



ARTÍCULO REVISIÓN

Manejo terapéutico de la Psoriasis Moderada-Severa asociada a infección por VIH: Una Revisión Bibliográfica

Therapeutic Management of Moderate-Severe Psoriasis Associated with HIV Infection: A Literature Review

Jeanneth Elizabeth Jami-Carrera¹  , Emily Dayana Guzmán-Ramos¹ , Alison Dennise Santamaría-Enríquez¹ 

¹Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador

Recibido: 09 de febrero de 2025

Aceptado: 11 de febrero de 2025

Publicado: 21 de febrero de 2025

Citar como: Jami-Carrera JE, Guzmán-Ramos ED, Santamaría-Enríquez AD. Manejo terapéutico de la Psoriasis Moderada-Severa asociada a infección por VIH: Una Revisión Bibliográfica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso]; 29(2025): e6675. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6675>

RESUMEN

Introducción: la psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que puede afectar a cualquier parte del cuerpo y causar picazón, dolor e incomodidad, su gravedad varía de leve a grave y llega a tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen. La psoriasis en individuos con Virus de Inmunodeficiencia Humana presenta desafíos particulares, manifestándose de manera más grave y resistente al tratamiento.

Objetivo: analizar el impacto de los tratamientos hacia la psoriasis cuando está el VIH presente, identificando las tendencias actuales en términos de eficacia, seguridad y posibles interacciones medicamentosas, relación terapéutica y sus implicaciones clínicas.

Métodos: análisis de artículos originales y revisiones sistemáticas previamente realizadas que aportaron con información sobre el Manejo terapéutico de la psoriasis Moderada-Severa asociada a infección por VIH, además se priorizó la búsqueda de información de diferentes bases de datos como Scielo, Elsevier, PubMed, Chrocrane, Epistemonikos y diferentes revistas entre ellas Seimc, Medigraphic Artemisa, Recimundo, SCIENCE, MEDICRIT

Resultados: se destaca la importancia de un enfoque terapéutico integral, considerando la inmunodeficiencia asociada al Virus. El tratamiento se enfocará en las diversas medidas que se adoptan al momento de tratar la psoriasis, como lo es la fototerapia el uso de retinoides orales y el tratamiento biológico, además consideramos que la terapia antirretroviral es fundamental para controlar la infección y puede influir en la evolución de la psoriasis.

Conclusiones: la revisión proporciona una exhaustiva investigación de las estrategias terapéuticas actuales, resaltando la importancia de adaptarlas a la complejidad de la coinfección VIH.

Palabras Clave: Psoriasis; VIH; Fototerapia; Retinoides; Tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: psoriasis is a chronic skin disease that can affect any part of the body and cause itching, pain and discomfort, its severity varies from mild to severe and has a significant impact on the quality of life of those who suffer from it. Psoriasis in individuals with Human Immunodeficiency Virus presents particular challenges, manifesting itself in a more severe and treatment resistant manner.

Objective: to analyze the impact of treatments for psoriasis when HIV is present, identifying current trends in terms of efficacy, safety and possible drug-drug interactions, therapeutic relationship and its clinical implications.

Methods: analysis of original articles and systematic reviews previously carried out that provided information on the therapeutic management of moderate-severe psoriasis associated with HIV infection, in addition, the search for information from different databases such as Scielo, Elsevier, PubMed, Chocrane, Epistemonikos and different journals including Seimc, Medigraphic Artemis, Recimundo, SCIENCE, MEDICRIT, etc. was prioritized.

Results: the importance of an integral therapeutic approach is emphasized, considering the immunodeficiency associated with the Virus. Treatment will focus on the various measures adopted when treating psoriasis, such as phototherapy, the use of oral retinoids and biological treatment, and we also consider that antiretroviral therapy is fundamental for the treatment of psoriasis.

Conclusions: the review provides a thorough investigation of current therapeutic strategies, highlighting the importance of adapting them to the complexity of HIV coinfection.

