

# Psoriasis

## I. Bournerias

*La psoriasis es una dermatosis crónica caracterizada por placas eritematoescamosas, bien delimitadas, grosso modo bilaterales y simétricas, que evoluciona en accesos. Es posible observar numerosas variantes anatomoclínicas y evolutivas. En la mayor parte de los casos el diagnóstico es clínico. Muy a menudo la dermatosis es benigna, pero existen formas graves (psoriasis eritrodérmica, psoriasis pustulosa generalizada, psoriasis asociada a una enfermedad reumatoidea. Supone una repercusión psicosocial, estética y/o funcional que altera la calidad de vida de los pacientes. En los últimos años se han producido importantes avances en relación con la fisiopatología, la existencia y el impacto de las comorbilidades posiblemente asociadas y, sobre todo, los tratamientos. Han aparecido nuevas terapias, se han reevaluado otras antiguas, tópicas (no corticoideas) y sistémicas (fototerapia, retinoides, metotrexato, ciclosporina y agentes biológicos).*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Psoriasis; Comorbilidades; Criterios de gravedad: BSA; Body Surface Area; PASI; Psoriasis Area and Severity Index; DLQI; Dermatology Life Quality Index; Fototerapia; Retinoides; Metotrexato; Ciclosporina; Terapia biológica

### Plan

■ Definición	1
■ Epidemiología	1
■ Evolución	2
■ Cuadros clínicos y diagnóstico diferencial	2
Psoriasis eritematoescamosa en placas	2
Psoriasis en gotas	2
Psoriasis del cuero cabelludo	2
Psoriasis ungueal	3
Psoriasis palmoplantar	3
Psoriasis localizada en los pliegues	4
Psoriasis de las mucosas	4
Psoriasis del niño	4
Eritrodermia psoriásica	4
Psoriasis pustulosa	4
■ Histología	5
■ Anomalías biológicas	6
■ Fisiopatología	6
■ Psoriasis y medicamentos	6
■ Comorbilidades	7
Afectaciones reumatológicas	7
Enfermedad de Crohn	7
Depresión	7
Síndrome metabólico	7
■ Tratamientos	7
Tratamientos tópicos	8
Tratamientos sistémicos	8
Tratamientos empíricos	9



## ■ Definición

La psoriasis es una dermatosis crónica caracterizada por placas eritematoescamosas, bien delimitadas, toscamente bilaterales y simétricas, que evoluciona en accesos. Existen numerosas variantes clínicas, semiológicas, topográficas y evolutivas; en la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico.

## ■ Epidemiología <sup>[1-3]</sup>

La psoriasis es una dermatosis frecuente. La dermatosis es ubi-cua, afecta a todas las etnias, pero con distintas prevalencias. Su frecuencia depende también de factores geográficos y medioambientales. En países de nuestro entorno se estima que afecta al 2-3% de la población.

La dermatosis afecta por igual a ambos sexos. Puede comenzar a cualquier edad; en el adulto, presenta dos picos de frecuencia, los 20-30 años y los 50-60 años. Existe una predisposición genética. Se observa un incremento de la frecuencia en los niños de padres con psoriasis (el 8% de niños afectados si uno de los padres presenta psoriasis y el 40% si ambos progenitores presentan la enfermedad) o en los gemelos homocigotos.

Existe asociación con algunos antígenos de histocompatibilidad de clase I, HLA-Cw6 y en menor grado HLA-B13 y HLA-B17. Se detecta asociación a un grupo HLA-Cw6 en el 85% de los psoriásicos con inicio precoz de su dermatosis y en cerca del 50% de los familiares de primer grado de estos pacientes.

Existe igualmente una fuerte asociación al antígeno HLA-B27, sólo en la forma generalizada de la psoriasis pustulosa, y en caso de enfermedad reumatoidea asociada, y más en la forma axial que en la forma periférica.

## “ Punto importante

### Epidemiología

- Enfermedad cutánea crónica muy frecuente
- Determinismo genético poligénico
- Generalmente benigna, pero con una posible repercusión importante sobre la calidad de vida durante muchos años
- Formas intensas (psoriasis pustulosa, psoriasis asociada a una enfermedad reumatoide) o graves (eritrodermia), raras pero que deben identificarse rápidamente
- Importancia en el manejo de la enfermedad de las comorbilidades y de los factores de riesgo asociados

## ■ Evolución

La psoriasis común es una dermatosis muy a menudo leve pero visible, cuyo impacto psicosocial es a veces importante y cuya tolerancia depende, por una parte, de la extensión y/o localización de las lesiones y, por otra, de la personalidad y tipo de vida del paciente<sup>[4]</sup>.

Existen formas graves, por su extensión (psoriasis generalizada, psoriasis eritrodérmica), su carácter inflamatorio (psoriasis pustulosa), la posible asociación a una afectación reumatoidea, la discapacidad funcional que provocan algunas localizaciones (manos, pies) o el impacto psicosocial (cara, órganos genitales).

Episodios infecciosos (fundamentalmente estreptocócicos), factores psicológicos, factores irritativos locales (con aparición de lesiones psoriásicas en el sitio exacto del traumatismo, o fenómeno de Koebner) o algunos medicamentos (cf infra) pueden desencadenar los accesos de esta dermatosis crónica.

