Revista Uruguaya de Medicina Interna
ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

REVISIÓN

# Recomendaciones para el manejo de la Psoriasis en Uruguay 2026

- Recommendations for the Management of Psoriasis in Uruguay 2026
- Recomendações para o Manejo da Psoríase no Uruguai 2026

**Claudia Guebenlián**[1]
ORCID: 0000-0002-0002-5318
**Diego López**[1]
ORCID: 0000-0002-2459-1584
**Mariana Lizarraga**[1]
ORCID: 0000-0002-8446-1976
**Sofía Martínez**[1]
ORCID: 0009-0002-8778-6124
**Carolina Langwagen**[1]
ORCID: 0009-0001-9452-8732
**Magdalena Vola**[1]
ORCID: 0000-0001-6542-7599
**Mercedes Laporte**[1]
ORCID: 0009-0007-3027-1206
**Chiara Bruno**[1]
ORCID: 0000-0002-8853-2356
**Patricia Levrero**[1]
ORCID: 0009-0007-7538-1636
1-Universidad de la República. Facultad de Medicina. Unidad Académica Dermatología.

## Resumen

**Introducción:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica y multifactorial con repercusiones cutáneas, articulares, metabólicas y psicosociales. En Uruguay no existen datos epidemiológicos nacionales robustos, lo que genera la necesidad de recomendaciones clínicas adaptadas al contexto local. El objetivo del artículo fue elaborar recomendaciones actualizadas para el manejo de la psoriasis en placas en Uruguay, integrando la evidencia científica disponible con la experiencia clínica de una unidad de referencia nacional.

**Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed complementada con la experiencia asistencial acumulada durante más de 15 años en la Unidad de Psoriasis del Hospital de Clínicas. Se analizaron estrategias de evaluación clínica, pesquisa de comorbilidades y opciones terapéuticas disponibles a nivel nacional e internacional.

**Resultados:** Se propone una evaluación integral basada en clinimetría estandarizada (PASI, BSA y DLQI), junto con pesquisa activa de artritis psoriásica y comorbilidades cardiovasculares, metabólicas, hepáticas, renales, oncológicas y psicosociales. Se destaca la valoración pretratamiento con paraclínica dirigida, actualización del esquema de vacunación e interconsulta según el perfil clínico. El tratamiento debe individualizarse según severidad, localización, impacto en la calidad de vida, comorbilidades, preferencias del paciente y accesibilidad. Se enfatiza el tratamiento higiénico dietético en todos los pacientes con psoriasis, sin importar la severidad. Se revisan las opciones terapéuticas disponibles en el país y en el mundo, incluyendo tratamiento tópico, fototerapia, fármacos sistémicos convencionales, pequeñas moléculas y terapias biológicas.

**Conclusiones:** Estas recomendaciones buscan orientar la práctica dermatológica en Uruguay desde un enfoque integral, actualizado y centrado en el paciente.

**Palabras claves:** Psoriasis, tratamiento, recomendaciones

## Abstract

**Introduction:** Psoriasis is a chronic, systemic, inflammatory and multifactorial disease with cutaneous, articular, metabolic, and psychosocial manifestations. In Uruguay, robust national epidemiological data are lacking, creating the need for clinical recommendations adapted to the local context. The objective was to develop updated recommendations for the management of plaque psoriasis in Uruguay, integrating the available scientific evidence with the clinical experience of a national reference unit.

**Methods:** A literature review was conducted in PubMed and complemented by more than 15 years of clinical experience accumulated in the Psoriasis Unit of the Hospital de Clínicas. Strategies for clinical assessment, screening for comorbidities, and therapeutic options available both nationally and internationally were analyzed.

**Results:** A comprehensive evaluation based on standardized clinimetry (PASI, BSA, and DLQI) is proposed, together with active screening for psoriatic arthritis and cardiovascular, metabolic, hepatic, renal, oncological, and psychosocial comorbidities. Particular emphasis is placed on pretreatment assessment with targeted laboratory tests, updating vaccination schedules, and interdisciplinary consultation according to the patient's clinical profile. Treatment should be individualized according to disease severity, localization, impact on quality of life, comorbidities,

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

patient preferences, and accessibility. Hygienic–dietary management is emphasized for all patients with psoriasis regardless of severity. Available therapeutic options in Uruguay and worldwide are reviewed, including topical therapy, phototherapy, conventional systemic drugs, small molecules, and biologic therapies.

**Conclusions:** These recommendations aim to guide dermatologic practice in Uruguay through an integrated, updated, and patient-centered approach.

**Key words:** Psoriasis, Treatment, Consensus Statement

## Resumo

**Introdução:** A psoríase é uma doença inflamatória sistêmica, crônica e multifatorial, com repercussões cutâneas, articulares, metabólicas e psicossociais. No Uruguai não existem dados epidemiológicos nacionais robustos, o que gera a necessidade de recomendações clínicas adaptadas ao contexto local. E objetivo fue elaborar recomendações atualizadas para o manejo da psoríase em placas no Uruguai, integrando a evidência científica disponível com a experiência clínica de uma unidade nacional de referência.

**Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica no PubMed, complementada pela experiência assistencial acumulada durante mais de 15 anos na Unidade de Psoríase do Hospital de Clínicas. Foram analisadas estratégias de avaliação clínica, rastreamento de comorbidades e opções terapêuticas disponíveis em nível nacional e internacional.

**Resultados:** Propõe-se uma avaliação integral baseada em clinimetria padronizada (PASI, BSA e DLQI), juntamente com rastreamento ativo de artrite psoriásica e de comorbidades cardiovasculares, metabólicas, hepáticas, renais, oncológicas e psicossociais. Destaca-se a avaliação pré-tratamento com exames laboratoriais direcionados, atualização do calendário vacinal e encaminhamento interdisciplinar de acordo com o perfil clínico do paciente. O tratamento deve ser individualizado conforme a gravidade, localização, impacto na qualidade de vida, comorbidades, preferências do paciente e acessibilidade. Enfatiza-se o tratamento higiênico-dietético em todos os pacientes com psoríase, independentemente da gravidade. São revisadas as opções terapêuticas disponíveis no país e no mundo, incluindo tratamento tópico, fototerapia, fármacos sistêmicos convencionais, pequenas moléculas e terapias biológicas.

**Conclusões:** Estas recomendações buscam orientar a prática dermatológica no Uruguai a partir de uma abordagem integral, atualizada e centrada no paciente.

**Palavras-chave:** Psoríase, Tratamento, Declaração de Consenso

**Recibido:** 09/03/2026 - **Aceptado:** 02/10/2026
Unidad de Psoriasis. Unidad Académica Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
Correspondencia. E-mail: **chiarabrunolamorte96@gmail.com**

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

Revista Uruguaya de Medicina Interna
ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

## Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, compleja. Actualmente se considera que forma parte de un conjunto más amplio de trastornos conocidos como enfermedad psoriásica.

Su prevalencia mundial que varía entre el 0.51 - 11.43 % dependiendo de la población estudiada [1]. En Uruguay no existen datos de incidencia y prevalencia de la enfermedad.

Su etiología es desconocida y en su patogenia se reconoce una base genética. Se han estudiado varios genes como factores de riesgo potenciales [2, 3]. El gen HLA Cw6 (HLA-C*06:02) es el principal grupo alélico de susceptibilidad genética, seguido de polimorfismos de genes como el del TNF alfa, IL-12, IL-23, entre otros [2,3,4,5].

Existen distintos fenotipos de psoriasis cutánea-faneral como la psoriasis vulgar en placas, psoriasis guttata, psoriasis pustulosa, eritrodérmica, psoriasis ungueal entre otras.

Hasta un tercio de los pacientes con psoriasis desarrollará Artritis Psoriásica (Aps), su diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para prevenir secuelas [6]. Vinculado al estado inflamatorio sistémico, la psoriasis se asocia a comorbilidades que incluyen enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, sobrepeso, obesidad, enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras [7, 8]. Figura 1.

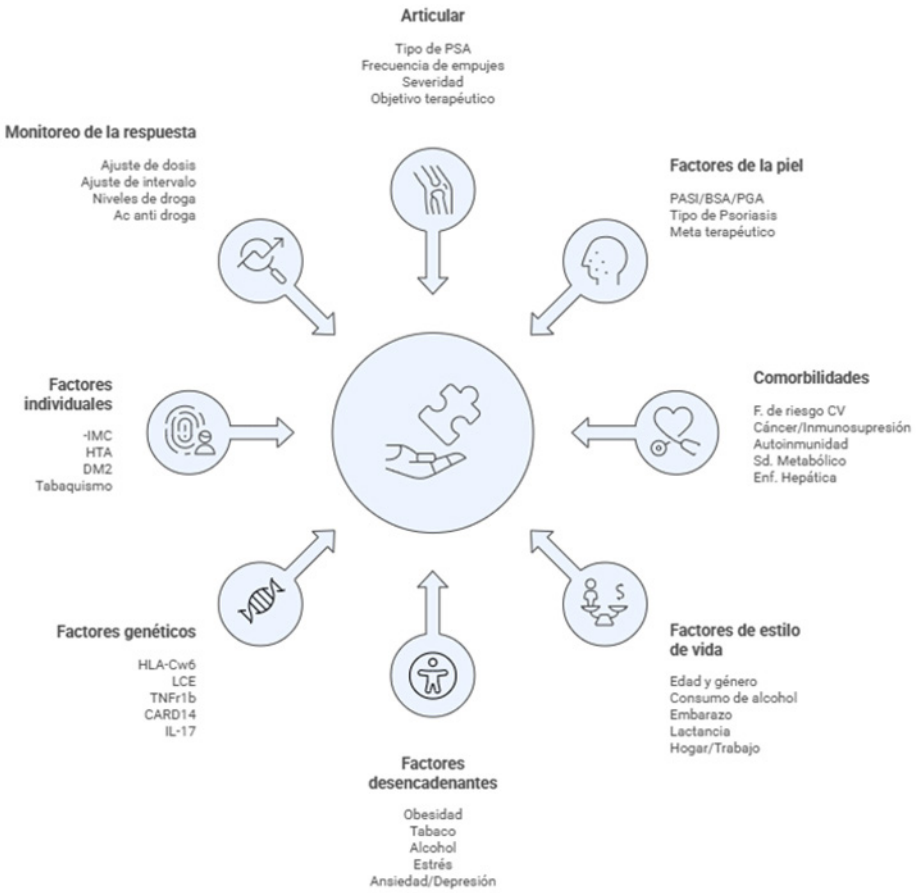



**Figura 1:** Complejidad de la enfermedad psoriásica. (Imagen creada con Napkin IA) En esta figura se intenta esquematizar las bases genéticas de la patología, los diferentes desencadenantes de los empujes y los dominios de la enfermedad psoriásica [9,10,11,12].

