

Psoriasis: “Placas vemos, corazones no sabemos”

Dra. María Trinidad Zegers V., Residente de Medicina Familiar UC.

Editora: Isabel Mora M., Docente de Medicina Familiar UC.

Marzo 2023

Resumen de portada:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por la presencia de placas eritematosas y escamosas. Se asocia a diversas comorbilidades, y puede tener un impacto psicosocial significativo en quienes la padecen. En este artículo se revisa la psoriasis desde una perspectiva adecuada para la atención primaria en salud, con una mirada que va más allá de la piel.

PATOGENIA

Se ha identificado que los linfocitos T, las células dendríticas y las citoquinas (como la IL-23, IL-17 y el factor de necrosis tumoral) tienen un papel central en la enfermedad. La presentación clínica, por su parte, es el resultado de una hiperproliferación celular y una diferenciación anormal de la epidermis, así como de la presencia de infiltrados de células inflamatorias, dilatación vascular, un mayor número de células madre epidérmicas y un ciclo celular más corto de los queratinocitos, entre otros factores. (1,2)

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que la prevalencia mundial es de un 2%, y que el 75% de los casos presentan formas leves o moderadas de la enfermedad, mientras que el 25% restante presenta formas graves. Puede empezar a cualquier edad, pero tiene dos períodos de incidencia máxima: entre los 20 y 30 años, y entre los 50 y 60 años. Afecta por igual a mujeres y hombres. (3)

FACTORES DE RIESGO

Existe una predisposición genética que hace a algunas personas más susceptibles. Se ha visto que el riesgo de tener psoriasis es de 40% si ambos padres la tienen, de 14% si sólo uno de ellos la tiene y de un 6% si solo un hermano tiene psoriasis. (1)

Por otro lado, existen factores desencadenantes de psoriasis, tanto externos como sistémicos. De los externos, el principal es el fenómeno de Koebner, que consiste en la aparición de psoriasis secundaria a una lesión de la piel, y que se observa en un cuarto de las personas con psoriasis. Entre los desencadenantes sistémicos, se encuentran las infecciones (estreptocócicas, VIH), la hipocalcemia, el estrés psicógeno, el descenso rápido de corticoides sistémicos, algunos fármacos (como litio, β -bloqueadores y antimaláricos), el consumo de alcohol, el tabaquismo y la obesidad. (1)

CLÍNICA

Existen 4 variantes principales: en placas, en gotas, eritrodérmica y pustulosa.

La más común es la psoriasis en placas, también llamada psoriasis vulgar (80-90%). Se caracteriza por placas eritematosas, escamosas, y bien delimitadas, como se observa en la Figura 1. Suelen ser simétricas, y pueden ser muy pruriginosas durante las exacerbaciones. Comúnmente aparecen en el cuero cabelludo, tronco, pliegue de los glúteos y superficies extensoras, como se observa en las Figuras 2 y 3. También pueden afectar, con menos frecuencia, la cara, las palmas y las plantas de los pies. En estos casos suelen ser más dolorosas, y tener un mayor impacto en la funcionalidad. (1)

En la Figura 4 se observa el compromiso ungueal de la psoriasis, que se manifiesta como piqueteado de la lámina, onicolisis distal, manchas en aceite, hiperqueratosis. El compromiso de las uñas es un factor predictivo de artritis psoriásica concomitante. (1).

Figura 1: Lesión elemental psoriasis en placas (4)



Figura 2: Psoriasis en placas en cuero cabelludo (3)



Figura 3: Psoriasis en placas en tronco (3)



Figura 4: Compromiso ungueal de la psoriasis(3)



Se llama psoriasis inversa al compromiso de las áreas intertriginosas (como axilas, genitales y zona inframamaria). Al aparecer en un entorno más húmedo, pueden no presentar las escamas típicas, como se observa en la Figura 5. (1)

Las otras variantes incluyen a la psoriasis en gotas. Ésta se caracteriza por presentar múltiples parches escamosos pequeños, de 3 a 5 mm, como se observa en la Figura 6. Aproximadamente un 66% de estos casos están precedidos por una infección respiratoria alta. Por último, están la psoriasis eritrodérmica y la pustulosa, ambas poco comunes. La eritrodérmica es una urgencia dermatológica en que se que afecta al 75% o más de la superficie corporal. La psoriasis pustulosa se presenta como pústulas estériles y eritema, que pueden ser generalizadas o localizadas, en general en palmas y plantas. (1)

Figura 5: Psoriasis inversa (3)



Figura 6: Psoriasis en gotas (3)



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. En caso de duda diagnóstica, se puede tomar una biopsia de piel. (1)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La psoriasis tiene un amplio diagnóstico diferencial, que incluye: (1,2)