Keywords: Psoriasis; HIV; Phototherapy; Retinoids; Treatment.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica e inmunomediada que afecta a entre el 1 % y el 4 % de la población adulta a nivel mundial se considerada como una afección inflamatoria cutánea frecuente, tiene una base genética predominante y está vinculada a relevantes comorbilidades tanto médicas como psicosociales. Los progresos en la comprensión de su fisiopatología han propiciado el desarrollo de un número cada vez mayor de opciones terapéuticas, ofreciendo la posibilidad de mejorar significativamente la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad. La incidencia de la psoriasis oscila entre el 1 % y el 3 % a nivel global. No obstante, en determinados países, esta cifra puede fluctuar entre el 0,09 % y el 11,4 %, dependiendo de factores como la edad, la procedencia étnica, el género y la ubicación geográfica.⁽¹⁾

La psoriasis en individuos con infección por virus de la inmunodeficiencia humana VIH está vinculada a una mayor inmunodeficiencia y suele manifestarse típicamente cuando los niveles de linfocitos CD4 han descendido por debajo de las 100 células/microlitro.⁽²⁾

La gravedad de la psoriasis se evalúa según la extensión y el impacto de las lesiones cutáneas, y otros factores como la afectación de las actividades diarias del paciente y síntomas como dolor o picazón. En términos generales: Psoriasis Leve: Las lesiones son pocas y están localizadas en áreas limitadas del cuerpo. Psoriasis Moderada: Las lesiones abarcan una porción más extensa del cuerpo, pero no son tan generalizadas. Psoriasis Moderada a Grave: En esta categoría, las lesiones son más extensas y pueden afectar áreas importantes del cuerpo. Además, los síntomas

pueden ser más pronunciados, y la afección puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. Psoriasis Grave: La psoriasis es extensa, afecta a múltiples áreas del cuerpo y puede tener un impacto significativo en la salud general y el bienestar del individuo.⁽³⁾

La infección por VIH debilita el sistema inmunológico, culminando en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Este deterioro aumenta la susceptibilidad a enfermedades como la tuberculosis e infecciones, así como ciertos tipos de cáncer. La transmisión ocurre a través de fluidos corporales, excluyendo gestos cotidianos. El tratamiento antirretroviral (TAR) controla y previene la infección, evitando su progresión al sida, identificado por la OMS en adultos y adolescentes en estadios tres o cuatro, o cuando el recuento de células CD4 es inferior a 200 por mm³.⁽⁴⁾

La prevalencia de la psoriasis vinculada al VIH puede oscilar entre el 2,5 % y el 5 %. La psoriasis puede manifestarse como la primera señal cutánea de una infección por el VIH y persiste a lo largo de todas las etapas de la enfermedad, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La psoriasis asociada con el VIH tiende a aparecer alrededor de los 30 años, y aproximadamente el 90 % de los pacientes con VIH-SIDA experimentan algún trastorno cutáneo. En aquellos que desarrollan el SIDA, la psoriasis tiende a ser más grave, resistente al tratamiento y se localiza predominantemente en áreas acrales o generalizadas. Este tipo de psoriasis, que con mayor frecuencia se relaciona con el VIH-SIDA, incluye la vulgar, la guttata y la eritrodérmica.

La psoriasis puede empeorar en pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los tratamientos se dividen en tres partes fundamentales, siendo la fototerapia una de las más destacadas. Esta modalidad contribuye a disminuir el crecimiento de las células cutáneas y a abordar la inflamación; La terapia de segunda línea consta de retinoides orales como mono terapia o en combinación y como tercera línea tenemos el tratamiento biológico donde se enfoca a los factores de necrosis tumoral (TNF) y las interleucinas (IL), consideramos también a los antirretrovirales ya que son eficaces para tratar la psoriasis relacionada con el VIH, especialmente en casos de brotes repentinos o resistencia a la terapia.^(5,6)

El tratamiento de la psoriasis en individuos con infección por VIH plantea un desafío terapéutico significativo, dado que involucra una enfermedad mediada por células T en un entorno caracterizado por el agotamiento de estas células. Abordar la psoriasis moderada y grave asociada al VIH constituye un desafío, aunque la aplicación de una terapia antirretroviral altamente efectiva suele mejorar la condición de los pacientes.