Existe una gran repercusión en la calidad de vida de estos pacientes, se ha comprobado su asociación con ansiedad, depresión y otros trastornos psiquiátricos [13].

Es fundamental un diagnóstico y tratamiento con un abordaje integral que contemple más allá de la patología cutánea. El tratamiento correcto dermatológico mejora no solo la calidad de vida del paciente, sino que también genera un menor gasto en salud [14, 15].

El objetivo de este trabajo es orientar en la toma de decisiones actualizadas en el manejo de la psoriasis en base a la evidencia científica actual, sin intención de sustituir el juicio clínico del

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

especialista. En estas recomendaciones nos centraremos en el manejo de la psoriasis vulgar en placas [5].

## Metodología

Estas recomendaciones fueron elaboradas a partir de una búsqueda bibliográfica en PubMed. Además, se utilizó inteligencia artificial como herramienta de apoyo para para mejorar la construcción narrativa del texto mediante ChatGPT y para la elaboración de la figura 1 mediante Napkin AI. También se tuvo en cuenta la experiencia de más de 15 años de labor ininterrumpida en la Unidad de Psoriasis del Hospital de Clínicas.

## Resultados

### 1) Evaluación del paciente con psoriasis

**Clinimetría y evaluación de severidad de la psoriasis cutánea**

Se han utilizado una gran variedad de herramientas clínicas para evaluar la severidad de la psoriasis que se detalla en la Tabla 1.

| Herramientas de Clinimetría | |
|---|---|
| PASI* | Evalúa la severidad según el grado de eritema, infiltración y descamación de las lesiones en relación al porcentaje de área corporal comprometida. Da puntajes en una escala de 0 a 72. Los valores mayor o igual a 10 definen psoriasis severa. Sólo se utiliza en psoriasis en placas. Existen disponibles aplicaciones para el celular que facilitan el cálculo de este índice.<br>Es útil para la toma de decisiones y valorar la respuesta terapéutica. Se considera una reducción del 75%, 90% o 100% del valor inicial como respuesta PASI 75, PASI 90 o PASI 100 respectivamente. |
| BSA* | Toma en cuenta el porcentaje de piel afectada. Se utiliza la palma completa de la mano del paciente como referencia que equivale al 1% de su superficie corporal [17]. |
| PGA | Es una evaluación global del paciente realizada por el médico. Emplea una puntuación comprendida entre 0 a 4 con severidad creciente. Se utiliza en ensayos clínicos [18]. |
| DLQI* | Valora el impacto en la calidad de vida del paciente. Es el índice más utilizado actualmente a pesar de sus limitaciones. Calcula el impacto de las enfermedades dermatológicas en diversas áreas de la vida de los pacientes, dentro de los últimos siete días. La puntuación va de 0 a 30, los valores igual o mayor a 10 definen psoriasis severa [19]<br>Su principal crítica es que no se adapta a la realidad de las distintas poblaciones y que considera únicamente los últimos 7 días. Sin embargo, aún no han sido desarrolladas otras herramientas metodológicamente más satisfactorias [20,21,22]. |

**Tabla 1:** Clinimetría [16]. Abreviaturas- PASI: Psoriasis Area and Severity Index (Índice de la severidad del área de Psoriasis), BSA: Body surface area (superficie corporal), PGA: Physician Global Assessment (Evaluación global del médico), DLQI: Dermatological Quality of Life Index (Índice dermatológico de calidad de vida).

Psoriasis severa: Psoriasis Area and Severity Index - Índice de la severidad del área de Psoriasis- (PASI) y/o Body surface area -superficie corporal- (BSA) y/o Dermatological Quality of Life Index -Índice dermatológico de calidad de vida- (DLQI) ≥ 10.

Según la reclasificación de la gravedad de la psoriasis de la International Psoriasis Council (IPC) se define como paciente candidato a terapia sistémica: BSA ≥ 10 o lesiones de psoriasis en áreas sensibles del cuerpo (manos/pies, cara, genitales, cuero cabelludo) o cuando la terapia tópica no logró controlar los síntomas [23].

**Artritis Psoriásica**

Es una espondiloartropatía seronegativa asociada a la psoriasis. Las características clínicas son el dolor articular de tipo inflamatorio con tumefacción, rigidez matinal, enrojecimiento y limitación de la movilidad.

El diagnóstico de APs tiene implicancias en la conducta ya que determina la necesidad de realizar tratamiento sistémico precoz para prevenir las secuelas irreversibles [24]. La prevalencia reportada en pacientes con psoriasis varía del 6 al 25% [25]. En el 85% de los pacientes la APs inicia luego del debut de la psoriasis cutánea, por lo que es importante que el dermatólogo esté atento a sus manifestaciones [26].

La APs se ha asociado clásicamente al compromiso ungueal, psoriasis severa, presencia de uveítis, entre otros [27]. Tabla 2.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

Revista Uruguaya de Medicina Interna
ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

| Artritis inflamatoria periférica | Rigidez matutina ≥ 30 min; hinchazón articular; dolor que mejora con la actividad y empeora con el reposo; movilidad limitada |
|---|---|
| =Compromiso axial | Dolor crónico a nivel lumbar, de glúteos, caderas o muslos; rigidez matutina, movilidad y flexibilidad limitadas |
| Dactilitis | Edema, calor, rubor, dolor y movilidad limitada (dedos en salchicha) |
| Entesitis | Dolor adyacente a la articulación con edema y rubor, limitaciones funcionales, más frecuente en zonas de inserción de tendones de miembros inferiores. |

**Tabla 2:** Manifestaciones clínicas habituales de la Artritis Psoriásica [28, 29].

Se ha reportado asociación entre APs y el aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, mayor que para los casos de psoriasis con únicamente manifestaciones cutáneas [30, 31]. Es recomendable que los pacientes con psoriasis sean valorados por reumatología.

**Comorbilidades**

La psoriasis se reconoce como una enfermedad sistémica causada por un estado proinflamatorio crónico. Este proceso inflamatorio puede afectar múltiples órganos, lo que aumenta el riesgo de diversas comorbilidades. A mayor gravedad de la psoriasis, mayor es el riesgo de desarrollar estas patologías y la mortalidad asociada.

Como dermatólogos, tenemos un papel crucial en:

- Detectar estas comorbilidades sistémicas.
- Incluirlas en la toma de decisiones terapéuticas.
- Educar a los pacientes sobre los riesgos.
- Realizar las interconsultas pertinentes con otros especialistas.

**a) Comorbilidades Cardiometabólicas**

Enfermedad Cardiovascular: la American Heart Association clasifica la psoriasis como un factor de riesgo independiente de infarto de miocardio [32,33]. Existe un mayor riesgo de aterosclerosis subclínica, especialmente en pacientes mayores de 45 años [34]. La mejora de la psoriasis con tratamiento se ha asociado a una reducción de la placa aterosclerótica coronaria[35,36,37,38,39,40].

Síndrome Metabólico y Diabetes Mellitus: tienen una mayor prevalencia de síndrome metabólico (obesidad, diabetes tipo II, hipertensión, dislipemia). La psoriasis se asocia a un mayor riesgo de diabetes, y la coexistencia de ambas enfermedades incrementa el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares [41,42,43,44].

Hipertensión Arterial y Dislipemia: la prevalencia de hipertensión arterial y dislipemia con un perfil pro-aterosclerótico es mayor en pacientes con psoriasis. La severidad de la dermatosis aumenta el riesgo. La evidencia sugiere que el tratamiento sistémico de la psoriasis puede disminuir las placas de ateroma [41,42,43,44].

Hígado Graso No Alcohólico (HGNA): existe una asociación directa entre la psoriasis, especialmente la moderada a severa, y el HGNA. Esta relación debe considerarse, sobre todo en pacientes que reciben tratamientos sistémicos como el metotrexato, debido a su potencial hepatotoxicidad [45,46].

**b) Estilo de Vida**

Obesidad: el tejido adiposo secreta citoquinas proinflamatorias que pueden agravar la psoriasis. La obesidad, a su vez, puede comprometer la eficacia de los tratamientos biológicos y aumentar el riesgo de efectos secundarios de los fármacos sistémicos [47,48]. Es fundamental educar al paciente sobre la importancia de la reducción de peso.

Tabaquismo y Alcohol: fumar aumenta el riesgo de desarrollar psoriasis y su gravedad. El consumo excesivo de alcohol se asocia a una enfermedad más severa y una respuesta menos favorable al tratamiento, limitando, por ejemplo, el uso de metotrexato [49]. Aconsejar a los pacientes sobre el abandono del tabaco y la moderación del alcohol es esencial.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

### c) Otras Comorbilidades Sistémicas

Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): los pacientes con psoriasis, y aún más con Aps, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Ambas patologías comparten predisposición genética y similitudes en la microbiota intestinal [50].

Enfermedad Renal Crónica: la psoriasis moderada a severa es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad renal crónica, sumándose a los factores cardiovasculares y metabólicos, así como al uso de ciertos fármacos [51].

Afectación Ocular: pacientes con psoriasis severa y artritis psoriásica tienen un mayor riesgo de uveítis, una inflamación que requiere una rápida intervención [52].

Neoplasias Malignas: se ha encontrado un riesgo elevado de ciertos tipos de cáncer, como linfoma T cutáneo, linfoma de Hodgkin y cáncer de piel no melanoma. Este riesgo está relacionado con la inflamación crónica y, en menor medida, con terapias inmunomoduladoras y fototerapia [53]. Sin embargo, la reducción de factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo y el consumo de alcohol tiene un impacto mayor en la prevención.

### d) Comorbilidades psicosociales

Ansiedad y depresión: la psoriasis puede tener un gran impacto en la salud mental del paciente, con una alta prevalencia de ansiedad y depresión. Este impacto no siempre es proporcional a la severidad de las lesiones [54]. La alexitimia (dificultad para expresar emociones) también es más frecuente.

