

Dentro de los tratamientos por vía sistémica distinguimos entre tratamientos sistémicos clásicos (fototerapia y fotoquimioterapia, acitretina, metotrexato y ciclosporina) y tratamientos sistémicos biológicos (anticuerpos monoclonales contra diferentes dianas, proteínas de fusión..).

A la hora de elegir un tratamiento, el médico valorará la extensión, el grosor y la descamación de la lesión, además de la localización y la afectación en la calidad de vida del paciente.

Por norma general, cuando las lesiones no son muy extensas, menos del 10% de la superficie corporal, el tratamiento habitual es el tópico y puede ser controlado por el médico de atención primaria. El médico de atención primaria puede solicitar valoración por parte del especialista de dermatología en caso de afectaciones poco extensas pero en zonas en las que el tratamiento puede ser algo más complejo, como la cara, los genitales, las palmas y las plantas. El médico elegirá el vehículo más adecuado, crema, pomada, loción, según la localización de las lesiones. En caso de que la enfermedad sea más extensa o rebelde a tratamientos o provoque importante afectación en la calidad de vida, el médico especialista en dermatología es el médico adecuado para indicar el tratamiento. El especialista en dermatología es el médico que conoce el mejor tratamiento en cada momento y está formado para realizar los controles adecuados según cada tratamiento, evaluación de su eficacia o de sus posibles efectos secundarios.

Bibliografía

1. Van de Kerkhof PCM, Nestlé FO. Psoriasis. En: Bologna JL, Jorizzo LL, Schaffer JV editores. Dermatology 3 edition. Elsevier; 2012. p. 135-56
2. Griffiths CEM, Baker JNWN. Psoriasis. En: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths, editors. Rook 's textbook of dermatology 8 edition. Wiley-Blackwell Ltd; 2010. P. 20.1-20.60
3. Ferrandiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project. Phase I) J Eur Acad Dermatol. 2011; 15: 20-23
4. Ferrandiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en la era de los agentes biológicos. Actas Dermosifiliograf. 2014; 105: 504-9
5. Puig L. Manual terapéutico de la psoriasis. Madrid. Aula Médica; 2013

Por el Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV (GPs)



¿QUÉ ES LA PSORIASIS?

La psoriasis es una enfermedad crónica con expresión clínica predominante cutánea, mediada por mecanismos inmunológicos y de herencia poligénica.

La lesión cutánea característica es una placa eritematosa de diferentes tamaños, cubierta por descamación blanquecina. Actualmente la psoriasis no se considera una enfermedad exclusivamente cutánea, sino una enfermedad en la que se pueden afectar otros órganos como las articulaciones en un 20-30% de los pacientes. Además, en pacientes con psoriasis extensa hay un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y se asocia con otras enfermedades que comparten mecanismos fisiopatogénicos.

Puede aparecer a cualquier edad entre la infancia y la tercera edad, pero hay 2 picos en los que el diagnóstico de la enfermedad es más frecuentes, entre los 20 y los 30 años y entre los 50 los 60 años. Aproximadamente el 75% de los pacientes se diagnostican antes de los 40 años. Se presenta por igual a hombres y mujeres y su curso es impredecible.

Afecta aproximadamente al 2% de la población mundial con variación entre diferentes países y razas. En un estudio publicado en España en 2001 la prevalencia de la psoriasis era de 1,4%, mientras que en otro estudio publicado en 2014

la prevalencia fue de 2,3%. Este incremento posiblemente sea debido no a un verdadero aumento de la enfermedad sino a un mejor reconocimiento por parte de pacientes y médicos.

La psoriasis no es una enfermedad genéticamente homogénea y diferentes variaciones genéticas pueden condicionar diferentes formas de enfermedad. La psoriasis vulgar o en placas presenta una clara asociación con determinados alelos del gen HLA-C, en concreto con el alelo HLA-Cw6. Estos pacientes HLA-Cw6 positivos suelen tener un comienzo precoz de la enfermedad, placas más extensas y mayor incidencia de fenómeno de Koebner (aparición de lesiones de psoriasis donde la piel sufre un traumatismo). Se detecta una historia familiar de psoriasis en un porcentaje variable de 35 a 90% de los pacientes. Si el padre y la madre tienen psoriasis la posibilidad de que un hijo la tenga es del 41%, si sólo la tiene uno de ellos es del 14%.