Es importante tener en cuenta que los tratamientos sistémicos convencionales pueden estar contraindicados o requerir ajustes de dosis para prevenir la toxicidad. En este contexto, los nuevos tratamientos biológicos se presentan como opciones prometedoras y merecen una mayor investigación. Es posible contemplar tanto agentes sistémicos convencionales como biológicos. Asimismo, se requiere un control regular de los recuentos de CD4 y las cargas virales del VIH para garantizar una gestión adecuada de la psoriasis y minimizar riesgos asociados con la infección por VIH.^(7,8,9,10)

Todo lo antes expuesto anteriormente nos conduce a plantearnos la siguiente interrogante: ¿Cuál es el impacto de los tratamientos hacia la psoriasis cuando está el VIH presente; las tendencias actuales en términos de eficacia, seguridad y posibles interacciones medicamentosas, ¿relación terapéutica y sus implicaciones clínicas? De ahí que se plantee como objetivo: analizar el impacto de los tratamientos hacia la psoriasis cuando está el VIH presente, identificando las tendencias actuales en términos de eficacia, seguridad y posibles interacciones medicamentosas, relación terapéutica y sus implicaciones clínicas.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en la que se ejecutó el análisis de artículos originales y revisiones sistemáticas previamente realizadas que aportaron con información sobre el Manejo terapéutico de la psoriasis Moderada-Severa asociada a infección por VIH, además se priorizó la búsqueda de información de diferentes bases de datos como Scielo, Elsevier, PubMed, Chrocrane, Epistemónicos y diferentes revistas entre ellas Seimc, Medigraphic Artemisa, Recimundo, SCIENCE, MEDICRIT, artículos publicados desde el año 2020 hasta marzo del 2024, utilizando las siguientes palabras clave: Psoriasis, VIH, Fototerapia, Retinoides, Tratamiento.

Las palabras clave principales Psoriasis, VIH, Fototerapia, Retinoides, Tratamiento se buscaron de forma individual y posteriormente se repitió la búsqueda en asociación con cada una de las palabras claves secundarias. Se excluyeron los trabajos no aptos para el propósito de la revisión. Los artículos fueron seleccionados de forma independiente por dos coautores y su posterior elección fue unánime y colaborativa.

DESARROLLO

El tratamiento de psoriasis moderada-severa asociada a VIH se basa en tres pilares terapéuticos. La primera línea engloba la fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha (UVB) actúa como fotosensibilizador seguido de la radiación ultravioleta A (UVA), los cuales clínicamente ejercen efectos antiproliferativos y antiinflamatorios ya que inducen la apoptosis de las células T. Se recomienda administrar tres veces por semana y una vez reducidas las lesiones se administran dosis mínimas. ⁽¹¹⁾

En el embarazo con pacientes que cursan con psoriasis, cuando se infectan con VIH, usualmente experimentan exacerbaciones y menor respuesta al tratamiento además que no se ha encontrado suficiente evidencia del tratamiento de psoriasis en embarazadas con VIH. ⁽¹²⁾ En este caso se está indicado inicialmente el uso de glucocorticoides tópicos, pero en el caso de contar con VIH se iniciará el tratamiento con la fototerapia con luz ultravioleta (UV) específicamente la radiación ultravioleta B de banda estrecha UVB-BE. "La terapia con luz UV se considera segura durante el embarazo" Según Balakirski. Sin embargo, el nivel de ácido fólico puede verse afectado negativamente. Por lo tanto, estas pacientes deben tomar la dosis estándar de 0,8 mg de ácido fólico al día. ⁽¹³⁾

La fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha, la cual debe administrarse dos a tres veces por semana, en donde se debe evidenciar mejoría aproximadamente entre 20 y 30 tratamientos o se considera fallida. ⁽¹⁴⁾