Impacto a largo plazo: el concepto de Deterioro Acumulado en el Curso de la Vida (CLCI del inglés Cummulative Life Course Impairment) resalta el impacto de la psoriasis en todos los aspectos de la vida del paciente a lo largo del tiempo [55,56]. Una intervención temprana es clave para minimizar estas repercusiones y mejorar la calidad de vida.

## 2) Paraclínica

Previo al inicio de tratamiento sistémico es necesario realizar: paraclínica, vacunación e interconsultas. Tabla 3.

| Paraclínica previo al inicio del tratamiento sistémico |
|---|
| Hemograma completo |
| Función renal |
| Funcional y enzimograma hepático |
| Perfil lipídico |
| Glicemia |
| Búsqueda de neoplasias según edad y sexo (mamografía, PAP, PSA, PSI) |
| Serología: VIH, VHA, VHC, VHB, VDRL |
| RxTx, PPD y booster, si < 5 mm solicitar IGRA |
| βHCG en mujeres en edad fértil |
| **Interconsulta** |
| Reumatólogo |
| **Vacunas** |
| Antitetánica (luego de 5 dosis, 45 y 65 años) |
| Anti VHB (3 dosis)ᵠ |
| Antigripal |
| Anti Sars Cov 2 |
| Antineumocóccica 13 y 23 (separadas de 2 meses) |
| HPV⁺(3 dosis: 0, 1 y 6 meses) |
| Vacunas a virus vivos atenuados: fiebre amarilla*, 2 dosis de SRP (Sarampión/Rubéola/Paperas), varicela† |
| **Paraclínica adicional previa a inicio de terapia biológica** |
| Ionograma. |
| Serologías para VHS, CMV, VEB, varicela, Chagas. |
| Interconsulta psicología. |

**Tabla 3:** Paraclínica e interconsultas adicionales para iniciar terapia sistémica [57,58,59,60,61,62,63]. Abreviaturas – PAP: Papanicolau, PSA: antígeno prostático, PSI: sangre oculta en materia fecha, VIH: virus inmunodeficiencia humana, VHA: virus hepatitis A, VHC: virus hepatitis C, VHB: virus hepatitis B, VDRL: Venereal Disease Research Laboratory, RxTx: radiografía de tórax, PPD: prueba tuberculina, IGRA: Interferon-Gamma Release Assay, VHS: virus herpes simple, CMV: citomegalovirus, VEB: virus Epstein-Barr.

* Pacientes con necesidad de viajes a áreas endémicas de fiebre amarilla
† Sin antecedentes de varicela ni previamente inmunizados (nacidos antes de 1998).
\+ Cubierta hasta los 45 años.
ᵠ Diferentes planes. Plan rápido: 0,1 y 2 meses.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

Revista Uruguaya de Medicina Interna
ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

## 3) Tratamiento

### Principios en el manejo de la psoriasis

El tratamiento debe ser individualizado. La elección del tratamiento dependerá de la severidad de la psoriasis en todos sus aspectos (extensión, localización de las lesiones y repercusión en la calidad de vida), junto con otros factores como: edad, domicilio, deseo concepcional, comorbilidades, fármacos concomitantes, actividad laboral, tratamientos y adherencia previa.

También debemos valorar toxicidad y efectos adversos y considerar el riesgo-beneficio en cada paciente particular, evitando el tratamiento subóptimo.

Es importante educar al paciente sobre su enfermedad y explicar que a pesar de ser crónica puede controlarse con los tratamientos disponibles hoy en día.

Los objetivos del tratamiento son mantener al paciente libre de enfermedad por el mayor tiempo posible y disminuir la inflamación sistémica. Históricamente el objetivo ha sido alcanzar una respuesta PASI 75, sin embargo, con el desarrollo de nuevas opciones terapéuticas, varias guías internacionales fijan como objetivo alcanzar una respuesta PASI 90 - PASI 100 o un PASI absoluto ≤ 3, que se correlacionan con una mejoría de la calidad de vida.

En Uruguay actualmente contamos con acceso a varias terapias aprobadas mundialmente como para alcanzar el objetivo terapéutico ideal en todos nuestros pacientes.

### Tratamiento higiénico-dietético

Una dieta adecuada y con buena adherencia por parte del paciente puede impactar positivamente en el curso de la psoriasis y de sus comorbilidades [64]. La modificación de la dieta es un método accesible que empodera al paciente en su tratamiento [65].

Hasta el momento ningún estudio demostró una fuerte asociación entre una dieta o suplemento nutricional y la severidad de la psoriasis, pero sí se han reportado los impactos potencialmente favorables de las dietas antiinflamatorias. Por lo tanto, más allá de una dieta saludable y balanceada, como por ejemplo la dieta mediterránea, no podemos actualmente hacer recomendaciones sobre dietas específicas [66,67, 68].

Los pacientes que asocian enfermedad celíaca o con anticuerpos anti-gliadina elevados evidenciaron una mejoría de su psoriasis con una dieta libre de gluten [69]. Con respecto a los suplementos nutricionales se ha reportado mejoría en la severidad de la psoriasis con suplementos de selenio, vitamina B12, vitamina D, cúrcuma y omega 3, siendo estos últimos los suplementos que más evidencia tienen hasta la fecha [67, 70].

Se ha visto que los probióticos pueden tener actividad antiinflamatoria y en ocasiones pueden disminuir la severidad de la psoriasis. Aún faltan estudios más concluyentes para su aplicación terapéutica [67, 71].

### Apoyo psicológico

Las intervenciones psicológicas son necesarias y beneficiosas. Dentro de ellas se incluyen la psicoterapia, el tratamiento psiquiátrico, la educación y la participación en grupos de apoyo.

El empoderamiento del paciente es un componente central del éxito de los planes terapéuticos. En Uruguay contamos con la Asociación de Pacientes de Psoriasis del Uruguay (APSUR), una asociación civil sin fines de lucro que nuclea a los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica con el fin de educar y difundir información a los pacientes y a la población general [1, 72,73].

### Tratamiento tópico

Las opciones de tratamiento tópico están indicadas en psoriasis leve y como tratamiento complementario de las psoriasis moderadas-severas. No son recomendados como monoterapia en pacientes con psoriasis leve recalcitrante ni en enfermedad extensa [74].

Debe adaptarse a las características clínicas de las placas (que varían según la localización, infiltración, eritema y escama de las lesiones) así como de las preferencias y necesidades del paciente [74].

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

Baños: se prefiere el uso de syndets, formulaciones ácidas o con pH similar al de la piel, con alto poder humectante y emoliente.

Emolientes: su uso diario es fundamental en todos los pacientes con psoriasis, disminuyen la escama y el prurito. Pueden asociar queratolíticos, sustancias antiinflamatorias y pre/postbióticos.

Queratinolíticos: cumplen la función de reducir la escama favoreciendo la penetrancia de productos activos y mejorando el confort del paciente. Pueden ser el ácido salicílico o urea [75].

Alquitrán de hulla (coaltar): tiene efecto antiinflamatorio, antimicrobiano, antipruriginoso [75].

Corticoides tópicos: pilar terapéutico a pesar del avance de nuevos tratamientos en los pacientes con enfermedad limitada y complementario en tratamiento sistémicos [74].

Análogos de la vitamina D: calcipotriol y calcitriol. En monoterapia o combinados con corticosteroides tópicos. Presentan efecto antiproliferativo sobre los queratinocitos y efecto inmunomodulador [75,76].

Inhibidores de la calcineurina tópicos: el tacrolimus al 0,03 ó 0,1% y el pimecrolimus al 1%. Son fármacos antiinflamatorios que se utilizan de elección en áreas faciales, genitales y zonas intertriginosas por presentar menor riesgo de atrofia cutánea [75,76,77,78].

Retinoides: el tazaroteno normaliza la diferenciación anormal de los queratinocitos, disminuye la hiperproliferación epidérmica y reduce la inflamación. No se encuentra disponible en Uruguay actualmente [79].

Tapinarof 1%: es un agonista de los receptores aril-hidrocarburos lo que consiguientemente tiene un cierto efecto antiinflamatorio y antiproliferativo. Su posología es una vez al día. Tratamiento costoso y que no se encuentra en Uruguay actualmente [80].

Roflumilast 0,3%: es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 logrando secundariamente un efecto antiinflamatorio. Tratamiento costoso y que no se encuentra disponible en Uruguay actualmente [81].

**Fototerapia**

Los tratamientos con radiación ultravioleta (UV) han demostrado ser una excelente opción terapéutica, destacando por su seguridad y eficacia [82].

Existen diversos tipos de fototerapia, que se distinguen por las diferentes longitudes de onda que utilizan: UVB de banda estrecha (311- 313 nm), PUVA (320-450 nm, en combinación con psoraleno), UVA1 (340-400 nm) y láser excímer (308 nm) [83,84].

Actualmente, la fototerapia se encuentra disponible en cinco departamentos de nuestro país: Montevideo, Maldonado, Soriano, Salto y Rivera. La mayoría de los equipos disponibles son de UVB de banda estrecha, mientras que los de UVA, UVA1 y láser excímer son menos comunes. Esta terapia está indicada para pacientes con psoriasis leve a moderada-severa, o como complemento a tratamientos biológicos, metotrexato o acitretin.

Para determinar si un paciente es candidato a la fototerapia, se deben considerar varios factores: su fototipo, antecedentes médicos, la severidad, tipo y localización de la psoriasis, así como su edad, sexo, comorbilidades, la respuesta a tratamientos previos y su accesibilidad al tratamiento. La eficacia de la fototerapia debe evaluarse después de 20 a 30 sesiones. En pacientes con psoriasis en placas, se ha reportado una respuesta PASI 90 en el 64.8 % de los casos, mientras que, en la psoriasis en gotas, esta respuesta alcanza el 89.1 %. Tabla 4.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

Revista Uruguaya de Medicina Interna
ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

| | UVB BANDA ESTRECHA (UVB be) | PUVA |
|---|---|---|
| **Nivel de evidencia** | **Grado A** | **Grado A** |
| **Indicaciones** | Embarazadas<br>Lactantes<br>Niños<br>Adolescentes<br>Psoriasis en gota<br>Insuficiencia renal y/o insuficiencia hepática<br>VIH<br>VHC | Psoriasis con gran compromiso de superficie cutánea, con grandes placas, gruesas.<br>Adultos con fototipo IV a V<br>resistente a tratamiento con UVB be. |
| **Contraindicaciones** | Relativas:<br>cáncer de piel, enfermedad por fotosensibilidad. | Absolutas:<br>xeroderma pigmentoso, síndrome de nevos displásicos, lupus cutáneo, dermatomiositis, melanoma.<br>Relativas:<br>menores de 10 años, embarazadas, lactancia,<br>cáncer de piel no melanoma, fotosensibilidad, exposición a agentes carcinógenos,<br>recibiendo medicamentos inmunosupresores y/o fotosensibilizantes, insuf. hepática o renal grave |

**Tabla 4:** Indicaciones de la fototerapia [82,83,84]. Abreviaturas- UV: ultravioleta, VIH: virus inmunodeficiencia humana, VHC: virus hepatitis C.

