

Artículo: Investigación

Psoriasis: challenges, therapeutic advances, and perspectives in the treatment of a chronic inflammatory disease**Psoriasis: desafíos, avances terapéuticos y perspectivas en el tratamiento de una enfermedad inflamatoria crónica**¹María Fernanda Espinoza Espinoza  .¹Universidad del Pacifico, Ecuador***Autor de correspondencia:** María Fernanda Espinoza Espinoza 

Enviado: 07-02-2024

Aceptado: 20-07-2024

Publicado: 25-07-2024

Como citar:

Espinoza Espinoza, M. F. (2024). Psoriasis: desafíos, avances terapéuticos y perspectivas en el tratamiento de una enfermedad inflamatoria crónica. Sapiens Evolución Científica, 2(1), 1-12.
<https://doi.org/10.71068/ec000031>

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, inflammatory skin disease that affects between 2 and 3% of the world's population. This condition is characterized by a dysfunction of the immune system that causes abnormal cell growth in the epidermis, resulting in the formation of thick, red, scaly plaques on various areas of the body, especially the elbows, knees, and scalp. Although the exact cause of psoriasis is not yet fully understood, it is believed to result from a complex interaction between genetic and environmental factors. Research has shown that genetic predisposition plays a key role in the development of the disease, as multiple genes are associated with psoriasis, especially those related to the immune system, such as genes that code for pro-inflammatory cytokines. In addition to genetic factors, various environmental factors can trigger or aggravate psoriasis in predisposed individuals. These factors include stress, infections, cold and dry weather, the use of certain medications, and alcohol consumption. Advances in research in recent years have allowed a deeper understanding of the underlying immunological mechanisms, highlighting the involvement of T cells and inflammatory cytokines, which has expanded our understanding of the pathophysiology of the disease. The characteristic cutaneous lesions of psoriasis include well-demarcated plaques of thickened skin, scaling, and redness, and can vary in severity, from mild forms affecting limited areas of the skin to severe forms that involve large areas of the body and impact patients' quality of life. In addition to cutaneous manifestations, psoriasis is often associated with systemic inflammatory diseases, one of the most common being psoriatic arthritis. This inflammatory joint disease can cause pain, stiffness, and joint damage, increasing the disease burden for patients. The identification of molecular signaling pathways involved in the pathogenesis of psoriasis has revolutionized the treatment of the disease.

Keywords: Psoriasis; Chronic inflammatory disease; Biological treatment; Dermatological therapies**RESUMEN**

La psoriasis es una enfermedad crónica e inflamatoria de la piel que afecta entre el 2 y el 3% de la población mundial. Esta condición se caracteriza por una disfunción del sistema inmunológico que provoca un crecimiento celular anómalo en la epidermis, lo que da lugar a la formación de placas gruesas, enrojecidas y escamosas en diversas áreas del cuerpo, especialmente en los codos, rodillas y cuero cabelludo. Aunque la causa exacta de la psoriasis aún no se comprende completamente, se cree que resulta de una interacción

compleja entre factores genéticos y ambientales. Las investigaciones han demostrado que la predisposición genética juega un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad, ya que existen múltiples genes asociados con la psoriasis, especialmente aquellos relacionados con el sistema inmunológico, como los genes que codifican para las citoquinas proinflamatorias. Además de los factores genéticos, diversos factores ambientales pueden desencadenar o agravar la psoriasis en individuos predispuestos. Entre estos factores se incluyen el estrés, infecciones, el clima frío y seco, el uso de ciertos medicamentos y el consumo de alcohol. Los avances en la investigación en los últimos años han permitido profundizar en los mecanismos inmunológicos subyacentes, destacando la implicación de células T y citoquinas inflamatorias, lo que ha ampliado el conocimiento sobre la fisiopatología de la enfermedad. Las lesiones cutáneas características de la psoriasis incluyen placas bien delimitadas de piel engrosada, descamación y enrojecimiento, y pueden variar en severidad, desde formas leves que afectan áreas limitadas de la piel, hasta formas graves que comprometen grandes áreas del cuerpo y afectan la calidad de vida de los pacientes. Además de las manifestaciones cutáneas, la psoriasis a menudo se asocia con enfermedades inflamatorias sistémicas, siendo una de las más comunes la artritis psoriásica. Esta afección inflamatoria de las articulaciones puede causar dolor, rigidez y daño articular, lo que aumenta la carga de morbilidad de los pacientes. La identificación de vías de señalización molecular involucradas en la patogenia de la psoriasis ha revolucionado el tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Psoriasis; Enfermedad inflamatoria crónica; Tratamiento biológico; Terapias dermatológicas

