

DERMATOLOGÍA**GENERALIDADES SOBRE
EVALUACIÓN DE PSORIASIS**

Karol Pamela Alfaro Cordero*

SUMMARY

Psoriasis is a chronic systemic disease that affects approximately 2% of the population, with cutaneous and articular manifestations of inflammatory characteristics that are usually present as erythematous plaques, well demarcated, mainly bilateral and symmetrical, located in extension areas. It is considered a multifactorial disease in which genetic and environmental components are involved. Although the disease has many specific and even pathognomonic features, there are no established diagnostic criteria for cutaneous psoriasis

and there is no unified classification for clinical spectrum of the disease. Unlike other autoimmune diseases, histopathological examination and analysis of blood are generally not useful tools in the diagnosis of psoriasis. However, sometimes the dermatopathologic assessment may be useful to confirm the diagnosis of psoriasis.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis, una enfermedad con implicaciones e impacto en la salud de aproximadamente 2% de la población mundial,

que aunque a pesar de avances sustanciales que se han realizado en la aclaración de mecanismos moleculares, las cuestiones importantes siguen sin resolverse, incluyendo la naturaleza primaria de la enfermedad, la relevancia frente a factores sistémicos, y el papel de la genética frente a influencias ambientales, sin dejar de lado, iniciación, evolución y la respuesta a la terapia. La lesión típica es una placa inflamatoria de tamaño variable, cubierta por escamas blanquecinas que se desprenden, y logra afectar cualquier zona cutánea. La lesión suele ser bilateral y más o menos simétrica, localizada

* Lic. en Medicina y Cirugía. UCIMED. Celular: 8336-5050. Correo: kappa_26@hotmail.com

usualmente en codos, rodillas, región lumbosacra, cuero cabelludo y las uñas, aunque también puede afectar pliegues y las mucosas. Las formas graves son eritrodérmicas, pustulosas o artropáticas. Reciente evidencia ha vinculado la psoriasis con la enfermedad cardiovascular aterosclerótica y con el Síndrome metabólico.

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta aproximadamente al 2,5 % de la población caucásica y el 1,3 % de la población afroamericana con una incidencia algo menor en los asiáticos (0,4 %). Por lo general, es más común en los individuos que viven en latitudes más altas o en lugares más fríos, y menos común en los individuos que tienen una mayor exposición al sol. La psoriasis es igualmente común en hombres y mujeres. Con una distribución bimodal de edad, la primera entre 15 y 30 años de edad y el pico de incidencia más tarde entre 50 y 60 años de edad. El primer pico asociado con un curso más tórpido.

FACTORES GENÉTICOS

Basado en estudios de población, el riesgo para la psoriasis en niños se estima en un 41% si ambos padres están afectados, el 14% si un parente está afectado, y 6%

si un hermano se ve afectado. Del mismo modo, una historia familiar se puede encontrar en 5 % a 10% de los pacientes con psoriasis. Aunque los estudios de ligamiento han llevado a la identificación de diversos loci y genes de susceptibilidad, ha sido el reciente progreso tecnológico y la realización de estudios de asociación genómica extensos lo que ha permitido demostrar asociaciones robustas de la psoriasis con diversos genes, asociados o no al complejo mayor de histocompatibilidad. La mayoría de estos genes se pueden incorporar en un modelo patogénico integrado que comprende distintas redes de señalización que afectan la función barrera de la piel (LCE3, DEFB4, GJB2), la respuesta inmune innata implicando al sistema de señales del factor nuclear-κB (TNFAIP3, TNIP1, NFKBIA, REL, FBXL19, TYK2, NOS2, CARD14), y la respuesta inmune adaptativa implicando a linfocitos T CD8 y las señales de la vía interleucina 23 (IL-23)/IL-17 (HLA-C, IL12B, IL23R, IL23A, TRAF3IP2, ERAP1).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

