



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Ciencias Exactas y Naturales
Carrera Farmacia

Psoriasis en la actualidad
El trabajo interdisciplinario entre el paciente, el
farmacéutico, el médico, y el psicólogo

N° 377

Florencia Costanzi

Tutora: Farm. Hilda Rapisardi

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesina 29 de julio de 2009

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

PSORIASIS

en la actualidad

El trabajo interdisciplinario entre el paciente el farmacéutico, el médico, y el psicólogo.

- * **Tutora:** Farm. Hilda Rapisardi
- * **Carrera:** Farmacia
- * **Alumna:** Florencia Costanzi
- * **2009**



Psoriasis en la actualidad

El trabajo interdisciplinario entre el paciente el farmacéutico, el médico, y el psicólogo

Psoriasis en la actualidad

El trabajo interdisciplinario entre el paciente el farmacéutico, el médico, y el psicólogo

Tutora: Farm. Hilda Rapisardi

Carrera: Farmacia

Alumna: Florencia Costanzi

2009

A ti

Agradecimientos

A mis padres quienes me educaron con los valores de la vida, por su presencia y por incentivarme a seguir estudiando, para superarme día a día.

A mi hermano Luis, por ser mi mejor amigo, mi consejero. Por ayudarme a superar mis dificultades y estar junto a mí en cada parcial y en cada final.

A la profesora y farmacéutica Hilda Rapisardi por aconsejarme, orientarme y cooperar en la elaboración de esta tesina. Ya que sin su ayuda este trabajo no hubiese sido posible.

A la fundación AEPSO, a la Directora Ejecutiva Silvia Fernández Barrio y a Bea, por abrirme las puertas de la fundación, por su colaboración, y por brindarme toda la información necesaria.

A mi abuela y farmacéutica Elba, por su paciencia y su estímulo brindado, para no rendirme nunca.

A mi abuelo Tito, por ser mi compinche, mi amigo, y regalarme en cada día de su vida, su sentido del humor.

A mis profesores, Viviana, Jorge, Ana María, Hilda, Erica, Silvia G, Luis, Máximo, Erwin, Etile, Silvia D, y Gabriela.

A Silvina, por regalarme sus tardes, su paciencia, y sus conocimientos.

A mis “amigas de Trabajo” por haberme acompañado desde el primer día en que nos conocimos, por haberme regalado su amistad.

A mis amigas por estar, por compartir miles de momentos, y por darme ánimo todos los días.

A mis “compañeros de Facu” por su amistad y complicidad.

A mis abuelos, tíos, y primos por incentivarme en todo momento.

A Tina por estar conmigo desde mis 9 años.

Índice

Resumen	9
Objetivos.....	11
Método.....	13
Introducción.....	22
Capítulo I. Piel.....	23
I. La Piel.....	24
I.2. Epidermis.....	24
I.2.1. Ultraestructura, crecimiento, y diferenciación de la epidermis.....	24
I.2.2. Superficie de la Epidermis.....	25
I.2.2.1. La capa basal.....	25
I.2.2.2. Las capas espinosas.....	25
I.2.2.3. Capa granulosa.....	26
I.2.3. Melanocitos.....	26
I.2.4. Células de Merkel.....	27
I.2.5. Células de Langerhans y linfocitos.....	27
I.3. Dermis.....	28
I.3.1. Matriz del tejido conectivo de la dermis.....	28
I.3.2. Organización de la dermis: regiones más importantes de la dermis.....	28
I.3.3. Vasculatura cutánea.....	29
I.3.4. Nervios y receptores de la piel.....	29
I.4. La hipodermis.....	30
I.5. La piel como órgano protector.....	31
I.5.1 La inmunidad innata y la piel.....	31
I.6. Queratinocitos.....	31
I.7. Estructura de las lesiones cutáneas.....	32
I.7.1. Placas.....	32
I.7.2. Pústulas.....	33
I.7.3. Escamas.....	33
I.7.4. Fisuras.....	34
I.7.5. Disposición de las lesiones.....	34
Capítulo II. Psoriasis.....	35
II. Aspectos históricos.....	36
II.1. Generalidades.....	36
II.2. Epidemiología.....	37
II.2.1. Incidencia.....	37
II.2.2. Edad de presentación.....	37

II.2.3. Mortalidad.....	38
II.2.4. Modo de transmisión hereditaria.....	38
II.3. Características clínicas.....	38
II.3.1. Localización de las lesiones.....	38
II.4. Patrones clínicos de la presentación en la piel.....	40
II.4.1. Psoriasis en placas.....	40
II.4.2. Psoriasis invertida.....	41
II.4.3 Psoriasis erupstiva.....	41
II.4.4. Eritrodermia psoriásica.....	41
II.4.5. Psoriasis pustulosa generalizada (de von Zumbush).....	42
II.4.6. Psoriasis guttata (gotas).....	43
II.4.7. Psoriasis pustulosa.....	43
II.4.8. Psoriais pustulosa anular.....	43
II.4.9. Psoriasis pustulosa palmoplantar.....	43
II.4.10. Psoriasis pustulosa localizada.....	44
II.5. Artritis psoriasica.....	44
II.6. Psoriasis y embarazo.....	44
II.7. Psoriasis en la infancia.....	45
II.8. Factores desencadentes y agravantes.....	45
II.9. Patología.....	47
II.10. Patogenia.....	48
Capítulo III. Artritis Psoriasica.....	50
III.1. Aspectos históricos.....	51
III.2. Estadios de la patogenia.....	52
III.3. Manifestaciones clínicas: comienzo y desarrollo.....	52
III.4. Formas en las que puede presentarse la artritis psoriasica.....	53
III.5. Patrones y radiología de la enfermedad articular.....	54
III.6. Artritis psoriasica infantil.....	54
III.7. Evolución y pronóstico.....	55
Capítulo IV. Tratamientos.....	57
IV.1. Factores que deben considerarse al elegir un tratamiento.....	58
IV.2. Expectativas terapéuticas.....	58
IV.3. Modalidades terapéuticas.....	59
IV.3.1. Tratamiento único.....	59
IV.3.2. Tratamiento combinado.....	60
IV.3.3. Tratamiento rotativo.....	61

IV.3.4. Tratamiento secuencial.....	63
IV.4. Agentes tópicos.....	63
IV.5. Fototerapia.....	65
IV.6. Agentes sistémicos.....	69
IV.7. Agentes biológicos.....	72
IV.8. Terapias alternativas.....	76
IV.9. Otras terapias alternativas.....	78
Capítulo V. Aspectos laborales, económicos y sociales.....	81
V. Aspectos laborales, económicos y sociales.....	82
V.1. Psicodermatología y psoriasis.....	83
V.2. Características de la conducta.....	82
V.3. Aspectos clinicoeconómicos.....	83
V.4. Aspectos psicoemocionales y sociales.....	84
V.4.1 Consulta de los pacientes.....	85
V.5. Relación entre la piel y la psiquis.....	87
V.6. Etiopatogenia de la dermatosis inducida por el estrés.....	88
V.7. Psoriasis y calidad de vida.....	89
V.8. Calidad de vida en los niños que padecen psoriasis.....	90
V.9. Psoriasis y discapacidad.....	90
Conclusión.....	91
I. Recomendaciones farmacéuticas.....	97
II. Poster.....	99
Anexo.....	100
Bibliografía	122

Resumen

La psoriasis es una enfermedad sistémica de base genética y mecanismo inmunológico, es crónica y no contagiosa, existiendo múltiples factores ambientales e infecciosos que desencadenan o agravan la enfermedad.

Se manifiesta en la piel, y puede comprometer los codos, el cuero cabelludo, las palmas de las manos, uñas, mucosas, anexos y articulaciones en general. Se caracteriza por el anormal crecimiento de los queratinocitos (tipo celular de la piel).

Por su naturaleza, los pacientes exhiben múltiples síntomas y manifestaciones de intensidad variable, con signos de picores, enrojecimientos y lesiones escamosas, secas, engrosadas de la piel.

Suele aparecer entre los 15 y 40 años, aunque se puede presentar a cualquier edad, afecta por igual a ambos sexos.

Un cierto porcentaje de los pacientes, presenta artritis psoriasica, forma clínica de psoriasis que afecta las articulaciones, la mayoría de estos, manifiestan primero síntomas cutáneos y luego artritis psoriásica.

Desde el punto de vista económico se estima que la psoriasis es responsable de la pérdida laboral de muchos individuos que la padecen, ya que esta puede ser tan incapacitante como otras enfermedades por ejemplo: cáncer o diabetes que pueden llegar a poner al paciente en la condición de discapacitado social.

El impacto negativo sobre los aspectos físicos, psicológicos, y social de la vida de estos pacientes suelen ser agravantes; es decir que afecta muy seriamente al desarrollo de las actividades cotidianas, con cuadros depresivos, aislamiento, vergüenza, rechazo, entre otros.

Se estima que en Argentina hay más de 500.000 personas afectadas y la mitad de ellas se encuentra comprometida seriamente.

Objetivos

- Evaluar la información que poseen los pacientes con respecto a su enfermedad como también las expectativas que poseen hacia el futuro con respecto a su enfermedad.
- Evaluar si los tratamientos disponibles utilizados por los pacientes se adecuan a ellos brindando especificidad, rápida respuesta clínica, efectividad, seguridad, mínima interacción medicamentosa, mínimas contraindicaciones y son individualizados.
- Describir el impacto emocional, social y físico de la psoriasis. Cómo afecta la calidad de vida del paciente.
- Promover el trabajo interdisciplinario entre los diferentes profesionales para lograr asistir a los pacientes, informarlos, asesorarlos y orientarlos en busca de una mejoría. Construir un proyecto de salud.
- Concientizar al paciente que debe generar espacios de reflexión y elaboración de las problemáticas que derivan de la enfermedad mediante la asistencia psicoterapéutica individual o grupal.
- La finalidad de este trabajo es comunicar mi experiencia personal en el abordaje terapéutico en pacientes que presentan psoriasis.

Método

Se parte de la realización de una encuesta / investigación (acción participativa como metodología que ubica al investigador en el campo mismo de la investigación).

El estudio fue llevado a cabo entre julio y diciembre de 2008 siendo los pacientes, personas que concurren a la fundación AEPSO, conocidos/ allegados de la encuestadora, entre otros.

Se estudiaron 15 pacientes los cuales son evaluados mediante el análisis instrumental de encuestas que permiten la cuantificación y la generalización de determinadas variables.

De las cuales se lograron obtener la mayor cantidad posible de información del paciente.

Las encuestas eran anónimas y contaban con:

- datos filiatorios como edad, sexo, estado civil, etc.
- Características socioeconómicas generales
- Preguntas específicas sobre la evolución de la psoriasis (tratamientos previos, consultas no médicas, entre otras).
- Incidencia de la enfermedad sobre el desenvolvimiento socioeconómico de los pacientes (gastos, ausentismos laborales, dificultades deportivas, modificación de asistencia a ciertos eventos, entre otros.
- Obtener la visualización de la enfermedad por el paciente.

El material obtenido sirvió de base para interpretar que cada caso presenta datos concretos para reflexionar, analizar, discutir cuales son las características de los pacientes que podían modificarse para evitar la discontinuidad de los tratamientos, la desinformación que poseen, la desintegración social, entre otros.

Encuesta destinada a pacientes con psoriasis-2008.

Marque con una cruz las respuestas correctas

- 1) Edad
- 2) Sexo
- 3) Estado civil c/s/v/d

- 4) ¿Cuándo comienza su enfermedad?
 - 0-10
 - 11-20
 - 21-30
 - 31-40
 - 41 o más

- 4) ¿Recuerda algún suceso desencadenante? Si/ no
¿Cuál?
 - Muerte- de familiar directo
 - Pérdida de trabajo
 - Nacimiento
 - Separación/ divorcio
 - Casamiento
 - Mudanza
 - Jubilación
 - Enfermedad

- 5) ¿Relaciona el ó los brotes de su enfermedad con sucesos estresantes?
 - Si/no ¿cual?
 - Muerte- de familiar directo
 - Pérdida de trabajo
 - Nacimiento
 - Separación/divorcio
 - Casamiento
 - Mudanza
 - Jubilación
 - Enfermedad

- 6) ¿Cuándo consultó por primera vez esta afección?
 - Al desencadenarse

- Hasta seis meses después
 - Al año
 - Más tiempo
- 6) ¿A quién consultó por primera vez?
- Farmacéutico
 - Médico Clínico
 - Dermatólogo
 - Psicólogo
 - Psiquiatra
 - Homeópata
 - Terapia alternativa
 - Curandero
- 7) ¿Número de dermatólogos consultados?
- 1
 - 1 a 3
 - Mas de tres
- 8) ¿Número de Psicólogos consultados?
- 1
 - 1 a 3
 - Mas de tres
- 9) ¿Número de farmacéuticos consultados?
- 1
 - 1 a 3
 - Mas de tres
- 10) ¿Obtuvo alguna mejoría a partir de estas consultas?
- Sí. En ¿cuál/es?
 - No. Cuál/ es?
- 11) ¿Con qué frecuencia realiza sus controles médicos?
- Cada mes
 - Cada dos meses
 - Más tiempo
- 12) ¿Tiene información acerca de la psoriasis?
- Si / no

13) ¿De dónde provino esta información?

- Médicos dermatólogos
- Farmacéuticos
- Psicólogos
- Otras especialidades

Fuente: Diarios

Revistas

Folletos

Hospital/ Centros de salud/ farmacias

Publicidades televisivas

Libros

Radio

Otros

14) ¿Usted considera que esta información es la adecuada?

- Si/ no / no contesta

15) La información que usted recibe esta relacionada con:

- Información general sobre la enfermedad
- Tratamientos
- Alternativas terapéuticas
- Medicación

16) ¿Usted posee algún antecedente familiar de psoriasis?

- Si / no / no sabe

17) ¿Su familia posee información sobre esta enfermedad?

- Si / no / no sabe

18) ¿Cómo reacciona su familia frente a su enfermedad?

- Rechazo
- Indiferencia
- Muy inquietos
- Muy preocupados
- No sabe

19) ¿Realiza alguna actividad deportiva?

Si/no

En caso afirmativo. Conteste: ¿la psoriasis le ha dificultado la práctica de algún deporte?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- En absoluto

20) ¿Encuentra dificultades en su vida cotidiana por su enfermedad?

Si/no

- Trabajo
- Sueño
- Tiempo de tratamiento
- Tiempo de espera
- Costo de la medicación
- Otros

21) ¿Cuál ha sido el grado de modificación de ciertos eventos, cuando aparecen los brotes?

- Modificación de la vestimenta
- Sentirse cohibido
- No ir a baños públicos
- No practicar deportes
- Mucho tiempo empleado en el tratamiento
- Mucho dinero gastado en el tratamiento
- Miedos sobre efectos secundarios al tratamiento

22) ¿Hasta qué punto su casa ha estado desordenada, sucia a causa de su psoriasis?

- Nunca
- Pocas veces
- Muchas veces

23) ¿Hasta qué punto su psoriasis le ha impedido o alterado hacer algunas cosas en el trabajo ó en la escuela?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- En absoluto

24) ¿Hasta qué punto su psoriasis le ha impedido salir y asistir a actos sociales?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- En absoluto

25) ¿La psoriasis le ha provocado algún problema con su pareja o con alguno de sus mejores amigos o con familiares?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- En absoluto

25) ¿Hasta qué punto ha tenido que llevar ropa de diferentes tipos o colores a causa de su psoriasis?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- En absoluto

26) ¿Hasta qué punto ha tenido que cambiarse de ropa o lavarla con más frecuencia de lo habitual?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- En absoluto

27) ¿Hasta qué punto su psoriasis ha sido un problema, para asistir a la peluquería?

- Muchísimo
- Mucho
- Un poco
- En absoluto

28) ¿Su vida profesional se ha visto alterada por su psoriasis? por ejemplo: ascensos, rechazos, ha perdido un trabajo, le han suspendido un trabajo

Si/no

En caso afirmativo:

- Siempre
- Algunas veces
- Pocas veces
- Nunca
- No recuerda

29) ¿Qué factores considera importantes para el control de su enfermedad?

- Medicación
- Continuidad en el tratamiento médico
- Tratamiento psicológico paralelo al tratamiento médico
- Asistencia farmacéutica paralela al tratamiento médico
- Integración asistencial entre el medico, farmacéutico y psicólogo
- Otros
- Ninguno de estos

30) ¿Qué dificultades encuentra en el tratamiento médico?

- Ninguna
- Dificultosa relación con el medico
- Efectos de la medicación
- Tiempo de tratamiento
- Costo de la medicación
- Tiempo de espera
- Otros

31) ¿Qué dificultades encuentra en la comunicación con su farmacéutico?

- Ninguna
- Falta de entendimiento
- Desconocimiento de la enfermedad
- Falta de apoyo y solidaridad
- Otros

32) ¿Qué expectativas tiene frente al futuro con respecto a su enfermedad?

- Ninguna
- Mejorar la calidad de vida
- Lograr la cura
- Aliviar momentáneamente la enfermedad
- Impedir que se extienda
- Otro

33) ¿Qué expectativas tiene frente al futuro con respecto a la relación interdisciplinaria con el médico dermatólogo, el farmacéutico y el psicólogo?

- Ninguna
- Muy poca
- Poca
- Mucha
- Muchísima

34) ¿Considera que ésta relación interdisciplinaria, puede mejorar su estado, aliviar su angustia y sentirse más contenido? Si/no/ no sabe

Introducción



* CAPÍTULO 1: PIEL

PSORIASIS
en la actualidad



I. La piel

La piel o cutis recubre toda la superficie externa del organismo. En los orificios naturales está unida a las mucosas por estrechas zonas de transición, las zonas mucocutáneas.

La piel cumple funciones importantes, ya que conforma una barrera contra la invasión de microorganismos confiriendo protección contra acciones mecánicas, compuestos químicos, el calor, el frío y las radiaciones. Tiene gran importancia en la regulación del calor y el mantenimiento del equilibrio hídrico y es capaz de absorber y de secretar; representando un importante eslabón en la defensa inmunológica.

La piel es un extenso órgano sensorial, que se compone de dos capas: la externa o Epidermis que es epitelial y la subyacente más gruesa o Dermis que se compone de tejido conectivo.

Las dos capas forman una masa compacta, que descansa sobre una capa subyacente de tejido conectivo más laxo; el tejido celular subcutáneo, que es más rico en lípidos y relaciona la piel con las estructuras más profundas.

Se asocian a la piel distintas estructuras de origen epidérmico, como el pelo, las uñas y las glándulas sebáceas y sudoríparas.

I.2. Epidermis

La epidermis es un epitelio plano estratificado cuya función principal es proteger contra acciones lesivas del medio y evitar la pérdida de líquidos; para ello la epidermis produce una membrana externa protectora: el estrato córneo que está compuesto por células aplanadas muertas que contienen un complejo proteico, queratina y está sementado mediante lípidos intercelulares.

El estrato corneo se elimina con velocidad constante y se forma al mismo ritmo por proliferación y diferenciación de las células de la porción más profunda viva del epitelio, de este modo se mantiene el espesor característico del estrato córneo sobre cada superficie del organismo.

I.2.1. Ultraestructura, crecimiento y diferenciación de la epidermis

La epidermis es una capa dinámica, que se renueva constantemente, una pequeña parte de las células basales actúan como células madre, dado que son los únicos queratinocitos capaces de sufrir mitosis. Algunas de las células hijas permanecen como células madre, mientras que la mayoría, por acción de mecanismos, muchos desconocidos, abandonan la capa basal y comienza la diferenciación; esta tiene lugar durante la migración a

través de la capa epidérmica y presenta varias modificaciones morfológicas y bioquímicas que conducen a la formación de las células muertas queratinizadas del estrato córneo.

I.2.2. Superficie de la epidermis

La superficie externa de la epidermis se caracteriza por la presencia de finas arrugas o pliegues, que en gran parte de la superficie cutánea se intersecan y forman campos poligonales.

La mayor parte de las células de la epidermis sufren queratinización, son células aplanadas ricas en queratina en el estrato córneo y se denominan queratinocitos (organizados en cuatro capas denominadas de acuerdo con la posición que ocupan o la posición estructural de las células).

Las células viables se desplazan desde la capa basal hacia fuera para formar capas de células cada vez más diferenciadas hacia arriba, esto produce una estructura característica en capas, que se distingue con facilidad en la piel gruesa de las palmas de las manos y las plantas de los pies. En la mayor parte de la superficie del cuerpo se habla de piel fina.

Las células restantes, los no queratinocitos, son melanocitos que producen un pigmento melanina, las células de Langerhans y los linfocitos (son habitantes transitorios de la epidermis y se encuentran en cantidad muy escasa en la piel normal) intervienen en la defensa inmunológica, además de células de Merkel, que son mecanorreceptores.

I.2.2.1. La capa basal

La capa basal contiene queratinocitos cilíndricos con actividad mitótica que se unen a la zona de la membrana basal y da origen a las células de las capas más superficiales de la epidermis.

La capa basal es el sitio primario de las células epidérmicas con actividad mitótica. No todas las células basales despliegan el mismo potencial proliferativo. En esta capa coexisten tres poblaciones: células madre, células amplificadoras transitorias y células posmitóticas.

Las células basales se caracterizan por contener un citoesqueleto compuesto por un reticulado de filamentos de queratina bastante difuso, pero extendido.

Los filamentos de queratina, son un componente característico del citoesqueleto de las células epiteliales, que así obtienen fuerza mecánica.

I.2.2.2. Las capas espinosas

La forma, la estructura y las propiedades subcelulares de las células espinosas se correlacionan con su posición en la región media de la epidermis. Las células espinosas suprabasales tienen forma poliédrica y núcleos esféricos. Las células más superficiales de la

capa espinosa son más grandes, más aplanadas, y contienen orgánulos llamados “gránulos laminares”; estos gránulos proporcionan los lípidos epidérmicos responsables de las propiedades de barrera de la capa córnea, la síntesis, el almacenamiento de colesterol y la adhesión y descamación de las células cornificadas.

I.2.2.3. Capa granulosa

Esta capa se caracteriza por un aumento de componentes necesarios para el proceso de muerte celular programada y la formación de una barrera superficial impermeable al agua.