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada y sistémica que afecta principalmente la piel, aunque sus repercusiones trascienden el compromiso cutáneo. Su presentación típica incluye placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas por escamas blanquecinas, acompañadas con frecuencia de prurito, dolor y alteraciones funcionales. La enfermedad resulta de la interacción entre predisposición genética, factores ambientales y disregulación inmunitaria, con participación decisiva de células dendríticas, linfocitos T y citocinas proinflamatorias. Esta complejidad explica su curso recurrente y la variabilidad clínica observada entre pacientes afectados en diferentes contextos clínicos diversos ((1); Rendon & Schäkel, 2019).

La epidemiología de la psoriasis muestra una distribución heterogénea entre regiones, poblaciones, con prevalencias que dependen de factores genéticos, ambientales y metodológicos. Los estudios globales evidencian que la enfermedad puede presentarse a cualquier edad y que su frecuencia aumenta en determinados contextos geográficos. Además, persisten vacíos de información en países de ingresos bajos y medios, lo que limita estimaciones comparables. Esta variabilidad epidemiológica exige interpretar con cautela las cifras mundiales y fortalecer los sistemas de vigilancia dermatológica para dimensionar mejor su carga sanitaria ((3); (4); (5)).

Actualmente, la psoriasis se comprende como una enfermedad sistémica asociada con múltiples comorbilidades. Entre las más relevantes se encuentran artritis psoriásica, obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedad inflamatoria intestinal, hígado graso no alcohólico y trastornos psicológicos. Estas asociaciones pueden aumentar la carga clínica y modificar las decisiones terapéuticas, por lo que su detección debe integrarse a la valoración habitual del paciente. La evidencia respalda la necesidad de un abordaje multidisciplinario orientado tanto al control cutáneo como a la identificación temprana de riesgos sistémicos durante todo el seguimiento ((6); (7)).

El conocimiento de la fisiopatología ha cambiado profundamente el tratamiento de la psoriasis. La identificación del eje inmunológico interleucina-23/interleucina-17 permitió desarrollar terapias dirigidas con elevada eficacia en pacientes con enfermedad moderada o grave. Junto con los inhibidores del factor de necrosis tumoral, estos agentes han ampliado las posibilidades de alcanzar aclaramiento cutáneo significativo y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, la selección terapéutica debe considerar gravedad, localización, comorbilidades, tratamientos previos, preferencias, seguridad y acceso, evitando asumir que una única estrategia resulta adecuada para todos los pacientes ((9); (10)).

El diagnóstico continúa siendo predominantemente clínico y se fundamenta en la morfología, distribución y evolución de las lesiones, complementadas por antecedentes personales y familiares. La biopsia cutánea se reserva generalmente para presentaciones atípicas o cuando existen dudas diagnósticas frente a dermatitis seborreica, eccema, tiña, liquen plano u otras dermatosis inflamatorias. La valoración debe incluir extensión corporal, localizaciones especiales, afectación ungueal y síntomas articulares. Instrumentos como PASI, BSA y DLQI permiten estimar gravedad e impacto, facilitando decisiones terapéuticas individualizadas y seguimiento estructurado de la respuesta clínica objetiva sostenida ((11); Armstrong & Read, 2021).

El tratamiento moderno de la psoriasis combina intervenciones tópicas, fototerapia, fármacos sistémicos convencionales y agentes biológicos. En enfermedad limitada, los corticosteroides tópicos, análogos de vitamina D y otros tratamientos locales continúan siendo fundamentales, mientras que las formas extensas, resistentes o con impacto importante pueden requerir metotrexato, ciclosporina, retinoides, inhibidores enzimáticos o biológicos. Las guías actuales enfatizan decisiones compartidas, vigilancia de seguridad y evaluación periódica de la respuesta. Asimismo, recomiendan abordar factores modificables y comorbilidades para optimizar resultados clínicos a largo plazo, mejorar adherencia y reducir complicaciones futuras ((13); (8)).

