

Leire Ulacia, Aitziber Lizardi, Miren Josune Garcia de Andoin, Maitane Umerez, June Landa, Larraitz Leunda, Mikel Urretavizcaya, Idoia Beristain, Miren Ercilla

## Psoriasis: zer da eta nola trata dezakegu?

*Psoriasis, what is it and how can we treat it?*

Leire Ulacia Epelde<sup>1</sup>, Aitziber Lizardi Mutuberria<sup>2</sup>, Miren Josune Garcia de Andoin Barandiaran<sup>1</sup>, Maitane Umerez Igartua<sup>3</sup>, June Landa Alberdi<sup>1</sup>, Larraitz Leunda Eizmendi<sup>1</sup>, Mikel Urretavizcaya Anton<sup>4</sup>, Idoia Beristain Aramendi<sup>1</sup>, Miren Ercilla Liceaga<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Donostia Unibertsitate Ospitaleko Farmazia Zerbitzua

<sup>2</sup>Elizondoko Lanbide Eskola

<sup>3</sup>Mendaro Ospitaleko Farmazia Zerbitzua

<sup>4</sup>Onkologikoa Fundazioko Farmazia Zerbitzua

*leireulacia@gmail.com*

### Laburpena

---

Psoriasis batez ere larruazaleko manifestazioak dituen gaixotasun kroniko immunologiko eta errepikakorra da. Gaixo gehienetan modu onberan agertzen den arren, pertsona batzuetan desgaitasun fisiko, sozial edo psikologikoa eragin dezake eta, ondorioz, gaixoaren bizi-kalitatean nabarmen eragin. Azken urteetan psoriasiaren terapeutikan aurrerapen handiak gertatu dira, batez ere terapia biologikoaren eskutik. Psoriasiaren agerpenean parte hartzen duten bitartekari desberdinetan eragiten duten tratamendu berriak garatu dira, eraginkortasun handikoak gainera, baina oraindik ere gaixotasun sendaezina izaten jarraitzen du.

Gako-hitzak: psoriasis, tratamendua, terapia biologikoak, larruazala, immunitate-sistema.

### Abstract

---

*Psoriasis is an immune-mediated chronic recurrent disease with mainly cutaneous manifestations. Although it manifests itself in a mild way in most patients, it can cause physical, social or psychological disability in some people, having a significant impact on the quality of their lives. There have been important advances in the treatment of psoriasis in the last years, specially in the field of biologic therapies. New highly effective treatments targeting different intermediaries involved on the onset of psoriasis have been developed, but psoriasis still remains an incurable disease.*

*Keywords: psoriasis, treatment, biologic therapies, skin, immune system.*

### 1. Sarrera

---

Psoriasis larruazaleko hanturazko gaixotasun kroniko eta errepikakorra da. Batez ere larruazaleko manifestazioak dituen gaixotasun sistemikotzat hartzen da, baina azazkal, artikulazio eta mukosetan ere eragin dezake.

Prebalentzia aldakorra da herrialdeen artean eta % 0,09-11,4 artean dago (1,2). Espainiari dagokionez % 2-3 bitartekoa da (3) eta edozein adin-tartetan ager daitezkeen arren, ohikoagoa da 50 eta 69 urte artekoen artean.

Etiologiari dagokionez, ez da guztiz ezagutzen, baina jakina da psoriasiaren garapenean faktore genetikoek zein ingurumenekok parte hartzen dutela. Ingurumen-faktoreen artean honakoak aurkitzen dira: infekzioak, traumatismoak, faktore endokrino eta metabolikoak, zenbait sendagai (beta-blokeatzaileak, kaltzio-antagonistak, angiotentsinaren entzima bihurtzailearen inhibitzaileak (AEBI), litioa, indometazina...), obesitatea, tabakoa, alkohola, estresa, klima eta urtaroa.

Psoriasiaren bilakaera klinikoa aldakorra da, arintze eta birgaixotzeekin, eta bitzta guztia edo hilabete batzuk soilik iraun dezake. Gainera, gaixo gehienetan modu onberan agertzen den arren, pertsona batzuetan desgaitasun fisiko, sozial edo psikologikoa eragin dezake, gaixoaren bizi-kalitatean nabarmen eraginez.

Historikoki, psoriasis nagusiki keratinozitoen hiperproliferazioaren ondoriozko gaixotasun bat bezala ikusi izan da. Hala ere, gaur egun jakina da psoriasis gaixotasun immunologiko konplexua dela eta immunitate-sistemako bitartekari ugari parte hartzen dutela, hala nola T linfozitoek, zelula dendritikok eta zitokinek (IL-23, IL-17 eta alfa tumorearen nekrosi-faktorea (alfa-TNF)) (4).