Se considera seguro el uso de fototerapia en pacientes con psoriasis asociada al VIH si se administra junto con el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, es necesario ser cuidadoso con su uso, ya que puede tener un potencial carcinogénico y empeorar la inmunosupresión. La existencia de sarcoma de Kaposi contraindica el uso de fototerapia en pacientes VIH positivos, y se debe tener precaución en pacientes con fototipos de piel más oscura, ya que requieren dosis más altas de fototerapia, lo que puede aumentar su inmunosupresión y carga viral. ⁽¹⁵⁾

El tratamiento antirretroviral (ARV) debe tomarse en cuenta como terapia de primera línea, puesto que evita la aparición de signos y síntomas multisistémicos y retasa la aparición de lesiones cutáneas una vez hecho el diagnóstico del VIH como la zidovudina que tiene un efecto antipsoriático, que se debe a la interferencia con la síntesis de ADN disminuyendo la proliferación de queratinocitos, se recomiendan dosis de 500-600 mg/día administrada en dos o tres tomas.^(16,17)

Para la segunda línea se recomienda monoterapia con retinoides que ejercen efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores como tratamiento sistémico en psoriasis moderada grave relacionada con VIH como la acitretina en dosis iniciales de 25 – 30 mg vía oral durante dos – cuatro semanas. También se recomienda terapia combinada de retinoides con psoraleno más radiación ultravioleta A (UVA), evidenciando una mejor tolerancia y menor exposición a los rayos ultravioleta.⁽¹⁸⁾ Los efectos secundarios comunes de los tratamientos tópicos incluyen hipopigmentación, atrofia cutánea y estrías. Además, existen contraindicaciones para su uso en casos de rosácea, acné vulgar, dermatitis perioral e infecciones cutáneas. También se ha observado que estos tratamientos pueden empeorar patologías como el VIH. Es importante tener en cuenta que los efectos secundarios de los tratamientos tópicos en pacientes con VIH son similares a los de la población no infectada por el VIH, lo que subraya la necesidad de ejercer un cuidado especial al utilizar estos agentes en este grupo de pacientes.⁽¹⁹⁾

La tercera línea de tratamiento se enfoca en pacientes refractarios y la terapia abarca inmunosupresores como el metotrexato, la ciclosporina y la hidroxiurea. A pesar de que el metotrexato es un medicamento clave en el tratamiento de la psoriasis asociada al VIH, es hepatotóxico y nefrotóxico por lo que se recomiendan dosis de 5 – 25 mg semanales según función renal y hepática. La mayoría de los efectos secundarios están relacionados con la dosis y, por lo general, se toleran bien cuando se administran en las dosis recomendadas. Las reacciones adversas, tanto clínicas como analíticas, son menos frecuentes a dosis bajas que a dosis altas. Sin embargo, la dosis tóxica está muy cercana a la dosis terapéutica, lo que significa que la mayoría de los pacientes experimentan algunos efectos secundarios durante el período inicial mientras se ajusta la dosis.⁽²⁰⁾

La ciclosporina actúa inhibiendo la calcineurina lo que lleva al bloqueo de la cadena inflamatoria, este fármaco sistémico es de rápida absorción y se logra a los pocos meses de inicio de tratamiento una remisión completa, la dosis recomendada es de 2,5 - 5 mg/kg/día en un período de dos a cuatro semanas.^(17,18)

La hidroxiurea es un inmunomodulador que tiene doble efecto tanto antipsoriásico como antiviral inhibiendo la enzima ribonucleótido reductasa involucrada en la síntesis de ADN en la fase S por lo que reduce la proliferación de las células de la piel controlando los síntomas de la psoriasis. Además, al inhibir el sistema inmunológico controla la respuesta inflamatoria y la proliferación celular anormal asociada a psoriasis; Efectos secundarios que conllevan son los recuentos sanguíneos bajos, estreñimiento, llagas bucales y labiales, dolor o dificultad para orinar, confusión, mareos, alucinaciones. Tiene propiedades antioxidantes lo que significa que ayuda a proteger las células de la piel, donde el estrés oxidativo contribuye a la inflamación. Se utiliza como alternativa para reemplazar al metotrexato en caso de cirrosis hepática y la dosis recomendada es de 500 mg a 1000 mg al día, administrada en una o dos dosis divididas.⁽²¹⁾