A partir de estos antecedentes, el objetivo de la presente revisión es analizar la evidencia científica sobre epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, comorbilidades y alternativas terapéuticas de la psoriasis, integrando guías relevantes publicadas entre 2013 y 2026. Se busca identificar avances consolidados, retos persistentes y criterios actuales de manejo que permitan comprender la enfermedad desde una perspectiva integral. Esta revisión resulta pertinente porque el rápido desarrollo de terapias dirigidas y la creciente evidencia sobre afectación sistémica han modificado la manera de evaluar, tratar y acompañar a las personas con psoriasis en la práctica clínica actual.

MÉTODO

La investigación se desarrolló mediante una revisión bibliográfica de alcance descriptivo e integrador, orientada a sintetizar evidencia científica relacionada con epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, comorbilidades, calidad de vida y tratamiento de la psoriasis. La estrategia metodológica se estructuró con el propósito de mejorar la trazabilidad del proceso de búsqueda y superar la descripción general incluida en la versión inicial del manuscrito. No se

realizaron intervenciones clínicas, experimentos ni recopilación de datos directamente provenientes de pacientes.

La búsqueda documental incluyó publicaciones científicas localizadas en PubMed/MEDLINE, SciELO, ScienceDirect, Cochrane Library y fuentes institucionales especializadas. Se utilizaron combinaciones de los descriptores en español e inglés: “psoriasis”, “psoriasis pathogenesis”, “psoriasis epidemiology”, “psoriasis treatment”, “biologic therapy psoriasis”, “psoriasis comorbidities”, “psoriatic arthritis”, “quality of life psoriasis”, “IL-17 psoriasis”, “IL-23 psoriasis” y “systemic treatment psoriasis”. Se priorizaron artículos con DOI, URL institucional o registro bibliográfico verificable.

Como criterios de inclusión se consideraron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones clínicas y guías de práctica clínica publicados principalmente entre 2013 y 2026, en español o inglés, con relación directa con los objetivos de la revisión. Se incorporaron estudios anteriores únicamente cuando representaban antecedentes fundamentales o aportaban información epidemiológica de referencia. Se excluyeron documentos duplicados, textos sin información bibliográfica verificable, contenidos divulgativos sin respaldo científico y publicaciones cuya temática no estuviera directamente relacionada con psoriasis.

La selección de las fuentes se realizó considerando pertinencia temática, calidad metodológica, actualidad, disponibilidad del texto o resumen científico y correspondencia entre las afirmaciones del manuscrito y la evidencia citada. La síntesis fue organizada en cinco dimensiones principales: epidemiología y carga de enfermedad; fisiopatología inmunológica; características clínicas y diagnóstico; comorbilidades; y alternativas terapéuticas. Los resultados fueron analizados mediante síntesis narrativa comparativa, sin realizar metaanálisis propio ni cálculos estadísticos derivados de bases de datos primarias.

Debido a la naturaleza bibliográfica del estudio, no se requirió reclutamiento de participantes ni consentimiento informado. Asimismo, no se atribuyeron muestras, resultados experimentales ni procedimientos clínicos propios. Las cifras epidemiológicas y los resultados terapéuticos presentados proceden exclusivamente de los trabajos incluidos. Esta delimitación metodológica permite diferenciar los hallazgos de la literatura científica de cualquier dato empírico original y garantiza coherencia entre el diseño de revisión, los resultados, la discusión y las conclusiones.

RESULTADOS

La revisión permitió identificar una evolución clara en la comprensión científica de la psoriasis. La literatura reciente coincide en abandonar su interpretación como una dermatosis exclusivamente cutánea y reconocerla como una enfermedad inflamatoria sistémica con interacción entre predisposición genética, inmunidad adaptativa e innata, factores ambientales y múltiples comorbilidades. Los principales hallazgos se organizaron inicialmente en torno a epidemiología, fisiopatología, presentación clínica, diagnóstico y afectación sistémica.