Aurrez aipatutako ingurumen-faktoreek immunitate-sisteman aldaketak eragin ditzakete eta zitokina proinflamatorioen seinaleen ondorioz epidermis gainazaleko zelula-ordezkapena azkartzen da, epidermisaren lodiera handituz. Bestalde, immunitate-sisteman parte hartzen duten zenbait zelulak (T linfozitoak, zelula dendritikok, neutrofilok) epidermisa eta dermisa infiltratzen dute, angiogenesisia areagotzen da dermisaren baskularizazioa handiagotuz eta, ondorioz, hantura sortzen da.

### 3. Klinika

---

Keratinozitoen hiperproliferazioa dela eta, zelulak metatzen dira azalean eta psoriasiaren bereizgarri diren larruazaleko lesioak agertzen dira: tamaina eta lodiera aldakorreko plaka eritematosoak, kolore gorrikoak, ezkatat josiak eta ondo definituak. Lesioak pitzatu egin daitezke eta baita azkura, mina eta odola eragin ere. Ukondo, belaun, buru-azal eta gorputz-enborrean agertzen dira batez ere, baina gorputzeko edozein ataletan ager daitezke.

Bestalde, psoriasis duten gaixoen % 30 inguruk artikulazioetan mina eta hantura izan ohi du, artropatia psoriasiko gisa ezagutzen dena (5).

Azken urteotan, psoriasi forma larriak pazienteen arrisku kardiobaskularrean eragina duten hainbat koerikortasunekin (diabetesa, hipertentsioa, sindrome metabolikoa eta obesitatea, esaterako) lotu dira (6) eta baita beste gaixotasun autoimmune batzuekin ere, hala nola hesteetako gaixotasun inflamatorioa, artritisa eta ubeitisa. Hori horrela, batez ere larruazalari eragiten dion gaixotasun sistemikotzat jotzen da psoriasis.

### 4. Psoriasi motak

---

Psoriasi mota bakarra dagoela pentsatzeko joera dago, baina hainbat forma daude. Forma ohikoena psoriasi arrunta edo plaketako psoriasi gisa ezagutzen da. Beste psoriasi mota batzuk psoriasis tantatan, alderantzizko psoriasis, psoriasi eritrodermikoa, psoriasi pustuloso eta artropatia psoriasikoa dira (7,8).

Leire Ulacia, Aitziber Lizardi, Miren Josune Garcia de Andoin, Maitane Umerez, June Landa, Larraitz Leunda, Mikel Urretavizcaya, Idoia Beristain, Miren Ercilla

## 5. Diagnosis

---

Diagnosis nagusiki klinikoa izaten da, aipatutako zeinu eta sintometan oinarrituta eta maiz azterketa fisikoa egitearekin nahikoa izaten da. Azaleko biopsia oso gutxitan behar izaten da gaixotasuna baieztatzeko. Bestalde, diagnostiko diferentziala egin behar da azaleko beste gaixotasunekin, hala nola dermatofitosiarekin, ptiriasi arrosarekin, dermatitis seborreikoarekin, dermatitis atopikoarekin, ukipeneko dermatitisarekin, mikosi fungoidearekin, liken lauarekin eta sifilis psoriasiformearekin (7).

Gainera, gaixoak artikulazioetako mina badu, erreumatologoak artikulazioetako azterketa egin beharko du.

## 6. Larritasun-maila

---

Psoriasis larritasun-mailaren arabera sailkatzeko garaian, lesioen hedapena, kokapena eta gaixotasunak bizi-kalitatean duen eragina izan behar dira kontuan. Eskala desberdinak daude larritasun-maila neurtzeko, BSA eta PASIa izanik saiakuntza kliniko eta praktika klinikoan gehien erabiltzen direnak.

**BSA (Body Surface Area):** larruazal psoriasikoaren azalera-portzentajea hartzen da kontuan eta esku-ahurra % 1 izango balitz bezala kontsideratzen da. Horrela, lesioek larruazalaren % 5 baino gutxiago hartzen badute, psoriasis arina izango da; % 5-10 bitartean moderatua, eta % 10 baino gehiago denean larria.

**PASI (Psoriasis Area and Severity Index):** eritema, lesioen indurazioa eta ezkatadura bereizita balioztatzen dira gorputzeko eremu desberdinetan (burua eta lepoa, goiko gorputz-adarrak, gorputzenborra eta beheko gorputz-adarrak). PASIaren balioa 0 (psoriasirik eza) 72 (larria) bitartekoa izan daiteke.