Respecto a la clínica cutánea distinguiremos la forma común o psoriasis vulgar de las formas pustulosas.

La forma común consiste en una placa eritematosa cubierta de descamación blanquecina. El color blanquecino de la descamación es muy característico y se asemeja al nácar, por eso se suele hablar de descamación nacarada. Las lesiones de psoriasis están bien delimitadas de la piel sana que las rodea, y su tamaño es muy variable, desde puntiforme a grandes placas de más de 20 cm. Las lesiones pueden ser pruriginosas, es decir, pueden picar, sobre todo en fases de empeoramiento. Cuando las lesiones van aclarándose, suelen hacerlo por el centro, dejando el borde activo y adquiriendo forma de anillos.

Dentro de las formas en placas se distingue la forma en gotas, llamada guttata y la eritrodérmica. La psoriasis en gotas consiste en la aparición de múltiples lesiones de pequeño

tamaño, distribuidas de forma generalizada en tronco y extremidades. Suele ser más frecuente en la edad infantil y adolescencia y está con frecuencia precedida por un proceso infeccioso faringoamigdalario. La psoriasis eritrodérmica consiste en la afectación de casi la totalidad de la piel del cuerpo (se utiliza este término cuando se afecta el 80%), y puede instaurarse de forma progresiva o repentina.

Diferente a las formas en placas común y a sus variantes en gota y eritrodérmica es la psoriasis pustulosa que, a su vez, puede tener formas generalizadas o localizadas.

La psoriasis pustulosa generalizada es una forma infrecuente de psoriasis en donde la clínica predominante es el eritema y la presencia de pústulas. Estas pústulas son estériles, es decir, no hay gérmenes en su interior. La causa de la psoriasis pustulosa generalizada es variable y puede estar provocada por el descenso rápido de esteroides orales, fármacos contra la psoriasis, el embarazo, la hipocalcemia (niveles bajos de calcio en la sangre) o infecciones.

La psoriasis pustulosa localizada afecta las palmas y las plantas, con presencia de pústulas estériles y máculas marronáceas y su curso es crónico. Sólo unos pocos pacientes tienen lesiones típicas de psoriasis en otras localizaciones.

Además de las formas de psoriasis común en placas y las pustulosas es conveniente repasar la presentación de la enfermedad en algunas localizaciones en las que adquiere alguna peculiaridad que es interesante remarcar como es el cuero cabelludo, las flexuras, las mucosas y las uñas.

Es muy frecuente la afectación del cuero cabelludo, siendo a veces difícil distinguirla de la dermatitis seborreica pudiendo coexistir las 2 enfermedades. Las lesiones pueden desbordar el cuero cabelludo afectando la frente, las zonas

retroauriculares y la nuca. No es frecuente pero puede provocar alopecia en las zonas afectas, sobre todo si se presenta en forma de gruesa descamación que aglutina mechones de pelo, presentación conocida como falsa tiña amiantácea.

En la psoriasis de las flexuras se afectan los pliegues del cuerpo, pudiendo asentar en el pliegue inguinal, axilar, interglúteo, submamario, y retroauricular. Las lesiones son placas finas eritematosas brillantes con escaso componente descamativo, limitado en ocasiones a la zona más periférica de los pliegues.

Mucosa oral. En ocasiones puede afectarse la lengua con formas anulares (lengua geográfica) más frecuentemente en pacientes con formas pustulosas de psoriasis.

Psoriasis de las uñas (psoriasis ungueal). La afectación de las uñas en los pacientes psoriásicos es frecuente y según las series es variable entre un 10 y un 80% siendo igual en hombres y mujeres. La afectación a partir de los 40 años es del doble que antes de los 20 años. Se presenta más frecuentemente en las uñas de las manos que las de los pies. Las uñas pueden presentar diversas alteraciones como despegamiento del lecho, aparición de máculas marronáceo-anaranjadas ("manchas de aceite"), engrosamiento y deformidad de las mismas.

QUIEN Y CÓMO SE PUEDE TRATAR LA PSORIASIS

La psoriasis debe ser tratada por un médico, que elegirá el tratamiento adecuado en función de la intensidad de la enfermedad, la localización de la misma y la repercusión en la calidad de vida del paciente.

A grandes rasgos podemos distinguir entre tratamientos que se aplican sobre las placas (tratamientos tópicos) y tratamientos que se administran por vía general también llamada sistémica (vía oral, subcutánea o intravenosa).