

Psoriasis y embarazo

Dra. Isabel Belinchón Romero

Dr. Fernando Toledo Alberola

Sección de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, que afecta a la piel y frecuentemente a las articulaciones, produce una importante disminución de la calidad de vida, una merma de la autoestima y de la imagen social del paciente. Afecta alrededor del 1 al 3 % de la población mundial, y en España se aproxima al 1,5 %, lo que en una población con más de 40 millones de habitantes, supone unos 600.000 con psoriasis. La enfermedad se presenta por igual en ambos sexos, por lo que el 50 % de los pacientes son mujeres, muchas de ellas en edad fértil y con posibilidad de quedarse embarazadas. Sin embargo, nuestro conocimiento del embarazo en las pacientes con psoriasis es limitado y pese a que existen multitud de opciones de tratamiento disponibles para la psoriasis, son pocos los datos sobre la seguridad fetal en caso de usarlos en el embarazo. Debido a ello el tratamiento de la enfermedad en las mujeres con psoriasis cuando se quedan embarazadas puede resultar complejo.

¿La psoriasis es hereditaria?

Un aspecto no despreciable de la enfermedad y que preocupa especialmente a las pacientes embarazadas o con planes de embarazo es si se trata de una enfermedad hereditaria o no. Las pacientes deben estar concienciadas de la posible predisposición genética de la psoriasis. No obstante, aun queda mucho por aprender sobre la genética de la psoriasis sabiendo que el componente hereditario desempeña un papel importante en la enfermedad, pero que además deben existir otros factores adicionales, quizás ambientales, relacionados con su desarrollo. A este respecto se han publicado estimaciones del riesgo de enfermedad en la descendencia, que pueden emplearse en el consejo genético, por ejemplo si uno de los padres tiene psoriasis, el riesgo es 14-15%, si ambos están afectados el riesgo oscila entre el 41% y el 75%, mientras que si ninguno de ellos padece la enfermedad, pero el niño está afectado, el riesgo de que el siguiente hijo la presente es del 6% al 20%.

¿Cómo afecta el embarazo al curso de la psoriasis?

La psoriasis afecta a un número importante de pacientes femeninas en edad fértil pese a lo cual no disponemos de mucha información sobre su curso durante el embarazo, probablemente debido a los escasos registros sistemáticos y a la ausencia de participación de pacientes embarazadas en ensayos clínicos y series de pacientes. Contamos con un estudio realizado en pacientes con psoriasis que indicó que el 55 % mejoraban en el embarazo, el 21 % no presentaban cambios y el 23 % empeoraban, mientras una mayoría informaron de un rebrote durante el postparto. Esto coincide con lo descrito por la mayoría de autores, quienes, en general, indican que la mejoría sucede durante el primer trimestre y se mantiene durante el segundo. La evolución de las lesiones en sucesivos embarazos suele ser prácticamente la misma.

La lactancia no parece tener efecto sobre la psoriasis.

¿Afecta el embarazo a la artritis psoriásica?

La artritis psoriásica aparece entre el 10% y el 30% de los pacientes con psoriasis y puede ser particularmente importante en pacientes embarazadas. El embarazo por sí mismo puede ser un factor desencadenante para el desarrollo de artritis en algunas mujeres, y del 30% al 40% de las mujeres con artritis psoriásica relacionan el inicio de la artritis con el postparto o con el periodo perimenopáusico. Se han notificado casos de mejoría durante el embarazo.

Comorbilidades asociadas a la psoriasis y embarazo

Los pacientes con psoriasis presentan con mayor frecuencia ciertas enfermedades, denominadas comorbilidades. Los doctores Henseler y Christophers mostraron en un estudio que los pacientes con psoriasis presentaban una mayor frecuencia de

diabetes, obesidad e hipertensión que los controles. La presencia de estas enfermedades puede tener una influencia negativa sobre el embarazo, por lo que se debe realizar un tratamiento precoz de estas patologías y un estrecho control durante el período gestacional.

¿Cómo afecta la psoriasis al embarazo?

Los autores de una reciente comunicación, tras analizar a 358 mujeres embarazadas con psoriasis y a 131.424 embarazadas sanas, indican que las mujeres con psoriasis tienen mayor riesgo de aborto espontáneo, parto pretérmino, preeclampsia, placenta previa y embarazo ectópico, sin embargo se necesitan más estudios basados en registros de gran número de pacientes, para poder afirmar esto con mayor certeza.