- Dermatitis atópica: puede presentar placas eritematosas, que no necesariamente tienen bordes bien definidos y escamas. Además, tiene un patrón de distribución característico (zonas flexoras, cara, cuello, mejillas y el dorso de las manos y pies).
- Dermatitis seborreica: suele presentarse con parches eritematosos con escamas (más finas y grasosas), y afectar el cuero cabelludo, orejas y áreas intertriginosas. Sin embargo, involucra otras áreas clásicas como las cejas, pliegues nasolabiales, o tórax central.
- Liquen simple crónico: consecuencia de rascado excesivo de la piel. Se observan placas de piel engrosada, con marcas cutáneas acentuadas. Puede coexistir con la psoriasis.
- Eccema numular: placas redondeadas, bien delimitadas, de 1 a 10 cm de diámetro. Suelen ser eritematosas y con escamas, costras o fisuras, pero tienen bordes menos definidos que la psoriasis. En general afectan tronco y extremidades, respetando cara y cuero cabelludo.
- Tiña corporis: placas anulares, con escamas en la periferia, y un aclaramiento central.
- Pitiriasis rosada: erupción aguda de múltiples placas ovales, principalmente en tronco y extremidades. Tiene una distribución de "árbol de Navidad" y una placa heráldica.
- Sífilis secundaria: pequeñas máculas, pápulas o placas eritematosas o marrones, generalizadas, con compromiso palmoplantar.

COMORBILIDADES

En primer lugar está la artritis psoriásica que afecta a un tercio de los pacientes con psoriasis, especialmente a aquellos con psoriasis grave. La forma de presentación más frecuente es una monoartritis y oligoartritis asimétrica de las articulaciones interfalángicas distales y proximales de manos y pies. Es raro que afecte las articulaciones metacarpofalángicas, y en general tienen factor reumatoide negativo, lo que ayuda a diferenciarla de la artritis reumatoide. En un 15-30% de los casos se asocian a entesitis y dactilitis. Un diagnóstico precoz es importante para evitar la pérdida de la funcionalidad y destrucción articular. (1)

Por otro lado, se ha visto que los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de enfermedades cardiometabólicas. La psoriasis grave se asocia a un mayor riesgo de infarto de miocardio (RR, 1,7), accidente cerebrovascular (RR 1,56), y mortalidad cardiovascular (RR 1,39). Las personas con psoriasis también tienen más síndrome metabólico (OR 3,58), e incluso se ha descrito una esperanza de vida de 3,5 a 4,4 años menor. (1,3,5)

En cuanto a la salud mental, la psoriasis confiere un mayor riesgo de depresión (OR, 1,57), trastornos de ansiedad (OR 2,91), e ideación suicida (OR 2,05). Asimismo, se ha visto que las personas con psoriasis tienen un riesgo 4 veces mayor de padecer enfermedades inflamatorias intestinales, y el doble de riesgo de tener enfermedad celíaca. (1)

Por último, es incierto si la psoriasis aumenta la incidencia o la mortalidad por cáncer. Se necesitan más estudios de calidad antes de establecer esta asociación. (6) En este contexto, las personas con psoriasis no requieren una detección de cáncer diferente a la de la población general, y ésta debe adaptarse a los factores de riesgo de cada persona, como el alcohol, el tabaquismo o la exposición solar. (7)

TRATAMIENTO

La evolución tiende a ser crónica con remisiones intermitentes, y el manejo depende de la severidad. (3)

La **psoriasis leve** es aquella que afecta menos del 3 a 5% de la superficie corporal total. El manejo se basa en el uso de corticoides, análogos de vitamina D, queratolíticos, e inhibidores de la calcineurina. (1)

- Los corticoides tópicos son el tratamiento principal. Tienen un efecto antiinflamatorio, antiproliferativo y localmente vasoconstrictor. La elección de la potencia se basa en la ubicación, priorizando corticoides de potencia media-alta en tronco y extremidades; y de baja potencia en cara, axilas, área inframamaria e inguinal. En la Tabla 1 se muestra la clasificación de los corticoides tópicos según potencia. El

tratamiento inicial con agentes de clase 2 a 5 tiene un número necesario a tratar (NNT) de 2 a las 12 semanas de tratamiento. Se debe recordar que el vehículo afecta también la potencia, siendo mayor en ungüento, luego en crema, y por último en loción. Durante la fase aguda, en general se aplican dos veces al día, hasta que las lesiones desaparezcan. Luego, se puede aplicar un agente tópico solo dos veces por semana, lo que reduciría el riesgo de recurrencia. La combinación de corticoides con análogos de vitamina D o queratolíticos, tienen una mayor eficacia, menos efectos adversos y una remisión más prolongada que cualquiera de los agentes utilizados como monoterapia. (1) Entre los efectos adversos de los corticoides tópicos se encuentran la atrofia de la piel, las exacerbaciones de rosácea y acné, y la supresión del eje hipotálamo hipofisario suprarrenal. (8)

Tabla 1. Corticosteroides tópicos de uso común en psoriasis.