En las células de la capa granulosa pueden observarse los orgánulos citoplasmáticos típicos asociados con un metabolismo activo de síntesis, pero la mayor parte de las estructuras que se encuentran en estas células son gránulos basófilos.

Su principal sitio de acción es el interfaz entre los estratos celulares granuloso y cornificado. En este lugar se agrupan, se fusionan con la membrana plasmática y liberan su contenido hacia el espacio intercelular. El material liberado se apila en forma de discos, una organización similar a la interna de los gránulos, y se reordena en varias etapas que desembocan en la formación de láminas.

Ocurre un cambio en la morfología que corresponde a la remodelación transformación de los lípidos “probarrera” (glucolípidos, esteroides libres y fosfolípidos) en lípidos de “barrera”.

La epidermis tratada con solventes lipídicos pierde sus propiedades de barrera. Esta barrera reduce la pérdida de agua de la piel e impide el movimiento de los componentes polares.

I.2.3. Melanocitos

El color de la piel se debe a tres pigmentos y a la dispersión de la luz.

La hemoglobina (reducida y oxidada) de los vasos de la dermis contribuye con la tonalidad más o menos rojiza.

Los carotenos son pigmentos vegetales amarillo-rojizos que se encuentran, en los alimentos, y una vez captados de los mismos en el tracto gastrointestinal se depositan en el estrato córneo, en los adipositos de la dermis y en la región subcutánea, apareciendo la tonalidad amarilla de la piel.

El color parduzco se debe al pigmento melanina producido por la misma piel en células denominadas melanocitos, que se encuentran en la epidermis y en los folículos de melanina que, sólo se encuentran en las prolongaciones y en escasa cantidad, dado que se libera a los queratinocitos circundantes.

La melanina es un producto de la polimerización de la tirosina y es asiento de la síntesis de melanina.

I.2.4. Células de Merkel

Las células de Merkel son mecanorreceptores de adaptación lenta localizadas en sitios de hipersensibilidad táctil, están presentes entre los queratinocitos basales en determinadas regiones del cuerpo y se unen a ellos por uniones desmosómicas.

Las células de Merkel reciben estímulos a medida que los queratinocitos se deforman y responden secretando transmisores químicos. Se las encuentra tanto en las áreas pilosas de la piel como en la piel lampiña de los dedos, los labios, regiones de la cavidad oral y la vaina externa de la raíz del folículo piloso.

I.2.5. Células de Langerhans y linfocitos

Las células de Langerhans son células antígenas que representan un componente importante de las defensas cutáneas y del organismo, pueden aparecer en todas las capas de la epidermis pero se ven con mayor frecuencia en el estrato espinoso.

Estas representan alrededor del 2 % del total de células de la epidermis. Además de la epidermis, las células de Langerhans también aparecen en estructuras originadas a partir de ella, salvo las glándulas sudoríparas, y en otros epitelios planos estratificados, por ejemplo, las fauces, el esófago y la vagina.

Se ha demostrado que las células de L. se desarrollan a partir de precursores derivados de la médula ósea (posiblemente a través del torrente sanguíneo) llegan a la piel y migran hacia la epidermis, donde culminan su diferenciación a células de Langerhans maduras que contiene gránulos de Bierbeck., allí se ubican como última avanzada del sistema inmunológico, dado que se ha demostrado que tienen capacidad para captar antígenos extraños que ingresan por la epidermis, para tratarlos y presentarlos a los linfocitos Th, con la consiguiente inducción de una respuesta inmunológica.

La reacción con los linfocitos T puede tener lugar en la misma epidermis, puesto que siempre se encuentra allí una pequeña cantidad de linfocitos Th; sin embargo, en la mayoría de los casos, las células de Langerhans abandonan la epidermis después de captar el antígeno y se desplazan a los ganglios linfáticos regionales donde llegan hasta la corteza profunda dependiente de T.

Durante su migración desde la piel hasta el ganglio linfático, las células de Langerhans sufren transformación, primero a células veladas de las vías linfáticas y después a células interdigitantes en el ganglio linfático, donde presenta el antígeno a los linfocitos Th.

La capacidad de las células de Langerhans para activar los linfocitos T depende del microambiente local en que se encuentran.

Las células de L epidérmicas y los linfocitos son actores esenciales de esta parte del sistema inmunológico, se ha demostrado que los queratinocitos intervienen en la defensa inmunológica epidérmica.

I.3. Dermis

La dermis es un sistema integrado de tejido conectivo fibroso, filamentosos y amorfo que influyen redes nerviosas y vasculares; anexos derivados de la epidermis, fibroblastos, macrófagos y mastocitos y otras células sanguíneas, como: linfocitos, células plasmáticas y otros leucocitos que ingresan en la dermis en respuesta a diferentes estímulos.

La dermis es la capa más gruesa de la piel y la que le brinda su plegabilidad, su elasticidad, y su resistencia a la tracción; protege al cuerpo de las agresiones mecánicas, fija el agua, participa en la regulación térmica y tiene receptores de estímulos sensitivos. La dermis interactúa con la epidermis para mantener las propiedades de ambos tejidos, colabora además, con los anexos epidérmicos (dientes, uñas, estructuras pilosebáceas y glándulas sudoríparas) e interactúa en la reparación y la remodelación de la piel durante la cicatrización de las heridas.

I.3.1. Matriz del tejido conectivo de la dermis

Los tejidos conectivos, elástico y colágeno, son los tipos principales de tejido conectivo fibroso de la dermis. Las propiedades mecánicas de la dermis provienen de las propiedades de las moléculas de la matriz propiamente dicha y de su organización supramolecular en elementos fibrosos y su ensamblaje e integración en una estructura entrelazada.

En el tejido conectivo dérmico se insertan los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas y sebáceas.

La dermis se compone de dos capas no muy diferenciadas, hacia arriba el estrato papilar, más delgado; por debajo, el estrato reticular, más grueso.

La gran cantidad de colágeno (componente principal de la dermis) le confiere a la dermis una notable fortaleza mecánica, muy importante para su función protectora, como también resistencia a la tracción y elasticidad.

El contenido de elastina contribuye a las propiedades elásticas de la piel.

El tejido conectivo elástico es una malla macromolecular compleja que se organiza como una red. Atraviesa toda la dermis y llega al interior del tejido conectivo de la hipodermis.

I.3.2. Organización de la dermis: regiones más importantes de la dermis.

La dermis está organizada en dos regiones, la papilar y la reticular, cuya distinción se basa sobre todo en las diferencias que presentan en cuanto a la organización del tejido conectivo, la densidad celular y los patrones nerviosos y vasculares.

La subdivisión de cada una de estas regiones es más o menos evidente en la piel adulta, según cada individuo.

La dermis papilar subyace a la epidermis, se amolda a su contorno, y su grosor, casi nunca duplica el de la epidermis. La dermis reticular es la región más importante de la dermis y de toda la piel en general, el límite entre la dermis papilar y la dermis reticular está marcado por un plano horizontal de vasos: el plexo subpapilar. El límite profundo entre la dermis y la hipodermis está definido por la transición del tejido conectivo fibroso a tejido conectivo adiposo.

I.3.3 Vasculatura cutánea

Vasos sanguíneos cutáneos:

La piel está irrigada por una red vascular rica formada por canales de distribución y recolección y plexos horizontales localizados en los límites de la dermis y que además irrigan a los anexos epidérmicos. Los lechos microcirculatorios de la piel están formados por arteriolas y arteriolas terminales, esfínteres precapilares, capilares arteriales y venosos; vénulas poscapilares y vénulas colectoras.

Los vasos irrigan los tejidos. La vasculatura también participa en la regulación de la temperatura, la presión arterial, la cicatrización de las heridas y muchos fenómenos inmunes.

En comparación con la vasculatura de otros órganos, los vasos de la piel tienen paredes gruesas sostenidas por tejido conectivo y células de músculo liso. Este tipo de estructura es ideal para un órgano que soporta fuerzas de rozamiento.

I.3.4. Nervios y receptores de la piel

Las redes nerviosas de la piel contienen fibras somáticas sensitivas y fibras autonómicas simpáticas.

Las fibras sensitivas solas (terminaciones nerviosas libres) o en conjunción con estructuras especializadas (receptores corpusculares) funcionan en todo el cuerpo como receptores del tacto, del dolor, de la temperatura, del prurito, y de los estímulos mecánicos. La densidad y los tipos de receptores son variables y específicos de cada región por lo que la agudeza perceptiva varía en las distintas zonas del cuerpo.

Las fibras motoras simpáticas se distribuyen junto con los nervios sensitivos en la dermis hasta que se ramifican para inervar las glándulas sudoríparas, el músculo liso vascular, los folículos de los músculos, piloerectores y las glándulas sebáceas.

La piel está inervada por ramas cutáneas largas y mielinizadas de nervios musculocutáneos que surgen en forma segmentaria de los nervios raquídeos.

I.4. La hipodermis

La unión entre la capa profunda de la dermis reticular y la hipodermis es una transición abrupta de un tejido conectivo dérmico predominantemente fibroso a una región subcutánea rica en tejido adiposo; no obstante, las dos regiones están muy bien integradas en el aspecto estructural y funcional a través de redes nerviosas y vasculares y la continuidad de anexos epidérmicos

Los adipositos derivados del mesénquima son las células más importantes de la hipodermis; están organizados en lóbulos limitados por tabiques de tejido conectivo fibroso.

Los nervios, los vasos, y los linfáticos están localizados entre los tabiques y otorgan una rica inervación e irrigación a la región. La síntesis y el almacenamiento de grasa continúan durante toda la vida mediante la acumulación de lípidos en los adipositos, la proliferación de los adipositos ya existentes.

El tejido hipodérmico actúa como aislante del cuerpo, sirve como reservorio energético, actúa como amortiguador y protector de la piel, y permite su movilidad sobre la estructura subyacente.

I.5. La piel como órgano protector

El estrato externo de la piel es la capa córnea, y no sólo la protege contra la pérdida excesiva de agua, sino que también defiende al cuerpo contra el ingreso de microorganismos y de toxinas naturales y sintéticas.

La capa córnea y las capas más profundas de la piel protegen contra las radiaciones ultravioletas, fuerzas mecánicas, temperaturas ambientales extremas y corriente eléctrica de bajo voltaje.

Reseña de las funciones protectoras de la piel

La región más interna de la piel humana es el tejido adiposo subcutáneo. Esta capa actúa como aislante, reduce el flujo de calor hacia el cuerpo y, desde éste, absorbe la energía del traumatismo mecánico cerrado y participa en el metabolismo general.

Por encima de la capa adiposa se encuentra la dermis, formada por complejos de colágeno y glucosaminoglicanos que también protegen al cuerpo contra el traumatismo mecánico cerrado.

Las glándulas sudoríparas ecrinas y los vasos sanguíneos de la piel participan en la regulación de la temperatura corporal.

Las glándulas sebáceas proporcionan un transporte rápido de proteínas, lípidos y glicerol a la superficie cutánea, donde el glicerol es un determinante importante en la hidratación de la capa córnea.

Las fibras nerviosas aferentes y eferentes, sensibles a estímulos químicos, mecánicos y térmicos, actúan como un sistema de alarma rápido para posibles traumas externos.

I.5.1. La inmunidad innata y la piel

La capacidad del sistema inmune de distinguir el propio organismo de los elementos extraños es esencial para determinar cuando se debe desencadenar una respuesta.

El sistema inmune de los vertebrados superiores utiliza tanto respuestas inmune rápidas (innatas) como sostenidas (adaptativas), que difieren en la manera en que reconocen los antígenos extraños y en la velocidad con que responden.

El componente innato del sistema inmune utiliza receptores que reconocen patrones codificados en la línea germinal, responde a estructuras bioquímicas compartidas por varios patógenos diferentes y desencadena una respuesta rápida contra los patógenos hallados, aunque no genera una inmunidad duradera.

Las células del componente adaptativo del sistema inmune reconocen moléculas específicas de patógenos determinados y células que se expanden en forma clonal y poseen receptores para antígenos específicos.

En forma conjunta, ambos componentes del sistema inmune, el innato y el adaptativo, defienden al huésped contra las infecciones y la enfermedad y posibilitan su supervivencia.

Mientras que la inmunidad adaptativa solo está presente en vertebrados, el sistema inmune innato existe en todos los organismos multicelulares.

Los mecanismos de defensa empleados por el huésped en forma inmediata después de hallar un ligando extraño constituyen la inmunidad innata, esta incluye barreras físicas, como la piel y el epitelio mucoso; factores solubles, como el complemento, péptido antimicrobianos, quimosinas y citosina; y células del sistema inmune innato, como monolitos/macrófagos, células dendríticas y leucocitos polimorfonucleares.

La capa córnea, la más externa de la epidermis, que se forma debido a la diferenciación terminal de los queratinocitos, representa la principal cubierta protectora contra el posible daño del ambiente exterior.

I.6. Queratinocitos

El queratinocito es una célula derivada del ectodermo que forma, al menos, el 80 % de las células epidérmicas, todos los queratinocitos contienen filamentos intermedios de queratina citoplasmática en su citoplasma y forman desmosomas o uniones desmosómicas deformadas con las células adyacentes.

Los queratinocitos, que son las células predominantes en la epidermis, pueden establecer una respuesta inmune por medio de la secreción de péptidos antimicrobianos.

Los péptidos antimicrobianos son un mecanismo innato importante de defensa del huésped conservado a través de la evolución y presente en muchos organismos.

Los queratinocitos también establecen una respuesta inmune por medio de la secreción de citocinas inflamatorias, ya que liberan niveles muy bajos de citosina; sin embargo, cuando se produce una lesión o son estimulados por factores exógenos, como lipopolisacáridos, sílice, radiaciones UV los queratinocitos secretan grandes cantidades de IL-1, IL-6, IL-8, IL-10 y TNF., estas citocinas pueden inducir la diferenciación y proliferación de los queratinocitos y otros residentes o células migratorias en la epidermis, la dermis y los vasos. Éstos son mediadores importantes de las respuestas inmunes e inflamatorias tanto locales como sistémicas.

Además de citosina los queratinocitos secretan otros factores, como neuropéptidos, eicosanoides y especies reactivas derivadas del oxígeno. Estos mediadores tienen propiedades inflamatorias e inmunomoduladoras potentes y cumplen una función esencial en la patogénesis de las enfermedades inflamatorias e infecciosas de la piel, así como en el envejecimiento.

I.7. Estructura de las lesiones cutáneas

El diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que afectan la piel dependen del vocabulario dermatológico empleado por el médico, el reconocimiento de las lesiones primarias y secundarias de la piel y la identificación de los diversos patrones en que estas lesiones se manifiestan en muchas enfermedades y síndromes.

I.7.1. Placas



Una placa es una elevación plana que ocupa una superficie bastante grande en comparación con su altura por encima del nivel de la piel. Las placas por lo general se forman por la confluencia de pápulas, como ocurre en la psoriasis.

La lesión típica de la psoriasis es una placa eritematosa elevada con capas de escamas de color plateadas.

Es común que en pacientes que realizan un frotamiento repetido, conduce a la formación de áreas de liquinificación; por lo tanto, la proliferación de queratinocitos y del estrato córneo junto con las alteraciones del colágeno de la dermis próxima, conduce a la formación de áreas liquenificadas de piel que se manifiestan como placas engrosadas con acentuación de las líneas cutáneas. Este tipo de lesiones suele tener un aspecto muy parecido al de la corteza de un árbol.

I.7.2. Pústulas: una pústula es una lesión sobreelevada y limitada que contiene un exudado purulento. El pus, está compuesto por leucocitos, que puede contener bacterias o ser estéril, como en las lesiones de la psoriasis pustulosa.



Las pústulas pueden ser de tamaño y configuración variable, y según el color del exudado que contengan, pueden ser verdosas, blancas, o amarillas.

Las pústulas son lesiones características de la rosácea, y la psoriasis pustulosa, entre otras.

I.7.3. Escamas: se define a la descamación como un desprendimiento anormal del estrato córneo. En condiciones normales la epidermis se renueva por completo cada 27 – 30 días, el producto final de este proceso de queratinización es la célula cornificada de la capa más externa de la piel.

En presencia de un aumento de la velocidad de proliferación de los queratinocitos, los que sean inmaduros que conservan su núcleo llegan hasta la superficie cutánea y este fenómeno se conoce con el nombre de parequeratosis.

Las células parequeratósicas pueden acumularse una sobre otras hasta formar escamas.

En la psoriasis las escamas pueden presentar el aspecto de láminas delgadas o acumularse de forma masiva.

No todas las escamas son iguales, y pueden clasificarse como:

- Psoriasiformes: múltiples laminillas separadas y quebradizas.
- Pitiriasiformes: similares al salvado.
- Ictiosiformes: semejantes a las escamas de pescado.
- Cuniculares y laminares: láminas delgadas relativamente grandes
- Exfoliativas: láminas grandes que se despellejan.
- Queratóxicas: compuestas por masa córnea.
- Granulares: semejantes a granos pequeños.

Es importante destacar que la acumulación de escamas grandes y apiladas en la psoriasis puede describirse como ostrácea (similar a las valvas de una ostra).

Se considera que las erupciones formadas por pápulas escamosas se conocen con el nombre de erupciones papuloescamosas. La psoriasis, en la que las pápulas escamosas se fusionan para formar placas, representa el ejemplo clásico de erupción papuloescamosa.



I.7.4. Fisuras: las fisuras son hendiduras o resquebrajaduras lineales de la piel que a veces son dolorosas. Estas pueden observarse en la psoriasis palmoplantar y la dermatitis crónica de las manos y los pies, en especial después de un tratamiento que provocó un resecaimiento excesivo de la piel. Las fisuras acompañan con frecuencia a la psoriasis perianal o suelen afectar las comisuras labiales.

I.7.5. Disposición de las lesiones

Una vez identificado el tipo de lesión presente se debe tener en cuenta que la configuración, la disposición, y la distribución de las lesiones contribuyen al diagnóstico y son esenciales.

El fenómeno de Koebner, se refiere que en personas que posean ciertos trastornos cutáneos y en pacientes con psoriasis, un traumatismo es seguido de la instalación de nuevas lesiones en la piel traumatizada previamente normal.

Este fenómeno se observa en la psoriasis, el liquen plano (tipo de lesión de piel), entre otras enfermedades cutáneas.

PSORIASIS

en la actualidad



* CAPÍTULO 2: PSORIASIS



II. Aspectos históricos

Las primeras descripciones de una presunta psoriasis aparecen en los comienzos de la medicina en el Corpus Hippocraticum, este trabajo fue editado en Alejandría 100 años después de la muerte de Hipócrates (460-377 a. C), a quien se le atribuyó su autoría. Hipócrates utilizó los términos *psoria* y *lepra* para designar afecciones que pueden reconocerse como psoriasis.

Celsus (cerca 25 a.C), quien tradujo al griego los escritos de Menecrates, describió entre 40 tipos diferentes de dermatosis una forma de impétigo que fue interpretada por Willian (1757-1812) como psoriasis. Willian diferenció dos enfermedades como entidades psoriasiformes, una discoide, lepra Graecorum y una plicílica confluyente, psora leprosa. Utilizando el término *psora* a la eliminación de impurezas por la piel en forma de escamas. Más tarde fue denominada psora leprosa, finalmente se la conoce como psoriasis.

En 1841 el dermatólogo vienés Ferdinand von Hebra (1816-1880) demostró en forma inequívoca que la lepra Graecorum y la psora leprosa descritas por William eran una misma enfermedad y que la confusión se debía a diferencias en el tamaño, la distribución, el crecimiento y la involución de las lesiones.

II.1. Generalidades

La psoriasis es una enfermedad crónica recurrente de la piel, las semimucosas, y las uñas de características inflamatorias y de evolución crónica. Las lesiones cutáneas suelen ser tan típicas que es fácil de diagnosticar. Las lesiones se clasifican como eritroescamosas, lo que indica el compromiso tanto de la vasculatura (eritema) como de la epidermis (descamación).

La forma más frecuente de psoriasis es la psoriasis vulgar.

Las placas circulares predominan en los codos, las rodillas, la parte baja de la espalda y la zona umbilical, mientras que las lesiones eruptivas (en gotas o guttata) se limitan al tronco y la parte proximal de las extremidades.

La eritrodermia psoriásica afecta a todo el cuerpo, y se presenta con eritema generalizado y distintos grados de descamación.

La presentación clínica varía de acuerdo con una diversidad de factores, que pueden determinar que un paciente presente pocas placas psoriásicas localizadas o con una afección generalizada de la piel con desarrollo de pústulas. La actividad de la enfermedad se refleja sobre todo como descamaciones en placas estacionarias y como inflamación en lesiones eruptivas en gotas.

La psoriasis es una enfermedad que puede ser invalidante no solo debido al compromiso cutáneo sino también debido a la enfermedad articular simultánea. La artritis psoriásica es la única manifestación extracutánea reconocida de la enfermedad.

II.2. Epidemiología

II.2.1. Incidencia

La psoriasis tiene distribución mundial. En Latinoamérica afecta a un 1.3 % y en Estados Unidos alrededor del 2 % de la población, entre las cuales un porcentaje también presenta artritis psoriasica. La psoriasis es rara entre los negros de África occidental y de Norteamérica. La incidencia de la enfermedad también es baja entre japoneses y los esquimales.

Si bien no hay estadísticas respecto a la frecuencia de psoriasis en la Argentina, la enfermedad afecta a alrededor del 2 % de los habitantes. Es decir, que uno de cada 50 argentinos la padece. Hoy en día se sabe que son alrededor de 700.000 personas.

Porcentualmente la enfermedad, es más frecuente en mujeres que en varones, y se observa en pacientes de cualquier edad y sexo.

Entre el 25 % y el 30 % de los pacientes padecen psoriasis moderada a grave.

Esta cifra es estimativa, e incluye a los pacientes diagnosticados según el grado de compromiso de su superficie corporal y también a aquellos con lesiones diseminadas, tratados con medicamentos sistémicos (acitretina, metotrexato, ciclosporina).

En personas con enfermedad grave, los costos son más elevados y la calidad de vida es inferior. Los costos son superiores a los ocasionados por otras enfermedades crónicas.