Tabla 1 Principales hallazgos clínicos, epidemiológicos y fisiopatológicos de la psoriasis

Dimensión	Hallazgo principal	Implicación clínica
Epidemiología	La prevalencia presenta amplia variabilidad geográfica	No existe una estimación única aplicable a todas las poblaciones
Naturaleza de la enfermedad	Enfermedad inflamatoria crónica e inmunomediada	Requiere valoración más allá de las lesiones cutáneas
Vía inmunológica	Participación central de los ejes IL-23/Th17/IL-17	Fundamenta el desarrollo de terapias biológicas dirigidas
Manifestación principal	Placas eritematoescamosas bien delimitadas	El diagnóstico continúa siendo predominantemente clínico
Localizaciones especiales	Cuero cabelludo, uñas, región genital, palmas y plantas	Pueden incrementar significativamente la carga clínica
Artritis psoriásica	Aproximadamente 19,7% en metaanálisis de pacientes con psoriasis	Justifica cribado sistemático de síntomas articulares
Comorbilidades metabólicas	Obesidad, diabetes y síndrome metabólico	Requieren seguimiento y prevención cardiovascular
Afectación cardiovascular	Mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares	Debe integrarse la evaluación de factores de riesgo
Calidad de vida	Impacto físico, emocional y social considerable	El éxito terapéutico debe incorporar resultados reportados por pacientes

Nota. IL-17 = interleucina 17; IL-23 = interleucina 23. La estimación de artritis psoriásica corresponde al metaanálisis de Alinaghi et al. (2019).

Resumen de la Tabla 1. Los hallazgos muestran que la psoriasis combina manifestaciones dermatológicas con consecuencias sistémicas. La participación del eje IL-23/IL-17 proporciona una explicación inmunológica coherente para la inflamación crónica y sustenta terapias dirigidas modernas. Asimismo, la presencia de artritis psoriásica y alteraciones cardiometabólicas confirma la necesidad de evaluar al paciente de manera multidimensional. La variabilidad epidemiológica observada entre regiones también indica que la carga global no puede reducirse a una única cifra de prevalencia.

El segundo grupo de resultados estuvo relacionado con las alternativas terapéuticas. Las guías y revisiones analizadas muestran un cambio progresivo desde esquemas basados principalmente en tratamientos tópicos y fármacos inmunosupresores convencionales hacia estrategias individualizadas que incorporan terapias biológicas altamente específicas. La elección del tratamiento depende de gravedad, superficie corporal, localizaciones especiales, comorbilidades, impacto sobre calidad de vida, respuesta previa y preferencias del paciente.

Tabla 2 Principales alternativas terapéuticas para la psoriasis

Grupo terapéutico	Ejemplos	Uso principal	Consideraciones
Terapias tópicas	Corticosteroides, análogos de vitamina D, queratolíticos	Psoriasis leve o localizada	Requieren adherencia y vigilancia de efectos locales
Fototerapia	UVB de banda estrecha	Enfermedad moderada o extensa seleccionada	Depende de disponibilidad y frecuencia de sesiones
Sistémicos convencionales	Metotrexato, ciclosporina, acitretina	Enfermedad moderada-grave	Requieren monitorización clínica y analítica
Inhibidores TNF	Adalimumab, infliximab, etanercept	Psoriasis moderada-grave	Amplia experiencia clínica
Inhibidores IL-17	Secukinumab, ixekizumab, brodalumab	Psoriasis moderada-grave	Elevadas tasas de aclaramiento cutáneo
Inhibidores IL-23	Guselkumab, risankizumab, tildrakizumab	Psoriasis moderada-grave	Alta eficacia y esquemas de dosificación prolongados
Inhibidores IL-12/23	Ustekinumab	Psoriasis moderada-grave	Actúa sobre la subunidad p40
Otras terapias sistémicas	Apremilast y otros agentes dirigidos	Casos seleccionados	Elección dependiente del perfil individual
Manejo integral	Control de peso, salud mental y comorbilidades	Todos los grados	Complementa el tratamiento dermatológico

Nota. TNF = factor de necrosis tumoral; IL = interleucina; UVB = radiación ultravioleta B. La selección terapéutica debe individualizarse según guías clínicas y características del paciente.

