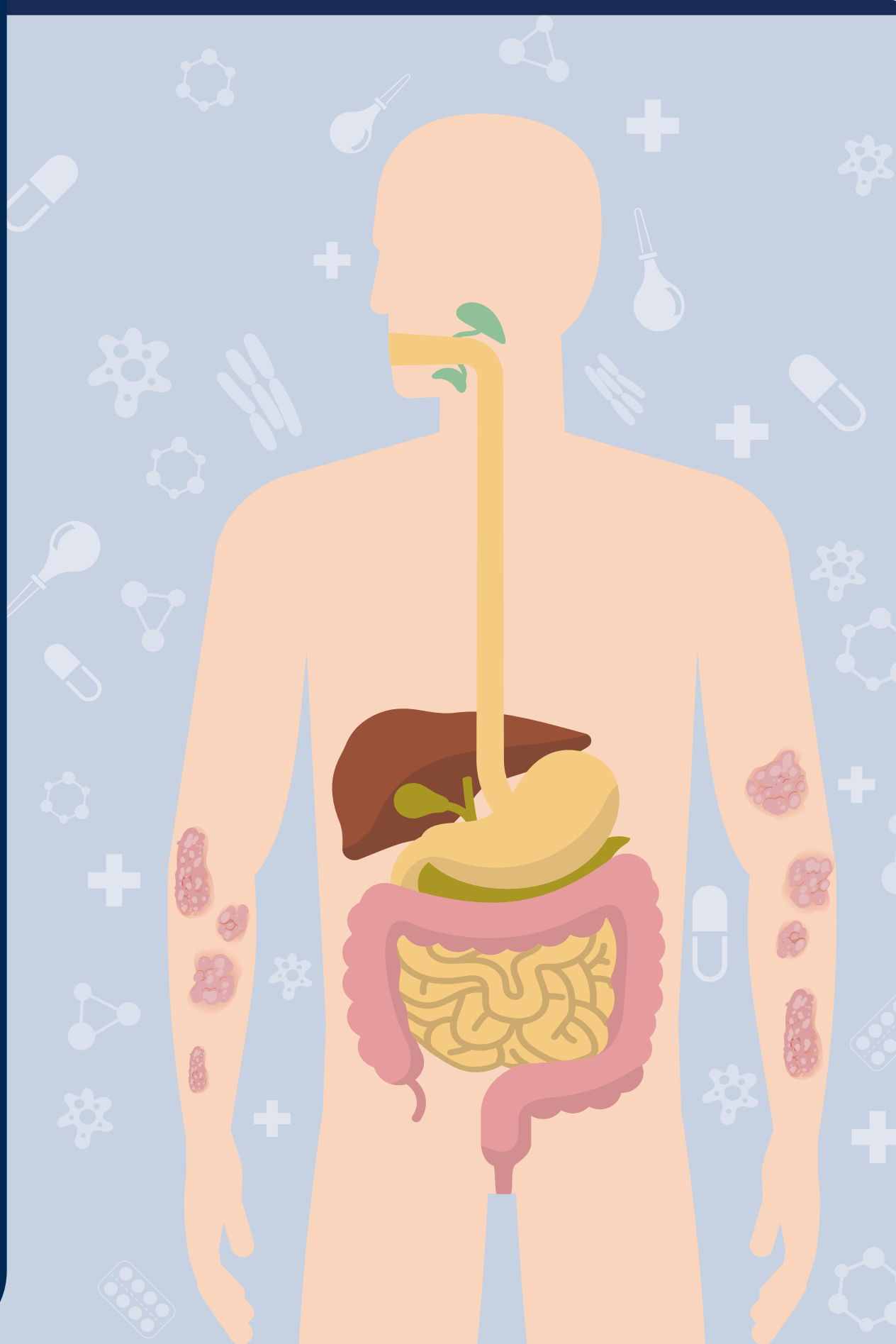


Psoriasis

Papel del dermatólogo en el abordaje de las enfermedades digestivas



Enfermedades digestivas que se asocian a la psoriasis

Hepatitis vírica y tratamiento sistémico de la psoriasis

Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad celíaca

Hígado graso no alcohólico

Los pacientes con **psoriasis** tienen **más riesgo** de padecer ciertas **enfermedades digestivas**, tales como¹⁻⁷:



Enfermedades digestivas que se asocian a la psoriasis

Hepatitis vírica y tratamiento sistémico de la psoriasis

Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad celíaca

Hígado graso no alcohólico

Pacientes con psoriasis, sin EII

- **Informar** al paciente de que la psoriasis aumenta el riesgo de presentar EII⁷.
- En cada visita de seguimiento, **descartar** signos y síntomas sugerentes de EII¹⁷, sobre todo en pacientes con antecedentes familiares de EII o espondiloartritis⁸.
- Si se sospecha EII, derivar a **Digestivo**^{1,7}.