II.2.2. Edad de presentación

La psoriasis puede presentarse en cualquier momento de la vida. Existen informes de psoriasis en recién nacidos. La mayoría de los pacientes desarrollan las lesiones iniciales en la tercera década de la vida. Desde el punto de vista genético, se diferencian dos tipos distintos de psoriasis:

- Psoriasis tipo I: comienzo antes de los 40 años, incidencia de afección familiar y fuerte asociación con antígenos de histocompatibilidad.
- Psoriasis tipo II: comienzo posterior a los 40 años, casos aislados o menor Prevalencia familiar y menor correlación con antígenos de histocompatibilidad.

El principal gen implicado en la psoriasis se encuentra en el cromosoma 6p21, y ha sido designado PSORS1.

Una edad de comienzo temprana, predice un curso más severo en relación al porcentaje de compromiso del cuerpo y a la respuesta al tratamiento. Cuanto más temprana es la presentación, mayor es la probabilidad de que exista un antecedente familiar de psoriasis.

II.2.3. Mortalidad

La psoriasis eritrodérmica y pustulosa deben considerarse formas graves de la enfermedad, en casos especiales pueden ser mortales debido a las complicaciones infecciosas, cardiovasculares y pulmonares.

La cronicidad de la psoriasis puede llevar al suicidio.

II.2.4. Modo de transmisión hereditaria

Las principales evidencias de una predisposición genética de la psoriasis provienen de estudios que revelan:

- 1) Una mayor incidencia de psoriasis entre familiares de casos índice afectado.
- 2) Una incidencia relativamente mayor de psoriasis en descendientes de parejas en las cuales uno o ambos padres se encuentran afectados
- 3) Índices elevados de concordancia para psoriasis entre gemelos monocigóticos en el caso de que uno de ellos se encuentre afectado.
- 4) Locus de susceptibilidad ubicados sobre diversos cromosomas, incluido el desequilibrio de ciertos antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad.

Cerca de un tercio de los pacientes con psoriasis refiere tener algún pariente con la enfermedad.

La psoriasis es una enfermedad hereditaria con un patrón de herencia multigénico. Es probable que participen factores ambientales como desencadenantes de la enfermedad.

II.3. Características clínicas

Consideraciones generales: la psoriasis se caracteriza por la aparición de placas eritemato-escamosas, en ocasiones pruriginosas, bien delimitados y con una distribución habitualmente simétrica.

II.3.1. Localización de las lesiones:

Piel:

Se distinguen varias formas de psoriasis con diferentes nombres. Las lesiones de la psoriasis tienen cuatro características fundamentales:

- 1) Son delimitadas y tienen bordes nítidos
- 2) La superficie esta formada por escamas plateadas no cohesivas
- 3) Por debajo de las escamas la piel muestra un eritema brillante y homogéneo

4) Se observa el signo de Auspitz

Las lesiones son de tamaño variable, desde el tamaño de la cabeza de un alfiler hasta placas que cubren grandes áreas del cuerpo. Para comprender mejor la presentación clínica de la psoriasis es importante destacar que la actividad de la enfermedad puede variar desde una fase crónica estacionaria, hasta un proceso en vías de resolución o hasta exacerbaciones asociadas con la aparición de numerosas pústulas estériles.

El signo de Auspitz es una característica específica de las lesiones eritematosas de la psoriasis. Este signo se observa cuando se quitan las escamas hiperqueratósicas de una placa psoriásica mediante un raspado mecánico. Unos pocos segundos después de la remoción mecánica de las escama aparecen pequeñas gotas de sangre sobre la superficie eritematosa y brillante. El signo de Auspitz tiene valor diagnóstico; no aparece en la psoriasis pustulosa o inversa y a veces ayuda a diferenciar la psoriasis de otras afecciones cutáneas.

En cerca del 20 % de los pacientes además de signo de Auspitz se observa el fenómeno de Koebner. Luego de una irritación inespecífica, se desarrolla la lesión psoriásica en zonas nuevas.

Uñas:

En la psoriasis son frecuentes los cambios en las uñas. Las uñas de los dedos de las manos se encuentran más afectadas que las uñas de los pies. Los cambios en las uñas varían desde defectos menores en la placa ungueal (depresiones) hasta alteraciones severas en la uña (onicodistrofia) y pérdida de la placa ungueal en los casos en las que las formas pustulosas afectan la uña.

El compromiso de las uñas de los dedos de las manos es más común que las de los dedos de los pies. La mayoría de los pacientes con artritis psoriásica tiene lesiones ungueales. Cerca de la mitad refiere dolor y limitación de las actividades diarias.

Alrededor del 50 % de los pacientes con psoriasis presenta compromiso ungueal.

Cuero cabelludo:

El cuero cabelludo puede ser la primera y/o única localización de psoriasis. Las características clínicas son similares a la de otras localizaciones, eritema y escamas, pero estas suelen ser más gruesas. Pueden ser localizadas o comprometer difusamente todo el cuero cabelludo. Suele ser más fija y persistir aún cuando mejoran las lesiones en el resto del cuerpo.

Articulaciones:

Las manifestaciones inflamatorias pueden afectar las pequeñas o grandes articulaciones, únicas o múltiples, produciendo un amplio rango de cambios articulares y deformidades.

II.4. Patrones clínicos de la presentación en la piel

La psoriasis podría manifestarse con distintos grados de gravedad durante su evolución. Las lesiones podrían ser cabezas de alfiler y placas grandes. El tamaño es útil para determinar el tipo de psoriasis.

II.4.1. Psoriasis en placas

Este patrón clínico es el más frecuente, se identifica en el 90 % de los pacientes. Se caracteriza por las lesiones escamosas rojas, bien delimitadas distribuidas en forma sistémica que persisten durante meses o años.



Tiene lugar una producción constante de gran cantidad de escamas con poca alteración del tamaño o la distribución de las placas individuales, predomina en los codos, las rodillas, la zona lumbar y el ombligo. Pero principalmente predomina en el cuero cabelludo.



En ocasiones las lesiones pequeñas y únicas confluyen y forman placas en las que los bordes se asemejan a un mapa.

Las lesiones pueden extenderse hacia los costados y cercenarse por confluencia de varias placas (psoriasis gyrata).

En ocasiones hay zonas centrales parcialmente sanas, lo que da lugar a lesiones en forma de anillo.

Las lesiones psoriásicas pueden localizarse en los pliegues principales de la piel, como las axilas y el cuello (psoriasis inversa).

Existen pacientes en los que se comprueba un compromiso ungueal que incluye hoyuelos, onicolisis, hiperqueratosis subungueal y manchas en forma de gotas de aceite.

II.4.2. Psoriasis invertida

En este tipo de psoriasis, están implicados los grandes pliegues. Se incluye a las axilas, el pliegue umbilical, la región glútea y los genitales. Generalmente se presenta con placas eritematosas con escama fina.



II.4.3. Psoriasis eruptiva

Este patrón se presenta como lesiones pequeñas, sobre la parte superior del tronco y las extremidades. Esta forma es característica de la psoriasis de comienzo en edad temprana y por lo tanto es frecuente en adultos jóvenes.

En ocasiones una erupción medicamentosa macular diseminada puede preceder a este tipo de psoriasis.



Las lesiones psoriasicas muy activas de cualquier tipo pueden tener pústulas de 1 a 2 mm de diámetro rodeadas de un borde muy eritematoso. Este proceso suele indicar una exacerbación aguda de la enfermedad. Los factores predisponentes de este acontecimiento son la infección bacteriana.

II.4.4. Eritrodermia psoriasica

La eritrodermia psoriásica (42-10) representa la forma generalizada de la enfermedad que afecta todo el cuerpo, incluidos el rostro, las manos, los pies, las uñas, el tronco y las extremidades. La característica más sobresaliente es el eritema, y la descamación suele ser menos severa en comparación con la psoriasis estacionaria crónica.

La eritrodermia psoriásica puede ser una manifestación de intolerancia a un tratamiento tópico y representa una reacción de Koebner generalizada. La psoriasis pustulosa generalizada puede revertirse a una eritrodermia simple, con disminución o ausencia de formación de pústulas.

Esta forma muestra todas las características de la psoriasis pustulosa, entre ellas fiebre, malestar general, recidivas frecuentes, y una tasa de mortalidad relativamente alta luego de un curso prolongado. Puede haber pérdida completa del crecimiento de la uña por destrucción de la matriz ungular como también deformaciones ungueales.



II.4.5. Psoriasis pustulosa generalizada (de von Zumbush)

La psoriasis pustulosa de von Zumbusch es una variante aguda de la psoriasis. Es un tipo de psoriasis inusual y con frecuencia se asocia a artritis.

Los ataques de psoriasis pustulosa se caracterizan por fiebre que dura varios días. La aparición de la fiebre se acompaña de una erupción repentina generalizada de pústulas estériles de 2 a 3 mm de diámetro. La erupción de pústulas estériles ocurre en forma aguda, subaguda, o crónica. Las pústulas se diseminan sobre el tronco y las extremidades, incluidas los lechos angulares, las palmas de las manos y las plantas de los pies (aisladas). Los pacientes que padecen este tipo de psoriasis pueden presentar mal estado en general, anorexia y dolor en la piel exfoliada.



En pacientes con enfermedad prolongada además de la formación de pústulas en la matriz ungular y de la pérdida de la uña a veces se observa atrofia de los pulpejos de los dedos.

Al igual que en otras formas de psoriasis no suele haber lesiones en el rostro.

La psoriasis pustulosa es excepcional en la infancia y más común en los ancianos.

Clasificación:

- Psoriasis pustulosa generalizada
- Psoriasis pustulosa del embarazo
- Psoriasis pustulosa circinada y anular
- Psoriasis pustulosa juvenil e infantil

Complicaciones:

En ausencia de tratamiento efectivo, pueden presentarse complicaciones serias y eventualmente la muerte, en los períodos agudos de la enfermedad.

- Hipoalbuminemia
- Hipocalcemia
- Necrosis tubular aguda
- Daño hepático
- Trombosis en miembros inferiores y tromboembolismo pulmonar

Sobreinfección:

- Poliartritis inflamatoria
- Síndrome de mala absorción

- **II.4.6. Psoriasis guttata (gotas)**

Este tipo de psoriasis se caracteriza por la presencia de pápulas pequeñas poco persistentes. Suele afectar a niños y adultos jóvenes. Muchos pacientes refieren infecciones previas, en particular de las vías aéreas superiores, a veces debidas a estreptococos.



A menudo un cierto porcentaje de los pacientes revela este tipo de psoriasis como manifestación inicial, sin embargo, un porcentaje importante de los niños podría desarrollarla durante la evolución de la enfermedad.

Las lesiones llegan a cubrir toda la superficie corporal. Predominan en el tronco y suelen respetar las palmas y plantas.

II.4.7. Psoriasis pustulosa

En este tipo de psoriasis puede ocurrir a una infección viral y consiste en la aparición de múltiples pústulas con psoriasis en placas diseminada. No existe tendencia a la recurrencia.



II.4.8. Psoriasis pustulosa anular

Una variante de la psoriasis pustulosa, es la forma anular que se presenta durante episodios de erupciones pustulosas.

Las lesiones pueden aparecer al comienzo de la psoriasis pustulosa, con tendencia a diseminarse y formar grandes anillos.



II.4.9. Psoriasis pustulosa palmoplantar

Puede ser la única manifestación o acompañar de un cuadro de psoriasis vulgar.

Es más frecuente en adultos que en niños.

Las localizaciones habituales son la eminencia tenar e hipotenar aunque puede haber lesiones en toda la superficie palmar.

En los pies afecta la planta y las lesiones pueden desbordar los límites de la misma.

El curso es prolongado, con remisiones y exacerbaciones. Suele ser refractaria a los tratamientos locales.

Síndrome sapho: sinovitis, acné, pustulosis palmo plantar, hiperostosis, osteítis de la zona externa clavicular y pectoral.



II.4.10. Psoriasis pustulosa localizada

Esta psoriasis se presenta como dos afecciones diferentes que deben considerarse como formas separadas de la enfermedad generalizada. Los síntomas sistémicos están ausentes. Las dos variedades distintas son la psoriasis pustulosa palmoplantar y la acrodermatitis continua.

Cuando es de presentación única, generalmente afecta palmas y plantas de los pies.

Este tipo es más común en el género femenino. Se presenta con placas muy bien limitadas. También pueden tener conformaciones en formas de disco, solitarias o múltiples que permanecen del mismo tamaño, pero que pueden crecer y afectar las zonas palmo-plantares. Es una forma muy persistente y de difícil tratamiento.

II.5. Artritis psoriásica

Un elevado porcentaje de los pacientes presenta compromiso articular. La artritis psoriásica es generalmente considerada como una forma benigna de afectación articular aunque puede llegar a ser debilitante e incapacitante y requerir intervención quirúrgica.

Este tipo de artritis consiste en inflamación y rigidez de los tejidos blandos peri-articular.

Existen cinco subtipos de patología articular, que con frecuencia afectan los dedos de las manos y los pies.

- ✓ Artritis simétrica
- ✓ Artritis asimétrica
- ✓ A predominio interfalángico distal
- ✓ Espondilitis
- ✓ Artritis mutilante

II.6. Psoriasis y embarazo

La aparición de psoriasis durante el embarazo es un tanto extraña y posiblemente se da en pacientes con marcada predisposición genética

La manifestación clínica de psoriasis durante el embarazo, es la erupción pustulosa generalizada. Suele desencadenarse durante el sexto mes de embarazo, en forma aguda.

Puede prolongarse hasta el nacimiento y en el puerperio. Cuanto más grave es el cuadro mayor es la probabilidad de insuficiencia placentaria y de anomalías fetales. Las demás formas clínicas de psoriasis pueden empeorar o mejorar durante el embarazo.

II.7. Psoriasis en la infancia

La psoriasis, aunque no es muy frecuente, puede aparecer desde el nacimiento.

Entre los factores que contribuyen a su aparición se destacan las infecciones agudas, los traumatismos, las emociones, la hipocalcemia, y medicamentos.

La psoriasis en la infancia presenta, con algunas excepciones, las mismas características clínicas que en la edad adulta.

Como variantes propias de la infancia se destacan:



- Psoriasis congénita: muy rara, habitualmente generalizada, de aspecto eritrodérmico, cuyo diagnóstico diferencial con otras eritrodermias congénitas es muy difícil.
- Psoriasis en el área del pañal: una variante de la psoriasis invertida en el lactante.
- Psoriasis en gotas: la segunda en frecuencia en la infancia. Asociada a factores desencadenantes, infecciones diversas.

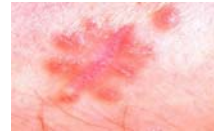
II.8. Factores desencadenantes y agravantes

Los factores externos capaces de producir manifestaciones de lesiones psoriásicas en la piel se conocen como factores desencadenantes.

- El ambiente desempeña un papel predisponente. El clima cálido y la luz solar son beneficiosos, mientras que el clima frío tiene un efecto contrario.
- Estrés
- Traumatismos cutáneos
- Reacciones fototóxicas (luz solar, UVB, PUVA)
- Activación de la inmunidad celular local inducida por alérgenos, infecciones o inmunizaciones.
- Activación o alteración inmunológica sistémica (hipersensibilidad a drogas u otros antígenos, infecciones por estreptococos del grupo A, infección HIV).
- Drogas (corticoides, litio, antipalúdicos, bloqueadores beta, anti-inflamatorios no esteroides, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, etc).
- Factores endocrinos: adolescencia, pre-menstrual, embarazo y post-parto, post menopausia, tratamientos con estrógenos.
- Desórdenes metabólicos: hipocalcemia, diálisis.
- Tensión nerviosa.

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Café
- Fármacos: litio, beta bloqueantes, AINE, otro.
- Dieta: frutas y verduras mejoran la psoriasis.
- Asociación con otras enfermedades.

Trauma físico, fenómeno de Koebner



En 1872 Koebner describió a un paciente que cinco años después del desarrollo de psoriasis había notado que las agresiones traumáticas a la piel producían lesiones psoriásicas. Más específicamente la psoriasis aparecía en los lugares precisos en que había sido mordido por su cabello. Poco tiempo después se generalizó su psoriasis. Koebner postuló que podría haber intervalos en el curso de la psoriasis en los cuales los traumatismos cutáneos producían la enfermedad.

Esta descripción sugiere que el fenómeno de Koebner en pacientes con psoriasis aumenta en períodos de enfermedad activa. Entre los pacientes con la reacción de Koebner es más probable que la enfermedad haya comenzado a edad temprana y que hayan requerido múltiples tratamientos para controlarla.

Infecciones

Las infecciones son un factor desencadenante del comienzo o de la exacerbación de la psoriasis y pueden ser del tipo bacterianas, micóticas, virales.

- Bacteriana: la mitad de los casos en niños se asocian a infecciones del tracto respiratorio superior.
- Micóticas: en los pliegues dérmicos y en el cuero cabelludo que pueden favorecer el agravamiento de la psoriasis.
- Virales: la infección por HIV e inmunosupresión puede dar lugar a una psoriasis severa y refractaria al tratamiento habitual.

Los pacientes pueden presentarse con dos patrones clínicos diferenciados: el primero es localizado, con placas en gotas y el segundo es una forma de dermatitis psoriasiforme más difusa, que suele asociarse con queratodermia palmoplantar.

A veces el segundo patrón es la primera manifestación clínica de la infección por HIV.

Estrés

Existen estudios clínicos que demuestran que confirman que la psoriasis empeora por estrés en alrededor del 40 % de los casos.

No se han encontrado trastornos o rasgos de personalidad que sean únicos de los pacientes con psoriasis.

Sitios anatómicos

Ciertos sitios anatómicos tienen tendencia a desarrollar la enfermedad y como tales pueden considerarse dentro de los efectos desencadenantes. En la psoriasis crónica estacionaria el cuero cabelludo se ve afectado con mayor frecuencia, seguido de las rodillas y los codos.

Enfermedades concomitantes.

Existen datos que revelan la existencia de enfermedades asociadas con la psoriasis.

- Artritis
- Enfermedad de Crohn
- Enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes
- Los pacientes con psoriasis tienen un riesgo pronunciado de padecer cáncer

II.9. Patología

Psoriasis crónica (en placas):

- La epidermis es de tres a cinco veces mayor que lo normal. La capa granulosa se encuentra ausente sobre los extremos de las papilas dérmicas.
- La dermis posee papilas finas, alongadas. Estas papilas contienen capilares dilatados y tortuosos.
- Un infiltrado inflamatorio moderado alrededor de los vasos sanguíneos compuesto por linfocitos, macrófagos, neutrófilos, y un número elevado de mastocitos.
- En este tipo de psoriasis el número de neutrófilos es escaso en comparación con la psoriasis en gotas en las que son más numerosos.



Psoriasis eruptiva (en gotas):

La psoriasis eruptiva, en especial durante los primeros días de su evolución, puede diferenciarse de la psoriasis en placas por las siguientes características:



- Se produce una exudación de suero desde los extremos de las papilas hacia el interior de la epidermis con acumulación de neutrófilos.

II.10. Patogenia

Características generales: la psoriasis representa un proceso de proliferación celular e inflamación excesivo pero controlado. El rol de los mecanismos inmunológicos está observado por un número importante de linfocitos T activados en la epidermis alterada y la dermis, por la presencia de macrófagos y por los efectos de la terapia inmunosupresora.

Los cambios más acentuados consisten en la proliferación existente y aumentada de queratinocitos asociado a un patrón inflamatorio característico.

Está considerado que el carácter genético es una característica de la psoriasis. La herencia es poligénica con una tasa de riesgo genético mayor para familiares de primer grado de pacientes con psoriasis de comienzo temprano.

Proliferación de queratinocitos

Una de las características más sobresalientes de la piel afectada en los pacientes con psoriasis es la hiperproliferación.

Hoy en día se sabe que en la piel afectada de los pacientes con psoriasis el ciclo celular epidérmico es más de 8 veces más corto que el normal. Estas alteraciones producen una epidermis hiperplásica que genera un 60 % de células por día, de un comportamiento proliferativo. Esto significa que la proliferación epidérmica es casi dos veces mayor que la normal en la piel de apariencia normal de estos pacientes. Sin embargo, la proliferación excesiva no produce por sí misma una lesión de psoriasis.

Inmunopatología

Es importante, la participación del sistema inmune en la etiología y la patogenia de la psoriasis.

Entre ellos se puede mencionar:

- La presencia de numerosos linfocitos T activados en las lesiones psoriásicas.

- Los efectos antipsoriasisicos de los tratamientos que reducen la activación e infiltración de los linfocitos T cutáneo.
- La expresión inmunodependiente de moléculas de adhesión sobre los queratinocitos psoriásicos.

Linfocitos T:

Las células que predominan en las lesiones psoriásicas son los linfocitos T activados, los macrófagos y las células polimorfonucleares. En una lesión temprana se observan macrófagos en la epidermis, seguidos de linfocitos y neutrófilos.

Los linfocitos T CD4 son los primeros que migran hacia la piel; y la enfermedad se agrava a medida que se desarrollan nuevas lesiones. Un gran porcentaje de linfocitos TCD4 migran hacia la piel y la enfermedad se agrava a medida que surgen nuevas lesiones.

Los linfocitos TCD4 se localizan en la dermis afectada, mientras que entre las que migran a la epidermis predomina el fenotipo CD8 (killer). Estos linfocitos se activan y expresan niveles elevados de IL2.

El análisis de los tipos de receptores de linfocitos T reveló una expansión de linfocitos T derivadas de lesiones psoriásicas cutáneas.

Se ha podido demostrar que el repertorio de receptores de linfocitos T en lesiones cutáneas se mantiene constante durante varias exacerbaciones de la psoriasis en el mismo paciente.

La migración de linfocitos T en la piel psoriásica es mediada por receptores que se encuentran sobre las células endoteliales dérmicas o en las células endoteliales papilares.

La migración de linfocitos T en la piel es estimulada por mediadores lípidicos, quimiotaxinas peptídicas y péptidos aún no caracterizados.

La extravasación de linfocitos T, monolitos y neutrófilos se produce luego de su adhesión a las células endoteliales mediada por moléculas de adhesión. En la lesión psoriásica las células endoteliales muestran un aumento de la expresión de la molécula intercelular 1 (ICAM 1) y de selectina-E.