Y los fármacos biológicos como el risankizumab y el guselkumab, inhibidores selectivos de la subunidad p19 de la IL-23 evitan el riesgo de infecciones por patógenos intracelulares y son altamente eficaces con respuestas PASI. ⁽²²⁾ Se recomiendan dosis de risankizumab de 150 mg (dos inyecciones de 75 mg) administrada mediante inyección subcutánea en las semanas 0 y 4 y posteriormente cada 12 semanas. ⁽²³⁾ Y de guselkumab dosis de 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4, seguida de una dosis de mantenimiento cada 8 semanas. ⁽²⁴⁾

La psoriasis, una enfermedad inflamatoria crónica de la piel con base genética, afecta a un porcentaje significativo de la población mundial. Sus implicaciones van más allá de las manifestaciones cutáneas, ya que está asociada a comorbilidades médicas y psicosociales relevantes. La relación entre la psoriasis y la infección por VIH añade una capa adicional de complejidad, ya que la psoriasis en pacientes con VIH tiende a ser más grave y resistente al tratamiento.

En este contexto, es esencial comprender la interacción entre la psoriasis y el VIH, así como evaluar la eficacia. La incidencia de la psoriasis varía significativamente a nivel global, y la presencia del VIH puede aumentar la prevalencia de la psoriasis en ciertos grupos de pacientes. La relación entre la psoriasis y el VIH se vuelve más evidente en pacientes con inmunodeficiencia, especialmente cuando los niveles de linfocitos CD4 disminuyen por debajo de 100 células/microlitro. La disminución de los linfocitos CD4 en pacientes con VIH contribuye a la complejidad y gravedad de la psoriasis al afectar la respuesta inmunológica y la capacidad del organismo para controlar la inflamación cutánea. Esto destaca la importancia de abordar la psoriasis en pacientes con VIH de manera integral, considerando la función inmunológica comprometida y adaptando los enfoques terapéuticos en consecuencia.

La psoriasis asociada al VIH tiende a manifestarse alrededor de los 30 años, y su presencia persiste a lo largo de todas las etapas de la infección por VIH, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El abordaje terapéutico de la psoriasis en individuos con VIH plantea desafíos considerables debido a la mediación por células T en un entorno caracterizado por la disminución de estas células. Aunque la terapia antirretroviral (TAR) ha demostrado mejorar la condición de los pacientes con VIH, los tratamientos sistémicos convencionales pueden estar contraindicados o requerir ajustes de dosis para evitar la toxicidad. En este sentido, los tratamientos biológicos emergen como opciones prometedoras.

La búsqueda exhaustiva de la literatura científica actualizada reveló varias líneas terapéuticas para abordar la psoriasis moderada-severa asociada al VIH. La fototerapia, particularmente con luz ultravioleta B de banda estrecha (UVB) o luz ultravioleta con psoraleno (PUVA), se presenta como una opción de primera línea, con efectos antiproliferativos y antiinflamatorios. La terapia antirretroviral, como parte fundamental del tratamiento, no solo controla la infección por VIH, sino que también retarda la aparición de lesiones cutáneas psoriásicas. Medicamentos antirretrovirales específicos, como la zidovudina, muestran efectos antipsoriático al interferir con la síntesis de ADN y reducir la proliferación de queratinocitos.

La segunda línea terapéutica involucra retinoides orales o tópicos, con evidencia de efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores. La combinación de retinoides con fototerapia muestra una mejor tolerancia y menor exposición a los rayos ultravioleta.

La tercera línea se reserva para pacientes refractarios e incluye inmunosupresores como metotrexato, ciclosporina, hidroxiurea y fármacos biológicos como risankizumab y guselkumab. La identificación de estas opciones terapéuticas brinda una visión integral sobre cómo abordar la psoriasis en pacientes con VIH, considerando la eficacia, seguridad y posibles interacciones medicamentosas.

