| Corticoesteroide + análogo de la vitamina D + retinoide | 3 (0.4)                 |
| Análogo de la vitamina D + retinoide                    | 0                       |
| Corticoesteroide + retinoide                            | 4 (0.5)                 |
| <b>Monoterapia</b>                                      |                         |
| Retinoide solo                                          | 0                       |
| Calcipotriol solo                                       | 1 (0.1)                 |
| Corticoesteroide solo                                   | 569 (71)                |

**Cuadro 4.** Tratamientos sistémicos de acuerdo con la forma clínica

| Forma clínica, núm.     | Tratamiento                           |                                      |                                      |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
|                         | Sulfonamidas, número de pacientes (%) | Metotrexato, número de pacientes (%) | Fototerapia, número de pacientes (%) |
| Vulgar, n=703           | 132 (19)                              | 70 (10)                              | 54 (8)                               |
| En gotas, n=49          | 24 (49)                               | 9 (18)                               | 5 (10)                               |
| Eritrodermica, n=4      | 0                                     | 2 (50)                               | 2 (50)                               |
| Ungueal exclusiva, n=22 | 2 (9)                                 | 2 (9)                                | 0                                    |
| Invertida, n=10         | 0                                     | 0                                    | 0                                    |
| Pustulosa, n=4          | 1/4 (25)                              | 4 (100)                              | 0                                    |

\* Los pacientes pueden haber recibido uno o más tratamientos sistémicos.

de 149/100,000 habitantes/año, sin diferencias por grupo étnico ni de género, hallazgos epidemiológicos similares a los de este estudio.<sup>15-17</sup>

La carga asistencial de consulta por psoriasis en el Centro Dermatológico fue de 2%, en contraste con la reportada en un Centro de Referencia de Malasia que fue de 9.5%.<sup>18</sup> En el Hospital Universitario de Noruega del Norte se informó que en un periodo de estudio de 30 años, la consulta por psoriasis pasó de 4.5 a 11%.<sup>19</sup>

El inicio de la enfermedad suele ocurrir entre la segunda y la cuarta décadas de la vida, pero puede aparecer a cualquier edad, aunque algunos estudios muestran que aumenta desde la infancia, llegando a un punto estable en la edad adulta.<sup>6,10</sup> En este estudio se encontró menor proporción de pacientes menores de 20 a 30

años y que aumenta a partir de esta edad con un pico a los 54 años. En un estudio realizado en Corea del Sur, 58% de los pacientes iniciaron la enfermedad antes de los 30 años y en Italia 73% manifestó la enfermedad antes de los 40 años de edad.<sup>15,16,20</sup>

En las islas Feroe y en Suecia, entre 8 y 23% de los pacientes tiene un familiar afectado en primer o segundo grado, hallazgo similar a nuestros resultados.<sup>21</sup> Sin embargo, un estudio que recogió datos de países europeos y de Estados Unidos indica incluso 45% de antecedente familiar de psoriasis.<sup>17</sup>

La psoriasis vulgar fue la forma clínica más frecuente en este estudio en 89%. En Corea del Sur un estudio describe la psoriasis vulgar en 85%, en gotas en 8%, palmoplantar en 3.5% y eritrodérmica en 1%, porcentajes comparables a los encontrados en este estudio.<sup>16</sup> Otros estudios realizados en Estados Unidos, Europa, Taiwán, Brasil y Perú mostraron hallazgos similares.<sup>22,23</sup> La afectación ungueal se observó en 15%, por debajo de lo descrito previamente en otros estudios (40-76%).<sup>24</sup>

La biopsia de piel no se requiere de manera rutinaria, sólo en caso de dificultad diagnóstica, lo que sugiere que el diagnóstico es predominantemente clínico, como se observó en este estudio.<sup>4</sup>

La existencia de artritis psoriásica se encontró por debajo de lo descrito en otros estudios. En Brasil se informó su existencia en 35% de los pacientes, que fueron evaluados con criterios CASPAR.<sup>23</sup> Este estudio no tuvo el alcance de poder tomar un dato fiable de la existencia de artritis psoriásica.