La psoriasis se diagnostica mediante un examen físico. Se presentan placas eritematosas

simétricas, bien delimitadas, con escamas plateadas superpuestas, a menudo con el acompañamiento de prurito. Las lesiones individuales pueden confluir, extenderse lateralmente, o desarrollar la compensación central parcial. Quitar las escamas plateadas induce un trauma en los subyacentes capilares y causa una hemorragia de punta en el sitio de la lesión, hallazgo conocido como el signo Auspitz. Aunque la psoriasis se puede presentar casi en cualquier parte del cuerpo, aparece con mayor frecuencia en los codos, rodillas, cuero cabelludo, línea glútea, ombligo, y espalda. El fenómeno de Koebner puede explicar la razón por la cual las rodillas y los codos son sitios comunes para las lesiones psoriásicas. El compromiso ungueal, particularmente picaduras, onicolisis y decoloración de color rojo-marrón se asemeja a gotas de aceite, más a menudo en dedos que los dedos del pie, y pueden ocurrir hasta en el 50 % de los pacientes. La lengua geográfica, que presenta placas eritematosas no dolorosas se correlaciona con la pérdida de papillas filiforme, puede ser también observada, aunque es inespecífica. El patrón más usual que se presenta en la psoriasis se define como psoriasis vulgar visto en aproximadamente el 90 % de los pacientes. De los cuales un tercio, se reportan con su

superficie corporal ampliamente involucrada con moderada o severa enfermedad, que genera un impacto significativo en su calidad de vida. Además de la psoriasis vulgar, la enfermedad tiene otras cuatro variantes: en gota, inversa, pustulosa y eritrodérmica. Psoriasis en gota es más frecuente en el niño y en el adulto joven, caracterizada por pequeñas lesiones de localización preferente en el tronco. Con frecuencia desencadenada por una infección, es eruptiva, de regresión más o menos rápida, en ocasiones de forma espontánea. La psoriasis inversa se caracteriza por eritema bien delimitada sin escala, localizada en áreas intertriginosas tales como las axilas, pliegues genitales o el cuello. Por lo tanto, la psoriasis inversa debe distinguirse de infecciones fúngicas. Las variantes pustulosas y eritrodérmica son potencialmente más graves y más agresivas. En la psoriasis pustulosa, se desarrollan pústulas en un borde alrededor de las placas, usualmente en las superficies palmoplantares, o en todo el cuerpo. Esta última forma puede estar acompañada por fiebre, leucocitosis y hepatotoxicidad. A menudo requiere de hospitalización y terapia sistémica. Muy similar a lo que se observa en la variante eritrodérmica, caracterizada por eritema generalizado y

la ampliación de la cabeza a dedo del pie. Estos pacientes, como aquellos que han sufrido quemaduras, tienen un mayor riesgo de infección, deshidratación grave y la pérdida de electrolitos por lo que debe ser tratado agresivamente en el ámbito hospitalario. En los pocos casos en los que el examen físico y la historia clínica no son de diagnóstico, biopsia de piel puede estar indicada para hacer el diagnóstico, donde se visualaría hiperplasia epidérmica con paraqueratosis (retención de los núcleos en el estrato córneo) acumulación de neutrófilos en el estrato corneo formando incluso microabcesos (abceso de Munro), adelgazamiento de la capa granular de la epidermis, e infiltrado mononuclear dérmico y epidérmico. La infiltración de células T y células dendríticas en placas también han sido descritas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad presenta muchos desafíos para los pacientes y proveedores de la atención de salud. Parte del reto en el tratamiento de la psoriasis es que los tratamientos de psoriasis tradicionales engloban una serie de terapias, que presentan por sí mismas inconvenientes con grado variable de tolerancia para cada paciente; estos atributos conducen a un pobre apego de tratamiento.

