

# Psoriasis en placas

## Lo que hay que saber

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica que afecta aproximadamente al 2% de la población.

La psoriasis cutánea consiste en placas eritemato-escamosas, producidas por :

- una proliferación epidérmica excesiva, que siempre es benigna.
- una inflamación en donde los linfocitos T y las citoquinas que juegan un rol esencial.

La mayoría de las formas son poco extendidas y reaccionan bien al tratamiento local. Las formas extendidas, resistentes al tratamiento, complicadas, que repercuten severamente en la calidad de vida, son indicación de un tratamiento, propuesto e iniciado en un medio especializado.

### La psoriasis pone en juego varios factores patogénicos:

- un factor genético, ligado al sistema HLA. Las formas que comienzan tempranamente son a menudo familiares;
- anomalías inmunológicas, entre las cuales los linfocitos, el TNF $\alpha$ , esencialmente la interleuquina 17, juegan un rol de primer nivel. Los tratamientos sistémicos llamados "Biológicos" intervienen a este nivel.

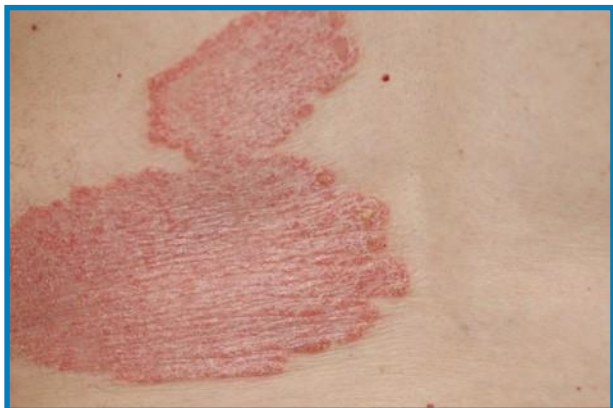
### Es prudente investigar alteraciones metabólicas asociadas

La psoriasis habitualmente se presenta en forma solitaria, pero ocasionalmente se asocia a anomalías extracutáneas:

- artropatía psoriásica axial y/o distal,
- alteraciones generales: obesidad, anomalías lipídicas, hipertensión arterial, tabaquismo. Este « síndrome metabólico » predispone a accidentes cardiovasculares.



Placas eritematosas bien limitadas típicas.



Placa lumbar.

## Lo que hay que hacer

### Reconocer la psoriasis

La lesión elemental es una placa eritemato-escamosa de contornos curvos, de límites netos.

Su tamaño es variable, generalmente algunos centímetros.

El eritema es moderadamente intenso. Las escamas son espesas, nacaradas, adherentes, secas.

Según los casos, el eritema o la descamación estarán en el primer lugar.

El prurito es poco frecuente y moderado.

La psoriasis puede asentar en cualquier tegumento, pero existen localizaciones preferenciales:

- los codos y las rodillas,
- la región lumbar,
- el cuero cabelludo.

## Saber que determinadas formas son atípicas

**Según el aspecto**, más o menos escamoso, con extremos como formas puramente eritematosas (por ejemplo en los pliegues o en la cara) y formas muy hiperqueratósicas, costráceas (especialmente a nivel de los pies, las manos, el cuero cabelludo).

### Según el tamaño de las lesiones:

- "en gotas", de pequeño tamaño; en el niño es, a menudo, post-infecciosa, apareciendo; especialmente después de una infección ORL;
- en placas, es la forma habitual;
- anulares;
- generalizadas.

La psoriasis puede afectar las uñas: depresiones puntiformes en dedal de coser, onicolisis distal (separación entre la tabla ungueal y el repliegue cutáneo latero-distal) y onicodistrofia (anomalía de la forma y del espesor de la tabla ungueal).

Las mucosa genitales pueden estar afectadas: placas rojas lisas, bien limitadas, no pruriginosas.

Raramente es necesaria una biopsia para confirmar la psoriasis.