El uso de medidas clinimétricas (PASI, BSA, DLQI) en este estudio fue menor a lo esperado, que debe evaluarse idealmente en todos los pacientes para establecer el tratamiento inicial

y la progresión. Esto indica probablemente que en la consulta del día a día, no se siguen todos los parámetros de clinimetría, lo que podría relacionarse con el tiempo que requieren los cuestionarios y tablas para su realización.<sup>25,26</sup>

La terapia tópica es la primera línea de tratamiento.<sup>3,4</sup> En este estudio el tratamiento más prescrito fueron los corticoesteroides tópicos, hallazgos similares a los de otro estudio realizado en Perú.<sup>22</sup> En Italia, se observó que los pacientes fueron tratados con esteroides tópicos en 42% y con tratamiento biológico en 40%.<sup>20</sup> Otros estudios ilustran la administración de esteroides tópicos en 20%, análogos de la vitamina D en 19%, tratamiento combinado (análogos de vitamina D + corticoesteroides) en 16%.<sup>27</sup> Un estudio multicéntrico reportó la administración de tratamiento combinado de esteroides tópicos más análogos de vitamina D en 24%, cifra similar a nuestros hallazgos.<sup>17</sup> La administración de tazaroteno se ha descrito en 11%, en nuestra población los retinoides tópicos se prescribieron en 0.9%, probablemente debido a los altos costos y la poca disponibilidad en nuestro medio.<sup>17,28</sup>

La fototerapia, tanto PUVA como UVB de banda estrecha, se ha prescrito sola o en combinación con otros tratamientos.<sup>12</sup> En un estudio previo realizado en Colombia se trató a 27% de los pacientes, porcentaje mayor a lo encontrado en los resultados de este estudio,<sup>10</sup> aunque en otros países como Perú se han prescrito en menor proporción (3%),<sup>22</sup> lo que parece variar de acuerdo con la disponibilidad del tratamiento.

Los tratamientos sistémicos están dirigidos a pacientes con formas moderadas a severas de psoriasis.<sup>25</sup> Su acción se basa en reducir la proliferación de los queratinocitos y la inflamación, para lo que se prescriben metotrexato, retinoides y ciclosporina como principales tratamientos.<sup>3,4,25</sup> En un estudio multicéntrico conducido en Europa, Norteamérica y Latinoamérica el

metotrexato se prescribió en 40%, la fototerapia en 54% y el tratamiento biológico en 72% de los pacientes y este hallazgo fue diferente al de este estudio.<sup>17</sup> Asimismo, Ponce-Rodríguez y su grupo, en un estudio realizado en Perú, encontraron proporciones de tratamiento similares, lo que sugiere que las diferencias posiblemente se relacionen de acuerdo con los países donde se da el tratamiento.<sup>22</sup>

En la institución se prescribió el tratamiento con sulfonas con más frecuencia a lo descrito en la bibliografía y en particular en la psoriasis en gotas. En una revisión de la bibliografía se encontró la administración de sulfonas en algunas formas pustulosas, pero hay poca experiencia en otras formas de psoriasis y no debe ser primera línea de tratamiento.<sup>29</sup>

Otras opciones terapéuticas, como el tratamiento biológico, están dirigidas a receptores específicos para la psoriasis vulgar o la artropatía psoriásica, así como contra el factor de necrosis tumoral (etanercept, adalimumab e infliximab, golimumab y certolizumab), los inhibidores de IL-12/IL-23 (ustekinumab) y los inhibidores de IL-17 (secukinumab, ixekizumab),<sup>3,30</sup> que en nuestro estudio se prescribieron sólo en cuatro pacientes (adalimumab y etanercept).

Vélez y su grupo, en Colombia, encontraron en un estudio que 43% de los pacientes tenía alguna enfermedad asociada, como dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes.<sup>12</sup> En Taiwán, en una revisión de casos y controles con mayor riesgo de hipertensión arterial (OR 1.63), diabetes mellitus (OR 1.78), dislipidemia (OR 1.76) y enfermedad cardíaca (OR 1.34), se observaron hallazgos similares a los de otros estudios multicéntricos.<sup>6,31</sup>

La existencia de comorbilidades fue similar en este estudio a la de una población en Toulouse, Francia, donde informaron hipertensión arterial en 26%, diabetes mellitus en 10% e hipercoles-

terolemia en 14%.<sup>28</sup> Otro estudio realizado en Brasil con pacientes con psoriasis y controles no encontró diferencias en comorbilidades entre los pacientes con psoriasis y la población general.<sup>32</sup>