Signos y síntomas de sospecha de EII

Enfermedad de Crohn⁹

- Dolor abdominal
- Diarrea con o sin sangre
- Astenia
- Pérdida de peso
- Anorexia

Colitis ulcerosa¹⁰

- Dolor abdominal de tipo cólico
- Diarrea con sangre o moco
- Tenesmo rectal
- Urgencia defecatoria
- Incontinencia fecal

Pacientes con psoriasis y EII confirmada

- Consensuar las decisiones terapéuticas con el **gastroenterólogo**^{8,11}.
- Los expertos recomiendan el tratamiento con **biológicos** en el siguiente orden de preferencia⁴:

1 Adalimumab, infliximab

2 Certolizumab*, ustekinumab

3 Inhibidores de la IL-23

4 Etanercept

*Aprobado para la enfermedad de Crohn, pero no para la colitis ulcerosa.

- Los inhibidores de la IL-17 **no se recomiendan**^{4,7,8}.

Psoriasis secundaria al tratamiento con inhibidores del TNF- α

- Los pacientes con EII tratados con inhibidores del TNF- α tienen **riesgo elevado** de presentar psoriasis secundaria^{7,11}.

Abordaje:

 **Psoriasis leve** (<5 % superficie corporal total afectada, evolución lenta) **sin afectación de la calidad de vida**^{1,7,11,12}: continuar con el inhibidor del TNF- α y administrar tratamiento tópico.

 **Psoriasis leve con afectación de la calidad de vida**¹: interrumpir el inhibidor del TNF- α de forma temporal y reintroducirlo con seguimiento estrecho.

 **Psoriasis grave** (\geq 5 % superficie corporal total afectada, evolución rápida, aparición de pústulas) **o sin respuesta al tratamiento tópico**^{1,7,11}: retirar el inhibidor del TNF- α .

Enfermedades digestivas que se asocian a la psoriasis

Hepatitis vírica y tratamiento sistémico de la psoriasis

Enfermedad inflamatoria intestinal

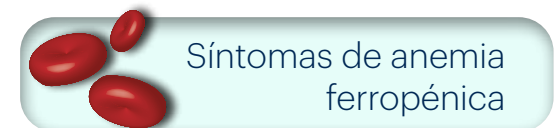
Enfermedad celíaca

Hígado graso no alcohólico



- **Descartar** la enfermedad celíaca durante el seguimiento, sobre todo en los pacientes con **molestias digestivas**⁶.

- En las visitas de seguimiento, **preguntar al paciente** si presenta síntomas sugestivos de enfermedad celíaca⁶:



- En los pacientes con sospecha de enfermedad celíaca, solicitar anticuerpos **antitransglutaminasa tisular** o **antiendomiso**¹³.
- Si la serología es compatible o aparecen signos de enfermedad celíaca, derivar a **Digestivo**^{1,6}.



Enfermedades digestivas que se asocian a la psoriasis

Hepatitis vírica y tratamiento sistémico de la psoriasis

Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad celíaca

Hígado graso no alcohólico

- **Descartar** el HGNA durante el seguimiento de los paciente con psoriasis, sobre todo en aquellos que necesiten **tratamiento sistémico** y presenten componentes del **síndrome metabólico** (HTA, DM, obesidad y dislipemia). Solicitar¹⁴:



Bioquímica hepática (GOT, GPT y GGT)



Ecografía abdominal

- Si se **confirma** el diagnóstico de HGNA:
 - Derivar a Digestivo¹⁴
 - Fomentar modificaciones del estilo de vida (dieta saludable, ejercicio...)¹⁴
 - Si las transaminasas están altas → ajustar las dosis de fármacos^{1,14}



Enfermedades digestivas que se asocian a la psoriasis

Hepatitis vírica y tratamiento sistémico de la psoriasis

Se debe hacer un cribado de la hepatitis vírica antes de empezar un tratamiento sistémico^{8,15}:

- Pruebas de función hepática^{8,15}
- Hepatitis B^{4,8,15}:
 - AgHBs
 - Anti-HBs
 - Anti-HBc
- Hepatitis C^{8,15}:
 - Anti-VHC
 - ARN del VHC
- No incluir cribado de hepatitis A⁸