Existe un subgrupo de linfocitos T de memoria con preferencia por la piel. Estas células se unen a la selectina-E y su número se encuentra muy aumentado en la psoriasis.



* CAPÍTULO 3: Artritis **PSORIÁSICA**

PSORIASIS
en la actualidad



III. Artritis psoriásica

La artritis psoriásica es una inflamación autoinmune mediada por linfocitos T CD 8 que afecta ligamentos, tendones, fascias y articulaciones vertebrales y periféricas en personas con psoriasis.

El proceso patológico de la artritis psoriásica muestra muchos paralelismos con los procesos presentes en las lesiones de la piel, la artritis psoriásica se observa en el 10% de los individuos con psoriasis diagnosticada, pero en el 10 al 15 % de estos pacientes con artritis psoriásica, la artritis aparece junto con la primera evidencia de enfermedad cutánea o bien no se detecta ninguna afección cutánea.



En paralelo con la enfermedad cutánea, la artritis psoriásica se exacerba en situaciones de estrés físico, de inflamación inespecífica.

A diferencia de las enfermedades autoinmunes, la artritis psoriásica tiene mayor prevalencia en los pacientes con SIDA, sin embargo la artritis psoriásica es una forma autoinmune de artritis.

Se la clasifica como una de las enfermedades del grupo de espondiloartritis seronegativas, entre las que se incluyen la espondilitis anquilosante, el síndrome de Reiter, la artritis enteropática, entre otras.

La artritis psoriásica se distingue, por dos patrones principales de compromiso articular.

- Enfermedad axial predominante, la forma menos frecuente, que consiste en sacroilitis con artritis periférica o sin ella.
- La forma más frecuente de enfermedad periférica sin sacroilitis.

III.1. Aspectos históricos

La identificación de artritis psoriásica en restos óseos de personas que intentaban localizar refugio en monasterios del medio oriente, indica que la psoriasis y la artritis psoriásica representaban una de las formas de lepra bíblica.

En 1860 Bazin designó a esta afección como artritis psoriásica.

Luego de la segunda guerra mundial, se enfatizó la existencia de la artritis psoriásica, utilizando como criterios la ausencia del factor reumatoideo, entesitis y espondilitis.

III.2. Estadios de la patogenia

Tanto la psoriasis como la artritis psoriásica, se desarrollan en estadios que comienzan con una predisposición genética y finalizan con la enfermedad articular manifiesta.

1. La fase de predisposición se prolonga por dos o más décadas. Los genes contribuyen a definir la predisposición de un individuo a desarrollar psoriasis y artritis psoriásica, ya que la transmisión hereditaria tiene un patrón que se observa en muchas otras enfermedades autoinmunes.
2. El segundo estadio de la enfermedad consiste en la activación de uno o más clones de linfocitos CD8 dirigidos contra un autoantígeno, siendo la primera parte de una respuesta inmune adaptativa.

Existen eventos que desencadenan la conversión de los linfocitos TCD8 en autorreactivos.

3. La tercera fase de la inmunopatogenia de la respuesta inmune que lleva a la enfermedad cutánea consiste en la expansión clonal de los linfocitos TCD 8 y su diferenciación en un fenotipo conducido por autoantígenos psoriásicos. Finalmente la fase de la psoriasis sin compromiso articular dura cerca de una década y luego aparece la fase artrosica. Finalmente la cantidad de clones de linfocitos T efectores se acumula hasta lograr iniciar una respuesta autoinmune contra los queratinocitos dérmicos que induce la enfermedad.
4. En algunos individuos con psoriasis la respuesta autoinmune avanza hasta afectar la articulación. Hay dos alternativas posibles, por un lado, la respuesta autoinmune que afecta la articulación es idéntica a la que afecta a la piel o existe una respuesta inmune adicional específica de las articulaciones que reconoce un péptido distinto del reconocido en los queratinocitos.
5. En esta etapa luego de que un linfocito TCD8 reconoce al péptido responsable de la psoriasis y de la artritis psoriásica, responde con una activación y una proliferación que conduce la respuesta inflamatoria responsable de la inflamación y la destrucción de la articulación.; a consecuencia de esto se produce una cascada de respuestas inmunes secundarias en el tejido articular.

Finalmente la combinación de quimionas, factores proinflamatorios y citosina produce la inflamación, la destrucción y la fibrosis de las articulaciones y los tendones.

III.3. Manifestaciones clínicas: comienzo y desarrollo

La artritis psoriasica se desarrolla en promedio diez años después de la aparición de la psoriasis, suele presentarse a cualquier edad.

Se considera que la aparición temprana de este tipo de artritis es típica en los casos con fuertes antecedentes familiares.

La presentación en una fase más temprana de la adultez o en niños, esta asociada a una mayor probabilidad de artritis destructiva.

La artritis suele instalarse a veces de manera abrupta, luego de una lesión articular. Este síntoma suele confundirse con la enfermedad de la gota o el síndrome de Reiter.

En la evolución posterior, se observa un edema en las manos o los pies, a veces asimétrico, secundario a la entesitis y a la tenosinovitis como primera manifestación de la artritis psoriásica.

El desarrollo del dolor dorsal inflamatorio permite reconocer la enfermedad, y este síntoma puede ser la primera manifestación de la artritis psoriásica. Mientras que los síntomas constitucionales, como fiebre y malestar general, solo se observan en casos de instalación fulminante.

La velocidad de eritrosedimentación y el nivel de complemento en suero suelen estar elevados, lo que lleva a la activación de reactivos de fase aguda por parte de las citosina.

Manifestación inicial:

- Presentación antes de los 40 años
- Dolor profundo e insidioso en glúteos y en la zona lumbar
- Mal localizad, no sigue el recorrido de la raíz nerviosa
- Persiste por más de tres meses
- Dolor y rigidez al levantarse por la mañana o durante el sueño
- Suele mejorar con el ejercicio

III.4. Formas en las que puede presentarse la artritis psoriasica

- Asimétrica: puede involucrar pocas o varias articulaciones pero no en el mismo lado del cuerpo.
- Simétrica: es parecida a la artritis reumatoidea. Afecta usualmente articulaciones pares y simétricas en el cuerpo.
- Interfalángicas distales: afecta los dedos de las manos y pies, en la parte cercana a las uñas

III.5. Patrones y radiología de la enfermedad articular

La artritis psoriásica puede reconocerse en el paciente y a través de los estudios radiológicos si se toman en cuenta los patrones de la afección articular periférica y los hallazgos asociados a la enfermedad ungueal.

Un cierto porcentaje de las personas con el diagnóstico de artritis psoriásica tienen manifestaciones de oligoartritis periférica, que afecta las pequeñas articulaciones de las manos y los pies, como también las grandes articulaciones de las piernas o una combinación de varias articulaciones.

La afección de las manos y pies puede incluir rigidez y dactilitis, la aparición de dactilitis en un paciente con psoriasis es muy sugestiva de artritis psoriásica.

En algunos casos, la manifestación inicial o única de la artritis psoriásica es la rigidez del dedo gordo, lo que demuestra la naturaleza sutil de la inflamación articular y la necesidad de su reconocimiento temprano.

Las grandes articulaciones afectadas en la artritis psoriásica son las caderas, las rodillas, y los tobillos.

Cerca del 5% de las personas que poseen artritis psoriásica, las lesiones articulares son destructivas. Es frecuente que alguna de las articulaciones presenten una destrucción desproporcionada con respecto al resto de los órganos afectados por la enfermedad.

Existen algunos síndromes que simulan una artritis psoriásica pero que luego se manifiestan como entidades, el denominado síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis).

III.6. Artritis psoriásica infantil

La artritis psoriásica que afecta a los niños suele ser similar a la enfermedad en los adultos, pero es mucho más prevalente el compromiso monoarticular, en la rodilla.

A diferencia de la secuencia común en adultos, en casi la mitad de los pacientes jóvenes la artritis aparece antes que la enfermedad cutánea.

Se han desarrollado criterios para clasificar la artritis psoriásica infantil, en los que además de la presencia de artritis y psoriasis o antecedentes familiares de la enfermedad se destaca la dactilitis, las depresiones en las uñas, el compromiso simétrico, el curso de la enfermedad.

III.7. Evolución y pronóstico

Diagnóstico: el mismo se basa en examinar la piel y las articulaciones, análisis clínicos, radiografías de articulaciones, centellograma óseo y tomografía axial computada.

En la mayoría de los pacientes con artritis psoriásica se puede observar que las manifestaciones musculoesqueléticas son mas leves que las de artritis reumatoide.

Existen varios patrones de progresión de la enfermedad, en la mayoría de los casos la severidad de la artritis oscila pero la enfermedad se mantiene siempre activa.

Un índice elevado de pacientes en los que persiste la enfermedad activa, predomina también la enfermedad localizada leve, como por ejemplo dolor en los pies, o tendinitis.

En estos pacientes el pronóstico general es muy bueno. Otros pacientes con artritis psoriasisica progresan a la fibrosis de una u alguna de sus articulaciones, lo que puede pasar inadvertido durante mucho tiempo, en otros casos el compromiso articular es tan importante que no mejora con ninguna de las medidas terapéuticas específicas y progresa en forma independiente del estado de la enfermedad cutánea o de la enfermedad articular.

Las personas que posean un compromiso articular de la cadera o la rodilla pueden llegar a requerir un reemplazo articular.



* CAPÍTULO 4: TRATAMIENTOS

PSORIASIS
en la actualidad



IV. Tratamientos

En la actualidad existen muchas opciones para tratar la psoriasis, mientras se siguen desarrollando nuevas y diversas terapias inmunológicas, incluyendo a los agentes biológicos.

Todos los pacientes requieren de una evaluación individual realizada por un médico especialista y el tratamiento acorde a sus necesidades.

Existen varias estrategias terapéuticas combinadas, rotativas y secuenciales; es considerable pensar que el tratamiento de una enfermedad crónica como la psoriasis puede ser difícil para el paciente y el médico. Los efectos adversos son muy variables y deben tenerse en cuenta en la elección del tratamiento.

El objetivo ideal de un tratamiento, es lograr la desaparición de las lesiones e inducir a una remisión prolongada una vez suspendida la terapéutica, sin causar efectos tóxicos por las medicaciones utilizadas; esto no siempre es alcanzable, se logran mejorías parciales y las remisiones pueden durar poco tiempo, lo que obliga frecuentemente, a un tratamiento terapéutico en forma permanente.

Después de decidir la estrategia terapéutica, es preciso considerar las dosis, los efectos colaterales, la duración del tratamiento y el enfoque global, especialmente cuando se cambia de un tratamiento sistémico a otro.

La terapéutica actual se basa en la elección del tratamiento más eficaz y con el mayor perfil de seguridad para cada paciente en particular, a fin de brindarle rápidamente, una mejor calidad de vida. Todos los esquemas deben adecuarse a las necesidades del paciente y el tipo de patología.

Al elegir el tratamiento es preciso tener en cuenta factores como la actividad laboral, la posibilidad de embarazo, el consumo de alcohol, el acceso a la medicación, los cuadros concomitantes (artritis, diabetes), las reacciones a la luz solar y la respuesta a estrategias terapéuticas previas.

Los tratamientos tópicos, sistémicos, fototerápicos, y biológicos constituyen las cuatro variantes de tratamiento disponibles en la actualidad, estas pueden emplearse solas o combinadas, administrarse en forma alternadas o secuencialmente, se puede elegir la opción de iniciar un tratamiento con un fármaco sistémico o biológico o mantener el control con fototerapia y/o tratamientos tópicos.

No existe por el momento ninguna terapia única o combinada efectiva en todos los casos de psoriasis o artritis psoriásica.

Hay que destacar que no se debe esperar el fracaso de un tratamiento para que el paciente reciba otro más adecuado.

IV.1. Factores que deben considerarse al elegir un tratamiento

- Tipo de psoriasis
- Lograr un control inicial rápido de la enfermedad
- Su severidad y extensión. Lograr disminuir el Área de Superficie corporal afectada por la psoriasis.
- Disminuir el eritema, las escamas, y el grosor de las lesiones.
- Mantener la remisión a largo plazo y evitar las recaídas.
- Evitar los efectos adversos en la medida de lo posible
- Síntomas.
- Antecedentes
- Sexo y edad del paciente
- Presencia de artritis
- Estado de salud general
- Ingesta de medicamentos y otras drogas
- Actividad laboral.
- Interacciones medicamentosas
- Antecedentes y respuesta a terapéuticas previas
- Dificultades para realizar los tratamientos
- Accesibilidad al tratamiento
- Experiencia del médico tratante
- Factores económicos.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

El tratamiento de la psoriasis infantil debe considerar medicaciones eficaces con la menor incidencia de efectos adversos, ya que la enfermedad demandará varios ciclos de tratamientos a lo largo de la vida. Es importante tener en cuenta la prevención y el tratamiento de los factores agravantes de la enfermedad. También se debe evaluar el perfil psicológico del paciente y su familia.

IV.2. Expectativas terapéuticas

- Eficacia
 - Dirigida a los blancos o efectores fisiopatogénicos de la enfermedad
 - Respuesta clínica rápida
 - Eficaz como monoterapia
 - Sin taquifilaxia: permite la administración por tiempos prolongados.

- Seguridad
 - Debe permitir una terapéutica de uso crónico ilimitada
 - Debe permitir la adecuación a diferentes requerimientos y necesidades (niños, adultos, ancianos).
 - Pocas o ninguna interacción medicamentosa, ni contraindicación.
- Conveniencia/ aceptabilidad.
 - Fácil administración
 - Debe poseer buena aceptabilidad por parte de los pacientes
 - Costos que sean lo mas bajo posibles, privilegiando eficacia y seguridad.

IV.3. Modalidades terapéuticas

- ❖ Monoterapia: en estos casos se utiliza un solo agente terapéutico.
- ❖ Combinación: en este tipo de terapia, se emplean dos o más agentes terapéuticos por vez. En ocasiones, permite reducir la dosis de cada agente administrado, reduciendo la toxicidad.
- ❖ Rotacional: aquí se utiliza una terapéutica por un determinado tiempo para luego rotar a otra alternativa, esta estrategia se utiliza para reducir la toxicidad por uso prolongado y disminuir una posible resistencia al tratamiento.
- ❖ Secuencial: esta terapéutica se basa en el uso inicial de medicaciones muy potentes para controlar la psoriasis con rapidez, y después de una etapa de transición reemplazarlas por terapéuticas menos eficaces y con menor toxicidad.
- ❖ Intermitente: en algunos pacientes que le surgen brotes prolongados se puede suspender la medicación por períodos prolongados.

IV.3.1. Tratamiento único

En la fase inicial del tratamiento se utiliza monoterapia, ya que el empleo de un solo agente puede limitar los efectos colaterales, reducir los costos y facilitar el cumplimiento del tratamiento; pero el uso prolongado de monoterapia a dosis terapéuticas puede inducir toxicidad y los factores de riesgo podrían acumularse, en el caso que la monoterapia fracasa o aparece toxicidad, pueden agregarse uno o más agentes en forma combinada, rotativa y/o secuencial.

IV.3.2. Tratamiento combinado

La importancia de este tratamiento es que, en general, permite prescribir dosis más bajas, lográndose así menor toxicidad y mayor eficacia. Pueden combinarse agentes tópicos y sistémicos, u emplear dos drogas sistémicas.

La combinación de dos agentes sistémicos o de uno sistémico con fototerapia suele ser más efectiva que cada uno por separado, este tipo de tratamiento permite indicar dosis más bajas, suspender una medicación cuando se controla la enfermedad y continuar el mantenimiento con la más segura.

También permite usar dosis efectivas más bajas para minimizar la toxicidad y la posibilidad de combinar un agente más potente y menos seguro al principio por otro más seguro para el control a largo plazo.

¿Cuándo se indica este tipo de tratamiento?

- Ineficacia de la monoterapia
- Para evitar la toxicidad de un agente en particular.
- Para reducir efectos adversos
- Para lograr un tratamiento más adecuado a la medida de cada paciente.

Factores a tener en cuenta al elegir una combinación:

- Severidad de la psoriasis
- Expectativas del paciente
- Respuesta y efectos secundarios a tratamientos previos
- Eficacia y costo de los agentes a usar.

Limitaciones en la combinación:

- No aumentar la eficacia, Ej. UVB y corticoides tópicos.
- Incrementar la toxicidad, Ej. PUVA y ciclosporina.

Hay que recordar que además de las combinaciones farmacológicas correctas se debe buscar la asociación más apropiada para el paciente, por ejemplo en psoriasis hiperqueratósicas, el uso inicial de vaselina salicilada (preparado económico y poco tóxico), "limpia" las escamas y brinda mayor confort al paciente y facilitando la posterior absorción del principio activo.

Hay combinaciones no factibles, que no aumentan la eficacia del tratamiento o potencian efectos indeseables al ser tóxicos sobre el mismo órgano blanco.

Los órganos que más afectados resultan por la toxicidad de los agentes terapéuticos de la psoriasis son: hígado, riñón, piel, mucosas, sangre y médula ósea, y con menor frecuencia el metabolismo lipídico y aparato músculo- esquelético.

Combinaciones no factibles:

- Ciclosporina + Puva, aumenta el nivel de carcinogénesis
- Retinoides + MTX, aumenta la hepatotoxicidad
- Retinoides + calcipotriol, aumenta la irritación
- Antralina + ditranol, en la misma preparación provocan reducción de la eficacia del ditranol.
- Calcipotriol + Ac salicílico, disminuye la eficacia del calcipotriol
- Calcipotriol + UVB, deben utilizarse en ese orden.

IV.3.3. Tratamiento rotativo

Una de las virtudes del esquema rotativo es que puede facilitar el tratamiento a largo plazo, el cambio periódico de medicación logra minimizar la toxicidad sobre un órgano blanco y se evita el acostumbamiento.

Los agentes que producen toxicidad acumulativa se rotan cada 2 a 4 años, y luego pueden volver a prescribirse.

El uso de la rotación en el tratamiento de la psoriasis está basado en que las cuatro terapias mayores (metotrexato, acitretin, PUVA, ciclosporina) tienen perfiles de toxicidad independientes; además hay un margen relativo de seguridad en el uso inicial de cada tratamiento.

Los efectos colaterales, como la hepatotoxicidad del metotrexato, se puede disminuir en los intervalos libres de drogas ya que, el parénquima hepático pueden regenerar o reemplazar el daño inducido por el metotrexato.

Tanto la hipertensión y alteraciones renales inducidas por ciclosporina, lesiones cutáneas secundarias a la fototerapia, pueden revertirse en forma completa cuando se suspende la medicación.

La secuencia usada en la rotación es:

- PUVA o UVB es elegida primero debido a que ambos tratamientos son efectivos y las toxicidades a largo plazo no son serias.

- La segunda modalidad es MTX porque es también efectiva y la probabilidad de inducir enfermedad hepática es menor si se lo usa apropiadamente.
- Las terceras y cuartas elecciones serían acitretin y ciclosporina A.

A medida que se desarrollan nuevos agentes, el círculo se amplía y los intervalos de rotación pueden modificarse.

¿Cuándo se realiza la rotación?

- Cuando se produce un rebrote.
- Ante la ineficacia creciente por acostumbramiento de agentes en uso.
- Por efectos secundarios intolerables o toxicidad de medicaciones que se están utilizando.
- Proximidad a dosis acumulativa tóxica de agentes en uso.
- Al llegar a un tiempo pre-determinado de tratamiento.

¿Cómo elegir el próximo agente terapéutico?

- Requerimientos del paciente
- Respuesta a tratamientos previos.
- Efectos adversos y costos de drogas a usar.

¿Cuándo se eligen agentes secundarios (ciclosporina, hidroxiurea, sulfasalazina,) para reemplazar a los primarios (PUVA, MTX, UVB con o sin coaltar y retinoides)?

1. Por toxicidad acumulativa del agente.
2. Efectos adversos intolerables.
3. Ineficacia.

Frecuencia de la rotación:

1. Respuesta a esquema en uso
2. Dosis segura/eficacia en tratamientos de mantenimiento
3. Efectos adversos de medicaciones empleadas.

IV.3.4 Tratamiento secuencial

Este esquema implica el empleo de agentes específicos en una secuencia determinada, para acelerar la respuesta inicial y la probabilidad de éxito, minimizar los efectos colaterales y facilitar la transición al tratamiento de mantenimiento.

Se administra siguiendo una secuencia que consta de: una fase de control rápido, luego una fase de transición y finalmente una fase de mantenimiento.

Los agentes tópicos pueden prescribirse en forma secuencial para incrementar la respuesta inicial, minimizar la recurrencia de la psoriasis y evitar el rebote de los corticoides.

IV.4. Agentes Tópicos

Corticoides: los corticoides tópicos en lociones, soluciones, cremas, espumas, ungüentos, geles y aerosoles suelen emplearse en la psoriasis leve a moderada.

1. *Posología:* las potencias de los glucocorticoides tópicos son muy variables, desde los menos potentes como la hidrocortisona al 1 % hasta los de mayor potencia como el propionato de clobetasol. Idealmente, los corticoides muy potentes no deben usarse durante más de dos semanas.
2. *Efectos colaterales:*
 - los lactantes y niños son más susceptibles a la supresión del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, a causa de la mayor proporción entre su superficie cutánea y su masa corporal.
 - Atrofia de la epidermis y la dermis; la aplicación a largo plazo puede alterar la piel, que se torna delgada, brillante y frágil, se lacera con facilidad y es propensa a la púrpura y a las estrías.
 - Taquifilaxia. la utilización reiterada de esteroides tópicos es problemática, porque la eficacia parece disminuir en forma gradual, esta desventaja llevo al desarrollo de esquemas intermitentes que consisten en la aplicación de corticoides muy potentes en pulsos (ejemplo: los fines de semana).

Antralina: la antralina es una crema amarillenta que se emplea en la psoriasis leve a moderada y las lesiones refractarias del cuero cabelludo, desde la aparición del calcipotrieno y el tazoroteno se usa cada vez menos.

Se ha desarrollado la crema de antralina al 1% termosensible que libera el componente activo a la temperatura de la piel y q posiblemente produciría menos manchas en las zonas tratadas.

