

Psoriasis

Tema básico

Enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de origen genético e inmunológico. Cursa con escamas, placas eritematosas y prurito por hiperqueratosis, especialmente en salientes óseas. Se asocia a enfermedades reumáticas y trastornos inflamatorios.

Epidemiología

La prevalencia global es del 2%, en México de 2.5%. Es una de las 15 dermatosis más comunes. Predomina entre los 20 a 50 años. 30% con forma moderada a severa y artritis psoriásica.

Etiología

2023 2024

Se postula como una enfermedad autoinmune mediada por linfocitos TH1 de predisposición genética. Asociada a HLA-Cw6, HLA-B12, HLA-Bw57. Gen PSORS1 (6p) en 35-50% de su herencia.

F. de exacerbantes

Síndrome metabólico, radiación, infecciones, deficiencia de vitamina D, hipocalcemia, estrés, tabaco, obesidad, fármacos (litio, antipalúdicos, AINE, β -bloqueador, glucocorticoides sistémicos y IECAs) y temporada invernal.

Clínica

2024

Placas eritematosas con escamas plateadas y bordes definidos en cuero cabelludo, codos, rodillas y región lumbosacra; u otras variantes clínicas. El fenómeno de Koebner, el signo de Auspitz y el halo de Woronoff son clave.



Placas
Placas descamativas por hiperproliferación epidérmica.



Fenómeno Koebner
Lesiones isomorfas postraumatismo; son la primera manifestación.



Signo de Auspitz
O del rocío (puntos) sangrante al raspar escamas en psoriasis.



Halo de Woronoff
Halo hipopigmentado en psoriasis en fase de curación o regresión.

Diagnóstico

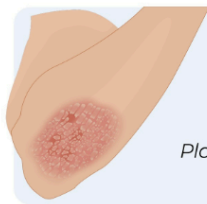
Es clínico. La biopsia se indica en casos dudosos, muestra paraqueratosis, sin capa granulosa, microabscesos, crestas en "pie de camello", pústulas de Kogoj y capilares dilatados.

Auxiliares

El raspado metódico de Brocq se realiza con objeto romo sobre la lesión, observando los signos de la bujía, Duncan y Auspitz. Solicitar BH, PFH, factor reumatoide, VSG, ác. úrico, entre otros.

Presenta recaídas y remisiones, con impacto significativo en la calidad de vida. Entre las complicaciones más frecuentes están las infecciones secundarias, afectación estética severa, artritis psoriásica, mayor riesgo de linfoma y eventos cardiovasculares.

Tipo de psoriasis

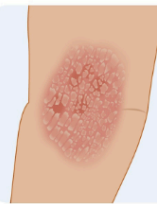


Psoriasis vulgar

- Es la más frecuente.
- También llamada psoriasis en placas.
- Suele tener distribución simétrica.

Placas eritematosas en áreas extensoras: Codos, rodillas y glúteos.

2024



Psoriasis inversa

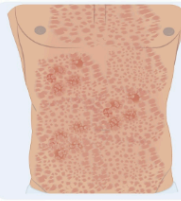
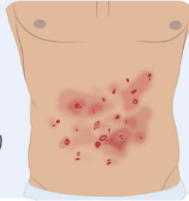
- También llamada psoriasis flexural.
- Afecta áreas flexoras, pliegue axilar, inguinal, submamario y genitales.

Placas bien definidas, sin satélites, no hay atrofia del pliegue.

Psoriasis en gota

- La de mejor pronóstico.
- Es típica después de un cuadro de faringitis estreptocócica.

Brotes de pequeñas pápulas (0,5 – 1 cm) en tronco y raíz de los miembros.



Eritrodermia psoriásica

- Requiere hospitalización.
- El componente eritematoso impera sobre la descamación.

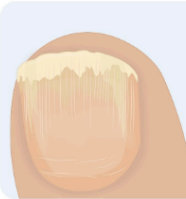
Se caracteriza por afectar más del 90 % de la superficie corporal.



Psoriasis pustular

- Es una forma potencialmente grave, suele acompañarse de fiebre.
- Se identifican múltiples pústulas.

Lesiones superficiales que tienden a confluir y aparecen en piel sana o sobre placas previas.



Psoriasis ungueal

Se presenta como onicodistrofia con hiperqueratosis distal (pícas), onicolisis y en mancha de aceite.

Coloración marrón y amarillenta de distal a proximal.

La **severidad del área de psoriasis (PASI)** evalúa la superficie corporal afectada, eritema, induración y descamación, se suele calcular antes, durante y después del tratamiento. Un puntaje PASI > 10 o > 10% de superficie corporal indica psoriasis grave.



Tratamiento

En adultos con psoriasis, primero hay que descartar afectación articular. Si hay sospecha, referir al servicio de reumatología. De lo contrario, hay que evaluar la gravedad con PASI o superficie corporal afectada, y el resultado define el tratamiento.

- En **psoriasis leve** (PASI y SCA ≤10%), se indica el tratamiento tópico en 3 líneas: 1) Esteroides de alta o mediana potencia, análogos de vitamina D y tazaroteno. 2) Inhibidores de calcineurina. 3) Alquitrán de hulla.
- **Psoriasis moderada a severa** (PASI o SCA >10%), evaluar comorbilidades e inicia tratamiento sistémico, solo o con terapia tópica. 1^{ra} línea: ciclosporina, metotrexato y acitretina. 2^{da} línea: sulfasalazina, leflunomida y tacrolimus.

De no haber respuesta al tratamiento sistémico, valorar un biológico (subcutáneo o intravenoso), antes descartar tuberculosis activa o latente. Según la gravedad elegir entre: subcutáneos (Adalimumab o Etanercept) o intravenoso (Infliximab).