Bestalde, saiakuntza klinikoetan tratamenduen eraginkortasuna neurtzeko maiz PASI50, PASI75 eta PASI100 erantzuna izeneko parametroak erabiltzen dira, hau da, PASI eskalan % 50, % 75 edo % 100eko hobekuntza jasan duten gaixoen portzentajea. FDAk (*U.S. Food and Drug Administration*) PASI75 erantzuna ezarri zuen saiakuntza klinikoetarako eraginkortasun-neurri gisa, baina azken urteetan garatu diren tratamendu biologiko berrien eraginkortasun altua dela eta, PASI90 eta PASI100 erantzunak geroz eta gehiago erabiltzen hasi dira saiakuntza klinikoetan.

## 7. Tratamendua

---

Gaur egun ez dago psoriasis sendatzeko tratamendurik eta helburua sintomak hobetu eta lesioen larritasuna eta hedadura murriztea da. Tratamendu egokia aukeratzeko garaian gaixotasunaren larritasuna, lesioen hedadura eta kokapena, hantura-maila eta psoriasiak gaixoaren bizi-kalitatean duen eragina izan behar dira kontuan. Gainera, pertsona guztiek ez diote modu berean erantzuten tratamenduari.

Orokorrean, gaixotasuna arina, moderatua edo hedadura mugatukoa denean, tratamendua topikoa izaten da. Bestalde, psoriasiaren larritasun-maila moderatu/larria bada edo bizi-kalitatean duen eragina handia bada, tratamendu sistemikoak behar izaten dira. Gainera, oro har tratamendu sistemikoak behar izaten dituzten gaixoen tratamendu topikoen jarraipena ere behar izaten dute, sintomak arindu edo sendagai sistemikoen dosia gutxitu ahal izateko.

**Tratamendu topikoa** (9, 10)

Gorputz-atalaren arabera, formulazio topiko desberdinak erabil daitezke. Esaterako, eremu iletuetan lozioak, aparraketa gelak, hedadura zabaletarako krema eta emultsioak, eta, azkenik, eremu lehorretarako pomada eta ukenduak. Tratamendu topikoen desabantaila nagusia

- *Emolienteak eta hidratatzaileak*

Lesioak hobetzen laguntzen dute, lehortasuna eta azalaren pitzatzea ekiditen. Ezinbestekoak dira psoriasisaren tratamenduan eta normalki ez dira bakarrik erabiltzen, laguntzaile gisa baizik.

- *Keratolitikoak: azido salizilikoa, harrikatx-mundruna eta ditranola*

Plaken lodiera murrizten dute eta beste sendagai batzuk larruazalean sartzea errazten dute. Hori dela eta, beste tratamendu batzuen laguntzaile gisa erabil daitezke, hidratatzeko, pitzaduren agertzea saihesteko eta ezkatatzen kentzeko helburuarekin.

- *Kortikoide topikoak*

Kortikoideak baso-uzkurtzaileak, antiinflamatorioak, antimitotikoak eta immunozabatzatzaileak dira, plakak argituz eta hantura murriztuz jarduten dutenak. Efektu azkar eta eraginkorrak izaten dituzte, baina arintzearen iraupena nahiko laburra izaten da. Hori dela eta, aldizka eman behar dira iraupen laburreko zikloetan. Talde honetako farmako guztien desabantaila tratamendua eten ondoren gaixotasuna berriz aktibatzen arriskua da.

Bestalde, kortikoide guztiek ez dute eraginkortasun berdina eta horregatik potentzia baxukoak eremu finetan (aurpegian eta tolesturetan) erabiltzen dira eta potentzia handikoak buru-azalean, eskuetan, oinetan eta plaka lodiagoko eremuetan.

- *D bitaminaren analogoak: kaltzitriola, kaltzipotriola eta takaltzitola*

Keratinozitoen proliferazioa inhibitu eta hantura murrizten dute. Kortikoideen antzeko eraginkortasuna dute, nahiz eta erantzun klinikoa motelagoa izan ohi den eta arintze-aldi luzeagoak eragiten dituzten. Hala ere, kortikoideek baino segurtasun-profil hobea dute eta, hori dela eta, aukerako mantentze-tratamendua dira.

Bestalde, kortikoide topikoekin konbinatzen direnean, monoterapiaren baino eraginkorragoak dira eta horregatik azken urteetan kortikoide topikoen eta D bitaminaren eratorrien konbinazioak merkaturatu dira.