La relación entre psoriasis, enfermedades psiquiátricas y artritis reumatoide fue baja, probablemente debido a que en la consulta dermatológica no se valoran síntomas psiquiátricos y reumatológicos como lo harían estas especialidades, lo que hace que este dato sea poco fiable. En Brasil, según algunos estudios de casos y controles, se observó una diferencia en pacientes con depresión,<sup>32</sup> mientras que en Taiwán se encontró mayor riesgo de artritis reumatoide (OR 10.25) sin relación con el grupo de edad, situación que no se valoró en este estudio.<sup>31</sup>

La obesidad no pudo valorarse con los datos encontrados ante la ausencia del registro (86% de los registros no tenía información relacionada con el peso). En un estudio multicéntrico internacional se encontró obesidad con índice de masa corporal mayor a 30 en 48% de la población, cifra por encima de la media de Estados Unidos y Canadá (25-35%),<sup>17</sup> al igual que en Brasil, donde se ha observado tendencia a la obesidad en estos pacientes.<sup>32</sup>

Existen diversas escalas y cuestionarios para evaluar la calidad de vida que tratan de estandarizar la severidad de la enfermedad y se utilizan para determinar la respuesta al tratamiento. En nuestro estudio el uso de estas escalas de clinimetría (PASI, BSA) y de calidad de vida (DLQI) no fue habitual en todos los pacientes, lo que impidió establecer el seguimiento.<sup>11,33</sup>

## CONCLUSIONES

Este estudio aporta datos epidemiológicos de la psoriasis en la región debido a que el número de pacientes incluidos con diagnóstico de psoriasis

riasis fue mayor al de otros trabajos; permite reconocer las similitudes en las formas clínicas en todo el mundo y las formas de tratamiento a nivel regional. Se correlaciona la existencia de comorbilidades observadas en nuestra población del centro dermatológico frente a los hallazgos en otras poblaciones de los estudios descritos.