### Tratamiento sistémico convencional y pequeñas moléculas

Metotrexato: posee efecto citostático sobre células T y queratinocitos activados con consiguiente acción antiproliferativa e inmunomoduladora [85,86]. Aprobado por la FDA para psoriasis desde 1972.

Ciclosporina: Inhibe la activación del linfocito B y linfocitos T. Es de utilidad por su rápida acción. No debe mantenerse por tiempo prolongado (máximo 2 años) dada su toxicidad. Aprobado por la FDA para la psoriasis en 1993 [87,88,89].

Acitretin: tiene efecto antiproliferativo e inmunomodulador. Su gran ventaja es no ser inmunosupresor. Tiene una eficacia más baja que otros sistémicos convencionales. Es teratogénico durante su uso y al menos 3 años de suspendido. Es de utilidad en las psoriasis pustulosas o palmoplantares. Su aprobación por la FDA para psoriasis fue en 1986 [90].

Apremilast: es un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4 que ejerce una acción inmunomoduladora. Posee un buen perfil de seguridad, pero baja tolerabilidad. No está disponible por el momento en Uruguay. Tiene aprobación por la FDA desde 2014 [91].

Deucravacitinib: Es inhibidor oral selectivo de la tirosina quinasa 2 (TYK2), miembro de la familia de las JAK quinasas. Tiene aprobación por la FDA para psoriasis en placas moderada-severa en adultos desde 2022 [92].

| METOTREXATO | |
|---|---|
| Mecanismo de acción | Inhibe síntesis de ADN y ARN. |
| Eficacia | PASI 75: 35,5% a la semana 16. |
| Dosis | 7,5 a 25 mg semanal vía oral (existe administración s.c e i.m). |
| Controles previo inicio | Hemograma, función renal, funcional y enzimograma hepático, βHCG. |
| Controles intra tratamiento | Hemograma y funcional y enzimograma hepático al mes y luego c/3-6 meses.<br>Función renal c/3-6 meses. |
| Efectos adversos | Teratógeno (ovogénesis o espermatogénesis defectuosas, aborto),<br>Frecuentes: toxicidad hepática, gastrointestinales.<br>Infrecuentes: mielosupresión, infecciones, afectación pulmonar, alopecia, neumonitis intersticial, nefrotoxicidad. |
| Contraindicaciones/ Precauciones | Embarazo, lactancia y mujer o hombre con deseo concepcional, insuficiencia renal, insuficiencia hepática severa, infecciones severas, mielosupresión, fibrosis pulmonar, úlcera gástrica activa, alcoholismo |

**Tabla 5:** Uso de Metotrexato [85,86], ciclosporina [87,88,89] acitretín [90], apremilast [91] y Deucravacitinib en psoriasis [92].psoriasis

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

| | |
|---|---|
| Vacunación | Anti-VHB y anti-neumocócica 13 y 23 valente y 23 valente<br>Influenza.<br>Evitar vacunas a microorganismos vivos intra tratamiento |
| **CICLOSPORINA** | |
| Mecanismo de acción | Inhibidor de la calcineurina |
| Eficacia | PASI 75: 60-88,6% Semana 8-12 |
| Dosis | 2-5 mg/kg/día, en dos tomas (calculado según peso ideal) |
| Controles previo inicio | Hemograma, función renal con clearance de creatinina e ionograma con magnesemia, presión arterial (PA), funcional y enzimograma hepático, perfil lipídico, ácido úrico. |
| Controles intra tratamiento | Función renal, hemograma, ionograma con magnesemia y controles de PA. Inicialmente controles estrechos y luego se espacían caso a caso. |
| Efectos adversos | Nefrotoxicidad e hipertensión, hirsutismo, temblor, hiperlipidemia e hiperplasia gingival, náusea, diarrea, alteraciones hepáticas, cefalea. |
| Contraindicaciones / Precauciones | Enfermedad renal, HTA no controlada, infección activa, enfermedad oncológica.<br>No administrar con otros fármacos nefrotóxicos<br>Interacción con diversos fármacos que actúan sobre CYP3A<br>Categoría C en embarazo.<br>No se debe utilizar por período mayor a 1-2 años por efectos adversos. |
| **ACITRETIN** | |
| Mecanismo de acción | Modulador la proliferación de los queratinocitos epidérmicos. |
| Eficacia | PASI 75 30% semana 13-14. |
| Dosis | 0.3 a 0.5 mg/kg día (habitual 25mg/dia, maximo 50 mg día) |
| Controles previo inicio | Hemograma, perfil lipídico, funcional y enzimograma hepático y βHCG |
| Controles intra tratamiento | Hemograma<br>Perfil lipídico<br>Funcional y enzimograma hepático<br>βHCG |
| Efectos adversos | Teratógeno<br>Frecuentes: xerosis cutánea, xerostomía, queilitis, xeroftalmía y alopecia. Aumento de triglicéridos.<br>Infrecuente: artralgias y disminución de la visión nocturna, hepatotoxicidad, hipertensión intra- craneal. |
| Contraindicaciones / Precauciones | Insuficiencia renal y hepática severa, embarazo y deseo concepcional hasta 3 años luego de suspendida droga, donación de órganos y sangre, alcoholismo. |
| Vacunación | No se requiere vacunación específica dado que no es inmunosupresor. |

| **APREMILAST** | |
|---|---|
| Mecanismo de acción | Pequeña molécula, inhibe la fosfodiesterasa 4. |
| Eficacia | PASI -75: 30% sem 16 y 61% sem 52. |
| Dosis | 30 mg vo c/12 hs |
| Controles previo inicio | No se requieren. |
| Controles intra tratamiento | No se requieren. |
| Efectos adversos | Náuseas, diarrea, infecciones respiratorias altas, cefalea. |
| Contraindicaciones / Precauciones | Infecciones agudas graves<br>Infecciones agudas y crónicas, cáncer, enfermedades linfoproliferativas, depresión |
| Vacunación | No se requiere vacunación específica dado que no es inmunosupresor. |

| **DEUCRAVACITINIB** | |
|---|---|
| Mecanismo de acción | Pequeña molécula, inhibidor selectivo de la tirosin quinasa 2 (TYK2), miembro de la familia de las JAK quinasas. |
| Eficacia | PASI 75: 58,4% sem 16 y 65,1% sem 52. |
| Dosis | 6 mg vo 1 vez al día |
| Controles previo inicio | Hemograma, perfil de lípidos, funcional y enzimograma hepático, βHCG, función renal. |
| Controles intra tratamiento | Hemograma, perfil de lípidos, funcional y enzimograma hepático, βHCG c/3 meses. Función renal caso a caso. |
| Efectos adversos | Infecciones respiratorias altas, diarrea, náuseas, cefalea, mialgias, herpes simple y zoster, aftas, acné, foliculitis. Infrecuente: hepatotoxicidad, aumento de triglicéridos. Raro: rabdomiólisis, neoplasias. |

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

Revista Uruguaya de Medicina Interna
ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

| | |
|---|---|
| Contraindicaciones/ precauciones | infecciones agudas graves<br>Embarazo y lactancia |
| Vacunación | Anti-VHB y anti-neumocócica 13 y 23 valente y 23 valente<br>Influenza.<br>Evitar vacunas a microorganismos vivos intra tratamiento.<br>Es recomendable la vacunación contra varicela previamente si el paciente no fue vacunado o nunca presentó varicela.<br>Evaluación de necesidad de vacuna de herpes zoster. |

### Terapias biológicas

Estos tratamientos son los más innovadores y eficaces dentro del arsenal terapéutico de la psoriasis. Desde la aprobación por la FDA del primer biológico para la psoriasis en el 2004 han surgido múltiples terapias biológicas, cada vez más eficaces. El Ministerio de Salud Pública tiene aprobados para psoriasis cutánea el etanercept, infliximab, adalimumab, ustekinumab, secukinumab y risankizumab. Por el momento únicamente adalimumab está financiado por el FNR desde abril de 2019 para Psoriasis Vulgar Severa con respuesta inadecuada al tratamiento convencional con ciclosporina, retinoides, fototerapia ometotrexato (a 25 mg/semana) por un período de 3 meses o que presenten intolerancia o contraindicación para estos tratamientos. El resto se encuentran disponibles para su uso en el país a través de otros mecanismos

ANTI-TNF: Son anticuerpos (Ac) que inhiben el TNF alfa, citoquina proinflamatoria con un papel clave en la patogénesis de la psoriasis. Dentro de este grupo se encuentran el etanercept, adalimumab, infliximab y certolizumab. Las indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios de cada uno se detallan en la Tabla 6.

| Anti-TNF | Etanercept | Infliximab | Adalimumab * | Certolizumab |
|---|---|---|---|---|
| Mecanismo de acción | Proteína de fusión humana recombinante que bloquea la acción del TNF alfa al inhibir de forma competitiva la unión a sus receptores de superficie celular.<br>Aprobado por FDA en 2004 | Anticuerpo monoclonal quimérico que se une a la molécula transmembrana y soluble del TNF alfa neutralizando su efecto.<br>Aprobado por FDA en 2006 | Anticuerpo monoclonal humano que se une a la molécula transmembrana y soluble del TNF alfa neutralizando su efecto.<br>Aprobado por la FDA en 2008 | Es un fragmento de anticuerpo monoclonal de unión a antígeno humanizado que se une al TNF alfa neutralizando su efecto.<br>Aprobado por la FDA en 2018 |
| Dosis | 50 mg s/c 2 veces por semana 12 semanas y luego 1 vez por semana. | 5 mg/kg i/v a la semana 0, 2 y 6 y luego cada 8 semanas. | 80 mg s/c a la semana 0, 40 mg a la semana 1 y luego 40 mg cada 2 semanas. | 400 mg s/c a la semana 0, 2 y 4 y luego 200 mg cada 2 semanas. |
| Eficacia | PASI 75 a la semana 12: 49%.<br>PASI a las 24 semanas: 59%. | PASI 75 a la semana 12: 80%.<br>PASI 75 a la semana 50: 61%. | PASI 75 a la semana 12: 80%.<br>PASI 75 a la semana 50: 61%.<br>PASI 75 a la semana 40: 67%.<br>PASI 90 a la semana 40: 40%. | PASI 75 a la semana 12: 83%.<br>88% mantiene PASI 75 a la semana 48. |
| Indicación | Moderada-severa > 4 años y APs > 2 años. | Moderada-severa y APs en adultos.<br>Psoriasis eritrodérmica y pustulosa generalizada. | Moderada-severa >4 años y APs en adultos. | Psoriasis moderada-severa y APs en adultos. |
| Embarazo | Categoría B | Categoría B | | Especialmente seguro |
| Contraindicaciones | Alergia al fármaco o excipientes, pacientes menores a 4 años, infecciones activas severas, insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III/IV, cáncer activo, enfermedad desmielinizante, antecedente familiar de primer grado de enfermedad desmielinizante, VIH con inmunodepresión severa, enfermedades crónicas como fibrosis pulmonar severa, hepatopatía crónica severa, enfermedad renal crónica no controlada [8]. | | | |