- *Erretinoideak*

Tazarotenoa da topikoki erabiltzen den erretinoide bakarra. A bitamina edo azido erretinoikoaren analogoa da eta azalaren aktibitate biologikoetan eragiten du, hala nola azaleko zelulen proliferazio eta diferentziazioan, immunitate-funtzioan, hanturan eta gantz-ekoizpenean.

Oro har, kortikoide edo D bitaminaren analogo topikoekin batera erabiltzen da, tazarotenoa bakarrik erabilita baino emaitza hobea lortzen direlako terapia konbinatuekin. Teratogenoa izanik, kontraindikatu dago haurdunaldian eta arretaz erabili behar da emankortasun-aldian dauden emakumeetan.

- *Takrolimusa eta pimekrolimusa*

Hantura gutxituz jarduten dute eta dermatitis atopikoan erabili ohi dira. Erabilgarriak dira aurpegi eta tolesturetan aurkitzen diren lesioak tratatzeko. Hala ere, azaleko tumoreen agerpenekin lotutako segurtasun-alertak direla eta, aldizkako tratamenduetan erabili behar dira eta ahalik eta dosi baxuenetan.

***Fototerapia eta fotokimioterapia (PUVA)***

Leire Ulacia, Aitziber Lizardi, Miren Josune Garcia de Andoin, Maitane Umerez, June Landa, Larraitz Leunda, Mikel Urretavizcaya, Idoia Beristain, Miren Ercilla

Psoriasisia duten gaixo gehienek hobera egiten dute udan, eguzkiaren esposizioari eta inguruneke hezetasunaren gehikuntzari esker, azala hidratatuago mantentzen baita. Gertakizun honetan oinarritzen dira fototerapia eta fotokimioterapia. Tratamendu topikoaren eta sistemikoaren arteko terapiak dira eta tratamendu topikoak eraginkorrak izan ez direnean edo lesioen hedadura zabala denean erabiltzen dira.

Erabiltzen diren argi-izpien arabera, bi tratamendu mota bereiz daitezke. Alde batetik, A motako izpi ultramoreak (UV-A) daude, uhin-luzera zabalekoak eta larruazala zeharkatzeko gaitasun txikia dutenak. Izpi hauek psoraleno izeneko substantzia fotosentikortzailearekin batera erabili behar dira eta PUVA (Psoraleno + UVA) edo fotokimioterapia gisa ezagutzen da.

Bestalde, B motako izpi ultramoreak (UV-B) daude, larruazala zeharkatzeko gaitasun handiagoa dutenak. Izpi hauek erabiltzen direnean ez da sendagai laguntzailerik hartu behar eta fototerapia bezala ezagutzen da.

Funtsezkoa da erradiazioarekiko esposizioaren kontrol zorrotza egitea albo-ondorio desiragaitzak ekiditeko, melanoma edo beste azaleko neoplasia batzuen agerpena, esaterako.

**Gaixotasuna aldatzen duten tratamendu sistemiko konbentzionalak** (azitretina, ziklosporina, metotrexatoa, apremilasta, dimetilfumaratoa)

Psoriasisia larria edo zabala denean, edo tratamendu topikoekin gaixotasunaren kontrola egokia ez denean erabiltzen dira. Eraginkortasun handiko sendagaiak diren arren, monitorizatu egin behar dira eragin desiragaitzak kontrolatu ahal izateko.

Talde honetako sendagai erabiliena metotrexatoa da eta oso eraginkorra da, baita artropatia psoriasikoan ere. Dosi baxuetan erabiltzen da hantura-kontrako eraginagatik, baina gaixo batzuetan tratamendua bertan behera utzi behar izaten da urdail eta hesteetako albo-ondorioak eta odol- edo gibel-toxikotasuna direla eta.

### **Terapia biologikoa**

DNA (azido desoxirribonukleiko) birkonbinatuaren teknologia bidez garatzen diren sendagaiak dira eta psoriasiaren agerpenean parte hartzen duten bitartekari desberdinetan (alfa-TNF, interleukina...) eragiten dute, hantura-maila gutxituz.

Psoriasi moderatu/larria duten gaixoetan erabiltzen dira, tratamendu sistemiko konbentzionalak edo/eta fototerapia toleratzen ez direnean, horiek eraginkorrak izan ez direnean edo kontraindikatuak daudenean. Gainera, monoterapietan edo tratamendu sistemiko konbentzionalarekin batera erabili daitezke.