El embarazo no parece influir en la evolución (salvo excepcionalmente en la psoriasis pustulosa generalizada).

La gran mayoría de los psoriásicos mejora con el sol, pero a veces es posible observar un empeoramiento por la luz. Es frecuente la asociación a un alcoholismo que dificulta el tratamiento de estos pacientes (contraindicaciones terapéuticas, observancia, inestabilidad de la psoriasis, menor eficacia de los tratamientos)<sup>[5]</sup>. El tabaco es un factor agravante demostrado de las pustulosis palmoplantares<sup>[6]</sup>.

La evolución de la dermatosis es imprevisible, propia de cada paciente, y puede cambiar con el tiempo. No existe ningún factor pronóstico. Las formas graves son con frecuencia precoces en la historia natural de la enfermedad, pero estas formas pueden aparecer igualmente en pacientes con psoriasis moderada, sobre todo tras algunos tratamientos (por ejemplo, tras la retirada de una corticoterapia sistémica).

Los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden presentar psoriasis. En este caso, la frecuencia de esta dermatosis no aumenta, pero su aspecto clínico y su evolución son característicos; formas inflamatorias, difusas, resistentes a los tratamientos habituales, una afectación cutánea grave o la asociación a una afectación reumatológica rápidamente invalidante pueden ser reveladoras de una infección por el VIH. Con la aparición de los eficaces tratamientos antirretrovirales, estas psoriasis son más raras y más fáciles de tratar<sup>[7]</sup>.

## ■ Cuadros clínicos y diagnóstico diferencial<sup>[3]</sup>

El diagnóstico de psoriasis es clínico, pero ante cada cuadro clínico deben sugerirse y descartarse otras dermatosis. Es posible observar asociaciones topográficas (psoriasis eritematoescamosas y psoriasis del cuero cabelludo o de las uñas, por ejemplo), pero

también asociaciones en el tiempo (episodio agudo de psoriasis pustulosa en un paciente que presenta habitualmente una psoriasis eritematoescamosa). Sus frecuencias respectivas no están determinadas, pero se describen aquí por orden de frecuencia globalmente decreciente.

## “ Punto importante

### Clínica

- Diagnóstico clínico más o menos difícil de establecer en función de las múltiples formas clínicas: experiencia del dermatólogo
- Ningún marcador (o combinación de marcadores) biológico específico
- La histología no es útil para el diagnóstico salvo en raros casos de difícil diagnóstico diferencial.
- En el niño, diagnóstico y tratamiento específicos
- No olvidar (ni sobreestimar) el papel agravante de algunos medicamentos

## Psoriasis eritematoescamosa en placas

Representa la forma más frecuente de la enfermedad. Las lesiones eritematoescamosas forman placas redondeadas, bien delimitadas, que destacan con claridad en la piel, toscamente simétricas, que afectan con predilección a los codos, las rodillas, la región lumbosacra y el cuero cabelludo. Las placas son rojas, recubiertas por escamas más o menos gruesas. La escama se despega en bloque, lo que provoca un típico «rocío sangriento». Se pueden observar todos los grados de extensión, desde algunas placas en los miembros hasta una afectación de toda la superficie corporal. La afectación de la cara es rara, salvo en el borde del cuero cabelludo o en las formas floridas; en ocasiones puede simular una dermatosis; entonces adquiere el aspecto de una dermatitis seborreica. Clásicamente las lesiones no son pruriginosas, salvo en fase evolutiva. Su aspecto puede variar por los tratamientos locales (Fig. 1).

Fundamentalmente, se deben descartar dos diagnósticos: las dermatofitosis (con toma de una muestra para estudio micótico) y los linfomas T cutáneos (por la biopsia). Pueden ser dudosas otras dermatosis: el liquen plano, la parapsoriasis o la pitiriasis rubra pilaris, cuya evolución es diferente (indicación de biopsia), incluso si los tratamientos son en ocasiones los mismos.

## Psoriasis en gotas

Más frecuente en el niño y en el adulto joven, se caracteriza por pequeñas lesiones de localización preferente en el tronco (Fig. 2). Con frecuencia desencadenada por una infección, es eruptiva, de regresión más o menos rápida, en ocasiones de forma espontánea.

Deben descartarse los diagnósticos de pitiriasis rosada de Gibert (de origen vírico), de sífilis secundaria (*venereal disease research laboratory*/análisis de hemaglutinación de *Treponema pallidum* [VDRL/TPHA] ante la más mínima duda), de primoinfección por VIH y de toxidermia.

## Psoriasis del cuero cabelludo

Puede presentarse en forma de cuadro de caspa poco importante, de placas eritematoescamosas bien delimitadas o de un verdadero casco costroso que afecta a la base del pelo. Las pústulas son raras, salvo en caso de sobreinfección, mientras que son frecuentes en las foliculitis bacterianas, micóticas o víricas y en las demás afectaciones foliculares más raras del cuero cabelludo. La alopecia psoriásica es muy rara. Con frecuencia, la psoriasis del cuero cabelludo se asocia a una afectación de las orejas (pabellón auricular, conductos auditivos) y a una dermatitis seborreica de la cara. La afectación del cuero cabelludo puede permanecer localizada, pero casi siempre se asocia a las demás formas de psoriasis (Fig. 3).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465336>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465336>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)