**Tabla 6:** Terapias anti-TNF en psoriasis [86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106].
Abreviaturas - PASI: Psoriasis Area and Severity Index (Índice de la severidad del área de Psoriasis)

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

| | |
|---|---|
| Efectos adversos | Considerados en general seguros, sus principales efectos secundarios son leves sobre todo reacciones en el sitio de inyección e infecciones respiratorias altas.<br>Otros efectos secundarios son: síntomas gastrointestinales, cefaleas, hepatotoxicidad, reacciones de infusión de tipo alérgicas (sobre todo por infliximab), otras infecciones (dentro de ellas se destaca la tuberculosis), ANA o síndrome lupus like, alteraciones hematológicas (anemia, trombocitopenia, leucopenia, etc), reacciones paradojales. Más raros: enfermedades desmielinizantes, insuficiencia cardíaca, neoplasias (hematológicas o de órgano sólido) (93-94). |

*Cobertura por el Fondo Nacional de Recursos (FNR) desde abril 2019 para Ps Vulgar Severa con respuesta adecuada al tratamiento convencional con ciclosporina, retinoides, fototerapia o metotrexate (a 25 mg/semana) por un período de 3 meses o que presenten intolerancia o contraindicación para estos tratamientos.

Dado el riesgo aumentado de tuberculosis con el uso de estos fármacos y la alta prevalencia de tuberculosis en Uruguay se debe realizar tamizaje de esta patología de forma inicial y en los controles posteriores [95,96].

Los anti-TNF tienen potencial inmunogénico (formación de Ac contra el fármaco). Está en discusión actualmente la asociación con metotrexato en algunos de estos casos [97,98,99,100].

ANTI IL-12/IL-23: Ustekinumab Es un Ac monoclonal humano que bloquea la IL 12 y 23. Se destaca su posología conveniente y seguridad con un menor riesgo de reactivación de tuberculosis [107,108] Tabla 7.

| ANTI IL-12/IL-23 | Ustekinumab |
|---|---|
| Mecanismo de acción | Es un anticuerpo monoclonal humano que se une a la subunidad p40 de la IL-12 e IL-23 suprimiendo la inflamación mediada por estas citoquinas en la psoriasis.<br>Aprobado por la FDA en 2009 |
| Dosis | Peso < 100 kg: 45 mg s/c a la semana 0 y 4 y luego cada 12 semanas.<br>Peso > 100 kg: 90 mg s/c a la semana 0, 4 y luego cada 12 semanas. |
| Eficacia | PASI 75 a la semana 12: 66.7%.<br>PASI 90 a la semana 12: 42.2%. |
| Indicación | Psoriasis moderada-severa en > 6 años y APs en adultos. |
| Embarazo | ??? |
| Contraindicaciones | Absolutas: alergia al fármaco o vehículo.<br>Relativas: infecciones severas activas, antecedente de neoplasia linfoproliferativa. |
| Efectos adversos | Reacciones alérgicas, infecciones, síntomas gastrointestinales, cefalea, reacciones en sitio de inyección. Menos frecuentes: infecciones más serias (diverticulitis, celulitis, colecistitis). |

**Tabla 7:** Ustekinumab en psoriasis (107,108). Abreviaturas - PASI: Psoriasis Area and Severity Index (Índice de la severidad del área de Psoriasis)

ANTI IL-17: Son Ac monoclonales humanos y humanizados que inhiben la acción de la IL 17. Se destacan por su eficacia, seguridad y rapidez de acción. Está contraindicado su uso en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal [109,110,111]. Tabla 8.

| ANTI IL-17 | Secukinumab | Ixekizumab | Brodalumab | Bimekizumab |
|---|---|---|---|---|
| Mecanismo de acción | Anticuerpo monoclonal humano que se une a la IL-17A neutralizando su efecto.<br>Aprobado por la FDA en 2015 | Es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une a la IL-17A neutralizando su efecto.<br>Aprobado por la FDA en 2016 | Es un anticuerpo monoclonal humano que se une al receptor A de la IL-17 bloqueando así la actividad biológica de la IL-17A, F, A/F y E.<br>Aprobado por la FDA en 2017 | Es un anticuerpo monoclonal humanizado que inhibe la IL-17A y F.<br>Aprobado por la FDA en 2023 |
| Dosis | 300 mg s/c a la semana 0, 1, 2, 3 y 4 y luego 300 mg 1 vez por mes. | 160 mg s/c a la semana 0, 80 mg s/c a la semana 2, 4, 6, 8, 10 y 12. Posteriormente 80 mg cada 4 semanas. | 210 mg s/c a la semana 0, 1 y 2. Posteriormente 210 mg cada 2 semanas. | 320 mg s/c cada 4 semanas hasta la semana 16. Posteriormente cada 8 semanas. |

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Eficacia | PASI 75 a la semana 12: 77.1-81.6%.<br>PASI 90 a la semana 12: 59.2%.<br>PASI 100 a la semana 12: 24.1-28.6%. | PASI 75 a la semana 12: 84.2%.<br>PASI 90: 65.3-72.8%.<br>PASI 100: 35%. | PASI 75 a la semana 12: 67-86%.<br>PASI 90: 69-70%.<br>PASI 100: 37-44%. | PASI 90 a la semana 16: 91%.<br>La respuesta se mantuvo hasta la semana 56. |
| Indicación | Psoriasis moderada-severa en > 6 años y APs en adultos. | Psoriasis moderada-severa en > 6 años y APs en adultos. | Psoriasis moderada-severa en adultos. | Psoriasis moderada-severa en adultos. |
| Embarazo | | | | |
| Contraindicaciones | Absolutas: alergia al fármaco o vehículo, enfermedad inflamatoria intestinal (secukinumab y brodalumab)<br>Relativas: ideas suicidas (brodalumab), enfermedad inflamatoria intestinal (ixekizumab) | | | |
| Efectos adversos | Reacciones en sitio de inyección, infecciones sobre todo candidiásicas o respiratorias altas, eccemas, cefalea, neutropenia leve, síntomas gastrointestinales. Menos frecuentes: hepatotoxicidad, ideas suicidas (brodalumab), enfermedad inflamatoria intestinal | | | |

**Tabla 8:** Terapias anti IL-17 en psoriasis [109,110,111]. Abreviaturas - PASI: Psoriasis Area and Severity Index (Índice de la severidad del área de Psoriasis)

ANTI IL-23: Son ac monoclonales humanos y humanizados que inhiben la IL 23. Presentan como grupo la ventaja de una posología espaciada, gran eficacia y buen perfil de seguridad [112,113]. Tabla 9.

| ANTI IL-23 | Guselkumab | Tildrakizumab | Risankizumab |
|---|---|---|---|
| Mecanismo de acción | Es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea la subunidad p19 de la IL-23.<br>Aprobado por la FDA en 2017 | Es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea la subunidad p19 de la IL-23.<br>Aprobado por la FDA en 2018 | Es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea la subunidad p19 de la IL-23.<br>Aprobado por la FDA en 2019 |
| Dosis | 100 mg s/c a la semana 0, 4 y luego cada 8 semanas. | 100 mg s/c a la semana 0, 4 y luego cada 12 semanas. | 150 mg s/c a la semana 0, 4 y luego cada 12 semanas. |
| Eficacia | PASI 90 a la semana 16: 70%.<br>La respuesta se mantiene hasta la semana 52. | PASI 75 a la semana 12: 61%.<br>PASI 90: 39%. | PASI 90 a las 16 semanas: 75%.<br>PASI 100: 35.9-48%. Se ha demostrado respuesta mantenida a la semana 52. |
| Indicación | Psoriasis moderada-severa y APs en adultos. | Psoriasis moderada-severa en adultos. | Psoriasis moderada-severa en adultos. |
| Embarazo | ??? | | |
| Contraindicaciones | Absolutas: alergia al fármaco o vehículo. | | |
| Efectos adversos | Infecciones sobre todo leves, cefalea, síntomas gastrointestinales, reacción en sitio de inyección, hepatotoxicidad, depresión. | | |

**Tabla 9:** Terapias anti IL-23 en psoriasis [112,113] Abreviaturas - PASI: Psoriasis Area and Severity Index (Índice de la severidad del área de Psoriasis)

### Medicina complementaria y alternativa

Incluye productos naturales (avena coloidal, índigo natural, cúrcuma, cannabis, etc), medicina tradicional china, homeopatía, aromaterapia, medicina holística y ayurveda. Existe eficacia terapéutica anecdótica (reportes de casos) sin evidencia científica contundente. Destacamos que no siempre son productos inocuos, por ejemplo, el antiguamente usado licor de Fowdler, con compuestos arsenicales es un claro carcinógeno por el cual aún hoy vemos pacientes afectados. [114,115]

## 4) Seguimiento

Para el seguimiento de los pacientes con psoriasis es conveniente basarse en la clinimetría que permite una valoración más objetiva de los pacientes y de la respuesta a los diferentes tratamientos.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

ISSN: 2393-6797
2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

Respuesta óptima: descenso del PASI un 90% y/o PASI absoluto ≤3 y/o DLQI ≤ 0/1 medido a las 16 semanas de iniciado el tratamiento. Si el paciente presenta esta respuesta se continúa con el tratamiento a la misma dosis.