1. *Posología:* las cremas de antralina (menor al 1%) se aplican durante la noche, pero cuando es antralina al 1% se deja mucho menos tiempo (hasta un máximo de una hora). El tratamiento con esta droga podría minimizar la tinción y la irritación.
2. *Efectos colaterales:*
 - Mancha la piel, la ropa y los muebles. La antralina al 1% termosensible libera el componente activo a la temperatura cutánea y podría teñir menos la piel, pero no así otras superficies.
 - Irritación cutánea. Cuando se retira la antralina, es factible aplicar trietanolamina para prevenir o reducir la irritación.

Coaltar (alquitrán de hulla): el coaltar se utilizó durante muchos años como adyuvante, pero fue reemplazado por el calcipotriol y el tazaroteno.

1. *Posología:* existe coaltar en champú, en gel que se aplica sobre las lesiones y en soluciones que se agregan al agua del baño.
2. *Efectos colaterales:*
 - Mancha la piel y la ropa; en general tiene mal olor.
 - Aumenta la sensibilidad a la luz solar.

Análogos de la vitamina D:

Calcipropiol al 0,005% en ungüento, crema y solución:

El calcipropiol es un análogo de la vitamina D que se utiliza en la psoriasis en placas y en la psoriasis de cuero cabelludo moderada. No mancha ni irrita la piel. Cuando se aplica dos veces por día es tan eficaz como los corticoides tópicos de clase II, pero sin sus efectos colaterales.

La combinación de calcipropiol y un corticoide muy potente es superior a cualquiera de los dos agentes por separado. Debe aplicarse después de la fototerapia, ya que si se utiliza antes podría producirse una sensación urticante.

1. *Posología:* se aplica en el área afectada una a dos veces por día, durante un máximo de 8 semanas.
2. *Efectos colaterales:*
 - Dermatitis de contacto en el área de aplicación.

Retinoides tazaroteno tópico al 0,05% y 0,1% en gel y crema:

El tazaroteno es un retinoide tópico que carece de los efectos colaterales de los corticoides. El gel y la crema se prescriben en la psoriasis en placas estable. La crema se usa en la psoriasis en placas estable que afecta hasta el 20% de la superficie corporal. La

combinación de tarzarteno y corticoides evita la dermatitis de contacto y ofrece mejores resultados que los corticoides solos.

1. *Posología:* se aplica una vez por día, en general al atardecer.
2. *Efectos colaterales:*
 - Dermatitis en el área de aplicación, en especial cuando se emplea gel al 0,1%.
 - Mayor riesgo de quemadura solar.
 - Embarazo. No deben emplearse retinoides en las embarazadas y mujeres que podrían concebir.

V.5. Fototerapia

La luz ultravioleta (UV) posee múltiples efectos sobre la piel, tanto beneficiosos como perjudiciales como: metabolismo de la vitamina D, envejecimiento, melanogénesis, supresión inmune cutánea, entre otros.

La fotoquimioterapia consiste en la aplicación de la luz ultravioleta, previa a la utilización de sustancias que aumentan la sensibilidad de la piel a dichas radiaciones.

El espectro luminoso es la parte del espectro electromagnético que comprende entre los 300 y 1500 nm., dentro de él están el espectro visible y el espectro luminoso no visible.

El espectro visible (llamado también ventana óptica) comprende desde los 380 nm hasta los 780 nm., por encima de él se encuentran las radiaciones infrarrojas y por debajo de los 380 nm están las radiaciones ultravioletas; es así como la radiación ultravioleta representa apenas sólo una pequeña porción del espectro electromagnético situada entre los rayos X y el espectro de luz visible, con longitudes de onda de 10 a 400 nm, dentro de los cuales están:

UV-B de 290 a 320 nm

UV-A de 320 a 400 nm.

UVA:

Este tratamiento expone al paciente a una fuente artificial de rayos UVA (320-400 nm). Cuando se la utiliza como monoterapia, induce mejoría leve a moderada pero no se recomienda si se dispone de otras formas de fototerapia.

PUVA:

La terapia PUVA es una alternativa eficaz en el tratamiento de la psoriasis. Su nombre se debe a la combinación de sustancias fotosensibilizantes llamadas psoralenos (P), con luz ultravioleta de onda larga (UVA).

Los psoralenos son compuestos naturales, que provienen de plantas como perejil, apios, higueras y tilo, son compuestos fotoactivos que en monoterapia no aportan beneficios terapéuticos, a no ser que se combinen con radiación de onda larga (UVA).

Logrando de esta manera, una disminución de la síntesis del ADN y supresión de la división celular.

Este tratamiento combina el empleo de 8-metoxip-soraleno (Metoxsaleno) (8-MOP) por vía oral antes de los rayos UVA para tratar la psoriasis moderada a grave. Se administra 2 ó 3 veces por semana, después de 20 a 30 sesiones, casi el 90% de los pacientes experimenta disminución acentuada o desaparición de las lesiones.

Esta terapia ha declinado porque se asocia a neoplasias cutáneas (este fenómeno sólo se describe en pacientes de raza blanca); es factible combinar PUVA con terapias tópicas o sistémicas: acitretina, metotrexato o agentes biológicos.

El tratamiento con PUVA ha mostrado ser eficaz en diversas dermatosis, algunas de ellas no relacionadas con hiperproliferación, por lo que es probable que exista más de un mecanismo de acción.

1. Posología:

- *Metoxsaleno ultra*: 0,4 mg/kg vía oral 90 minutos antes de la irradiación UVA.
- *Metoxsaleno (cristalino)*: 0,6 mg/kg vía oral, 2 horas antes de la irradiación UVA.
- La dosis de UVA depende del fototipo de piel. Es preciso controlar la emisión de rayos UVA con un fotómetro.
- En los pacientes con riesgo de cáncer de piel o que prefieren una fotoquimioterapia más rápida y efectiva podría efectuarse RE-PUVA (Retinoide más PUVA).

2. Efectos colaterales:

- Las pecas inducidas por PUVA, que pueden persistir durante años, en ocasiones originan un cáncer de piel.
- Fototoxicidad: los pacientes deben evitar el sol o utilizar pantallas que bloqueen los rayos UVA el día que reciben psoralenos.
- Náuseas.
- Los pacientes deben evitar las camas solares, porque su combinación con el uso de psoralenos podría provocar quemaduras que pongan en peligro la vida.
- Si el paciente recibe alguna droga fotosensibilizante (quinolonas) y no puede suspenderla, debe tomarla después del tratamiento PUVA y nunca antes.

- En pacientes que reciben medicaciones que incrementan la fotosensibilidad, la fototerapia debe administrarse con cautela. Ya que el intervalo entre el agente fotosensibilizante y la fototerapia debe ser lo más prolongado posible.
- Náuseas, mareos, y cefaleas.
- A largo plazo obligan a limitar el tratamiento con PUVA en pacientes con psoriasis diseminada y severa. Un efecto colateral temprano importante es el prurito, por lo general controlado mediante la aplicación tópica de emolientes o glucocorticoides de baja potencia.
- Entre las secuencias tardías se encuentran el espectro de daño cutáneo a largo plazo, como la elastosis solar, la piel seca y arrugada y la hiperpigmentación e hipopigmentación.

3. *Ventajas:*

- Se evita la exposición de la cara
- No se producen náuseas.
- Se minimiza el riesgo de lesión ocular.
- Se reduce la irradiación UVA total.
- El riesgo de carcinomas cutáneos inducidos por PUVA podría ser menor.

Balneoterapia con PUVA:

Consiste en administrar el fotosensibilizante (8-MOP) a la piel es a través del agregado de este compuesto al agua del baño.

Las principales ventajas de la balneoterapia con PUVA son la ausencia de efectos colaterales, como trastornos gastrointestinales, y la posibilidad de reducir la dosis total de radiación UV a un cuarto de la requerida con el tratamiento convencional con PUVA para obtener resultados similares, esto reduce el riesgo de cáncer de piel no melanoma; además en los pacientes tratados con PUVA es menos frecuente el eritema, y no se requiere protección ocular con anteojos.

Se ha demostrado que la balneoterapia con PUVA disminuye la proliferación de queratinocitos y suprime la activación de linfocitos T lesionales.

Balneofototerapia:

La combinación de baños de agua salada (grandes concentraciones) y la exposición a la luz solar es un tratamiento eficaz para la psoriasis.

Esta estrategia terapéutica se ha vuelto más popular en Europa, en donde se utilizan baños de agua salada concentrada junto con fuentes artificiales de radiación UVB en centros de tratamiento de psoriasis.

Un mecanismo de acción posible de los baños de agua salada concentrada es la elusión de mediadores peptídico biológicamente activos y enzimas como la elastasa leucocitaria humana de la piel inflamada.

UVB de banda ancha:

Este tipo de radiación es la más utilizada en la psoriasis moderada a grave y las placas localizadas rebeldes, puede combinarse con agentes tópicos y/o sistémicos para incrementar la eficacia, pero esta alternativa podría aumentar la fotosensibilidad.

La combinación de rayos UVB y medicación sistémica podría ser muy eficaz y permitir reducir las dosis de drogas sistémicas.

El esquema de Goeckerman, conocido desde 1925 esta terapia consiste en la utilización de alquitrán de hulla más radiación UVB. El alquitrán es un producto derivado de la destilación de sustancias orgánicas como carbón, madera, aceite y petróleo, su mecanismo de acción consiste en inhibir la síntesis de ADN de las células basales de la epidermis, reduciendo así el índice de mitosis.

El alquitrán de hulla tiene un efecto antiproliferativo directo en la lesión psoriásica, en consecuencia permite que la piel afectada retome su proceso normal de diferenciación y proliferación.

Esta terapia representa una de las alternativas más efectivas para el tratamiento de la psoriasis, alcanzando un 90 % de remisión.

Esto sugiere que el método Goeckerman puede ser usado con un mínimo riesgo para cáncer de piel en el tratamiento para psoriasis.

También puede ser utilizado en pacientes que presentan lesiones localizadas resistentes, por ejemplo en los codos.

1. *Posología:* la dosis de UVB a administrar se basa en el tipo de piel. La irradiación de UVB banda ancha se administra 3 a 5 veces por semana durante 1 a 2 meses o más, en especial si se requiere tratamiento de mantenimiento.
2. *efectos colaterales:*
 - Incremento de la fotosensibilidad y las quemaduras si no se adecua la dosis de UVB al paciente.
 - Evitar tomar metotrexato antes de la fototerapia, ya que podría provocar quemaduras.
 - **UVB de banda angosta:**

La longitud de onda de rayos UVB más efectiva en la psoriasis moderada a graves es de 311 nm. La irradiación UVB de banda estrecha es superior a la de banda ancha y más segura que el esquema PUVA.

La eficacia de la irradiación UVB de banda estrecha es similar a la del PUVA en el control inicial, pero las remisiones no son tan duraderas.

1. *Efectos colaterales:* las quemaduras son más graves y prolongadas que las inducidas por los rayos UVB de banda ancha.

IV.6. Agentes sistémicos

Acitretina:

La acitretina es un retinoide sintético, derivado de la vitamina A, efectivo en la psoriasis en placas, pustulosa, palmoplantar, guttata y eritrodérmica; al cabo de 12 semanas se observa un descenso del 57% del índice de gravedad y del área afectada. La respuesta inicial es más lenta que con los otros fármacos. Un elevado porcentaje de los pacientes muestra mejoría acentuada después de un año de tratamiento. El empleo a largo plazo es seguro, como no existen restricciones temporales, es útil como droga de mantenimiento.

Su gran ventaja es que son los menos tóxicos debido a que sus efectos adversos no son tan peligrosos.

No se utilizan en pacientes con alteraciones hepáticas y renales; se emplean con cuidado en mujeres en edad fértil (ya que es teratogénico), en fumadores, bebedores de alcohol, en obesos y en diabéticos.

En los esquemas combinados, la acitretina aumenta la eficacia y permite reducir las dosis de todos los agentes.

Cabe señalar que:

- La combinación con PUVA o UVB es más efectiva en la psoriasis en placas y en gotas; disminuye la frecuencia, duración y dosis acumulativas de la medicación.
- La combinación con metrotexato es efectiva en la psoriasis pustulosa generalizada grave o en caso de segunda opción por la de falta de respuesta a la ciclosporina.
- Si la función renal no es correcta se iniciaría el tratamiento con retinoides.
- Si el paciente es hipertenso se prescribe ciclosporina.
- El tratamiento secuencial con ciclosporina y acitretina es eficaz en la psoriasis generalizada grave.

Primero se prescribe ciclosporina como monoterapia para controlar las lesiones; después se agrega acitretina para el mantenimiento y se reducen las dosis de ciclosporina.

Efectos colaterales: estos son poco importantes aunque molestos, lo que facilita el abandono del tratamiento por parte del enfermo.

- Cefaleas
- Granulomas pirógenos (con frecuencia periungueales)
- Alteraciones óseas

- Hiperlipidemia
- Depresión
- Interacciones medicamentosas
- Alopecia
- Fragilidad cutánea
- Piel untuosa
- Sequedad ocular
- Sequedad bucal
- Sequedad nasal
- Utilizada con metotrexato provoca hepatotoxicidad.

Efectos adversos: dichos efectos dependen de la dosis; los síntomas más importantes son queilitis, prurito generalizado, sequedad de la piel y pérdida de la capa córnea de palmas y plantas que produce dolor en estas zonas. La pérdida de cabello puede ser considerable durante el tratamiento con acitretina hay a veces también dolor muscular, dolor articular y molestias gastrointestinales.

Ciclosporina:

La ciclosporina es un inmunosupresor desarrollado en la década del 70 para tratar el rechazo del trasplante renal, años más tarde se obtuvo una micro emulsión que se absorbe mejor y se prescribe en la psoriasis en placas grave rebelde.

La ciclosporina es muy efectiva y a corto plazo podría ser más segura que el metotrexato, ya que no produce depresión medular y no suele ser hepatotóxica, además es un fármaco de primera elección, porque sus efectos tóxicos son siempre dosis dependientes y por lo tanto carece de toxicidad aguda que sí puede presentarse con otros fármacos como el metotrexato.

Su elección como fármaco de primera elección se hace absolutamente obligatoria cuando se trata de una mujer joven en edad de procrear, en hepatópatos de ambos sexos, donde no pueden indicarse los retinoides ni el metotrexato, y cuando se trata de formas inflamatorias.

Como podría ser nefrotóxica, sólo se indica durante 1 año por vez. Un buen método para controlar la nefrotoxicidad consiste en reducir la dosis de ciclosporina.

Efectos adversos:

- Hipertensión arterial
- Inmunosupresión Nunca se dará en pacientes que posean las siguientes circunstancias:
 - Neuropatía

- Infección activa o latente
- Pacientes en tratamientos con fármacos nefrotóxicos.
- Inmunosupresión significativa.
- Neoplasias internas.
- Temblor, fatiga
- Aumento del colesterol
- El tratamiento a largo plazo aumenta el riesgo de contraer cáncer de piel

Efectos colaterales:

- Nefrotoxicidad
- Neoplasias, carcinomas cutáneos, y linfomas
- Hipertensión
- Acne
- Hiperlipidemia
- Hiperuricemia
- Náuseas, cefaleas, astenia, mialgias.
- Consumir jugo de pomelo junto con ciclosporina, puede elevar los niveles de esta última.

Metotrexato:

Este fármaco fue aprobado en EEUU en la década del 70 y sigue siendo uno de los agentes más efectivos, sobre todo en la artritis psoriásica. También se emplea en la psoriasis eritrodérmica y pustulosa.

Se considera que en caso de no poder utilizar la ciclosporina A siempre que el enfermo no sea hepatópata se opta por este fármaco.

La dosis habitual de metotrexato es de 10 a 25 mg una vez a la semana, este se administra por vía intravenosa o intramuscular para obtener mayor eficacia y control del tratamiento; puede administrarse también en forma oral con un esquema de dosificación de 5 mg cada 12 horas durante un período de 36 horas; a veces este régimen es tan efectivo como el tratamiento con una dosis parenteral semanal.

Sus ventajas son el bajo costo económico, la cómoda dosificación y la rápida respuesta inicial.

Es hepatotóxico, teratogénico, e inmunosupresor.

Efectos adversos:

- Erosiones de todo el tracto gastrointestinal
- Mucositis oro-faríngea

- Estomatitis ulcerosa
- Diarreas y trastornos intestinales
- Adelgazamiento de los pelos del cuero cabelludo
- Fotosensibilidad
- Riesgos oculares
- Anemia, leucopenia
- Trombocipenia
- Cirrosis y fibrosis hepáticas
- Teratogenia y efecto sobre la espermatogénesis: obliga a las mujeres y hombres fértiles, a utilizar medidas anticonceptivas hasta un mes después de última dosis en la mujer y hasta tres meses en el hombre.
- Susceptibilidad a la interacción con fármacos de uso corriente como son los antiinflamatorios no esteroideos, salicilatos y el cotrimozasol. Estas características hacen que no utilicemos nunca el metotrexato en hepatópatas y se realice con suma prudencia en ancianos, bebedores de alcohol, mujeres y hombres fértiles, pacientes proclives a la automedicación y aquellos con insuficiencia renal.
- Su posible toxicidad aguda, puede dar lugar a efectos secundarios agudos como la supresión rápida de médula ósea y hepatitis fulminante.

IV.7. Agentes biológicos

Las investigaciones en genética molecular apuntan a localizar el defecto inmunológico primario de la psoriasis para poder identificar el blanco sobre el cual se dirigirá la terapéutica.

Los queratinocitos constituyeron el blanco de las estrategias terapéuticas tópicas y sistémicas, una vez definidos estos blancos se ha diseñado un modelo de terapia biológica basado en cuatro estrategias básicas tendientes a interferir en puntos patogénicos específicos y así reducir o eliminar los efectos de las células T de memoria dirigidas contra la piel.

Los agentes biológicos han sido definidos según la FDA como cualquier virus, suero terapéutico, vacuna, sangre y sus derivados, producto alergénico aplicable a la prevención, tratamiento o curación de enfermedades humanas.

La diferencia entre los agentes biológicos y las drogas convencionales es que provienen de un organismo vivo – humano, animal, vegetal, o microorganismo- en tanto que los fármacos tradicionales se sintetizan químicamente.

Los agentes biológicos están formados por proteínas farmacológicamente activas, obtenidas por técnicas de recombinación de ADN, estas proteínas tienen como objetivo bloquear etapas específicas del proceso de activación inmunológica.

Mediante técnicas de recombinación genética se ha logrado producir anticuerpos monoclonales que son proteínas derivadas de una progenie de células inmunes con capacidad

de reconocer antígenos individuales predefinidos. Estos anticuerpos reemplazan a los tratamientos previos con suero de animales o humanos inmunizados, y ofrecen ventajas en términos de potencia, reproductibilidad y pureza.

Tipos de agentes biológicos:

Los agentes biológicos se incluyen en tres categorías:

- Citoquinas recombinantes humanas o factores de crecimiento
- Anticuerpos monoclonales
- Proteínas de fusión.

El sufijo del nombre del agente biológico denota la clase a la cual pertenece

XIMAB: anticuerpo monoclonal quimérico

ZUMAB: anticuerpo monoclonal humanizado

UMAB: anticuerpo monoclonal humano

CEPT: proteína de fusión receptor/anticuerpo.

La cualidad única de las terapias biológicas, es que apuntan contra respuestas inmunes específicas involucradas en la patogenia de la psoriasis y no al sistema inmune en su totalidad, lo cual implica menor incidencia de efectos adversos y de daño inmunológico global.

Se considera que estos tratamientos serán de primera elección en los casos en los que las terapias convencionales no sean efectivas a largo plazo o sus efectos adversos sean inaceptables.

La desventaja de estos es el costo, prohibitivo para la mayoría de los pacientes.

Adalimumab (Humira):

Este fármaco es un inhibidor del TNF (anticuerpo monoclonal) que se utiliza en la artritis reumatoide y está aprobado para la artritis psoriásica. Es un anticuerpo monoclonal IgG1 recombinante que se liga al TNF- alfa.

El adalimumab está aprobado por la FDA para el tratamiento de artritis reumatoidea activa moderada a severa. Se indica en dosis de 40 mg por vía SC en semanas alternas.

Efectos colaterales:

- El riesgo de infección, insuficiencia cardíaca y linfomas.
- Anafilaxia
- Embarazo

Alefacept (Amemive):

Este fármaco está aprobado por la FDA para el tratamiento de los adultos con psoriasis en placas crónica moderada a grave, candidatos a la medicación sistémica o la fototerapia.

Esta proteína modula la actividad de las células T. La dosis recomendada es de 15 mg/semana IM durante 12 semanas.

La remisión de la enfermedad se considera mejor que la alcanzada con las terapias tradicionales como metotrexato o ciclosporina.

También se ha demostrado una disminución (dosis dependiente) de los linfocitos periféricos (CD 4+ CD 8 +).

Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad, en enfermos con linfopenia y neoplasias malignas se recomienda usarlo con precaución.

Efectos colaterales:

- Los efectos colaterales más comunes incluyen faringitis, vértigo, tos, náuseas, prurito, mialgias, escalofríos y dolor o inflamación en el área de inyección.
- Infección

Efalizumab (Raptiva):

Este fármaco es un anticuerpo monoclonal humanizado producido a partir de células de ovario de hámster de la China.

Actúa bloqueando las interacciones con la ICAM-1, inhibe las interacciones linfocitos T (células presentadoras de antígenos y la circulación linfocitaria).

No se asocia a toxicidad significativa y la mayoría de los pacientes responde con rapidez.

La dosis recomendada no debe superar los 200 mg por semana, la respuesta terapéutica al tratamiento con efalizumab se inicia tempranamente, notándose la mejoría a los 14 días.

Efectos colaterales:

- Cefalea, fiebre, escalofríos, náuseas, mialgias
- El fármaco inhibe la inmunidad celular, de manera que el riesgo de infección o neoplasia podría aumentar.
- El afelizumab puede asociarse a reacciones de rebote, con agravamiento de la psoriasis en placas original o aparición de nuevas formas, en particular cuando se interrumpe la medicación en pacientes con respuestas incompletas.