## REFERENCIAS

- Nestle F, Kaplan D, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009;361(5):469-509.
- Chandran V, Raychaudhuri S. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Autoimmun* 2010;34:314-21.
- Menter A, Griffiths C. Current and future management of psoriasis. *Lancet* 2007;370:272-84.
- Gonzalez C, Londoño A, Castro L. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia. Primera edición. Bogotá, Colombia. Panamericana formas e impresos, 2012.
- Griffiths C, Barker J. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;370:263-71.
- Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, et al. Integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. Working Group on Psoriasis-associated Comorbidities. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103(supl1):1-64.
- Elder J. Genome-wide association scan yields new insights into the immunopathogenesis of psoriasis. *Genes Immun* 2009;10(3):201-9.
- Bachelez H. Immunopathogenesis of psoriasis: Recent insights on the role of adaptive and innate immunity. *J Autoimmun* 2005;25:69-73.
- Raychaudhuri S. Role of IL-17 in psoriasis and psoriatic arthritis. *Clinic Rev Allerg Immunol* 2013;44:183-93.
- González C, Castro L, De La Cruz G, Arenas C, Beltrán A, Santos A. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2009;17(1):11-7.
- Cortés C, Castro-Ayarza J, Fierro E, Ojeda C. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. *Dermatol Rev Mex* 2010;54(3):125-32.
- Vélez N, Bohórquez L, Corrales M, Orrego S, Jiménez S, Zuluaga A y col. Caracterización de los pacientes con psoriasis en tratamiento con fototerapia. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2011;19:100-6.
- Rojas R, Castellanos H, Peñaranda E. Prevalencia del síndrome metabólico, gravedad clínica y calidad de vida en pacientes con psoriasis del Hospital Universitario de La Samaritana. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2013;21(3):220-5.
- Jiménez S, Montoya L, Gaviria A, Gómez D y col. Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con psoriasis, Centro Dermatológico CES Sabaneta, abril a junio de 2012. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2015;23(1):30-8.
- Parisi R, Symmons D, Griffiths C, Ashcroft D. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013;133(2):377-85.
- Na S, Jo S, Youn J. Clinical study on psoriasis patients for past 30 years (1982-2012) in Seoul National University Hospital Psoriasis Clinic. *J Dermatol* 2013;40(9):731-5.
- Kimball A, Leonardi C, Stahle M, Gulliver W, et al. Demography, baseline disease characteristics and treatment history of patients with psoriasis enrolled in a multicentre, prospective, disease-based registry (PSOLAR). *Br J Dermatol* 2014;171(1):137-47.
- Sinniah B, Saraswathy Devi S, Prashant B. Epidemiology of psoriasis in Malaysia: a hospital based study. *Med J Malaysia* 2010;65(2):112-4.
- Danielsen K, Olsen A, Wilsgaard T, Furberg A. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br J Dermatol* 2013;168(6):1303-10.
- Altobelli E, Marziliano C, Fargnoli M, Petrocelli R, et al. Current psoriasis treatments in an Italian population and their association with socio-demographical and clinical features. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26(8):976-82.
- Gupta R, Debbaneh M, Liao W. Genetic epidemiology of psoriasis. *Curr Dermatol Rep* 2014;3(1):61-78.
- Ponce-Rodríguez M, Mendoza R. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. *Dermatol Perú* 2012;22(3):144-50.
- Carneiro J, Paula A, Martins G. Psoriatic arthritis in patients with psoriasis: evaluation of clinical and epidemiological features in 133 patients followed at the University Hospital of Brasilia. *An Bras Dermatol* 2012;87(4):539-44.
- Brazzelli V, Carugno A, Alborghetti A, Grasso V, et al. Prevalence, severity and clinical features of psoriasis in fingernails and toenails in adult patients: Italian experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26(11):1354-9.
- Arango F, Franco M, Hoyos A. Psoriasis: conceptos actuales en el tratamiento sistémico. Parte 1: Agentes sistémicos tradicionales. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2011;19:35-42.
- Ashcroft D, Wan Po A, Williams H, Griffiths C. Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. *Br J Dermatol* 1999;141(2):185-91.
- Franzke N, Montenbruck M, Langenbruch A, Beikert F, et al. Drug supply for psoriasis-results from a national pharmacy network. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013;11(7):638-43.
- Meyer N, Paul C, Feneron D, Bardoulat I, et al. Psoriasis: an epidemiological evaluation of disease burden in 590 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24(9):1075-82.
- Sheu J, Divito S, Enamandram M, Merola J. Dapsone therapy for pustular psoriasis: case series and review of the literature. *Dermatology* 2016;232(1):97-101.

30. Kim I, West C, Kwatra S, Feldman S, O'Neill J. Comparative efficacy of biologics in psoriasis. A review. *Am J Clin Dermatol* 2012;13(6):365-74.
31. Tsai T, Wang T, Hung S, Tsai P, et al. Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *J Dermatol Sci* 2011;63(1):40-6.
32. Menegon D, Pereira A, Camerin A, Cestari T. Psoriasis and comorbidities in a southern Brazilian population: a case-control study. *Int J Dermatol* 2014;53(11):518-25.
33. Ciocon D, Horn E, Kimball A. Quality of life and treatment satisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis and patients with psoriasis only. *Am J Clin Dermatol* 2008;9(2):111-17.

#### **Fundación para la Dermatitis Atópica (FDA) en México**

Siendo la dermatitis atópica uno de los padecimientos más prevalentes, crónicos en niños, y que requiere de explicaciones precisas, apoyo a la investigación, para todo eso se creó la Fundación México, tiene como sede al prestigiado Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría, y lo lidera su jefa la Dra. Carola Durán McKinster, y está conformado por su selecto grupo de especialistas.

Sus objetivos son claros y precisos, afiliación de pacientes, dar información, conducir talleres, ayuda directa a los pacientes. Su página web es:

<http://www.fundacion-dermatitis-atopica.com.mx/>

#### **Misión y Visión de la FDA**

“Su misión. Poner al alcance de los niños mexicanos con Dermatitis Atópica y sus familiares información clara, precisa y profesional sobre qué es, cómo tratar y cómo superar la enfermedad, basados en un enfoque no sólo de salud clínica sino psicológica y social.”

“Su visión. Convertir a la Fundación para la Dermatitis Atópica en la entidad de referencia más relevante del país, para dirigir y orientar tanto a pacientes y familiares, como a otras entidades clínicas y sociales que puedan identificar esta enfermedad en su entorno, a fin de brindar los cuidados clínicos y emocionales de más niños con Dermatitis Atópica, para devolverles una mejor calidad de vida que redunde en una mejor integración y un mejor desempeño de estos pequeños en su entorno social.”

## INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA IPP-R

### CÁPSULAS

FÓRMULA: Cada cápsula contiene:

### FACLYNEL ISOTRETINOINA

Isotretinoína 10 y/o 20 mg  
Excipiente cbp 1 cápsula



**INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** La isotretinoína está indicado para formas graves de acné nódulo quístico, en particular acné quístico y acné conglobata, sobre todo del tronco que no han tenido respuesta a los tratamientos convencionales, incluidos los antibióticos, deben prescribirlo solamente médicos con experiencia en el uso de retinoides sistémicos (preferentemente dermatólogos) y que conozcan el riesgo de teratogénesis si se toma isotretinoína durante el embarazo. **CONTRAINDICACIONES:** La isotretinoína está contraindicado en el embarazo, la insuficiencia renal o hepática y la hipervitaminosis A, así como en pacientes con hiperlipidemia o hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES GENERALES:** Solo deberán prescribir isotretinoína los médicos que estén experimentados en el uso de retinoides sistémicos y los conocimientos adecuados sobre el peligro de teratogénesis. Las mujeres en edad de procrear no deben recibir sangre de donantes cuyo tratamiento con isotretinoína no haya terminado como mínimo 1 mes antes de la donación. Se recomienda controlar la función hepática antes de iniciar el tratamiento y 1 mes después de su comienzo, así como cada 3 meses posteriormente. También se aconseja controlar los lípidos séricos (en ayunas) antes de empezar la terapia, al cabo de 1 mes de iniciada y al finalizar el tratamiento. Se han descrito depresión, síntomas psicóticos y, en raras ocasiones, intento de suicidio de pacientes tratados con isotretinoína. Aunque no se ha establecido la relación causal, se prestará especial atención a los pacientes con antecedentes de depresión. De un modo general, se vigilará la presencia de signos depresivos en todos los pacientes y, si es necesario, se adoptarán las medidas pertinentes para que reciban el tratamiento apropiado. Dada la posibilidad de alteraciones óseas, se evaluarán cuidadosamente la relación riesgo/beneficios en cada paciente, restringiendo la administración de isotretinoína en casos graves. Se recomienda utilizar anticonceptivos con efecto antiandrogénico como la ciproterona asociada al etinilestradiol, o un anticonceptivo con progestágeno sin efecto androgénico. Es posible que las preparaciones de progesterona en microdosis (minipíldora) no sean adecuadas como método anticonceptivo durante el tratamiento con isotretinoína. Debe evitarse toda la dermoabrasión agresiva durante el tratamiento con isotretinoína y los 5-6 meses siguientes, debido al riesgo de cicatrización hipertrófica en áreas atópicas. De igual manera, se evitará la depilación con cera durante el tratamiento con isotretinoína y los 5-6 meses siguientes, debido a riesgo de dermatitis. Durante el tratamiento con isotretinoína, se han descrito algunos casos de disminución de la visión nocturna, persistente ocasionalmente tras su finalización. Dado el comienzo repentino en algunos casos de esta alteración, se debería advertir a los pacientes que actúen con precaución si conducen vehículos o manejan máquinas de noche. Los trastornos de la visión deben vigilarse estrechamente. Este medicamento contiene el colorante azul No. 1, que puede provocar reacciones alérgicas.

**RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** La isotretinoína es muy teratogénica. Por lo tanto, está contraindicado en las mujeres embarazadas o que puedan quedar embarazadas durante el tratamiento. El riesgo de malformaciones fetales cuando se toma isotretinoína durante el embarazo, en cualquier dosis y aunque sea por corto tiempo, es muy elevado. Potencialmente, todo feto expuesto corre este peligro. La isotretinoína está contraindicado en todas las mujeres fértiles, siempre que no se cumplan todas las condiciones siguientes: La paciente sufre de acné quístico grave, deformante y resistente a los tratamientos convencionales. Entiende las prescripciones médicas y cabe fiarse de que las cumplirá. Es capaz de aplicar las medidas anticonceptivas, que tienen carácter obligatorio. Ha sido informada por su médico de los peligros que comporta un embarazo durante el tratamiento con isotretinoína y hasta 1 mes después de concluido. Además, se le ha advertido las medidas preventivas. Se ha sometido a una prueba de embarazo con un resultado negativo dentro de las 2 semanas anteriores al inicio del tratamiento. En el transcurso de éste, conviene repetir la prueba mensualmente. Aplicar un método anticonceptivo eficaz e ininterrumpido durante 1 mes antes de empezar el tratamiento con isotretinoína, a lo largo de todo éste y durante el mes siguiente a su conclusión. No empieza el tratamiento con isotretinoína hasta el segundo o tercer día de la siguiente menstruación normal. En caso de tener una recaída, deberá utilizar las mismas medidas anticonceptivas eficaces e ininterrumpidas durante 1 mes antes de empezar el tratamiento con isotretinoína, a lo largo del mismo y durante el mes siguiente a su terminación. Durante el tratamiento con isotretinoína deben seguir estas instrucciones incluso las mujeres estériles que, por este hecho, no toman normalmente anticonceptivos. Si, a pesar de estas precauciones, quedase embarazada la paciente en el curso del tratamiento con isotretinoína durante el mes siguiente, existe para el feto un alto riesgo de gravísimas malformaciones (en particular del sistema nervioso central, del corazón y de los vasos sanguíneos grandes). Además, aumenta el riesgo de aborto espontáneo. Se conocen casos de gravísimas malformaciones fetales causadas por la toma de isotretinoína. Estas malformaciones consisten en hidrocefalia, microcefalia, anomalías del oído externo (micropinnae, acortamiento o ausencia del conducto auditivo externo), microftalmia, anomalías cardiovasculares, deformidades faciales, trastornos morfológicos del tino, anomalías de las glándulas paratiroideas y malformaciones cerebrales. Dado que la isotretinoína es muy lipófila, es alta la probabilidad de que pase a la leche materna. Ante el potencial de efectos adversos de isotretinoína, debe evitarse su administración a madres lactantes. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** La mayoría de los efectos secundarios producidos por isotretinoína están relacionados con la dosis. Con la dosis recomendada, la relación riesgo/beneficio es generalmente aceptable, tomando en consideración la severidad de la enfermedad. Los siguientes síntomas son los efectos indeseables reportados con mayor frecuencia son: sequedad de la piel, sequedad de las mucosas de los labios, nasal (epistaxis), la faringe (ronquera) y de los ojos (conjuntivitis, opacidades corneales reversibles e intolerancia a los lentes de contacto). Exantema, prurito, eritema/dermatitis facial, sudoración, granuloma piogénico, paroniquia, distrofia en las uñas, incremento en la formación de tejido de granulación, un persistente adelgazamiento del cabello, alopecia reversible, acné fulminans, hirsutismo, hiperpigmentación, fotosenibilidad. Dolor muscular, dolor articular, hiperostosis y otros cambios óseos, tendinitis. Alteraciones en el comportamiento, depresión, cefalea, incremento en la presión intracraneana, ataques, casos aislados de alteraciones visuales, fotofobia, alteraciones en la adaptación a la oscuridad (disminución de la visión nocturna), catarata lenticular, queratitis, alteraciones auditivas en ciertas frecuencias. Se ha reportado náuseas, síndrome de colon irritable, como colitis y hemorragia. Los pacientes con niveles elevados de triglicéridos, se encuentran en riesgo de desarrollar pancreatitis. Rara vez se ha reportado pancreatitis fetal. Incrementos transitorios y reversibles en las transaminasas, algunos casos de hepatitis. En muchos casos, los cambios se han presentado dentro de rango normal y los valores han regresado a los niveles basales durante el tratamiento. Sin embargo, en otros casos, ha sido necesario reducir la dosis o suspender el tratamiento con isotretinoína. Rara vez se ha reportado broncospasmo; algunas veces en los pacientes con antecedentes de asma. Infecciones sistémicas o locales debido a microorganismos grampositivos *Staphylococcus aureus*, Linfadenopatía, hematuria, proteinuria y pancreatitis. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** No debe administrarse en mujeres embarazadas o que estén en riesgo de embarazarse, mujeres en periodo de lactancia, ni en personas con insuficiencia hepática y renal, ó con niveles elevados de colesterol y triglicéridos, y tampoco en personas que se sepan alérgicas a la isotretinoína. **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENÉISIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** En estudios sobre mutagenicidad (prueba de Ames, prueba de micronúcleos, prueba de mutagénesis en células de hámster), se encontró como no mutágena a la isotretinoína. Como fue mencionado con anterioridad, la isotretinoína es teratogénica, aun a dosis mínimas, por lo que su administración está contraindicada no sólo en mujeres embarazadas o que puedan estarlo durante el tratamiento, sino también en todas las mujeres en edad de procrear. Es indispensable que toda mujer cumpla con las medidas de precaución relativas a la anticoncepción. En un estudio llevado a cabo en ratas se observó que a una dosis de 32 mg/kg/día durante un periodo mayor a 18 meses, había un incremento en la incidencia de aparición de feocromocitoma, pero no es relevante en la población humana, debido a que estas ratas tienen predisposición genética a desarrollar este tipo de tumoración. En un estudio llevado a cabo en ratas de ambos sexos, no se comprobó ningún efecto en la función de los órganos sexuales ni en la fertilidad. No se han encontrado cambios significativos en espermatozoides de hombres tratados con isotretinoína. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Vía de administración: Oral La respuesta terapéutica a isotretinoína y sus efectos secundarios están relacionados con la dosis y varían entre pacientes. Esto indica la necesidad de ajustes individuales de dosis durante la terapia. La terapia con isotretinoína deberá comenzar con una dosis de 0.5 y 1.0 mg/kg por día. Para la mayoría de los pacientes la dosis se encuentra entre 0.5 y 1.0 mg/kg por día. Los pacientes con enfermedad muy grave o con acné troncado pueden requerir dosis diarias mayores hasta de 2.0 mg/kg. Se ha documentado que una dosis acumulada de 120 mg/kg por tratamiento aumenta las tasas de remisión y previene las recaídas. La duración de la terapia en pacientes individuales variará, por tanto, en función de la dosis diaria. La remisión completa del acné se logra generalmente con una terapia de 16-24 semanas. En pacientes con intolerancia grave a la dosis normal, puede continuarse el tratamiento a una dosis menor, con una terapia de duración mayor, consecuentemente. La mayoría de los pacientes (>60%) obtienen una desaparición completa del acné con un solo tratamiento. En caso de una recaída definitiva, de deberá administrar un curso renovado de terapia con isotretinoína con la misma dosis diaria y tratamiento acumulado que el original. En vista de que se puede observar una posterior mejoría del acné hasta 8 semanas después de suspender el tratamiento, la reinstalación del tratamiento no debe iniciarse hasta después de este periodo. Las cápsulas deberán tomarse con los alimentos una o dos veces al día. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** Es muy raro que se presente toxicidad aguda con el uso de isotretinoína, en casos de sobredosificación accidental podrían aparecer síntomas de hipervitaminosis A, los cuales son reversibles. Se recomienda un lavado estomacal durante las primeras horas tras la ingestión de dosis excesivas. **PRESENTACIONES:** Caja con 30 cápsulas de 10 ó 20 mg en envase de burbujas. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Producto perteneciente al grupo II. Su venta requiere receta médica, la cual se retendrá en la farmacia. No se administre en mujeres embarazadas, en periodo de lactancia o en riesgo de embarazo ya que produce malformaciones congénitas. Es importante que las mujeres cumplan las medidas de precaución. Este medicamento deberá administrarse únicamente bajo estricta vigilancia médica. No se deje al alcance de los niños. Hecho en México por: GELPHARMA S.A. DE C.V. Av. Paseo del Pacífico No. 380, Guadalajara, Technology Park, C.P. 45010 Zapopan, Jalisco. México. Reg. No. 412M2014 SSA II. **Aviso No. 16330020C2929 SSA. REFERENCIAS:** 1. A Review of Systemic Retinoid Therapy for Acne and Related Conditions. <http://www.skintherapyletter.com/2004/9/3/1.html>. 2. Lista de precios NADRO Febrero 2016. 3. Registro Sanitario Faclynel® 4. Estudio de Bioequivalencia realizado en Julio 2014 por Ipharma SA de CV, tercero autorizado por COFEPRIS en cumplimiento con la NOM-177-SSA1-1998.