Resumen de la Tabla 2. La evidencia demuestra una ampliación considerable del arsenal terapéutico. Las terapias tópicas conservan un papel esencial en enfermedad limitada, mientras que los casos moderados o graves disponen actualmente de múltiples opciones sistémicas. Los tratamientos biológicos dirigidos contra TNF, IL-17 e IL-23 constituyen uno de los principales avances de las últimas décadas. No obstante, la elección no debe realizarse únicamente según eficacia, sino también considerando seguridad, comorbilidades, antecedentes terapéuticos, preferencias, disponibilidad y posibilidades de seguimiento.

Los estudios incluidos también revelan que obtener una piel clara o casi clara se relaciona con una mejoría significativa de la calidad de vida. Puig et al. (2017) identificaron mediante revisión sistemática y metaanálisis que las respuestas clínicas más profundas se acompañan de mejores resultados percibidos por los pacientes. Este hallazgo refuerza la conveniencia de combinar índices clínicos de gravedad con herramientas orientadas a medir repercusiones físicas, psicológicas y sociales.

Por otra parte, las comorbilidades emergen como uno de los principales componentes de la carga de enfermedad. Yamazaki (6) y Branisteanu et al. (2022) destacan asociaciones con artritis psoriásica, enfermedad cardiovascular, alteraciones metabólicas y factores psicológicos. Aune et al. (2018) demostraron relación entre adiposidad y riesgo de psoriasis, mientras Mamizadeh et al. (2019) documentaron una asociación significativa con diabetes mellitus. Estos hallazgos justifican estrategias de detección y prevención integradas al seguimiento dermatológico.

DISCUSIÓN

Los hallazgos confirman que la psoriasis debe interpretarse como una enfermedad sistémica y no únicamente como un trastorno cutáneo. La inflamación sostenida que caracteriza su fisiopatología se relaciona con manifestaciones articulares, metabólicas, cardiovasculares y psicológicas, lo que amplía considerablemente su impacto clínico. Esta perspectiva coincide con revisiones recientes que recomiendan evaluar comorbilidades de forma sistemática durante el seguimiento. Por tanto, el control de las lesiones cutáneas debe integrarse con prevención, detección temprana y manejo coordinado de riesgos asociados relevantes ((6); (7)).

La evidencia epidemiológica también muestra heterogeneidad geográfica. Las estimaciones de prevalencia varían entre regiones y dependen de edad, origen étnico, metodología diagnóstica y disponibilidad de registros. Esta variabilidad impide asumir una cifra universal y refuerza la necesidad de fortalecer estudios poblacionales en regiones con información limitada. Parisi et al. (2013) y Michalek et al. (2017) ya habían señalado vacíos de conocimiento, mientras análisis posteriores confirmaron diferencias regionales. Condiciona la planificación sanitaria y la comparación internacional de la carga de psoriasis (5).

Los resultados sobre artritis psoriásica son especialmente relevantes porque esta complicación puede permanecer sin diagnóstico durante períodos. El metaanálisis de Alinaghi et al. (2019) estimó una proporción agrupada cercana al 20% entre personas con psoriasis, aunque con variación regional y metodológica. Por ello, la evaluación de dolor, rigidez, inflamación articular, entesitis y dactilitis resulta pertinente. La detección temprana puede reducir retrasos diagnósticos, prevenir daño estructural y facilitar derivación. Esta necesidad fortalece el enfoque multidisciplinario recomendado para pacientes con enfermedad moderada, grave o de evolución prolongada.

En relación con el tratamiento, las guías actuales respaldan una estrategia escalonada e individualizada. Las terapias tópicas mantienen su utilidad en enfermedad limitada, mientras la fototerapia y los fármacos sistémicos son necesarios cuando existe mayor extensión, impacto funcional o resistencia terapéutica. Los agentes biológicos dirigidos a TNF, IL-17 e IL-23 han ampliado las posibilidades de lograr respuestas profundas. Sin embargo, su elección debe considerar comorbilidades, contraindicaciones, seguridad, preferencias y acceso, evitando decisiones sustentadas en la eficacia cutánea ((9); (10)).

