

Psoriasis

Beatriz Navarro Vidal y Jesús Borbujo Martínez*

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.

*Correo electrónico: jborbujom@gmail.com

Puntos clave

- La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica que puede aumentar el riesgo de comorbilidades como la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, la dislipemia y la enfermedad renal.
- La morfología de las lesiones es muy variable. La forma más frecuente es la psoriasis vulgar. Aquellos pacientes con formas generalizadas o pustulosas deben ser evaluados en atención especializada.
- En atención primaria se debe iniciar el tratamiento con corticoides tópicos solos o en combinación con análogos de la vitamina D.
- El tratamiento sistémico de la psoriasis se requiere en casos de enfermedad moderada o grave.
- Los fármacos biológicos actúan específicamente bloqueando diferentes moléculas que intervienen en la inflamación, como el factor de necrosis tumoral y distintas interleucinas.

Palabras clave: Corticoides tópicos • Psoriasis • Tratamiento.

Aspectos clínicos

La psoriasis es una enfermedad cutánea crónica y recidivante que afecta aproximadamente al 4% de la población española¹. En los últimos años² se ha reconocido la asociación de la psoriasis con una serie de comorbilidades, lo que ha llevado a considerarla una enfermedad sistémica con manifestaciones predominantemente cutáneas, que determinan una significativa reducción de la calidad de vida. Entre dichas comorbilidades merece especial atención la artritis psoriásica³, una artropatía inflamatoria frecuente, incapacitante, que por lo general aparece un promedio de 10 años después del diagnóstico de la enfermedad cutánea. En los últimos años se ha despertado un gran interés por las comorbilidades relacionadas con la psoriasis, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad y la enfermedad cardiovascular².

Las lesiones de psoriasis tienen cuatro características fundamentales: 1) están bien delimitadas con bordes netos, 2) la superficie presenta escamas plateadas, 3) por debajo de las escamas la piel muestra eritema brillante y 4) se observa el signo de Auspitz (pequeñas gotas de sangre al raspar las escamas de una placa)⁴.

Las alteraciones en las uñas son muy frecuentes. Varían desde pequeños defectos en la tabla, como depresiones puntiformes, piqueteado o "pitting" ungueal (fig. 1), hasta cambios importantes como onicodistrofia grave secundaria al compromiso de la matriz ungueal por la psoriasis.

Aunque de manera clásica no se considera una enfermedad pruriginosa, algunos estudios refieren que hasta un 84%



Figura 1. Psoriasis ungueal, onicólisis y "pitting" ungueal.



Figura 2. Psoriasis pustulosa palmoplantar.

de los pacientes con psoriasis padecen prurito generalizado³. Los factores agravantes son el calor, la sequedad de la piel, el sudor y el estrés.

Desde el punto de vista clínico, la psoriasis puede dividirse en psoriasis no pustulosa (psoriasis vulgar y eritrodermia psoriásica) y pustulosa (psoriasis pustulosa generalizada, pustulosis palmar y plantar) (fig. 2).

En la psoriasis vulgar o en placas (fig. 3), las lesiones predominan en codos, rodillas, cuero cabelludo (fig. 4), zona lumbar y ombligo. Si las lesiones se localizan en los pliegues principales de la piel, como las axilas, el cuello y la región genitocrural, se denomina psoriasis invertida. Si las lesiones son pequeñas (<1,5 cm) y predominan en la parte superior del tronco y las extremidades se denomina psoriasis en gotas (fig. 5).

La eritrodermia psoriásica (fig. 6) representa la forma generalizada que afecta a todo el cuerpo, incluyendo cuero cabelludo y uñas. Puede presentarse de forma repentina como eritema generalizado o evolucionar desde una psoriasis en placas.

Los factores externos capaces de producir manifestaciones de lesiones psoriásicas en la piel se conocen como factores desencadenantes. Destacan las infecciones por estreptococos o la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1, el estrés, determinados fármacos como los betabloqueantes, el litio o ciertos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Diagnóstico

El diagnóstico de psoriasis es fundamentalmente clínico. Es necesario un examen físico exhaustivo, prestando especial atención a las zonas que con mayor frecuencia se encuentran afectadas, como las áreas de extensión, cuero cabelludo, ombligo, pliegue interglúteo y uñas. La biopsia de piel no suele ser necesaria.



Figura 3. Psoriasis vulgar en placas.



Figura 4. Psoriasis en cuero cabelludo.

Para valorar la gravedad de la psoriasis se utiliza la escala PASI (*Psoriasis Area Severity Index*), que mide el eritema, la induración y la descamación de las lesiones en cuatro áreas del cuerpo: cabeza, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8758478>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8758478>

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