Azken urteetan, zitokina edo bitartekari desberdinak blokeatzen dituzten sendagai berri ugari garatu dira, posologia, segurtasun-profil, kontraindikazio eta eraginkortasun desberdinekin. Gainera, gehienak gaixoak berak autoadministratzen ditu larruazalpetik.

Jarraian gaur egun psoriasiaren tratamenduan erabiltzen diren ohizko terapia biologikoen zerrenda:

- Alfa-TNF inhibitzaileak: etanerzepta, adalimumaba, infliximaba, zertolizumaba.
- IL-12 eta IL-23aren inhibitzailea: ustekinumaba.
- IL-17aren inhibitzaileak: sekukinumaba, ixekizumaba, brodalumaba.
- IL-23aren inhibitzaileak: guselkumaba, tildrakizumaba, risankizumaba.

Terapia biologikoen eragin desiragaitzen artean, ohikoenak infekzioak dira (goiko arnas aparatuko infekzioak, tuberkulosia, herpes sinplea, zoster herpesa, kandidiasia, konjuntibitisa...) eta baita hipersentikortasun eta injekzio-lekuetako erreakzioak ere. Gainera, ohikoak ez diren arren, gaixotasun desmielinizatzaileen sintomak, bihotz-gutxiegitasuna eta tumoreen agerpenak jakinarazi dira zenbait terapia biologikorekin tratamenduan zeuden gaixoetan. Hori dela eta, ezinbestekoa da albo-ondorioak gertutik monitorizatzea, ez baitakigu haien epe luzeko segurtasuna.

## 8. Farmazialarien papera psoriasian

---

Esan bezala, gaur egun psoriasis gaixotasun sendaezina da eta tratamendua sintomak eta zeinuak arintzean datza. Hala ere, azken urteotan sendagai ugari agertu dira, terapia biologikoen alorrean batik bat, eta aurrerapen handia ekarri dute psoriasiaren terapeutikan, oso sendagai eraginkorrak baitira.

Hala ere, ez daude salbuetsita, eta kontuz erabili behar dira, beti ere espezialista batek gainbegiratuta. Farmazialariaren lana da epe luzeko segurtasun-arazoak behatzea eta eragin desiragaitzen kudeaketan medikuarekin elkarlanean jardutea. Gainera, tratamenduarekiko atxikidura faltak tratamenduaren eraginkortasunean eragin zuzena du eta farmazialariek atxikidura falta horiek antzeman ditzakete gaixoei tratamenduak dispensatzeko garaian. Horrela, farmazialariek, betiere gaixoarekin hitz egin ostean eta atxikidura ezaren arrazoiak zein diren jakinda, estrategia desberdinen bidez, bai hezkuntzakoak eta baita jokabidekoak ere, gaixoak tratamenduarekiko duen atxikidura hobetzen lagun dezakete.

## 9. Erreferentziak

---

1. Global report on psoriasis [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016[Kontsulta 2022-04-01]. 44 or. Eskuragarri: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf?ua=1)
2. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017; 31(2):205-12.
3. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas dermo-sifiliogr.* 2014; 105 (5): 504-9.
4. Hawkes JE, Yan BY, Chan TC, Krueger JG. Discovery of the IL-23/IL-17 Signaling Pathway and the Treatment of Psoriasis. *J Immunol.* 2018;201(6):1605-1613.
5. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. *N. Engl. J. Med.* 2017; 376: 957-970.
6. Borbolla Schega I, López Zertuche D, Diaz Greene EJ, Rodríguez Weber FL. Psoriasis e implicaciones cardiovasculares. *Acta Med Grupo Ángeles.* 2021;19(2):253-7.
7. Naya Cendón C, Couceiro Rodríguez C, Correa Precedo CM. Guía clínica Fisterra de Psoriasis. Barcelona: Elsevier España; 2021. 14 or. [Kontsulta 2022-04-01]. Eskuragarri: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/psoriasis/#sec0>
8. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet.* 2021; 397(10281):1301-1315.
9. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. Infac [Internet]. 2011 [Kontsulta 2022-04-01]; 19 (3): 1-9. Eskuragarri: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2011/eu\\_def/adjuntos/INFAC\\_v19\\_n3.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/eu_def/adjuntos/INFAC_v19_n3.pdf)
10. Salvador A, Esquisabel A. Dermofarmazia osasuna kanpoaldetik zaintzea [Internet]. Bilbo: Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua; 2016 [Kontsulta 2022-03-29]. 195 or. Eskuragarri: <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/UCH00164337.pdf>