Tratamientos sistémicos clásicos para la psoriasis no han cumplido plenamente las necesidades de los pacientes. Por lo general, el tratamiento de la psoriasis consta de dos etapas: un tratamiento de ataque para tratar de obtener un control parcial o completo de las lesiones y un tratamiento de mantenimiento con el propósito de mantener este control a largo plazo y evitar las recaídas. Pueden utilizarse tratamientos tópicos, solos o asociados en las psoriasis poco extendida (menos del 10% de la superficie corporal afectada) y estables. También tienen una indicación fundamental en algunas localizaciones como el cuero cabelludo y los pliegues. Se pueden asociar a tratamientos sistémicos para aumentar su eficacia en algunas localizaciones, para disminuir la dosis o para combatir una recidiva pasajera. Dentro de esta gama de tratamientos encontramos tópicos emolientes, queratolíticos, corticoides locales, reductores, derivados de la vitamina D, asociaciones de vitamina D y corticoides, y retinoides tópicos. Dentro de los métodos de aplicación sistémica que están indicados cuando los tratamientos locales se vuelven complicados ante la extensión de la psoriasis, en caso de resistencia a los tratamientos locales o si la psoriasis afecta mucho a la calidad de vida. La exigencia

del paciente incluye entonces en gran medida en la decisión terapéutica y esto puede dificultar la indicación. En el área de terapia sistémica podemos encontrar diferentes tipos de fototerapia (fotoquimioterapia UVA, Balneo PUVATERAPIA, fototerapia UVB, Láser excímero, fototerapia natural y balneoterapia, salones de bronceado y lámparas UV), retinoides, metotrexato, ciclosporina, y medicamentos biológicos, los cuales son medicamentos, fruto del desarrollo de las biotecnologías (producidos a partir de material vivo gracias a la tecnología del ADN recombinante) y han sido agrupados bajo la denominación de «tratamientos biológicos».

RESUMEN

La evolución de una lesión psoriásica se basa en una compleja interacción entre el medio ambiente y factores genéticos que establece el escenario para

iniciar la enfermedad, con una amplia gama de presentaciones incluyendo manifestaciones extracutáneas. Actualmente no existen criterios diagnósticos establecidos para la psoriasis. Esquemas de clasificación se basan en los diferentes fenotipos clínicos, en la edad de inicio, severidad de la enfermedad, y la morfología de la enfermedad. La toma de decisiones terapéuticas se basa en los criterios de gravedad de la psoriasis, la afectación de localizaciones invalidantes (facial, cuero cabelludo, palmoplantar o genital) y también del impacto en la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berth-Jones, J. 2013. Psoriasis. Elsevier. Vol41, n°6. Pp334-340.
2. Bournerias I. 2014. Psoriasis. EMC-Tratado de Medicina. Vol18, n°3, pp 1-10.
3. Du- Thanh A, Jullien D, Girard C. 2013. Psoriasis. EMC – Dermatología . Vol47, n°4, pp1-21.
4. Farías, M. Serrano, V. De la Cruz, C. 2011. Psoriasis y obesidad: revisión y recomendaciones prácticas. Actas Dermosifiliogr. Vol102 n°7. Pp505-509.
5. Jimenez, N; et al. 2014 Psoriasis. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. Medicine; Vol11, n°47, pp2764-2773.
6. Kelly, B; et al. 2015. Current and Future Oral Systemic Therapies for Psoriasis. Dermatol Clin 33. Elsevier. 91-109
7. Levine, D. Gottlieb, A. 2009. Evaluation and Management of Psoriasis: An Internist's Guide. Elsevier. Pp 1291-1303.
8. Nestle, F. et al. 2009. Mechanism of Disease Psoriasis. The New England Journal of Medicine. Vol361, n°5. Pp496-509
9. Samarasekera, E; et al. 2012. Assesment and management of psoriasis: summary of NICE guidance. BMJ. Pp1-6
10. Weigle, N. McBane, S.2013. Psoriasis. Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina. American Family Physician. Vol87, n°8, pp 626-633.