La relación entre mejoría clínica y calidad de vida es consistente. El aclaramiento cutáneo se asocia con reducciones del impacto físico, emocional y social de la psoriasis, cuando se alcanzan respuestas cercanas a piel limpia. Puig et al. (2017) demostraron mediante metaanálisis que niveles elevados de

respuesta clínica se relacionan con mejores resultados reportados por pacientes. Sin embargo, la evaluación terapéutica debe incorporar instrumentos específicos de calidad de vida, porque la extensión corporal no siempre refleja adecuadamente la carga experimentada por personas durante su enfermedad.

Finalmente, la revisión evidencia que persisten desafíos pese al progreso terapéutico. Entre ellos destacan desigualdades de acceso a tratamientos avanzados, diagnóstico tardío de comorbilidades, variabilidad de respuesta, necesidad de seguimiento prolongado y carga psicológica. La incorporación de evidencia reciente sobre calidad de vida y salud mental refuerza la conveniencia de modelos asistenciales centrados en la persona. Futuras investigaciones deberían profundizar en biomarcadores predictivos, estrategias de medicina personalizada y efectividad comparativa en práctica real, además de incluir poblaciones históricamente subrepresentadas en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos.

CONCLUSIONES

La psoriasis constituye una enfermedad inflamatoria inmunomediada de expresión cutánea y sistémica, cuya complejidad exige superar una visión limitada a las lesiones visibles. La evidencia revisada demuestra que su fisiopatología integra predisposición genética, activación inmunitaria y factores ambientales, con participación central del eje IL-23/IL-17. Este conocimiento ha permitido comprender mejor su curso recurrente y explicar parte de sus asociaciones clínicas. En consecuencia, la evaluación del paciente debe considerar simultáneamente extensión cutánea, síntomas, localizaciones especiales, impacto funcional y posibles manifestaciones sistémicas desde las primeras etapas del seguimiento clínico integral continuo especializado.

El diagnóstico continúa sustentándose principalmente en la evaluación clínica, mientras la biopsia y otras pruebas se reservan para casos atípicos o diagnósticos diferenciales complejos. La valoración estructurada mediante instrumentos de gravedad y calidad de vida mejora la toma de decisiones y permite documentar la respuesta terapéutica. Además, la búsqueda activa de artritis psoriásica y otras comorbilidades resulta indispensable, porque su presencia modifica el pronóstico y la elección del tratamiento. La identificación oportuna de estas condiciones favorece una atención integral y disminuye el riesgo de retrasos diagnósticos con consecuencias potencialmente irreversibles.

Las alternativas terapéuticas disponibles permiten actualmente adaptar el tratamiento a la gravedad, localización, comorbilidades, antecedentes terapéuticos y preferencias de cada paciente. Los tratamientos tópicos siguen siendo esenciales en enfermedad limitada, mientras fototerapia, terapias sistémicas convencionales y agentes biológicos cumplen funciones fundamentales en cuadros extensos o resistentes. La expansión de terapias dirigidas contra TNF, IL-17 e IL-23 ha incrementado las posibilidades de lograr aclaramiento cutáneo profundo. Sin embargo, la selección debe equilibrar eficacia, seguridad, monitorización, acceso y objetivos individualizados para sostener resultados clínicos favorables durante el seguimiento clínico prolongado y sostenido.

La carga de la psoriasis no se limita a la superficie corporal afectada, pues incluye repercusiones psicológicas, sociales, metabólicas y cardiovasculares capaces de deteriorar significativamente la

calidad de vida. Por ello, el éxito terapéutico no debe medirse exclusivamente mediante reducción de lesiones, sino también mediante resultados reportados por los pacientes y control de comorbilidades. La coordinación entre dermatología, atención primaria, reumatología, cardiología, nutrición y salud mental puede favorecer un manejo más completo. Este enfoque multidisciplinario adquiere especial importancia en enfermedad moderada, grave, persistente o acompañada de múltiples factores de riesgo.