Lesión muy hiperqueratósica, « cretácea ».



Psoriasis del cuero cabelludo invadiendo la frente.

## Saber reconocer las poco frecuentes formas graves

- Psoriasis extendidas, en más del 10% de la superficie corporal (1% equivale a una palma de mano, dedos incluidos).
- Psoriasis que repercute sobre la calidad de vida.
- Psoriasis artropática: artritis crónicas que comprometen el raquis, las articulaciones de los dedos, otras articulaciones.
- Psoriasis pustulosas, localizadas (especialmente en manos y pies) o generalizadas.
- Psoriasis eritrodérmica, que conlleva a un compromiso eritemato-escamoso de todo el tegumento, y que está expuesta a complicaciones.

## Detectar las comorbilidades

Como para todo otro paciente, se investigará y se tratarán los elementos de riesgo metabólico y cardiovascular: obesidad, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, alteraciones lipídicas.

## Poner en marcha el tratamiento de las psoriasis habituales, poco extendidas

El tratamiento de la psoriasis es únicamente sintomático. El mismo « blanquea » al paciente, pero no lo pone a cubierto de reagudizaciones posteriores.

Los pacientes que presentan un carácter crónico o recidivante de la psoriasis y aquéllos en los que las reagudizaciones están ligadas a problemas emocionales, se benefician con un apoyo psicológico.

### **Las psoriasis localizadas sólo necesitan tratamientos locales.**

Se utilizan esencialmente los corticoides potentes (nivel II, eventualmente asociados con el ácido salicílico en las lesiones muy hiperqueratósicas, o nivel I).

La prescripción habitual recomienda una aplicación por la tarde, especialmente sobre las lesiones de gran espesor (codos, rodillas, manos, pies).

Por la mañana, después de la higiene, puede utilizarse una crema hidratante.

Los derivados vitamínicos D (calcipotrieno, tacalcitol, calcitriol) son menos eficaces, pero habitualmente muy bien tolerados. Su empleo está justificado, solos o asociados a un corticoide tópico.

El tazaroteno es un retinoide tópico dotado de una cierta actividad anti-psoriasis, pero habitualmente es mal tolerado a nivel local.

Los reductores tradicionales (antralina, alquitranes) ya no son utilizados.

### **En caso de fracaso, está indicada un tratamiento sistémico.**

Los tratamientos de la psoriasis que no mejoran con los tratamientos locales son indicación de:

- Fototerapia, con psoraleno + UVA (PUVAterapia) o con UVB:
- La acitretina, retinoide oral;
- El metotrexato;
- La ciclosporina;
- Alguno de los nuevos tratamientos inmunosupresores selectivos, llamados « Biológicos ». Se trata, sobre todo, de los anti-TNF-alfa.

## **Lo que hay que informar**

- La psoriasis no es contagiosa.
- Las lesiones curan sin dejar marca alguna o hipopigmentación residual
- En efecto, existen formas familiares, pero ésta no es una enfermedad hereditaria en el sentido habitual, y no está indicada medida alguna de tipo genético.
- La mayoría de las formas permanecen localizadas y benignas.
- Los tratamientos son eficaces, aunque los mismos no previenen las reagudizaciones ulteriores, imprevisibles.
- Existen factores desencadenantes de las reagudizaciones:
  - los estrés emocionales en general (períodos de dificultades personales, familiares, profesionales,...). Siempre es de valor un apoyo psicológico;
  - los traumatismos mecánicos, los roces, ... pueden inducir lesiones; es lo que se denomina fenómeno de Koebner;
  - determinados medicamentos pueden desencadenar o agravar una psoriasis, éstos son los beta-bloqueantes y las sales de litio. La conducta a seguir cuando se presenta esta situación es evaluar en forma individual.
- Las exposiciones al sol y a los rayos ultravioletas tienen en general un efecto favorable sobre la psoriasis