Respuesta subóptima: descenso del PASI menor a 90% y/o PASI ≥3 y/o DLQI ≥ 0/1 medido a las 16 semanas de iniciado el tratamiento. Si el paciente presenta esta respuesta se optimizará el tratamiento agregándole un nuevo fármaco adyuvante o disminuyendo el intervalo interdosis.

Falla de respuesta primaria: PASI o DLQI sin cambios o mayor a la medida inicial a las 16 semanas de iniciado el tratamiento. Si el paciente presenta esta respuesta se suspende el tratamiento.

Falla de respuesta secundaria: PASI o DLQI sin cambios o mayor al inicio del tratamiento luego de haber obtenido una buena respuesta inicial. Si el paciente presenta esta respuesta se optimizará el tratamiento agregándole una nueva terapia o disminuyendo el intervalo interdosis.

### 5) Psoriasis en poblaciones especiales

Existen escenarios clínicos especiales que requieren valoración individualizada lo que tiene implicancias terapéuticas. Estas recomendaciones no contemplan el tratamiento de la psoriasis en poblaciones especiales. Dentro de estas destacamos deseo concepcional, embarazo, lactancia, población pediátrica, pacientes añosos, hepatopatía, enfermedad renal, VIH, oncológicos, insuficiencia cardiaca.

## Conclusiones

Se presentan recomendaciones que buscan orientar la práctica dermatológica en Uruguay desde un enfoque integral, actualizado y centrado en el paciente.

## Bibliografía

1- Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. BMJ. 2020;369:m1590. doi:10.1136/bmj.m1590.

2- Ogawa K, Okada Y. The current landscape of psoriasis genetics in 2020. J Dermatol Sci. 2020;99(1):2-8. doi:10.1016/j.jdermsci.2020.05.008.

3- Huang YW, Tsai TF. HLA-Cw1 and psoriasis. Am J Clin Dermatol. 2021;22(3):339-47. doi:10.1007/s40257-020-00585-1.

4- Loft N, Skov L, Rasmussen MK, Gniadecki R, Dam TN, Brandslund I, et al. Genetic polymorphisms associated with psoriasis and development of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. PLoS One. 2018;13(2):e0192010. doi:10.1371/journal.pone.0192010.

5- Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. JAMA. 2020;323(19):1945-60. doi:10.1001/jama.2020.4006.

6- Hioki T, Komine M, Ohtsuki M. Diagnosis and intervention in early psoriatic arthritis. J Clin Med. 2022;11(7):2021. doi:10.3390/jcm11072051.

7- Saraswat A. Psoriasis comorbidities: obesity, diet, and metabolic syndrome. Indian Dermatol Online J. 2025;16(3):367-9. doi:10.4103/idoj.idoj_420_25.

8- Karmbir, Faisal SM, Narang RK, Kurmi BD, Kaur K, Sharma A. Psoriasis beyond the skin: systemic inflammation as a bridge to metabolic and hepatic comorbidities. Inflammopharmacology. 2026;34(3):1317-30. doi:10.1007/s10787-025-02027-y.

9- Almenara-Blasco M, Gracia-Cazaña T, Poblador-Plou B, Laguna-Berna C, Carmona-Pírez J, Navarro-Bielsa A, et al. Multimorbidity of psoriasis: a large-scale population study of its associated comorbidities. J Clin Med. 2024;13(2):492. doi:10.3390/jcm13020492.

10- Lapi F, Cassano N, Barbieri E, Marconi E, Vena GA, Giaquinto C, et al. Epidemiology of pediatric psoriasis: a population-based study using two Italian data sources. Curr Med Res Opin. 2023;39(9):1257-62. doi:10.1080/03007995.2023.2243216.

11- Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet. 2021;397(10281):1301-15. doi:10.1016/S0140-6736(20)32549-6.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

12- Ruderman EM, Gordon KB. Combined dermatology/rheumatology clinics for management of psoriatic disease: current state. Rheum Dis Clin North Am. 2025;51(3):537-44. doi:10.1016/j.rdc.2025.05.009.

13- Torales J, Echeverría C, Barrios I, García O, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, et al. Psychodermatological mechanisms of psoriasis. Dermatol Ther. 2020;33(6):e13827. doi:10.1111/dth.13827.

14- Borzée J, Cardoen B, Roodhooft F, Vyvey E, Lambert J. Understanding psoriasis care costs and the impact of comorbidities: a time-driven activity-based costing analysis in an integrated practice unit. BMJ Open. 2026;16:e102879. doi:10.1136/bmjopen-2025-102879.

15- Vanderpuye-Orgle J, Zhao Y, Lu J, Shrestha A, Sexton A, Seabury S, et al. Evaluating the economic burden of psoriasis in the United States. J Am Acad Dermatol. 2015;72(6):961-7.e5. doi:10.1016/j.jaad.2015.02.1099.

16- Bożek A, Reich A. The reliability of three psoriasis assessment tools: Psoriasis area and severity index, body surface area and physician global assessment. Adv Clin Exp Med. 2017;26:851–6.

17- Oji V, Luger TA. The skin in psoriasis: assessment and challenges. Clin Exp Rheumatol. 2015;33(Suppl 93):S14–9.

18- Pascoe VL, Enamandram M, Corey KC, Cheng CE, Javorsky EJ, Sung SM, et al. Using the physician global assessment in a clinical setting to measure and track patient outcomes. JAMA Dermatol. 2015;151:375–81.

19- Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28:333–7.

20- Poór AK, Brodszky V, Péntek M, Gulácsi L, Ruzsa G, Hidvégi B, et al. Is the DLQI appropriate for medical decision-making in psoriasis patients? Arch Dermatol Res. 2018;310:47–55.

21- Rencz F, Poór AK, Péntek M, Holló P, Kárpáti S, Gulácsi L, et al. A detailed analysis of 'not relevant' responses on the DLQI in psoriasis: potential biases in treatment decisions. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32:783–90.

22- Langenbruch A, Radtke MA, Gutknecht M, Augustin M. Does the Dermatology Life Quality Index (DLQI) underestimate the diseasespecific burden of psoriasis patients? J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33:123–7.

23- Lupulescu AM, Savu AP, Bucur ż, żerban ED, Popescu S, Constantin MM. Hard-to-treat areas in psoriasis: an underevaluated part of the disease. Life (Basel). 2025;15(3):425. doi:10.3390/life15030425.

24- Snoeck Henkemans SVJ, de Jong PHP, Luime JJ, Kok MR, Tchetverikov I, Korswagen LA, et al. Window of opportunity in psoriatic arthritis: the earlier the better? RMD Open. 2024;10(1):e004062. doi:10.1136/rmdopen-2023-004062.

25- Kang Z, Zhang X, Du Y, Dai SM. Global and regional epidemiology of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. J Autoimmun. 2024;145:103202. doi:10.1016/j.jaut.2024.103202.

26- Gottlieb A, Merola JF. Psoriatic arthritis for dermatologists. J Dermatolog Treat. 2020;31:662–79.

27- Scher JU, Ogdie A, Merola JF, Ritchlin C. Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. Nat Rev Rheumatol. 2019;15:153–66.

28- Zabotti A, De Lucia O, Sakellariou G, Batticciotto A, Cincinelli G, Giovannini I, et al. Predictors, risk factors, and incidence rates of psoriatic arthritis development in psoriasis patients: a systematic literature review and meta-analysis. Rheumatol Ther. 2021;8(4):1519-34. doi:10.1007/s40744-021-00378-w.

29- Belinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, Ferran M, Coto-Segura P, Rivera R, et al. El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos. Actas Dermosifiliogr. 2020;111:835–46.

30- Lewinson RT, Vallerand IA, Lowerison MW, Parsons LM, Frolkis AD, Kaplan GG, et al. Depression is associated with an increased risk of psoriatic arthritis among patients with psoriasis: a population-based study. J Invest Dermatol. 2017;137:828–35.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

31- Acioly P, Mazzillo M, Machado CJ, Camargo C, Penetra MA, Januário V, et al. Metabolic syndrome in psoriasis and psoriatic arthritis in a mixed-race population: comparison of their prevalences. Psoriasis (Auckl). 2024;14:123-30. doi:10.2147/PTT.S471707.

32- Ponikowska M, Hill L, Lee CS, Barisone M, Ponikowski P, Aldossary HM, et al. Cardiovascular disease and psoriasis. Dermatol Ther (Heidelb). 2026;16(1):155-69. doi:10.1007/s13555-025-01566-0.

33- Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease. Circulation. 2019;140(11):e596-e646. doi:10.1161/CIR.0000000000000678.

34- Johri AM, Hill B, Grubic N, Sirwani B, Fraser M, Hétu MF, et al. The prevalence of carotid subclinical atherosclerosis according to age: a systematic review and meta-analysis of the young to middle-age. J Clin Lipidol. 2026;20(2):250-61. doi:10.1016/j.jacl.2025.10.069.

35- Lerman JB, Joshi AA, Chaturvedi A, Aberra TM, Dey AK, Rodante JA, et al. Coronary plaque characterization in psoriasis reveals high-risk features that improve after treatment in a prospective observational study. Circulation. 2017; 136:263–76.

36- Bonanad C, González-Parra E, Rivera R, Carrascosa JM, Daudén E, Olveira A, et al. Clinical, diagnostic, and therapeutic implications in psoriasis associated with cardiovascular disease. Actas Dermosifiliogr. 2017;108:800–8.

37- Choudhary S, Patel R, Pradhan D, Deval R, Singh H, Thomas G, et al. Psoriasis and cardiovascular disorders: association or epiphenomenon? Meta-analysis of observational studies. 3 Biotech. 2020;10(3):104. doi:10.1007/s13205-020-2089-6.

38- Sorokin AV, Kotani K, Elnabawi YA, Dey AK, Sajja AP, Yamada S, et al. Association between oxidation-modified lipoproteins and coronary plaque in psoriasis: an observational cohort study. Circ Res. 2018; 123:1244–54.

39- Caiazzo G, Fabbrocini G, Di Caprio R, Raimondo A, Scala E, Balato N, et al. Psoriasis, cardiovascular events, and biologics: lights and shadows. Front Immunol. 2018;9:1668.

40- Andújar I, Esplugues JV, García-Martínez P. Looking beyond the skin: pathophysiology of cardiovascular comorbidity in psoriasis and the protective role of biologics. Pharmaceuticals (Basel). 2022;15(9):1101. doi:10.3390/ph15091101.