Finalmente, aunque los avances diagnósticos y terapéuticos han transformado el manejo de la psoriasis, persisten desafíos relacionados con acceso, diagnóstico oportuno, respuesta variable y desigualdad en la producción de evidencia entre regiones. La investigación futura debe profundizar en biomarcadores predictivos, medicina personalizada, efectividad comparativa y estrategias para prevenir o detectar tempranamente comorbilidades. También resulta necesario generar más información procedente de poblaciones latinoamericanas y otros contextos subrepresentados. Integrar conocimiento inmunológico, resultados clínicos y experiencias del paciente permitirá avanzar hacia una atención más precisa, equitativa y centrada en necesidades individuales actuales reales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *International Journal of Molecular Sciences*. 2019;20(6):1475. <https://doi.org/10.3390/ijms20061475>.
2. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: A review. *JAMA*. 2021;325(7):669-678. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.23644>.
3. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, Coates LC, Jullien D, Gottlieb AB, Gisondi P, Wu JJ, Thyssen JP, Egeberg A. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(1):251-265. e19. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.027>.
4. Puig L, Thom H, Mollon P, Tian H, Ramakrishna GS. Clear or almost clear skin improves the quality of life in patients with moderate-to-severe psoriasis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2017;31(2):213-220. <https://doi.org/10.1111/jdv.14007>.
5. Branisteanu DE, Nicolescu AC, Branisteanu DC, Branisteanu CI, Dragoi AC, Bogdanici CM, Toader MP, Tucaliuc AL, Dimitriu A, Daogaru D, Pirvulescu RA, Porumb EA. Cardiovascular comorbidities in psoriasis. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2022;23(2):152. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.11075>.
6. Aune D, Snekvik I, Schlesinger S, Norat T, Riboli E, Vatten LJ. Body mass index, abdominal fatness, weight gain and the risk of psoriasis: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Epidemiology*. 2018;33(12):1163-1178. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0366-z>.
7. Mamizadeh M, Tardeh Z, Azami M. The association between psoriasis and diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019;13(2):1405-1412. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.01.009>.
8. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*. 2013;133(2):377-385. <https://doi.org/10.1038/jid.2012.339>.
<https://doi.org/10.71068/ec000031>

9. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2017;31(2):205-212. <https://doi.org/10.1111/jdv.13854>.
10. Lowes MA, Suárez-Fariñas M, Krueger JG. Immunology of psoriasis. *Annual Review of Immunology*. 2014;32:227-255. <https://doi.org/10.1146/annurev-immunol-032713-120225>.
11. AlQassimi S, AlBrashdi S, Galadari H, Hashim MJ. Global burden of psoriasis: Comparison of regional and global epidemiology, 1990 to 2017. *International Journal of Dermatology*. 2020;59(5):566-571. <https://doi.org/10.1111/ijd.14864>.
12. Yamazaki F. Psoriasis: Comorbidities. *The Journal of Dermatology*. 2021;48(6):732-740. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15840>.
13. Menter A, Gelfand JM, Connor C, Armstrong AW, Cordoro KM, Davis DMR, Elewski BE, Gordon KB, Gottlieb AB, Kaplan DH, Kavanaugh A, Kiselica M, Kivelevitch D, Korman NJ, Kroshinsky D, Lebwohl M, Leonardi CL, Lichten J, Lim HW, Elmetts CA. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020;82(6):1445-1486. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.044>.
14. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Prater EF, Stoff B, Armstrong AW, Connor C, Cordoro KM, Davis DMR, Elewski BE, Gelfand JM, Gordon KB, Gottlieb AB, Kavanaugh A, Kiselica M, Korman NJ, Kroshinsky D, Lebwohl M, Elmetts CA. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(4):1029-1072. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.057>.
15. Nast A, Smith C, Spuls PI, Avila Valle G, Bata-Csörgö Z, Boonen H, De Jong E, Garcia-Doval I, Gisondi P, Kaur-Knudsen D, Mahil S, Mäлкönen T, Maul JT, Mburu S, Mrowietz U, Reich K, Remenyik E, Rønholt KM, Sator PG, Dressler C. EuroGuiDerm guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris: Part 1. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2020;34(11):2461-2498. <https://doi.org/10.1111/jdv.16915>.
16. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. *Canadian Family Physician*. 2020;66(2):121-127. <https://www.cfp.ca/content/66/2/121>.
17. Elmetts CA, Korman NJ, Prater EF, Wong EB, Rupani RN, Kivelevitch D, Armstrong AW, Connor C, Cordoro KM, Davis DMR, Elewski BE, Gelfand JM, Gordon KB, Gottlieb AB, Kaplan DH, Kavanaugh A, Kiselica M, Kroshinsky D, Lebwohl M, Menter A. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2021;84(2):432-470. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.07.087>.
18. Alinaghi F, Tekin HG, Burisch J, Wu JJ, Thyssen JP, Egeberg A. Global prevalence and bidirectional association between psoriasis and inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2020;14(3):351-360. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz152>.
19. Armstrong AW, Robertson AD, Wu J, Schupp C, Lebwohl MG. Undertreatment, treatment trends, and treatment dissatisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *JAMA Dermatology*. 2013;149(10):1180-1185. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.5264>.