Etanercept (Enbrel):

Este fármaco es una proteína recombinante humana, de fusión, que funciona como un inhibidor del TNF alfa. Su unión al TNF lo inactiva biológicamente, es un TNF específico que

inhibe competitivamente la unión del TGF alfa, bloqueando la cascada inflamatoria y reduciendo la migración y función de los leucocitos.

El etanercept se utiliza en la psoriasis en placas crónica moderada a grave y la artritis psoriásica, así como también en la espondilitis anquilosante, artritis reumatoidea juvenil poliarticular y artritis reumatoidea moderada a grave.

Su mecanismo de acción neutralizante de las citocinas podría resultar apropiado para controlar las reactividades de la enfermedad; un beneficio adicional es que con un entrenamiento apropiado los pacientes pueden auto administrarse el medicamento en sus hogares.

En la psoriasis en placas se prescriben 50 mg SC dos veces por semana durante tres meses y luego, 50 mg por semana como dosis de mantenimiento. Se deben rotar las áreas de inyección (muslo, abdomen, brazo) y evitar las zonas de piel sensible, lesionada, enrojecida o endurecida.

Efectos colaterales:

- Los efectos colaterales más comunes son las reacciones leves a moderadas en las áreas de inyección. Pueden tratarse en forma sintomática. No requieren suspensión del tratamiento.
- Hay un posible riesgo de infección y neoplasias. Se describe mayor incidencia de linfoma.
- Esta contraindicado en pacientes con antecedentes de sepsis e hipersensibilidad. Se recomienda cuidado al usarlo en personas con antecedentes de reacciones alérgicas, inmunosupresión, anemia aplásica, enfermedades desmielizantes, cardiopatía.
- Embarazo.

Infliximab (Remicade):

Este fármaco es un anticuerpo monoclonal quimérico humano/ratón con alta afinidad por el TNF-alfa, ya que inhibe competitivamente la unión de este al receptor TNF reduciendo al respuesta inflamatoria.

Se prescribe en la enfermedad de Crohn, artritis reumatoidea y espondilitis anquilosante.

La mejoría clínica de la terapéutica con infliximab incluye la piel y las articulaciones observándose mejoría de los síntomas.

La FDA aún no aprobó el uso de infliximab para la psoriasis, aunque sí para la artritis reumatoidea.

Este fármaco permite una buena calidad de vida al paciente, pero es el precio del tratamiento la principal limitante.

Efectos colaterales:

- Pueden aparecer reacciones agudas de inmediato o pocas horas después de la infusión.
- Pueden producirse reacciones de hipersensibilidad retardada (mialgias, artralgias con hipertermia, erupción, prurito, edema, disfagia, urticaria, cefalea).
- Puede aumentarse el riesgo de infecciones y neoplasias. Se describe mayor incidencia de linfoma.
- Los inhibidores del TNF podrían asociarse a patologías desmielinizantes, incluyendo mielitis transversa, neuritis óptica, esclerosis múltiple y cuadros convulsivos, de manera que es preciso evitarlos en estos pacientes.
- Insuficiencia cardíaca

IV.8. Terapias alternativas

La medicina alternativa es considerada la práctica médica que generalmente no se ejerce en la mayoría de los centros asistenciales. Este tipo de terapia se encuentra en continuo crecimiento.

La popularidad creciente de estas, refleja un cambio en las necesidades y valores de la sociedad. Posibles causas de ello serían el incremento en la Prevalencia de las enfermedades crónicas, la mayor información científica y pseudocientífica disponible, una menor aceptación hacia el paternalismo médico, un descreimiento creciente hacia la medicina científica y un aumento del interés por lo espiritual; sumado a ello, la mayor conciencia de los efectos adversos y el costo creciente de la medicina convencional incrementan la demanda de las terapias alternativas.

La psoriasis, como muchas de las enfermedades crónicas, resulta un campo propicio para las terapias alternativas, existiendo estudios que reportan su utilización.

Las terapias alternativas, podrían definirse como:

- “El arte de ofrecer diferentes opciones terapéuticas que funcionan fuera del sistema ordinario adoptado/ aceptado por un país o una cultura. El estilo y el método son considerados no convencionales y en muchas situaciones y lugares ocupan el lugar o suplementan a la medicina tradicional si ésta no se encuentra disponible o carece de opciones ante determinados problemas de salud.” (*J.Dei-Cas. Actividades Terapéuticas Dermatológicas 2006; 29:254. Terapias alternativas en Psoriasis*).
- “Las terapias alternativas son consideradas una medicina holística por quienes la practican, entendiéndose por ello al manejo de la persona como un todo en sus aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales.” (*J.Dei-Cas. Actividades Terapéuticas Dermatológicas 2006; 29:256. Terapias alternativas en Psoriasis*)
- “Las terapias alternativas constituyen la continuidad de las tradiciones, creencias religiosas e incluso mitos utilizados por médicos o no, para el cuidado de sus

pacientes.” (J.Dei-Cas. *Actividades Terapéuticas Dermatológicas* 2006; 29:258. *Terapias alternativas en Psoriasis*).

- “Las terapias alternativas abarcan un amplio rango de filosofías, métodos y tratamientos que la medicina convencional no utiliza, acepta, comprende u ofrece.” (J.Dei-Cas. *Actividades Terapéuticas Dermatológicas* 2006; 29:258. *Terapias alternativas en Psoriasis*).

Terapias alternativas en psoriasis

La psoriasis, al igual que muchas otras enfermedades cutáneas, es una dermatosis capaz de ser tratada por múltiples medios tanto convencionales como alternativos. El hecho de ser una enfermedad crónica que evoluciona por brotes hace que el paciente se encuentre en constante búsqueda de tratamientos para controlarla.

En la actualidad se encuentran múltiples terapias alternativas disponibles para el manejo de la psoriasis, siendo la efectividad variable entre los distintos países y culturas.

Se considera que este tipo de terapia puede resultar de utilidad en los pacientes con psoriasis que presentan formas leves o moderadas de la enfermedad y sólo en excepcionalmente en pacientes con psoriasis severa.

- **Acupuntura:** en el campo de la dermatología la aguja intradérmica se la utiliza para el tratamiento de las enfermedades crónicas como la psoriasis. La aguja es aplicada superficialmente sobre la piel sin internarse en el tejido celular subcutáneo.

Específicamente para este tratamiento se describen múltiples sitios de punción en diferentes zonas corporales los cuales reciben nombres específicos por ejemplo: Dais, Fengmen, etc.

El consenso general es que la acupuntura no resulta eficaz en la psoriasis ni en otras enfermedades dermatológicas.

- **Homeopatía:** esta técnica fue desarrollada por el doctor Samuel Hahnemann (1775-1843), medico alemán. Su fundamento se basa en la ley de los similares y en la ley infinitesimal. La primera asume que ciertos síntomas pueden curarse si se administra una droga que induce los mismos síntomas en sujetos sanos y la segunda ley define que la droga debe ser administrada en altas diluciones, entendiéndose que a mayor dilución mayor efecto terapéutico lo que denominan “potenciación”.

Sin embargo se ha demostrado que las diluciones son tan altas que es imposible encontrar una molécula de la sustancia original en al preparación, pero para quienes practican la homeopatía la esencia de la sustancia original persiste en el agua y postulan el efecto “memoria del agua” para avalar sus fundamentos.

En base a los conceptos actuales no existe evidencia científica que avale el uso de la homeopatía en la psoriasis y el elevado costo del tratamiento contraindica su utilización en esta enfermedad.

- **Aromaterapia:** esta es el uso terapéutico de aceites esenciales aromáticos volátiles extraídos de diferentes plantas.

En la actualidad la aplicación transdérmica de los aceites esenciales se ha tornado la vía de administración de elección.

Su uso en dermatología se sustenta en la aplicación externa de las esencias, las cuales pueden administrarse mediante diferentes técnicas como masajes, geles, pastas, spray o vapores.

En la psoriasis se han descrito efectos beneficiosos con el uso de aceites de melisa (reduciría el prurito), de chamomile, de bergamota, y de lavanda; sin embargo debe considerarse que el uso inapropiado de los aceites esenciales puede resultar tóxico.

Se conoce que altas proporciones de aldehídos irritan la piel, los efectos fototóxicos de la administración de aceites de origen cítrico, efectos neurotóxicos producidos por cetonas e incluso efectos carcinogénicos.

IV.9. Otras terapias alternativas

Las técnicas de relajación, la cromoterapia, la gemoterapia, la musicoterapia, la magnetoterapia y el yoga actuarían según el concepto de psicoterapia superficial que se basa en el efecto inconsciente ejercido por el profesional sobre el enfermo y en el autoconvencimiento, modos de acción propios del placebo.

No existe evidencia científica que demuestre la efectividad de estos tratamientos en la psoriasis.

El uso de flores de Bach y la apiterapia han mostrado excepcionalmente respuestas favorables en los pacientes con psoriasis, pero el riesgo, dentro de los que se incluye el shock anafiláctico, es mayor que los beneficios potenciales.

La psicoterapia profunda (incluye el psicoanálisis), la hipnosis y demás han sido beneficiosas en el tratamiento de la psoriasis en especial en pacientes con formas leves o moderadas de la enfermedad y excepcionalmente en las formas pustulosas, eritrodérmica o artropática. La psicoterapia profunda resulta de utilidad como tratamiento coadyuvante del tratamiento médico farmacológico y en especial en aquellos pacientes que relacionan sus brotes con factores emocionales desencadenantes.

La fitoterapia, el termalismo y la terapia nutricional merecen consideraciones especiales.

La medicina tradicional China clasifica a la psoriasis dentro de 3 síndromes que denomina el calor, la sequedad y el éxtasis de la sangre:

- Síndrome del calor de la sangre: los pacientes se caracterizan por el comienzo agudo de una erupción de lesiones rojo brillantes en placas o en gotas. Suele asociarse con intenso prurito.
- Síndrome de sequedad de la sangre: hace referencia a los estadios crónicos de la enfermedad en los cuales las lesiones son más pálidas, infiltradas, y escamosas.
- Síndrome éxtasis de la sangre: incluye una fase estática de la enfermedad en la cual las placas son irregulares en forma, duras, escamosas y presentan un borde claramente definido y tienen poca tendencia a la resolución espontánea.

La helio-climato-talasoterapia ha demostrado efectos beneficiosos en el tratamiento de la psoriasis, esta se encuentra en la región del Mar muerto en Israel y se postula que el baño en esta agua a diferentes concentraciones mejoraría la efectividad de la terapia ultravioleta, además se estimularía el metabolismo de la vitamina D reduciendo la velocidad de recambio celular incrementada en la psoriasis.

En nuestro país aquellos pacientes que se han sometido a termalismo en Copahue, Neuquén han obtenido resultados extraordinarios.

La terapia nutricional y la reeducación nutricional han mostrado resultados favorables en pacientes con psoriasis, en especial en sujetos obesos.

Sin embargo se cree que es la privación calórica más que la dieta en sí la que disminuye la tasa de proliferación de los queratinocitos. La suspensión del alcohol en pacientes con alto consumo actuaría de igual forma.

Se sabe también que la ingesta de aceites de pescado que contiene ácidos grasos omega 3 poliinsaturados que intervienen en el metabolismo de los leucotrienos mejoraría la psoriasis.

Altas dosis de vitamina A mejorarían la psoriasis y producirían aún un mejor efecto si se le asocia con vitamina E.

Visión del paciente frente a las terapias alternativas

Para la decisión de consultar o realizar una terapia alternativa existen en el paciente motivaciones positivas como la percepción de efectividad y seguridad, congruencia filosófica, dimensión espiritual, énfasis en el enfoque holístico, contacto natural, rol activo y control del tratamiento por parte del paciente, mucho contacto humano y poca tecnología, fácil acceso y experiencia terapéutica agradable.

El perfil típico del paciente que utiliza terapias alternativas presenta las siguientes características: mujer, edad inferior a los 45 años, nivel educativo elevado, práctica religiosa activa, tratamientos psicológicos o psiquiátricos previos, dolencia de duración mayor a 6

meses, preocupación relevante por la enfermedad o discapacidad y desconfianza de la medicina tradicional.

Para poder comprender por que un paciente con psoriasis recurre a las terapias alternativas se debe comprender cuáles son sus creencias y fantasías sobre la enfermedad.

Estas creencias pueden dividirse en 4 categorías:

- Percepción acerca de la etiología de la enfermedad.
- Percepción acerca de la cronicidad o recurrencia.
- Percepción sobre el control o curación de la enfermedad.
- Percepción acerca de las consecuencias de la enfermedad en la vida diaria.

* **CAPÍTULO 5: ASPECTOS LABORALES,
ECONÓMICOS y SOCIALES**



PSORIASIS
en la actualidad



V. Aspectos laborales, económicos y sociales

Consideraciones

El psicoanálisis es una disciplina que tiene como objeto de estudio el inconsciente y que utiliza como herramienta principal la interpretación.

La investigación en psicósomática psicoanalítica abre una dimensión interdisciplinaria y plantea el desafío de congeniar criterios con profesionales del área de las ciencias de la salud.

V.1. Psicodermatología y Psoriasis

La psicodermatología estudia dos grandes grupos de pacientes: los que presentan problemas cutáneos como consecuencia de patologías psiquiátricas, y los que padecen problemas psiquiátricos vinculados a patologías cutáneas.

El segundo grupo, formado por los pacientes con problemas psiquiátricos asociados a patologías cutáneas, es el más frecuente y discutido, porque al ser las enfermedades de etiología orgánica, el factor psicológico es más fácil de negar.

Ocurre que muchas veces los dermatólogos se ven forzados al rol de psicoterapeutas (por lo general no están entrenados para este rol) ya que su derivación a un psicólogo o psiquiatra no es obedecida y el tratamiento dermatológico fracasa.

No obstante a veces el desencadenamiento, y otras veces la evolución, los brotes y hasta la respuesta al tratamiento de las enfermedades de la piel, se ven influidas por hechos vitales y estados emocionales consecuentes.

V.2. Características de la consulta

La gran mayoría de los pacientes que concuerden al consultorio del dermatólogo no tiene conciencia de sufrimiento psicológico y presentan sus quejas referidas a los aspectos visibles del cuerpo. Ya que es una enfermedad que, al atacar la piel, daña la propia identidad de los psoriásicos, muchos de los cuales tienen que enfrentarse a sentimientos de vergüenza, culpabilidad, rabia, y miedo de ser considerados infecciosos por los demás.

Aunque la psoriasis rara vez mata al paciente que al sufre, sí les altera la calidad de vida de manera notable.

Los que aceptan que los nervios o alguna situación psicosocial afectan su enfermedad, a veces no quieren hablar de esos problemas por quedar rotulados.

El abordaje del psoriásico joven, especialmente sino hay antecedentes familiares de la enfermedad, puede ser bastante difícil.

Esto suele plantear dificultades en el mecanismo de derivación, cuando ésta es necesaria.

El paciente no colabora porque no tiene conciencia de enfermedad o sufrimiento psicológico o no acepta su diagnóstico psicológico o la derivación al psicoterapeuta.

Es frecuente que el paciente piense que lo derivan porque no se hacen cargo de él y que lo tome como una forma de rechazo en vez de ayuda.

Cuando esta derivación se produce, es habitual que el paciente se “pierda” y comience la típica deambulación de médico en médico, la consulta a curanderos, la auto administración simultánea de medicación habituales, y preparados de medicinas alternativas y terapéuticas de dudosa credibilidad y seriedad.

En definitiva, el dermatólogo en su consultorio es depositario de una demanda de atención psicológica, y cuando logra detectar la patología mental de base, se transforma en un agente de atención primaria en salud mental.

A la falta del hábito al trabajo interdisciplinario con profesionales del área “psi”, se agregan las características estructurales de ciertos servicios de psicología y psiquiatría organizados de un modo tal que ni el dermatólogo ni el paciente pueden elegir el profesional con el cual atenderse.

Finalmente cuando al relación médico paciente se ve afectada y la patología se cronifica, el paciente adopta conductas que despiertan sentimientos negativos (odio, miedo, aversión, fastidio, aburrimiento) en el médico y se transforma en un paciente difícil.

Relación medico-paciente

El dermatólogo debe presentar la verdad de esta enfermedad, desde la primera visita o en las siguientes, y los pacientes deben saber la naturaleza de la enfermedad, los factores que la empeoran y mejoran, las variadas expresiones y tipos clínicos, su curso espontáneo, su benignidad, en le sentido de no tener relación con el cáncer no con contagiosidad.

Se debe establecer una alianza terapéutica y optimista en relación con el conocimiento actual y los avances en el futuro de la enfermedad.

V.3. Aspectos clinicoeconómicos

Adicionalmente, los factores económicos, la presión asistencial, la inserción en sociedades y la resistencia de los pacientes obran en contra de sus buenos propósitos.

Los tipos de costos a tener en cuenta ante un paciente con psoriasis son los directos (médicos y no médicos), indirectos e intangibles.

- Los costos médicos son aquellos que se desprenden directamente de la enfermedad y su atención.
- Los costos no médicos son aquellos que se originan en relación con los primeros (transporte, vestimenta, modificaciones en la vivienda para necesidades del paciente, entre otros)
- Los intangibles son los asociados a los aspectos psicoemocionales del paciente y su medio social.

Es por estas razones que en el caso de la psoriasis, la evaluación farmacoeconómico debe tomar en cuenta el análisis costo-utilidad, siendo la utilidad ponderada una medida de resumen de las preferencias de los pacientes por su estado de salud o de los eventos que son generados por la enfermedad y/ o tratamiento.

V.4. Aspectos psicoemocionales y sociales

El paciente con psoriasis suele presentar dificultades con el tratamiento de su enfermedad, que en ocasiones el médico dermatólogo no puede resolver.

Muchas veces los resultados obtenidos por los tratamientos terminan siendo insatisfactorios por las características psicológicas de los pacientes.

Cada paciente individual tolera los brotes de su enfermedad de un modo completamente diferente.

Como consecuencia, la terapia basada en la severidad de los síntomas sin contar con la información de los pacientes acerca de cómo ellos evalúan sus síntomas suele ser limitada.

Factores psicoemocionales que influyen en el proceso terapéutico:

- La personalidad de base del paciente y su cuadro psicopatológico.
- Los antecedentes hereditarios de la psoriasis cuando se articulan con los modelos de identificación familiar.
- La relación que se establece entre la ocupación del paciente y la localización de las lesiones.
- La interacción del paciente con su medio laboral, social y con su familia.
- La relación médico-paciente.
- Las características del esquema corporal del paciente y las enfermedades concomitantes que lo afectan (ejemplo: obesidad)
- La situación socioeconómica del paciente.
- La tendencia a ponerse en el rol de víctima.

- El conocimiento de la enfermedad y la fe en mitos y falsas creencias relacionadas con ella.
- Círculo vicioso ilusión/ desilusión.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Comodidad/ resignación.

V.4.1. Conducta de los pacientes

- La conducta del apego

El apego es la propensión que muestran los seres humanos a buscar la proximidad, la presencia y la protección de persona a las que consideran familiares, más fuertes o más sabias. El apego es entendido como “la afiliación recíproca, duradera, emocional y física entre un niño y sus cuidadores; es un organizador del desarrollo humano, en tanto es la base sobre la que el ser humano aprende a regular emociones, conductas, a interactuar con otros y el mundo, a buscar las propias fuentes de alivio” (puede ser de diferentes tipos: seguro, evitativo, ambivalente o desorganizado según haya internalizado una u otra modalidad de relacionarse a la que llamamos apego).

La necesidad del apego se acompaña de alteraciones afectivas frente a las separaciones. El comportamiento de apego incluye el llanto (la queja), la demanda insistente, el seguimiento y la adhesión, pero también la protesta y la ira cuando esa persona no demuestra proximidad o protección. La adhesividad a un determinado médico, aunque sea para quejarse, es una conducta de apego y el abandono precoz de los tratamientos y la deambulación de médico en médico, es una conducta de desapego, que puede ser reactiva a una necesidad de apego frustrada, que casi siempre tiene sus raíces en la historia infantil. El apego en un comienzo puede consistir en la necesidad de la presencia del otro.

Por eso, un paciente puede seguir con un médico a pesar de no obtener ninguna gratificación aparente. La gratificación está dada por su sola presencia y lo temido es el abandono no la enfermedad.

- El masoquismo

Aquí no me refiero al masoquismo de índole sexual, sino a rasgos masoquistas, inconscientes, que condiciona la conducta.

Ya que cuando un paciente tiene conductas autoagresivas, cuando se queja lastimándose de su estado pero se resiste a cumplir el tratamiento.

Masoquismo del paciente que puede tener en la relación con su médico, de acuerdo al placer que produce o displacer que evita:

- Masoquismo para gratificar o aplacar su perseguidor imaginario que se supone disfruta de hacer sufrir.
- Masoquismo para inspirar lástima y obtener el amor del otro, que se apena del sufrimiento
- Masoquismo como forma encubierta de sadismo: genera culpa en el médico o lo frustra en sus deseos, utilizando para ello su enfermedad.
- Masoquismo paranoide: imagina o provoca trato injusto para sentirse superior o poder vengarse sin culpa.
- Masoquismo traumático: el paciente se autoprovoa un sufrimiento graduado por temor a que ocurra sorpresivamente y por fuera de su control.

- El rol de la mirada

La mirada puede convertirse en una vía sustitutiva de contacto frente a la falta de comunicación.

La psoriasis se presta para mostrar sin palabras la vivencia de sufrimiento y son utilizadas como forma no verbal de pedir ayuda.

La exhibición reemplaza a la comunicación.

La vía visual de comunicación puede resultar engañosa: mientras el paciente muestra su lesión, el médico cree que sólo él es quien observa. Mientras queda capturado por la imagen de las lesiones, puede ser observado y hasta controlado por su paciente, que está pendiente de cómo es mirado y puede comportarse con el médico de acuerdo a ello.

- La expresión de las emociones

Ocurre que los pacientes tienen muy claro lo que sienten, sin embargo no logran comunicarlo.

La alexitimia es un trastorno cognitivo caracterizado por la falta de palabras para verbalizar los afectos. Y la alexitimia localizada es aquella dificultad para poner en palabras un afecto en particular, lo cual resulta frente a un conflicto y confusión interpersonal.