41- Mamizadeh M, Tardeh Z, Azami M. The association between psoriasis and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Metab Syndr. 2019;13:1405–12.

42- Dalamaga M. Adipocytokines and psoriasis: insights into mechanisms linking obesity and inflammation to psoriasis. World J Dermatol. 2013;2(4):27-31. doi:10.5314/wjd.v2.i4.27.

43- Carrascosa JM, Rocamora V, Fernández-Torres RM, Jiménez-Puya R, Moreno JC, Coll-Puigserver N, et al. Obesidad y psoriasis: naturaleza inflamatoria de la obesidad, relación entre psoriasis y obesidad e implicaciones terapéuticas. Actas Dermosifiliogr. 2014;105(1):31-44. doi:10.1016/j.ad.2012.08.003.

44- Kunz M, Simon JC, Saalbach A. Psoriasis: obesity and fatty acids. Front Immunol. 2019;10:1807. doi:10.3389/fimmu.2019.01807.

45- Gelfand JM, Wan J, Zhang H, Shin DB, Ogdie A, Syed MN, et al. Risk of liver disease in patients with psoriasis, psoriatic arthritis, and rheumatoid arthritis receiving methotrexate: a population-based study. J Am Acad Dermatol. 2021;84:1636–43.

46- Kovitwanichkanont T, Chong AH, Foley P. Beyond skin deep: addressing comorbidities in psoriasis. Med J Aust. 2020;212:528–34.

47- Jang JH, Park M, Kim HJ, Jung Y. Reprogramming immunity at the metabolic-epidermal interface in obesity-associated psoriasis. Cytokine Growth Factor Rev. 2026;88:32-46. doi:10.1016/j.cytogfr.2026.01.003.

48- Guo Z, Yang Y, Liao Y, Shi YL, Zhang LJ. Emerging roles of adipose tissue in the pathogenesis of psoriasis and atopic dermatitis in obesity. JID Innov. 2022;2(1):100064. doi:10.1016/j.xjidi.2021.100064.

49- Wei J, Zhu J, Xu H, Zhou D, Elder JT, Tsoi LC, et al. Alcohol consumption and smoking in relation to psoriasis: a Mendelian randomization study. Br J Dermatol. 2022;187(5):684-91. doi:10.1111/bjd.21718.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

50- Sun Y, Li Y, Li J, Xie X, Gu F, Sui Z, et al. The causal relationship between psoriasis, psoriatic arthritis, and inflammatory bowel diseases. Sci Rep. 2022;12(1):20526. doi:10.1038/s41598-022-24872-5.

51- Ungprasert P, Raksasuk S. Psoriasis and risk of incident chronic kidney disease and end-stage renal disease: a systematic review and meta-analysis. Int Urol Nephrol. 2018;50:1277–83.

52- Chi CC, Tung TH, Wang J, Lin YS, Chen YF, Hsu TK, et al. Risk of uveitis among people with psoriasis: a nationwide cohort study. JAMA Ophthalmol. 2017;135:415–22.

53- Bruni M, Lobefaro F, Pellegrini C, Mastrangelo M, Gualdi G, Esposito M, et al. Psoriasis and cancer: the role of inflammation, immunosuppression, and cancer treatment. Expert Opin Biol Ther. 2025;25(4):395-411. doi:10.1080/14712598.2025.2471093.

54- Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. J Invest Dermatol. 2014;134:1542–51.

55- Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Cumulative life course impairment: evidence for psoriasis. Curr Probl Dermatol. 2013;44:82–90.

56- Ros S, Puig L, Carrascosa J. Discapacidad acumulada en el transcurso vital: la cicatriz de la psoriasis en la vida del paciente. Actas Dermosifiliogr. 2014;105:128–34.

57- Duong JQ, Razler DJ, Hrin ML, Huang WW, Feldman SR. To test or not to test? Revisiting the value of baseline screening and monitoring tests among biologic treatments for psoriasis using an evidence-based assessment. J Am Acad Dermatol. 2026;94(5):1438-46. doi:10.1016/j.jaad.2025.09.123.

58- Jin A, Zaladonis AG, Hsu S. Considering a biologic: what's a clinician to do? Screening and laboratory monitoring for biologic therapies in the treatment of psoriasis. Skinmed. 2022;20(1):14-7.

59- Uruguay. Ministerio de Salud Pública; Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes; Universidad de la República; Facultad de Medicina. Guía Nacional para el manejo de la tuberculosis en situaciones especiales. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2017.

60- Uruguay. Ministerio de Salud Pública; Unidad de Inmunizaciones, División Epidemiología. Guía nacional de vacunación en situaciones especiales. Montevideo: MSP; 2018.

61- Amatore F, Villani AP, Tauber M, Viguier M, Guillot B, Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology. French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33:464–83.

62- Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CEM, Nast A, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. Arch Dermatol Res. 2011;303:1–10.

63- Abrouk M, Nakamura M, Zhu TH, Farahnik B, Koo J, Bhutani T. The impact of PASI 75 and PASI 90 on quality of life in moderate to severe psoriasis patients. J Dermatolog Treat. 2017;28:488–91.

64- Cintoni M, Palombaro M, Maramao F, Raoul P, Egidi G, Leonardi E, et al. Metabolic disorders and psoriasis: exploring the role of nutritional interventions. Nutrients. 2023;15(18):3876. doi:10.3390/nu15183876.

65- Debbaneh M, Millsop JW, Bhatia BK, Koo J, Liao W. Diet and psoriasis, part I: impact of weight loss interventions. J Am Acad Dermatol. 2014;71:133–40.

66- Phan C, Touvier M, Kesse-Guyot E, Adjibade M, Hercberg S, Wolkenstein P, et al. Association between Mediterranean anti-inflammatory dietary profile and severity of psoriasis: results from the NutriNet-Santé Cohort. JAMA Dermatol. 2018;154:1017–24.

67- Zanesco S, Maruthappu T, Griffiths CEM, Dalrymple KV, Gibson R, Hall WL. Associations between diet quality indices and psoriasis severity: results from the Asking People with Psoriasis about Lifestyle and Eating (APPLE) cross-sectional study. Br J Nutr. 2025;133(5):546-57. doi:10.1017/S0007114525000340.

68- Kanda N, Hoashi T, Saeki H. Nutrition and psoriasis. Int J Mol Sci. 2020;21:5405.

69- Bhatia BK, Millsop JW, Debbaneh M, Koo J, Linos E, Liao W. Diet and psoriasis, part II: celiac disease and role of a gluten-free diet. J Am Acad Dermatol. 2014;71:350–8.

70- Millsop JW, Bhatia BK, Debbaneh M, Koo J, Liao W. Diet and psoriasis, part III: role of nutritional supplements. J Am Acad Dermatol. 2014;71:561–9.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

71- Zhu Y, Xu F, Chen H, Zheng Q. The efficacy and safety of probiotics in the adjuvant treatment of psoriasis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Med (Lausanne). 2024;11:1448626. doi:10.3389/fmed.2024.1448626.

72- Uruguay. Asociación de Pacientes de Psoriasis del Uruguay. APSUR (Internet). Montevideo: APSUR; (citado 18 ago 2026). Disponible en: https://apsur.org.uy/

73- Zhang XJ, Lin J, Feng L, Ou M, Gong FQ. Non-pharmacological interventions for patients with psoriasis: a scoping review. BMJ Open. 2023;13(11):e074752. doi:10.1136/bmjopen-2023-074752.

74- Menter A, Gelfand JM, Connor C, Armstrong AW, Cordoro KM, Davis DMR, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. J Am Acad Dermatol. 2020;82(6):1445-86. doi:10.1016/j.jaad.2020.02.044.

75- Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 5.ª ed. (s.l.): Elsevier; 2025. p. 2263–77.

76- Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, Wong EB, Rupani RN, Kivelevitch D, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. J Am Acad Dermatol. 2021;84(2):432-70. doi:10.1016/j.jaad.2020.07.087.

77- Ortonne J, Humbert P, Nicolas J, Tsankov N, Tonev S, Janin A, et al. Intra-individual comparison of the cutaneous safety and efficacy of calcitriol 3 µg/g ointment and calcipotriol 50 µg/g ointment on chronic plaque psoriasis localized in facial, hairline, retroauricular or flexural areas. Br J Dermatol. 2003;148:326–33.

78- Reynolds KA, Pithadia DJ, Lee EB, Wu JJ. Treatments for inverse psoriasis: a systematic review. J Dermatolog Treat. 2020;31(8):786-93. doi:10.1080/09546634.2019.1620912.

79- Weinstein GD, Koo JY, Krueger GG, Lebwohl MG, Lowe NJ, Menter M, et al. Tazarotene cream in the treatment of psoriasis: two multicenter, double-blind, randomized, vehicle-controlled studies of the safety and efficacy of tazarotene creams 0.05% and 0.1% applied once daily for 12 weeks. J Am Acad Dermatol. 2003;48:760–7.

80- Lebwohl MG, Stein Gold L, Strober B, Papp KA, Armstrong AW, Bagel J, et al. Phase 3 trials of Tapinarof cream for plaque psoriasis. N Engl J Med. 2021;385:2219–29.

81- Lebwohl MG, Kircik LH, Moore AY, Stein Gold L, Draelos ZD, Gooderham MJ, et al. Effect of roflumilast cream vs vehicle cream on chronic plaque psoriasis: the DERMIS-1 and DERMIS-2 randomized clinical trials. JAMA. 2022;328:1073–84.

82- Fernández-Guarino M, Aboín-González S, Velázquez D, Barchino L, Cano N, Lázaro P. Phototherapy with narrow-band UVB in adult guttate psoriasis: results and patient assessment. Dermatology (Basel). 2016;232:626–32.

83- Hong JR, Jeong H, Kim H, Yang HS, Hong JY, Kim SM, et al. The potential impact of systemic anti-inflammatory therapies in psoriasis on major adverse cardiovascular events: a Korean nationwide cohort study. Sci Rep. 2021;11:8588.

84- Abrouk M, Levin E, Brodsky M, Gandy JR, Nakamura M, Zhu TH, et al. Excimer laser for the treatment of psoriasis: safety, efficacy, and patient acceptability. Psoriasis (Auckl). 2016;6:165–73.

85- Jones G, Crotty M, Brooks P. Interventions for treating psoriatic arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD000212.