Adaptada de "Psoriasis: Update on Topical Therapy From the American Academy of Dermatology." (8)

| Potencia | Clasificación | Agente farmacológico | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--|---------|---|
| Ultra alta | Clase 1 | Dipropionato de betametasona aumentado 0,05% | | |
| | | Propionato de clobetasol 0,05% | | |
| | | Fluocinonida al 0,1% | | |
| | | Propionato de halobetasol 0,05% | | |
| Alta | Clase 2 | Dipropionato de betametasona 0,05% | | |
| | | Fluocinonida al 0,05% | | |
| | | Mometasona furoato 0,1%, ungüento | | |
| | | Acetónido de triamcinolona al 0,5%, ungüento | | |
| | Clase 3 | Valerato de betametasona 0,1% | | |
| | | Acetónido de triamcinolona al 0,1%, ungüento | | |
| Moderada | Clase 4 | Acetónido de fluocinolona 0,025% | | |
| | | Valerato de hidrocortisona 0,2%, ungüento | | |
| | | Mometasona furoato 0,1%, crema o loción | | |
| | | Acetónido de triamcinolona al 0,1%, crema | | |
| | | Acetónido de triamcinolona al 0,2%, spray | | |
| | Clase 5 | Valerato de betametasona 0,1% | | |
| | | Acetónido de fluocinolona 0,025%, crema | | |
| | | Acetónido de fluocinolona 0,01%, champú | | |
| | | Valerato de hidrocortisona 0,2%, crema | | |
| | | Acetónido de triamcinolona 0,025%, ungüento | | |
| | | Acetónido de triamcinolona 0,01%, loción | | |
| | | Baja | Clase 6 | Valerato de betametasona 0,05% |
| | | | | Desonida 0,05% |
| | | | | Acetónido de fluocinolona 0,01%, crema o solución |
| Acetónido de triamcinolona 0,025% | | | | |
| Clase 7 | Hidrocortisona 0,5% a 2,5% | | | |

- Luego están los análogos de la Vitamina D (calcitriol y calcipotrieno), que actúan modulando la proliferación y la diferenciación de los queratinocitos, e inhibiendo a los linfocitos T. Su eficacia es modesta si se utilizan solos.
- En cuanto a los inhibidores de la calcineurina, incluyen al tacrolimus y al pimecrolimus. Se usan principalmente en áreas faciales e intertriginosas.
- Por último, están los queratolíticos, que buscan reducir el grosor de las placas para aumentar la penetración de otros fármacos tópicos. Incluyen el tazaroteno y el ácido salicílico.

Los efectos adversos más comunes de todos estos medicamentos tópicos son el ardor y la irritación, que se pueden reducir mediante una concentración más baja, dosificación en días alternos o uso combinado con corticoides. (1,3,5)

La **psoriasis moderada** afecta a más de un 3-5% de la superficie corporal, y la grave, al 10% o más. Este manejo corresponde al nivel secundario, y se utilizan terapias sistémicas. Las alternativas incluyen la fototerapia, que puede ser con luz UV-B de banda estrecha, UV-B de banda ancha o psoraleno y UV-A (PUVA). Generalmente se aplica 2 veces a la semana, y existe una mejoría significativa a los 2 meses. Luego están los biológicos, que incluyen a los Inhibidores de TNF- α , de la IL-12/23, de la IL-17, y de la IL-23. Éstos se utilizan también para la artritis

psoriásica, y se administran principalmente vía subcutánea. Por último están los tratamientos sistémicos orales, como el metotrexato, apremilast, acitretina y la ciclosporina. Su eficacia es generalmente menor que la de los biológicos, excepto la ciclosporina. Se pueden considerar cuando no hay acceso a biológicos, o si se prefieren medicamentos no inyectables. (1)

CONCLUSIONES

- La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica e inmunomediada, que se presenta habitualmente como placas eritematosas, escamosas y bien delimitadas.
- Se asocia a múltiples comorbilidades, enfermedades cardiovasculares, de salud mental, gastrointestinales, entre otras, y puede disminuir sustancialmente la calidad de vida de los pacientes.
- En este contexto, cobra especial relevancia una visión integral del paciente y de su salud, más allá de la piel.
- Las terapias tópicas son la piedra angular para el tratamiento de la psoriasis leve, siendo los corticoides la elección de primera línea.

Referencias:

1. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020 May 19;323(19):1945–60.
2. Feldman SR. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. UpToDate. 09/2022 [cited 2023 Jan 3]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#
3. Jean L. Bologna, Julie V. Schaffer, Lorenzo Cerroni. *Dermatología*. Elsevier; 2018. (8. Psoriasis).
4. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet*. 2021 Apr 3;397(10281):1301–15.
5. Kim WB, Jerome D, Yeung J. Diagnosis and management of psoriasis. *Can Fam Physician*. 2017 Apr;63(4):278–85.
6. Trafford AM, Parisi R, Kontopantelis E, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Association of Psoriasis With the Risk of Developing or Dying of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2019 Dec 1;155(12):1390–403.
7. Richard MA, Barnette T, Horreau C, Brenaut E, Pouplard C, Aractingi S, et al. Psoriasis, cardiovascular events, cancer risk and alcohol use: evidence-based recommendations based on systematic review and expert opinion. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Aug;27 Suppl 3:2–11.
8. Shreiber, Alex M., and Eileen Friery. 2022. "Psoriasis: Update on Topical Therapy From the American Academy of Dermatology." *American Family Physician* 105 (5): 558–60.