Un afecto no verbalizado puede condicionar una conducta (el rascado) que se justifica con el argumento de la enfermedad.

- La ambivalencia y la división de la personalidad

Durante los exámenes físicos que reciben los pacientes, es habitual que los pacientes dividan en partes su cuerpo, es decir, se refieran a “la parte más rebelde”, “la zona que está

peor o la zona que esta mejor”. También suelen dividir en sectores su mente y su actitud hacia el médico.

También pueden presentar alteraciones del esquema corporal y vivencias de fragmentación del cuerpo relacionadas con las características desfigurantes de la enfermedad.

Ocurre que además de dividir en sectores su cuerpo, lo hacen con su mente y la actitud hacia el médico. Con lo que modifican el tratamiento, no consumiendo los medicamentos o discontinuando éstos, sin mencionarles esta situación al médico, por temor a que este tome laguna represalia.

De esta manera se va generando un conflicto, de desconfianza que va en aumento y finalmente se produce el abandono.

El paciente comienza a deambular por los consultorios y a acumular conocimientos hasta que se “gradúa” de psoriásico. En un sector de su mente siente saber tanto cómo el médico o más. Reclama atención, pero simultáneamente discute con el médico cada indicación, cuestionando su saber. *¿Quién va a saber más de la enfermedad que yo, que llevo más de 30 años padeciéndola?* .En otro sector de su mente sigue teniendo la necesidad de ver en el médico alguien superior, “limpio”, omnipotente y protector, por estas razones sigue concurriendo a la consulta. Esto genera confusión, porque el médico recibe esa expectativa, pero enfrenta simultáneamente la desobediencia y desconfianza del paciente.

Este tipo de disociación de la mente en sectores que no se conectan entre sí también genera que un paciente niegue los factores desencadenantes de su enfermedad.

V.5. Relación entre la piel y la psiquis

Cursa de 4 etapas:

- Visión mítica: aquí se adjudicaba la enfermedad cutánea un origen divino o bien representaba un castigo, una pena de vidas anteriores o un maleficio. El portador de una enfermedad podía ser encarcelado o incluso castigado con la muerte.
- Observación anecdótica: esta segunda etapa consideraba que la asociación entre dermatosis y estrés era sólo un hecho casual.
- Etapas negativista: esta tercer etapa al no encontrarse una causa orgánica de los padecimientos o síntomas, el paciente era considerado “loco” y lo trataba exclusivamente el psiquiatra o se lo asilaba. En la actualidad aún hay médicos que a un paciente con psoriasis le dicen que “tiene una enfermedad de nervios”, derivándolo exclusivamente al psicólogo sin tratamiento dermatológico.
- Psiconeuroinmunoendocrinología: en esta etapa se conocen las respuestas que faltaban en las etapas anteriores: los cambios bioquímicos producidos por el estrés en el SNC, la etiopatogenia de las enfermedades psicoinducidas, los cambios hormonales en el síndrome general de adaptación, etc. A los pacientes con psicodermatosis se los

debe tratar con un equipo multidisciplinario, donde el dermatólogo y el psicólogo son protagonistas.

Las conclusiones arribadas en este campo son las siguientes:

- El stress exagera la psoriasis ya que actúa como factor desencadenante o agravante de un grupo de enfermedades dermatológicas.
- Daños de nervios sensoriales mejoran placas psoriáticas cercanas.
- Existen cantidades altas de neuropéptidos en las lesiones psoriáticas.
- Los neuropéptidos son inductores de inflamación y pueden inducir proliferación de queratinocitos.
- Drogas que modulan a los neuropéptidos, son en psoriasis de utilidad terapéutica.

V.6. Etiopatogenia de las dermatosis inducidas por el estrés

Cuando un estímulo físico o psíquico es lo suficientemente intenso y persistente, originará una serie de respuestas (físicas, psíquicas, y conductuales) en el organismo. La finalidad de esta respuesta es superar el estrés o adaptarse al mismo.

La forma de responder varía de persona en persona, dependiendo de su personalidad de base, estado de salud, etc.

Los pasos a seguir hasta dicha respuesta son los siguientes:

1. Captación y procesamiento del estímulo
2. Respuesta al estímulo estresor
 - Conductuales (la conducta del individuo se modifica ya que aparece un incremento del alerta, agresividad, disminución de la función sexual, etc.)
 - Físicas.

La respuesta neurológica se desencadena por estímulos agudos e intensos. Es una respuesta activa, altamente beneficiosa e inespecífica. Las consecuencias dermatológicas se deben a la hiperfunción adrenérgica (palidez, sudoración, rubor)

La respuesta endocrina se observa cuando hay estímulos persistentes.

La mayoría de las situaciones de estrés, se produce una hiperrespuesta y como consecuencia de este estado hipersecretor suprarrenal, con un aumento de la liberación de glucocorticoides, aparecen las enfermedades metabólicas.

Pero algunos estímulos estresantes como el estrés post-traumático o una dermatitis atópica pueden producir una hiporespuesta suprarrenal inmunes. Esta disminución de la secreción de corticoides aumenta la posibilidad de padecer enfermedades inmunes, inflamaciones crónicas y alérgicas.

3. Respuesta en la piel

Cualquiera de los cambios físicos en respuesta al estrés va a producir alteraciones en la piel. La activación del sistema nervioso autónomo va a desencadenar cambios en la piel, dependientes fundamentalmente de modificaciones vasculares.

La hiposecreción corticoide origina una activación del sistema inmune, provocando o favoreciendo la aparición de enfermedades del colágeno y autoinmunes, como la psoriasis.

V.7. Psoriasis y calidad de vida

El impacto sobre la calidad de vida en la autoestima, la función social y la vida cotidiana es mucho más pertinente en estos pacientes con psoriasis.

Se considera que aquellos pacientes con esta patología han tenido dificultades laborales o sobre las carreras profesionales de manera negativa.

La situación de los trabajadores con psoriasis no se encuadra dentro de la categoría de patologías abordadas por la Ley 24.557 de Riesgos de Trabajo.

La psoriasis no es considerada una enfermedad profesional, sino una patología iculpable, es decir que no se contrae a raíz del trabajo.

Sin embargo, suscita la atención de los responsables de la medicina laboral, seguridad e higiene y de los responsables de Recursos Humanos.

Las repercusiones laborales suelen ser:

- Disminución en el rendimiento laboral por la angustia que produce la enfermedad en el individuo y sus hermanos.
- Pérdida de concentración en las tareas, lo que lleva a una reducción de la calidad del trabajo. Si el empleado suele ocupar un puesto de riesgo, la probabilidad de tener un accidente aumenta.
- Impacto emocional con los compañeros de trabajo, quienes pueden angustiarse por no saber cómo ayudar a la persona ni cómo adaptarse a la nueva realidad. Por ejemplo, se preguntan si hablarle del tema o no; no saben si la persona puede continuar con el mismo ritmo de trabajo.
- Surgimiento de dudas en los gerentes por no saber si pueden seguir exigiéndole lo mismo. Pueden surgir preocupaciones sobre cómo ayudar a la persona sin invadir su intimidad.
- Evitar la exposición a agentes de riesgo y limitar el contacto con agentes físicos y químicos: el calor de los hornos, las lavandinas o los detergentes, las naftas, los solventes y los ácidos. Los elementos de protección personal (guantes, gafas, cascos, máscaras) pueden ayudar a reducir los riesgos.

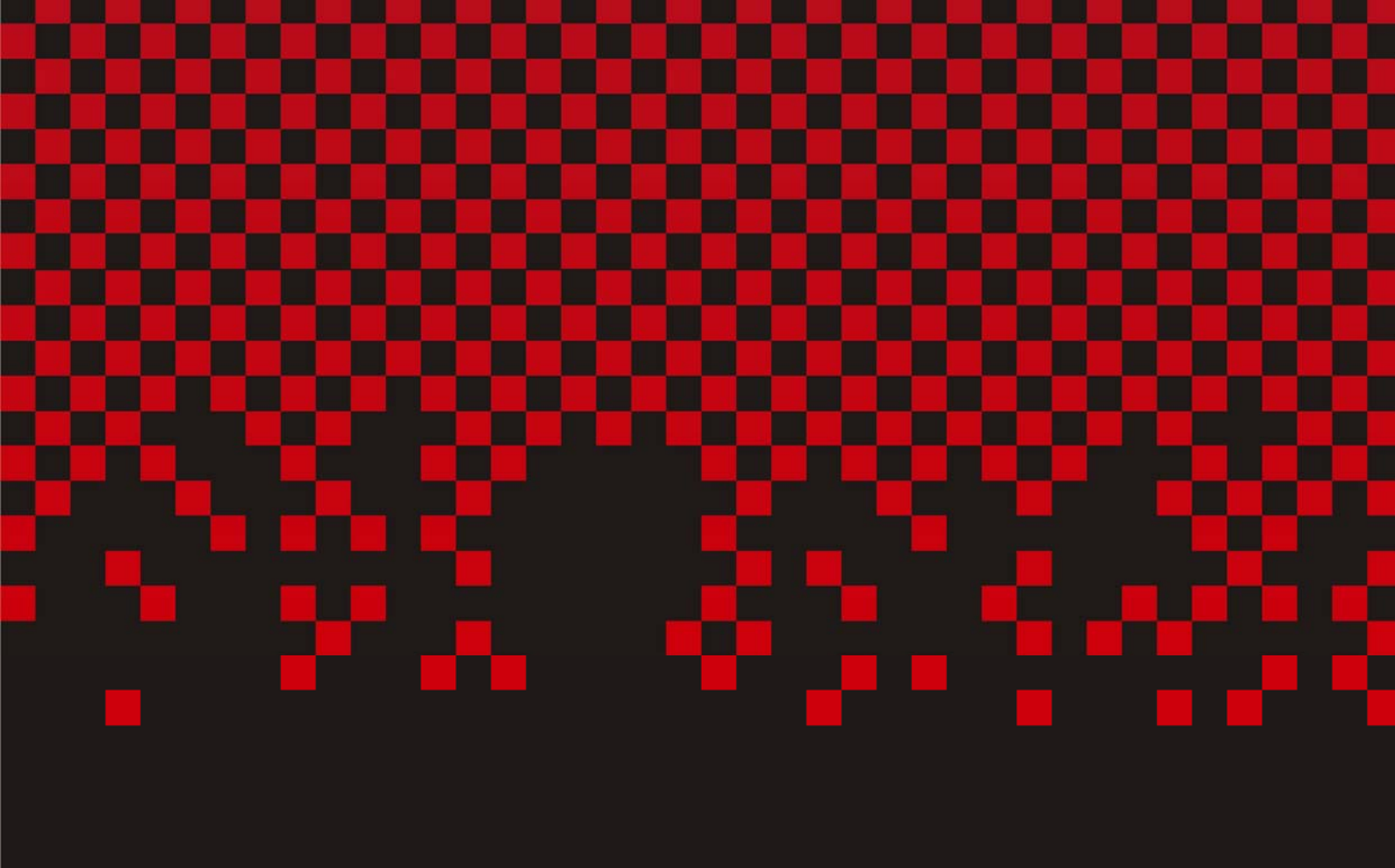
- Promover una alimentación saludable: aquellos lugares de trabajo que cuenten con comedor para los empleados deberán contemplar una dieta sin elementos irritantes ni alergógenos.
- Cuidar la carga y la organización del trabajo: con el fin de bajar el nivel de estrés es importante controlar la denominada “carga mental”. La distribución de los horarios y los turnos, las relaciones dentro del grupo de trabajo y la asignación de tareas.
- Sensación de amenaza en el individuo: del bienestar, de los planes futuros, de la capacidad para cumplir con los roles y funciones laborales, por su economía, por el futuro de su familia, etc. Esto incrementa la ansiedad y el estrés.
- Se debe recurrir a la reubicación y la recalificación laboral cuando sea necesario si las medidas anteriores no son suficientes.

V.8. Calidad de vida en los niños que padecen psoriasis

- La afectación de la calidad de vida en los niños, puede manifestarse en su desarrollo cognitivo, madurativo, afectivo y/o social.
- Para decidir un tratamiento en la Psoriasis, deberá tomarse en cuenta el grado de esta afectación
- dado que el niño es un sujeto en formación, será necesario incluir al entorno familiar dentro del enfoque terapéutico

V.9. Posoriasis y discapacidad

Tanto el compromiso cutáneo como articular de la psoriasis, pueden afectar la movilidad y el estado de ánimo de los pacientes, pudiendo entorpecer el desarrollo educativo, laboral y social hasta el punto de producir un estado de discapacidad transitoria o permanente.



* CONCLUSIÓN

PSORIASIS
en la actualidad



Discusión y Conclusiones

Este trabajo me permitió comprender que la relación médico- paciente, la consulta al farmacéutico y la asistencia psicológica no se articulan entre si para lograr obtener una mejor respuesta terapéutica en los pacientes con psicodermatosis inducidas. Esto se debe a que hoy en día estos pacientes no son evaluados por un equipo interdisciplinario.

De los resultados obtenidos, se puede observar que muchas veces el dermatólogo se enfrenta a una serie de situaciones que por su formación no considera dentro de su especialidad, y sin darse cuenta rechaza a estos pacientes, quienes se sienten maltratados y abandonados. Se sabe que el dermatólogo no está acostumbrado a escuchar los problemas personales y familiares de los pacientes con el mismo criterio de diagnóstico con el que está entrenado para observar, diagnosticar, clasificar y tratar las lesiones de la piel.

Por otro lado el psicoterapeuta no suele presenciar el examen físico de sus pacientes, sin embargo el paciente, también se desnuda cuando habla y hace comentarios acerca de su cuerpo, sus lesiones, sus tratamientos, sus fantasías sobre su enfermedad y su curación, que jamás le haría a un médico y que sin embargo son esclarecedoras de su conducta posterior.

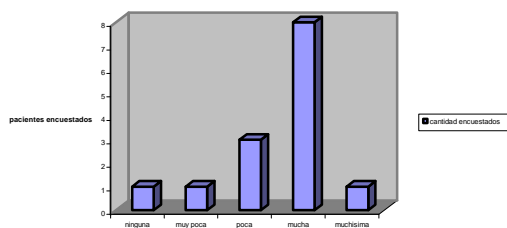
Con respecto al farmacéutico, a veces no se encuentra capacitado para guiar, acompañar, aconsejar, asesorar, de manera integral a pacientes que padecen psoriasis.

Es por todas estas razones que en este trabajo se intenta fomentar, describir, promover y concientizar la importancia del trabajo interdisciplinario, la importancia del rol farmacéutico, como mediador, y la necesidad de brindar información verídica acerca de la enfermedad.

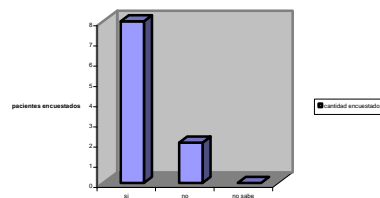
Cuando se consulta a los pacientes, si creían necesaria esta relación interdisciplinaria, un gran porcentaje lo afirmó.

Ello mejoraría el estado general de los pacientes, aliviaría su angustia y se sentirían más contenidos.

¿Qué expectativas tiene frente al futuro con respecto a la relación interdisciplinaria con el médico dermatólogo, el farmacéutico y el psicólogo?



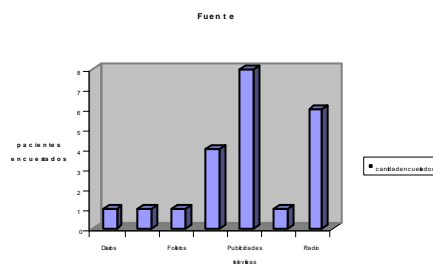
¿Considera que esta relación interdisciplinaria, puede mejorar su estado, aliviar su angustia y sentirse más contenido?



Al encuestar a los pacientes, se observó que existe un gran conocimiento a escala social y una información brindada principalmente por dermatólogos. Esto se demuestra según:

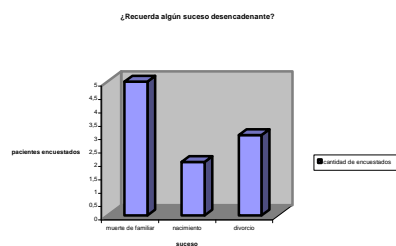


Sin embargo existe una fuerte tendencia a que los pacientes obtengan información acerca de su enfermedad, de publicidades televisivas, diarios, revistas, radio, etc. Sin ser esta información dirigida a cada tipo de paciente en particular, es decir personalizada.

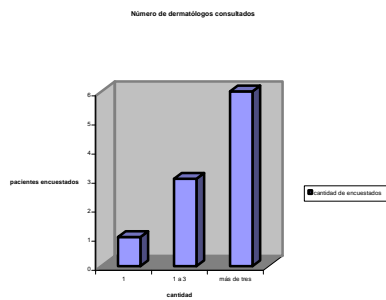


En cuanto a los sucesos que podrían desencadenar la enfermedad, en la actualidad hay una tendencia a adjudicarlos a problemas relacionados con lo emocional y nervioso, esto hace más comprensible que la enfermedad tenga mayor carácter crónico.

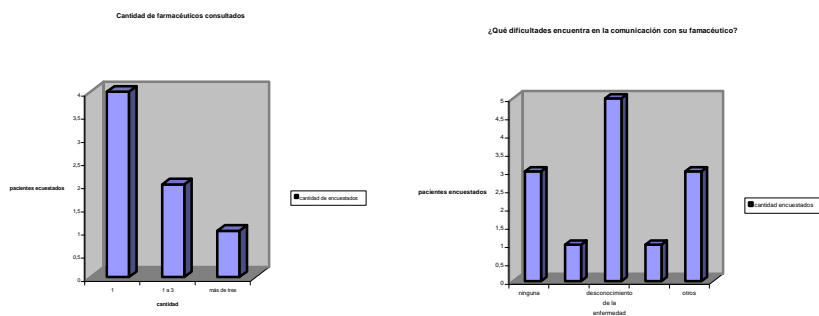
Ya que las principales respuestas obtenidas frente a la existencia de algún suceso desencadenante fueron, muerte, pérdida de familiar directo, nacimiento, divorcio, entre otras.



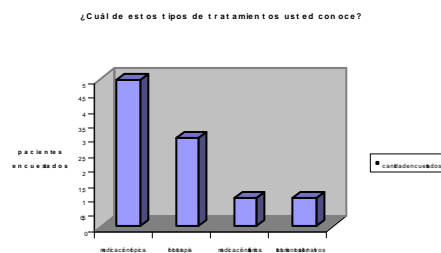
Al evaluar la frecuencia, con la que los pacientes asisten a la consulta con el médico dermatólogo, se observó que la mayoría de los pacientes lo realizaban cada mes. Sin embargo manifestaron haber concurrido a la visita de más de tres dermatólogos. Esto demuestra que la mayoría de los pacientes no están satisfechos con su médico.



Al considerar la asistencia farmacéutica que recibían los pacientes se observó que casi todos, habían consultado a un farmacéutico, y al consultar las dificultades en la comunicación con el mismo, manifestaron que estos poseían cierto desconocimiento de la enfermedad.



Con respecto a los tratamientos utilizados, un elevado número de pacientes destacó haber utilizado medicación tópica. Esto puede demostrar que quizás muchos de ellos, no hayan sido tratados con nuevas terapias, como los agentes biológicos, debido a factores como el alcance a esta medicación, el costo, las dificultades que presentan al ser administradas, los efectos adversos, entre otros.



Al consultar a los pacientes si los tratamientos eran personalizados, muchos de ellos coincidieron en que no. Y que un gran porcentaje de fármacos no eran conocidos por ellos

Con respecto a los costos de los tratamientos, la duración de los mismos y los efectos adversos, presentaron disconformidad.

Se detectó que muchos pacientes, habían recurrido a terapias alternativas en algún momento de su vida. El auge de estas terapias se vio incrementado porque a que muchos

pacientes han recurrido a ellas en casos en que las terapias medicinales no resultaban efectivas, o no les brindaban una disminución en la aparición de los brotes.

Por lo tanto, para comprender por qué un paciente con psoriasis recurre a las terapias alternativas debemos comprender cuáles son sus creencias y fantasías sobre la enfermedad.

Se entiende que la psoriasis, es una enfermedad que afecta significativamente en sentido negativo la percepción de la calidad de vida de los afectados. Como también su socialización, afectándolo en lo personal, laboral, y en su vida de relación en general.

Tal es así, que al consultar a los pacientes si su vida ha sido alterada a causa de su psoriasis un gran porcentaje destacó que sí.



Es necesario que las empresas, organizaciones y demás empleadores comprendan que la psoriasis es una enfermedad crónica que requiere una continua adaptación. Por lo tanto dichas empresas pueden brindar apoyo profesional y orientación para ayudar a encontrar soluciones, desarrollar recursos para afrontar esta realidad y permitir el desarrollo de estos individuos.

Una herramienta útil es contar con algún programa de asistencia que capacite y oriente a gerentes y supervisores y brinden una orientación psicológica para el empleado afectado, y sus compañeros de trabajo.

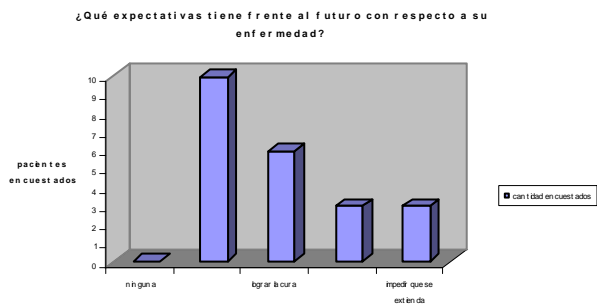
Como conclusión final del trabajo, hay que destacar que, al paciente se le debe informar que la psoriasis es una enfermedad crónica, que no posee cura alguna hasta el momento y debe conocer la importancia de los tratamientos, los costos y los efectos adversos como también la importancia de su continuidad para disminuir la aparición o recurrencia de los brotes, y debe estar advertido sobre tratamientos caseros, conocer los factores desencadenantes o agravantes para evitarlos.

Se debe optimizar la relación medico- paciente, la incorporación terapéutica en manos de un psicólogo, y el correcto asesoramiento por parte del farmacéutico, mediante una estrecha colaboración e interacción entre ellos.