Actitud en función de los resultados del cribado de hepatitis B

AgHBs	Anti-HBc	Actitud
-	-	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar administrar la 1.ª dosis de la vacuna (o dosis de recuerdo) antes de empezar el tratamiento⁸. • El resto de las dosis de la vacuna se pueden administrar con el tratamiento en curso (incluso con inhibidores del TNF-α)⁸.
+	-	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a Digestivo antes de empezar el tratamiento sistémico, para recibir tratamiento antivírico⁸. • El etanercept y, en menor medida, el adalimumab parecen las opciones más seguras en este escenario¹⁵.
-	+	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el ADN del VHB. Si es negativo⁸: <ul style="list-style-type: none"> ○ Empezar tratamiento sistémico (priorizar inhibidores de la IL-17 o IL-23 y ustekinumab). ○ Seguimiento junto con el hepatólogo.

Anti-HBs: su presencia indica recuperación de la enfermedad e inmunoprotección frente al virus de la hepatitis B. Es el único marcador serológico que presentan las personas vacunadas¹⁶.

Abreviaturas: ADN: ácido desoxirribonucleico; AgHBs: antígeno de superficie de la hepatitis B; anti_HBc: anticuerpo frente al antígeno central de la hepatitis B; anti-HBs: anticuerpo frente al antígeno de superficie de la hepatitis B; ARN: ácido ribonucleico; IL: interleucina; TNF: factor de necrosis tumoral; VHC: virus de la hepatitis C.

Referencias

1. Pietrzak D, Pietrzak A, Krasowska D, Borzęcki A, Franciszkiewicz-Pietrzak K, Polkowska-Pruszyńska B, et al. Digestive system in psoriasis: an update. *Arch Dermatol Res.* 2017; 309 (9): 679-93.
2. Yousaf A, Raiker R, Davis SM, Gayam S, Zinn Z. Association between psoriasis, psoriatic arthritis and gastrointestinal disease: An exploratory nationwide inpatient sample analysis. *Wien Klin Wochenschr.* 2021; 133 (11-12): 586-93.
3. Yamazaki F. Psoriasis: Comorbidities. *J Dermatol.* 2021; 48 (6): 732-40.
4. Thatiparthi A, Martin A, Liu J, Egeberg A, Wu JJ. Biologic Treatment Algorithms for Moderate-to-Severe Psoriasis with Comorbid Conditions and Special Populations: A Review. *Am J Clin Dermatol.* 2021; 22 (4): 425-42.
5. Monks G, Oyola RR, Lebwohl M. The Psoriasis Decision Tree. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021; 14 (4): 14-22.
6. Acharya P, Mathur M. Association between psoriasis and celiac disease: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 82 (6): 1376-85.
7. Elmets CA, Leonardi CL, Davis DMR, Gelfand JM, Lichten J, Mehta NN, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Acad Dermatol.* 2019; 80 (4): 1073-113.
8. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 1. «Conceptos y manejo general de la psoriasis con terapia biológica». *Actas Dermosifiliogr.* 2022; 113 (3): 261-77.
9. Peppercorn MA, Kane SV. Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of Crohn disease in adults [Internet]. UpToDate [actualizado 23 mar 2022; citado 16 jun 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohn-disease-in-adults?search=clinical%20manifestations%20crohn&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
10. Peppercorn MA, Kane SV. Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of ulcerative colitis in adults [Internet]. UpToDate [actualizado 21 mar 2022; citado 16 jun 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-ulcerative-colitis-in-adults?search=clinical%20manifestations%20colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
11. Antonelli E, Bassotti G, Tramontana M, Hansel K, Stingeni L, Ardizzone S, et al. Dermatological Manifestations in Inflammatory Bowel Diseases. *J Clin Med.* 2021; 10 (2): 364.
12. Click B, Regueiro M. A Practical Guide to the Safety and Monitoring of New IBD Therapies. *Inflamm Bowel Dis.* 2019; 25 (5): 831-42.
13. Grupo de trabajo del Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS); 2018. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf>
14. Carrascosa JM, Bonanad C, Dauden E, Botella R, Oliveira-Martín A. Psoriasis e hígado graso no alcohólico. *Actas Dermosifiliogr.* 2017; 108 (6): 506-14.
15. Piaserico S, Messina F, Russo FP. Managing Psoriasis in Patients with HBV or HCV Infection: Practical Considerations. *Am J Clin Dermatol.* 2019; 20 (6): 829-45.
16. Costa Ribas C, Castiñeira Pérez C. Marcadores de hepatitis vírica [Internet]. Guías Fisterra. 2019. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/marcadores-hepatitis/>