En cuanto a las pacientes embarazadas el tratamiento incluye inicialmente con corticoides tópicos, pero la infección de VIH requiere iniciar con un tratamiento fototerapéutico de radiación ultravioleta B de banda estrecha. La cual no existe mucha evidencia de buenos resultados, pero esto sería responsabilidad de la persona a cargo mediante el criterio clínico. Esta falta de evidencia científica sólida subraya la necesidad urgente de llevar a cabo más investigaciones en esta área. Dada la complejidad y la importancia de garantizar la seguridad y eficacia de los tratamientos en este grupo de pacientes, es crucial que se realicen más estudios longitudinales para llenar esta brecha de conocimiento y proporcionar pautas basadas en evidencia para el manejo clínico de la psoriasis en mujeres embarazadas con VIH.

Es crucial destacar la importancia de un monitoreo regular de los recuentos de CD4 y las cargas virales del VIH para gestionar adecuadamente la psoriasis y minimizar los riesgos asociados con la infección por VIH. En resumen, nuestra revisión bibliográfica destaca la complejidad de la relación entre la psoriasis y el VIH, así como la diversidad de opciones terapéuticas disponibles. La comprensión de estas interacciones es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y proporcionar un enfoque integral y actualizado en el manejo de esta condición dermatológica en el contexto de la infección por VIH.

Concluimos expresando principalmente a la psoriasis como una enfermedad inflamatoria crónica, con variaciones según factores como la edad, etnia, género y ubicación geográfica. La incidencia de la psoriasis asociada al VIH puede oscilar entre el 2,5 % y el 5 %, siendo más grave, resistente al tratamiento y predominantemente localizada en áreas acrales o generalizadas en pacientes con VIH-SIDA. El tratamiento de la psoriasis asociada al VIH plantea desafíos significativos debido a la enfermedad mediada por células T en un entorno de inmunodeficiencia. Los tratamientos incluyen fototerapia, terapia antirretroviral, retinoides inmunosupresores y fármacos biológicos. Los retinoides, ciclosporina, metotrexato, hidroxiurea y fármacos biológicos se reservan para casos refractarios, mostrando eficacia variable y consideraciones de seguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. Clin Med (Lond) [Internet]. 2021 May [Citado 20/06/2024]; 21(3): 170-173. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8140694/>
2. Martín Rubio AM, Omar Mohamed M, Romero Fernández AB, Duro Ruiz G, Hernández Burruezo JJ. Psoriasis e infección por el vih. Med integral (Ed impr) [Internet]. 2002 [Citado 20/06/2024]; 39(8): 361-364. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-14304>
3. Salgado-Boquete L, Carrascosa JM, Llamas-Velasco M, Ruiz-Villaverde R, de la Cueva P, Belinchón I. A New Classification of the Severity of Psoriasis: What's Moderate Psoriasis? Life [Internet]. 2021 [Citado 20/06/2024]; 11(7): 627. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-1729/11/7/627>
4. OMS. VIH y Sida [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2024 [Citado 20/06/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