86- Saurat JH, Stingl G, Dubertret L, Papp K, Langley RG, Ortonne JP, et al. Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs methotrexate vs placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). Br J Dermatol. 2008;158:558–66.

87- Capella GL, Casa-Alberighi OD, Finzi AF. Therapeutic concepts in clinical dermatology: cyclosporine A in immunomediated and other dermatoses. Int J Dermatol. 2001;40:551–61.

88- Ho VC, Griffiths CE, Berth-Jones J, Papp KA, Vanaclocha F, Daudén E, et al. Intermittent short courses of cyclosporine microemulsion for the long-term management of psoriasis: a 2-year cohort study. J Am Acad Dermatol. 2001;44:643–51.

89- Paul CF, Ho VC, McGeown C, Christophers E, Schmidtmann B, Guillaume JC, et al. Risk of malignancies in psoriasis patients treated with cyclosporine: a 5-year cohort study. J Invest Dermatol. 2003;120:211–6.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

90- Lee CS, Li K. A review of acitretin for the treatment of psoriasis. Expert Opin Drug Saf. 2009;8(6):769–79.

91- Carrascosa JM, Del-Alcazar E. Apremilast for psoriasis treatment. G Ital Dermatol Venereol. 2020;155(4):421–33.

92- Armstrong AW, Gooderham M, Warren RB, Papp KA, Strober B, Thaçi D, et al. Deucravacitinib versus placebo and apremilast in moderate to severe plaque psoriasis: Efficacy and safety results from the 52-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 POETYK PSO-1 trial. J Am Acad Dermatol. 2023;88(1):29–39.

93- Munera-Campos M, Ballesca F, Carrascosa J. Reacciones paradójicas de los tratamientos biológicos utilizados en psoriasis: revisión de la literatura. Actas Dermosifiliogr. 2018;109(9):791–800. doi:10.1016/j.ad.2018.05.003.

94- Smith CH, Yiu ZZN, Bale T, Burden AD, Coates LC, Edwards W, et al. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020: a rapid update. Br J Dermatol. 2020;183(4):628-37. doi:10.1111/bjd.19039.

95- Gordon KB, Strober B, Lebwohl M, Augustin M, Blauvelt A, Poulin Y, et al. Efficacy and safety of risankizumab in moderate-to-severe plaque psoriasis (UltIMMa-1 and UltIMMa-2): results from two double-blind, randomised, placebo-controlled and ustekinumab-controlled phase 3 trials. Lancet. 2018;392(10148):650–61. doi:10.1016/S0140-6736(18)31713-6.

96- Reich K, Armstrong AW, Foley P, Song M, Wasfi Y, Randazzo B, et al. Five-year maintenance of clinical response and health-related quality of life improvements in patients with moderate-to-severe psoriasis treated with guselkumab: results from VOYAGE 1 and VOYAGE 2. Br J Dermatol. 2021;185(6):1146-59. doi:10.1111/bjd.20568.

97- Gisondi P, Talamonti M, Chiricozzi A, Piaserico S, Amerio P, Balato A, et al. Treat-to-target approach for the management of patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: consensus recommendations. Dermatol Ther (Heidelb). 2021;11(1):235-52. doi:10.1007/s13555-020-00475-8

98- Guelimi R, Chaimani A, Parisi R, Penso L, Hughes C, Afach S, et al. Serious adverse events associated with systemic treatments for psoriasis: a network meta-analysis of observational studies and randomized controlled trials. Cochrane Database Syst Rev. 2024;4:CD015263. doi:10.1002/14651858.CD015263

99- Dapavo P, Siliquini N, Mastorino L, Avallone G, Merli M, Agostini A, et al. Efficacy, safety, and drug survival of IL-23, IL-17, and TNF-alpha inhibitors for psoriasis treatment: a retrospective study. J Dermatolog Treat. 2022;33(4):2352-7. doi:10.1080/09546634.2021.1961998.

100- Yiu ZZN, Mason KJ, Hampton PJ, Reynolds NJ, Smith CH, Lunt M, et al. Drug survival associated with effectiveness and safety of treatment with guselkumab, ixekizumab, secukinumab, ustekinumab and adalimumab in patients with psoriasis. JAMA Dermatol. 2022;158(10):1131-41. doi:10.1001/jamadermatol.2022.2909.

101- Leonardi CL, Kimball AB, Papp KA, Yeilding N, Guzzo C, Wang Y, et al. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). Lancet. 2008;371(9625):1665–74. doi:10.1016/S0140-6736(08)60726-6.

102- Gottlieb AB, Deodhar A, McInnes IB, Baraliakos X, Reich K, Schreiber S, et al. Long-term safety of secukinumab over five years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: update on integrated pooled clinical trial and post-marketing surveillance data. Acta Derm Venereol. 2022;102:adv00698. doi:10.2340/actadv.v102.563.

103- Sbidian E, Chaimani A, Guelimi R, Tai CC, Afach S, Doney L, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2025;8(8):CD011535. doi:10.1002/14651858.CD011535.pub7

104- Blauvelt A, Lebwohl MG, Mabuchi T, Leung A, Garrelts A, Crane H, et al. Long-term efficacy and safety of ixekizumab: a 5-year analysis of the UNCOVER-3 randomized controlled trial. J Am Acad Dermatol. 2021;85(2):360-8. doi:10.1016/j.jaad.2020.11.022.

105- Menter A, Thaci D, Wu JJ, Abramovits W, Kerdel F, Arikan D, et al. Long-term safety and effectiveness of adalimumab for moderate-to-severe psoriasis: results from 7-year interim analysis of the ESPRIT registry. Dermatol Ther (Heidelb). 2017;7(3):365-81. doi:10.1007/s13555-017-0198-x.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org

2026; 11(1): e202
DOI: 10.26445/11.01.19

106- Augustin M, Gottlieb AB, Lebwohl M, Pinter A, Warren RB, Puig L, et al. Complete skin clearance is associated with the greatest benefits to health-related quality of life and perceived symptoms for patients with psoriasis. Dermatol Ther (Heidelb). 2024;14(10):2841-57. doi:10.1007/s13555-024-01261-6.

107- Benson JM, Peritt D, Scallon BJ, Heavner GA, Shealy DJ, Giles-Komar JM, et al. Discovery and mechanism of ustekinumab: a human monoclonal antibody targeting interleukin-12 and interleukin-23 for treatment of immune-mediated disorders. MAbs. 2011;3(6):535-45. doi:10.4161/mabs.3.6.17815.

108- Chan WSA, Wong Y, Oon HH, Theng CTS, Chong WS. Efficacy and safety of ustekinumab in the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis in Singapore. Singapore Med J. 2023;64(7):434-8. doi:10.11622/smedj.2022029.

109- Reich K, Warren RB, Lebwohl M, Gooderham M, Strober B, Langley RG, et al. Bimekizumab versus secukinumab in plaque psoriasis. N Engl J Med. 2021;385(2):142-52. doi:10.1056/NEJMoa2102383.

110- Warren RB, Lebwohl MG, Thaçi D, Gooderham M, Pinter A, Paul C, et al. Bimekizumab efficacy and safety through 3 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: long-term results from the BE RADIANT phase 3b trial open-label extension period. Br J Dermatol. 2025;193(1):44-56. doi:10.1093/bjd/ljaf032.

111- Gordon KB, Foley P, Krueger JG, Pinter A, Reich K, Vender R, et al. Bimekizumab efficacy and safety in moderate to severe plaque psoriasis (BE READY): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 3 trial. Lancet. 2021;397(10273):475-86. doi:10.1016/S0140-6736(21)00126-4.

112- Papp KA, Lebwohl MG, Puig L, Ohtsuki M, Beissert S, Gooderham M, et al. Long-term safety and efficacy of risankizumab to treat moderate-to-severe plaque psoriasis: final LIMMitless phase 3, open-label extension trial results. Am J Clin Dermatol. 2025;26(5):829-41. doi:10.1007/s40257-025-00964-6.

113- Blauvelt A, Leonardi CL, Gooderham M, Papp KA, Philipp S, Wu JJ, et al. Efficacy and Safety of Continuous Risankizumab Therapy vs Treatment Withdrawal in Patients With Moderate to Severe Plaque Psoriasis: A Phase 3 Randomized Clinical Trial. JAMA Dermatol. 2020;156(6):649-58. doi:10.1001/jamadermatol.2020.0723.

114- Le S, Wu X, Dou Y, Song T, Fu H, Luo H, et al. Promising strategies in natural products treatments of psoriasis: update. Front Med (Lausanne). 2024;11:1386783. doi:10.3389/fmed.2024.1386783.

115- Lee HJ, So YJ, Jo IJ, Jang JY, Yook TH, Lee JH, et al. Harnessing natural compounds in psoriasis: targeting cellular pathways for effective therapy. Phytother Res. 2026;40(8):4759-91. doi:10.1002/ptr.70085.

**Nota de contribución autoral**

**Claudia Guebenlián:** conceptualización, curación de datos, análisis formal, administración de proyecto, supervisión, validación.

**Diego López:** investigación, revisión y edición.

**Mariana Lizarraga:** redacción borrador original

**Sofía Martínez:** revisión y edición, visualización, investigación

**Carolina Langwagen:** revisión y edición, visualización e investigación

**Magdalena Vola:** redacción – revisión y edición, administración del proyecto

**Mercedes Laporte:** redacción – revisión y edición

**Chiara Bruno:** visualización

**Patricia Levrero:** supervisión, revisión, edición y conceptualización

**Nota de referencia autoral**

**Claudia Guebenlián:** Dermatóloga, Ex asistente de Unidad Académica de Dermatología

**Diego López:** Dermatólogo, Asistente de Unidad Académica de Dermatología

**Mariana Lizarraga:** Dermatóloga, Ex asistente de Unidad Académica de Dermatología

**Sofía Martínez:** Dermatóloga, Ex asistente de Unidad Académica de Dermatología

**Carolina Langwagen:** Dermatóloga

**Magdalena Vola:** Dermatóloga, Ex Profesora Adjunta de Unidad Académica de Dermatología

**Mercedes Laporte:** Dermatóloga

**Chiara Bruno:** Doctora en Medicina. Residente de Dermatología

**Patricia Levrero:** Dermatóloga, Ex Asistente de Unidad Académica de Dermatología

**Nota del editor**

El editor responsable por la publicación del presente artículo es la **Dra. Mercedes Perendones**.

Licencia Creative Commons cc-by. https://creativecommons.org