En general, parece que las mujeres con psoriasis pueden presentar cursos peores de su embarazo, aunque no está claro si se debe a la enfermedad, a las comorbilidades asociadas o a los efectos adversos de los tratamientos.

¿Cómo se puede tratar la psoriasis durante el embarazo?

Pese a que, como se ha indicado anteriormente, la psoriasis suele mejorar durante el embarazo, la situación es que algunas mujeres con psoriasis moderada o grave necesitarán tratamiento mientras buscan un embarazo, a lo largo del mismo y en el postparto.

Para aquellas mujeres en las que la psoriasis mejora mucho, la opción más razonable es suspender el tratamiento, pero esto no siempre es posible en pacientes con enfermedad extensa. Afortunadamente, la aparición de nuevas terapias sistémicas con un perfil de seguridad más adecuado en el embarazo permite el tratamiento de estas pacientes.

El tratamiento de la psoriasis puede realizarse con preparados aplicados tópicamente, mediante fototerapia, fármacos sistémicos o más recientemente fármacos biológicos.

Tratamientos tópicos

Cabe pensar que, durante el embarazo, los tratamientos tópicos serán los más seguros, ya que la posibilidad de afectar al feto sería menor al depender de su absorción a través de la piel. No obstante, algunos medicamentos tópicos pueden absorberse en cantidad suficiente para superar la dosis límite capaz de afectar al desarrollo del feto. Disponemos de diversos tratamientos tópicos para la psoriasis como antralina, ácido salicílico, calcipotriol, corticoides, etc, pero no todos están permitidos en el embarazo. Son los corticoides tópicos los que



ostentan la categoría A de la *Food and Drug Administration* (FDA), es decir se han realizado estudios adecuados y bien controlados demostrando que no suponen un riesgo para el feto. Sin embargo, respecto al uso de corticoides tópicos en la práctica clínica, una postura adecuada sería aconsejar a las embarazadas evitar el uso de grandes cantidades sobre una superficie corporal extensa, por la posibilidad de que el recién nacido nazca con bajo peso para su edad gestacional.

Fototerapia, tratamientos sistémicos y biológicos

Actualmente la fototerapia con rayos ultravioleta B (UVB) de banda estrecha (UVBBE) se considera una excelente alternativa para el tratamiento de la psoriasis que no responde a terapia tópica y se puede utilizar como opción de primera línea en embarazadas con psoriasis en placas grave y psoriasis en gotas. Por el contrario, la fototerapia con psoralenos orales junto a rayos ultravioleta A (PUVA) estaría contraindicada durante el embarazo.

Los tratamientos sistémicos disponibles para la psoriasis moderada o grave incluyen: metotrexato, acitretino, mofetil micofe-

nolato, ciclosporina y corticoides. Sin embargo no todos se pueden usar durante el embarazo, estando contraindicados el metrotexato, el acitretino y el micofenolato. La ciclosporina se considera el fármaco más seguro teniendo en cuenta que sólo debe usarse cuando el beneficio esperado supere el riesgo para el feto. Los corticoides sistémicos se reservarían para el tratamiento de una variante grave de psoriasis pustulosa muy característica del embarazo denominada impétigo herpetiforme.

Los fármacos biológicos han sido sintetizados para actuar sobre una proteína específica, un anticuerpo o un receptor implicados en el proceso inflamatorio de la psoriasis. En la actualidad disponemos en nuestro país de 4 agentes biológicos aprobados para el tratamiento de la psoriasis: 3 de ellos anticuerpos mo-

noclonales dirigidos contra la molécula TNF- α , y un cuarto que es un anticuerpo monoclonal humano dirigido contra las moléculas IL12-23. Todos los fármacos anti TNF- α se incluyen en la categoría B de medicamentos según la FDA, es decir no se ha demostrado o no se han realizado estudios en humanos que indiquen riesgo fetal y los realizados en animales no han detectado riesgos. No obstante en el momento actual la seguridad de la terapia biológica está por determinar.

Para concluir sería muy aconsejable la realización de un registro nacional/internacional de las pacientes embarazadas, sobre todo las que están recibiendo tratamiento, a fin de poder responder con fiabilidad a las cuestiones aquí planteadas que tanta importancia tienen en el tratamiento y la calidad de vida durante el embarazo.