5. Bauditz L, Booken N, Schneider SW, et al. Schnelle Abheilung einer schweren Psoriasis vulgaris bei einem HIV-positiven Patienten unter antiretroviraler Therapie. *Dermatologie* [Internet]. 2023 [Citado 20/06/2024]; 74: 282–285. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00105-023-05107-8>
6. Úsuga-Úsuga F, Quirós-Gómez O, Co-rrea LA, Velásquez-Lopera M. Psoriasis asociada con el VIH-SIDA. *Dermatol Rev Mex* [Internet]. 2021 [Citado 20/06/2024]; 65(4): 477-493. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i4.5441>
7. Queirós N, Torres T. HIV-Associated Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)* [Internet]. 2018 May [Citado 20/06/2024]; 109(4): 303-311. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29361272/>
8. Edwards RJ, Lavia LO, Edwards J, Boyce G. Psoriasis in patients attending a large HIV clinic in Trinidad. *Med Sci (Basel)* [Internet]. 2022 [citado 15/02/2024]; 10(1): 9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medsci10010009>
9. Nabieva K, Vender R. Quality of life and body region affected by psoriasis: A systematic review. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2023 [citado 08/01/2024]; 114(1): 33–38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2022.07.021>
10. Ramos C, Quijano E, Carayhua D, Sánchez R. Psoriasis en pacientes con VIH: presentación de nueve casos. *Dermatol. peru* [Internet]. 2011 [citado 19/01/2024]; 21(4): 154-157. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-671778>
11. De La Pedraja L. Abordaje de enfermería en el paciente con psoriasis [Tesis]. Universidad de Cantabria; 2022 [citado 06/02/2024]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25307/2022_MonteolivaPedrajaL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Barquero-Orias D, Martínez-Franco MC. Principios de psoriasis y enfoque terapéutico en embarazo: revisión de literatura. *rev asoc colomb dermatol cir dematol* [Internet]. 2020 [citado 16/02/2024]; 28(2): 148–63. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1519>
13. Hertlein A. Embarazada con psoriasis: ¿qué hay que tener en cuenta? [Internet]. Univadis; 2023 [citado 21/02/2024]. Disponible en: <https://www.univadis.es/viewarticle/embarazada-psoriasis-qu%25C3%25A9-hay-que-tener-cuenta-2023a1000r03>
14. Belinchón I, Velasco M, Ara-Martín M, Armesto Alonso S, Baniandrés Rodríguez O, Ferrándiz Pulido L, et al. Consenso sobre las actuaciones a seguir durante la edad fértil, el embarazo, el posparto y la lactancia en pacientes con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2021 [citado 21/02/2024]; 112(3): 225–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.002>
15. Pérez C, Merlo EA, Murcia LM, Guerra NT, Orozco S, Flórez C. VIH y psoriasis en un minero de Colombia. *Infectio* [Internet]. 2010 [citado 06/03/2024]; 14(4). Disponible en: https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/68

16. Rodríguez J, Prieto S, Bernal P, Pérez C, Álvarez L, Bravo J, et al. Predicción de la concentración de linfocitos T CD4 en sangre periférica con base en la teoría de la probabilidad. Aplicación clínica en poblaciones de leucocitos, linfocitos y CD4 de pacientes con VIH. *Infectio* [Internet]. 2012 [citado 06/03/2024]; 16(1). Disponible en: https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/508
17. Arellano J, Yagnam M, Vidal M, Corredoira Y. Eritrodermia psoriática en un hombre joven: sospechar infección por VIH. *Rev Chilena Infectol* [Internet]. 2017 [citado 06/03/2024]; 34(6): 603–6. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000600603
18. Montero Álvarez JD. Tratamiento de Psoriasis en adultos [Internet]. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA; 2023 [citado 06/03/2024]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/98db16ba-831b-42a4-9649-70e52638021f/content>
19. Queirós N, Torres T. Psoriasis asociada al VIH. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2018 [citado 06/03/2024]; 109(4): 303–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.014>
20. Carretero G, Ribera M, Belinchón I, Carrascosa JM, Puig L, Ferrandiz C, et al. Acitretina: guía de uso en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2013 [citado 06/03/2024]; 104(7): 598–616. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.01.003>
21. Arango FA, Franco MF, Hoyos AM. Psoriasis: conceptos actuales en el tratamiento sistémico.: Parte 1: Agentes sistémicos tradicionales. *rev asoc colomb dermatol cir dematol* [Internet]. 2011 [citado 21/02/2024]; 19(1): 35–42. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/384>
22. Sanguinetti J, Suar L, Eimer L, Busso C. Tratamiento exitoso con risankizumab en paciente con psoriasis y HIV. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2022 [citado 25/02/2024]; 82(4): 605–8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000600605
23. Informe de Posicionamiento Terapéutico de risankizumab (Skyrizi®) en el tratamiento de psoriasis en placas [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2020 [citado 06/03/2024]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/informes-de-posicionamiento-terapeutico/informe-de-posicionamiento-terapeutico-de-risankizumab-skyrizi-en-el-tratamiento-de-psoriasis-en-placas/>
24. Agencia Española. Informe de Posicionamiento Terapéutico de guselkumab (Tremfya) en artritis psoriásica [Internet]. Agencia Española; 2022 [citado 02/03/2024]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2022/IPT_51-2022-Tremfya.pdf