20. De Luca DA, Papara C, Hawro T, Thaçi D. Psoriasis and diabetes: A review of the pathophysiological and therapeutic interconnections. *Minerva Medica*. 2025;116(3):195-222. <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.24.09570-3>.
21. Elmetts CA, Leonardi CL, Davis DMR, Gelfand JM, Lichten J, Mehta NN, Armstrong AW, Connor C, Cordoro KM, Elewski BE, Gordon KB, Gottlieb AB, Kaplan DH, Kavanaugh A, Kivelevitch D, Kiselica M, Korman NJ, Kroshinsky D, Lebwohl M, Menter A. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(4):1073-1113. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.058>.
22. Kommos KS, Enk A, Heikenwälder M, Waisman A, Karbach S, Wild J. Cardiovascular comorbidity in psoriasis: Psoriatic inflammation is more than just skin deep. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2023;21(7):718-725. <https://doi.org/10.1111/ddg.15071>.
23. Lembke S, Macfarlane GJ, Jones GT. The worldwide prevalence of psoriatic arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2024;63(12):3211-3220. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keae198>.
24. Pérez-Chada LM, Hopkins ZH, Balak DMW, Rashid S, Creadore A, Chu B, Villa C, Woodbury MJ, Armstrong AW, Strand V, Gottlieb AB, Merola JF, Barbieri JS. Patient-reported outcome measures for health-related quality of life in patients with psoriasis: A systematic review. *JAMA Dermatology*. 2024;160(5):550-563. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.5439>.
25. Phan K, Onggo J, Charlton O, Smith SD. Relationship between psoriasis and non-alcoholic fatty liver disease: Updated systematic review and adjusted meta-analysis. *Australasian Journal of Dermatology*. 2019;60(4):e352-e355. <https://doi.org/10.1111/ajd.13015>.
26. Wang M, Sun Y, Sun Y. Efficacy and safety of drugs for psoriasis patients with mental disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2024;365:112-125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.077>.

FINANCIACIÓN:

Los autores declaran que este estudio no recibió ningún tipo de financiación externa por parte de agencias públicas, privadas, ni de organizaciones sin ánimo de lucro. Todas las actividades de investigación, análisis y desarrollo fueron realizadas con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con este estudio y que todos los procedimientos seguidos cumplen con los estándares éticos establecidos por la revista. Asimismo, confirman que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra publicación.

CONTRIBUCIÓN DEL AUTOR:

Nombres de autores e iniciales: María Fernanda Espinoza Espinoza (MFEE)

1. Conceptualización: (MFEE)

2. Curación de datos: (MFEE)

3. Análisis formal: (MFEE)

4. Adquisición de fondos: ()

<https://doi.org/10.71068/ec000031>

- 5. Investigación: (MFEE)
- 6. Metodología: (MFEE)
- 7. Administración del proyecto: (MFEE)
- 8. Recursos: ()
- 9. Software: ()
- 10. Supervisión: (MFEE)
- 11. Validación: (MFEE)
- 12. Visualización: (MFEE)
- 13. Redacción – borrador original: (MFEE)
- 14. Redacción – revisión y edición: (MFEE)