Se comprobó que a mayor nivel de instrucción al paciente y a la población, disminuye la creencia de cura de la enfermedad (hasta el momento).

Por lo tanto, se aconseja difundir a través de los medios de comunicación la información suficiente y adecuada acerca de la psoriasis a la población en general para prevenir una de las

conductas sociales más crueles: el rechazo social al paciente con psoriasis por desconocimiento (por ejemplo: contagio).



Recomendaciones farmacéuticas

El farmacéutico debe evaluar la condición y reunir los precedentes de la enfermedad del paciente.

Preguntas al paciente con psoriasis:

1. ¿Cuánto tiempo hace que tiene psoriasis?
2. ¿Tiene alguna persona en su familia que la padezca o tenga eczemas reiteradas?
3. ¿Se trata regularmente con algún especialista?
4. ¿Está usando alguna pomada o similar para la psoriasis?
5. ¿Se rasca las onas afectadas, en cuero cabelludo se rasca o cepilla energéticamente?
6. ¿Ha consumido o consume otros medicamentos como: aspirinas, corticoides o antihipertensivos?
7. ¿Mejora con el sol?
8. ¿Tuvo alguna emoción muy fuerte cómo alergia o disgusto?
9. ¿Trabaja en un lugar que tenga contacto con el público?
10. ¿Cómo es su entorno familiar?
11. ¿Está con ayuda psicológica?

Terapia no Farmacológica. Se recomienda:

- Extreme las medidas higiénicas para evitar infecciones en la piel. Lavar la zona o preferentemente todo el cuerpo con agua tibia y jabón neutro. Secar con toalla limpia y de uso personal.
- Hidrate regularmente la piel, especialmente en invierno, evitando que se reseque.
- Evite el contacto con productos químicos que pueden ser irritantes. Use guantes para manipularlos.
- Exponerse al sol y/o cama solar previa consulta médica.
- No se rasque, evite las heridas que puedan empeorar la enfermedad.
- Use prendas de vestir de algodón pegadas a su cuerpo, favorecerá la transpiración sin irritaciones provocadas por el sudor.
- Realice algún tratamiento con un grupo de apoyo y ayuda a un psicólogo.
- Confíe en su dermatólogo y/o farmacéutico, quienes le aconsejarán los mejores productos a utilizar.

Antes de tomar un medicamento consulte a su médico o farmacéutico, sobre las contraindicaciones del mismo.

Consejos farmacéuticos:

- Concienciar al paciente sobre la importancia del cumplimiento de la terapia no farmacológica.
- Evaluar si cumple con el tratamiento farmacológico indicado por su especialista; especialmente el uso correcto de los productos tópicos a intervalos regulares y durante todo el tiempo necesario.
- Muy importante recomendar el control con análisis en caso de recibir tratamiento sistémico con potenciales efectos adversos.
- Es importante recomendar al paciente la limpieza de la zona afectada antes de aplicar el medicamento tópico.
- Al momento no se conoce una cura definitiva de la enfermedad, pero el paciente debe saber que la misma tiene remisiones prolongada si es debidamente tratada.

Criterios de derivación al médico:

El farmacéutico recomendará al paciente la consulta al especialista. La acción debe ser inmediata en caso de niños, embarazadas y ancianos.

Estrategia de seguimiento:

Se aconseja que el paciente asista a la farmacia una vez por semana para el seguimiento del tratamiento y recordar los consejos farmacéuticos.

* POSTER

NO TE ESCONDAS!

Nadie te va a dar la espalda... no hay **nada** que **ocultar**...

La **PSORIASIS** es una patología de carácter inflamatorio cutáneo, de origen inmunológico y que está determinada genéticamente, de curso crónico pero imprevisible en su evolución. No es contagiosa. Uno de cada 50 argentinos padece psoriasis.

Recomendaciones:

- * Extreme las medidas higiénicas para evitar infecciones en la piel.
- * Evite el contacto con productos químicos que pueden ser irritantes. Use guantes para manipularlos.
- * Hidrate la piel, especialmente en invierno, evitando que se reseque.
- * Aplique los aceites, cremas, emulsiones suavemente sin frotar después del baño.
- * Use prendas de vestir de algodón pegadas a su cuerpo, favorecerá la transpiración sin irritaciones provocadas por el sudor.
- * No se rasque, evite las heridas que pueden empeorar su enfermedad.
- * Solicite tratamiento con un grupo de apoyo y ayuda de un psicólogo.
- * Confíe en su dermatólogo y/o farmacéutico, quienes le aconsejarán los mejores productos a utilizar.

**ANTES DE TOMAR UN MEDICAMENTO
CONSULTE A SU MEDICO O FARMACEUTICO
SOBRE LAS CONTRAINDICACIONES DEL MISMO.**

* Tesina:

Psoriasis en la actualidad

El trabajo interdisciplinario entre el paciente, el farmacéutico, el médico y el psicólogo.

Florencia Costanzi
Universidad de Belgrano.

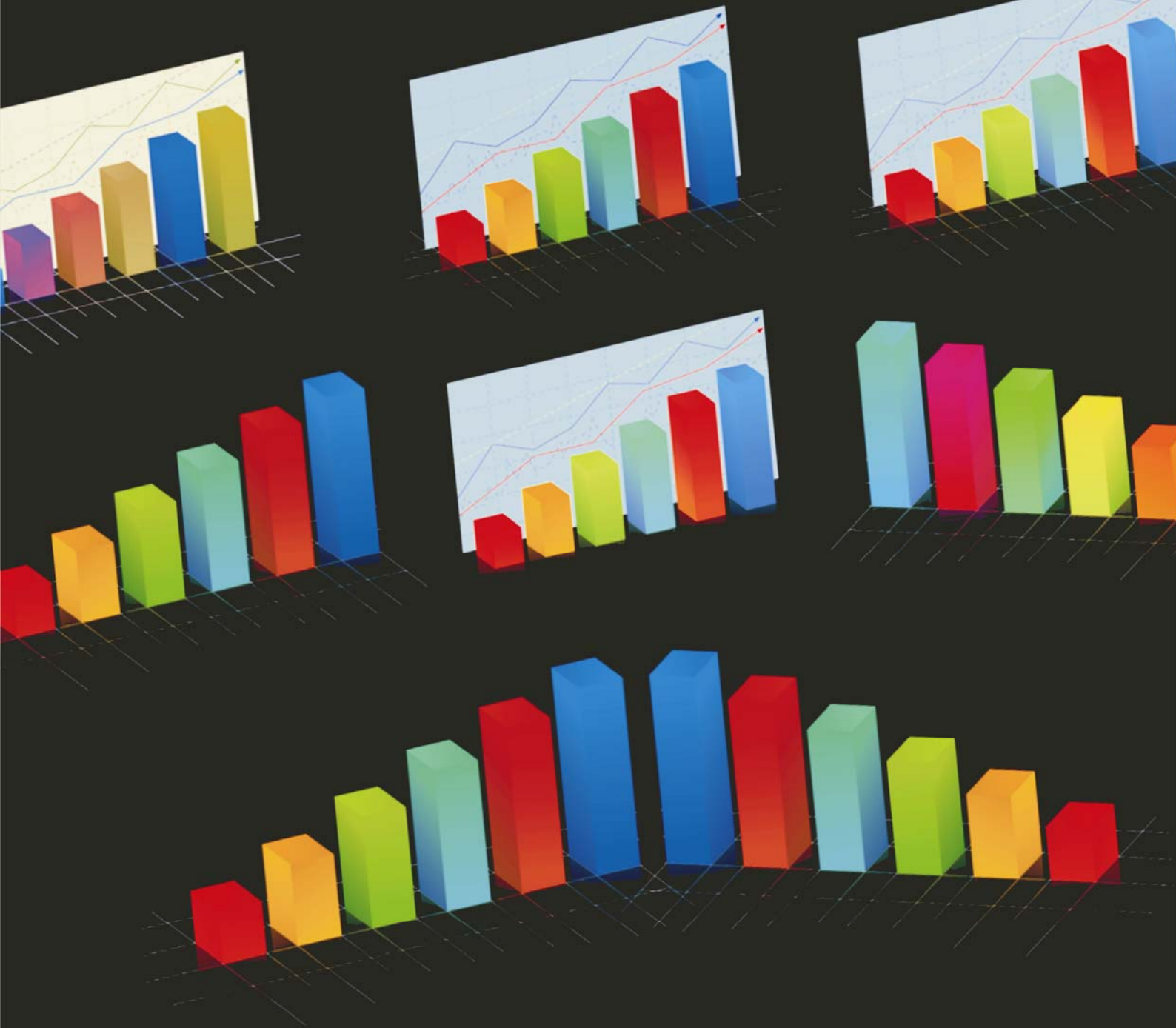


RESUMEN
La psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria, de origen inmunológico y genético, que afecta a aproximadamente el 3% de la población mundial. Se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas que consisten en eritema y escamas blancas. El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico. El tratamiento se basa en el uso de medicamentos tópicos, sistémicos y biológicos. El objetivo de este trabajo es analizar el estado actual de la psoriasis y el papel del farmacéutico en el manejo del paciente. Se realizó una búsqueda de literatura científica en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science. Se analizaron los resultados de los estudios más recientes y se discutió el papel del farmacéutico en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del paciente con psoriasis. Se concluye que el farmacéutico debe estar actualizado en el conocimiento de la psoriasis y trabajar en colaboración con el médico y el psicólogo para brindar un abordaje integral al paciente.

PSORIASIS

en la actualidad



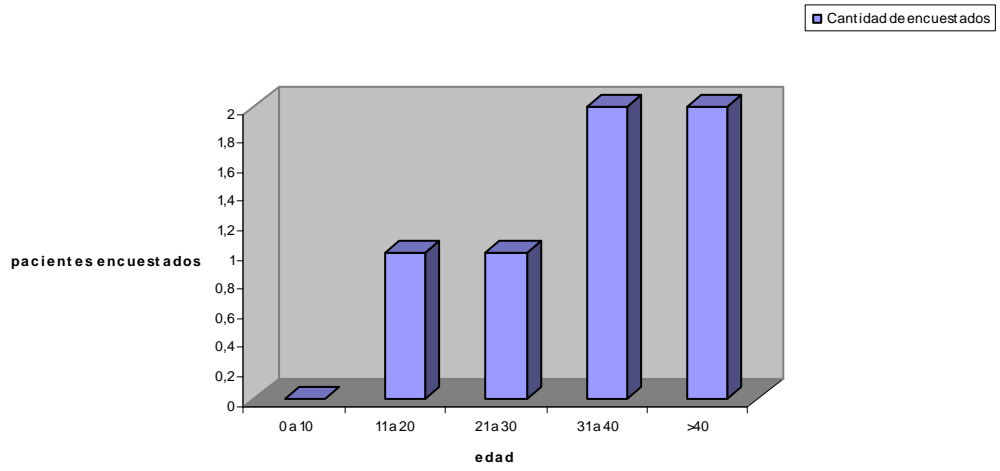


* ANEXO

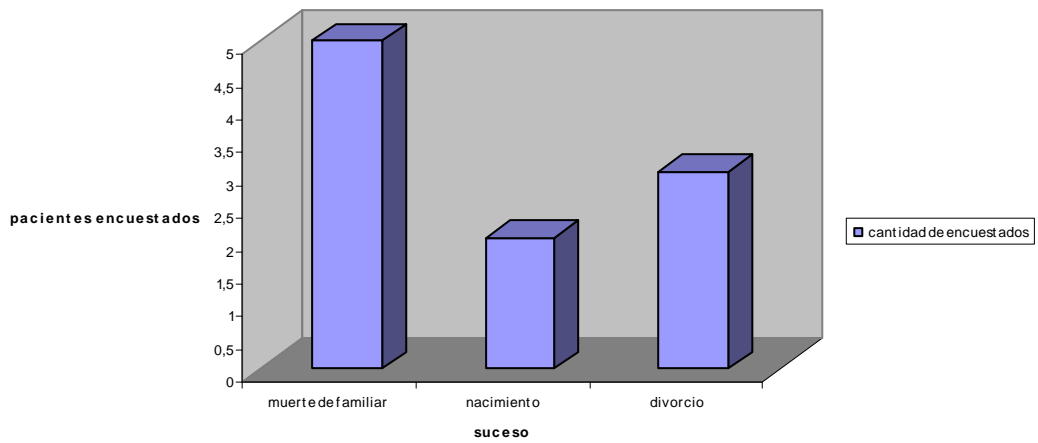
PSORIASIS
en la actualidad



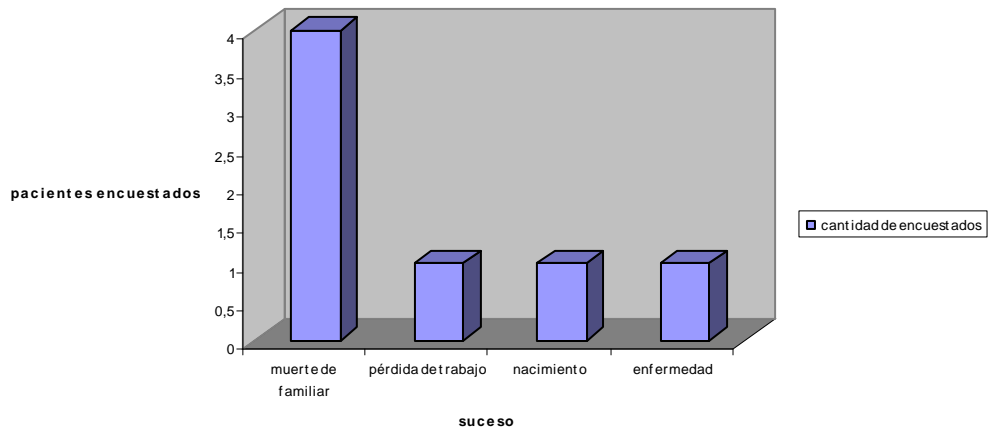
¿Cuándo comienza su enfermedad?



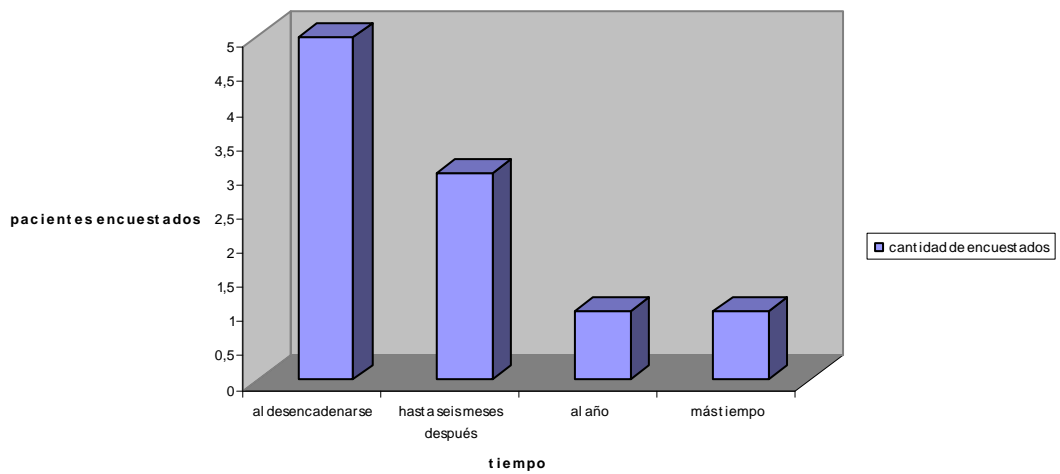
¿Recuerda algún suceso desencadenante?



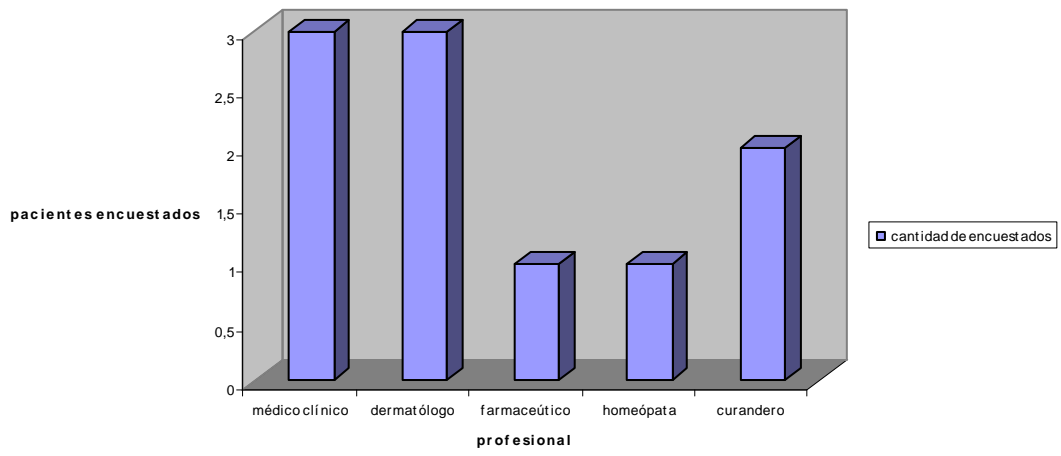
¿Relaciona el o los brotes de su enfermedad con sucesos estresantes?



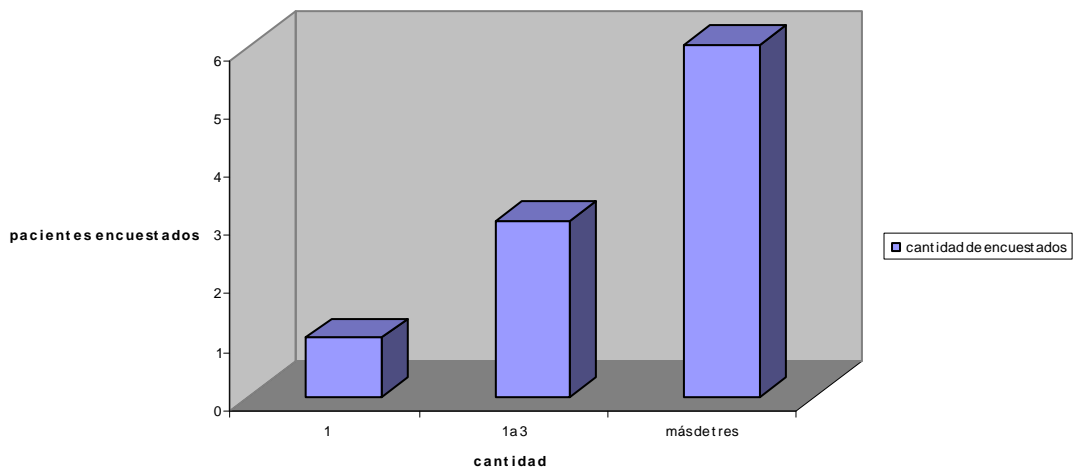
¿Cuándo consultó por primera vez esta afección?



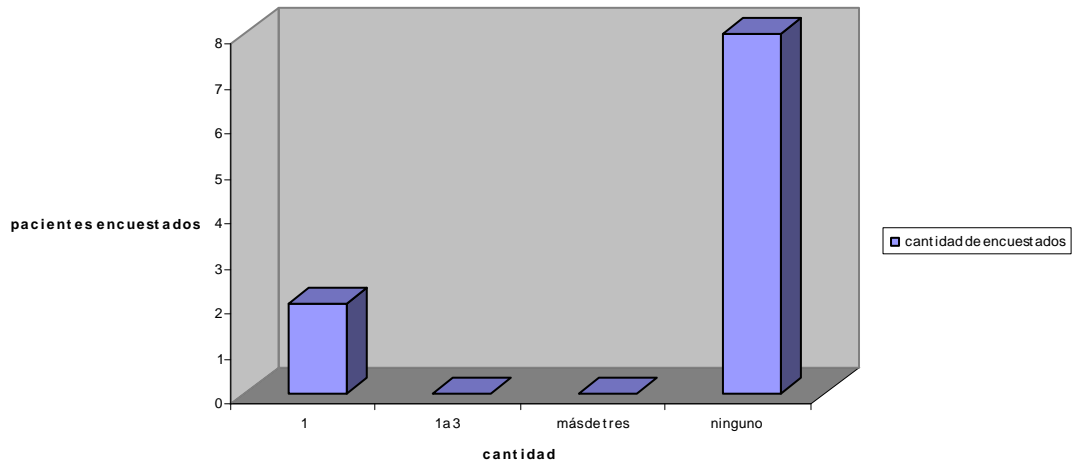
¿A quién consultó por primera vez?



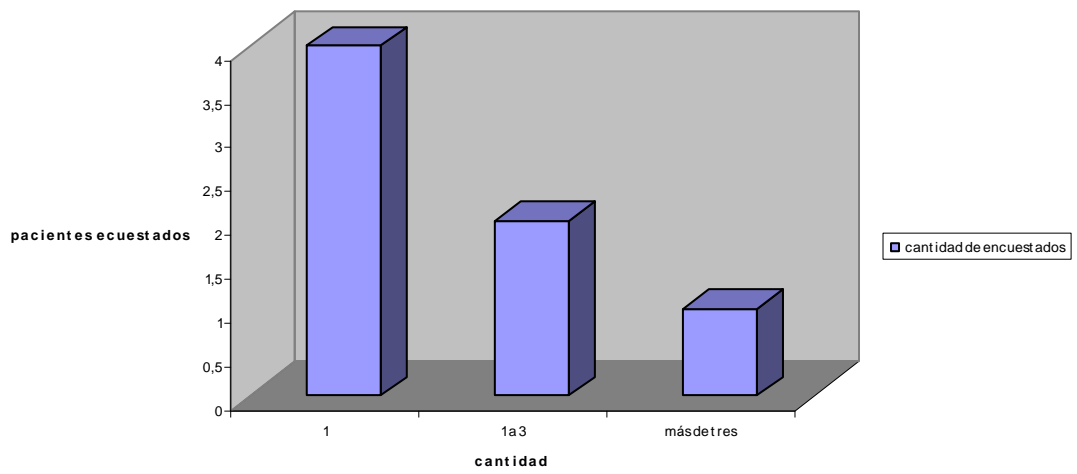
Número de dermatólogos consultados



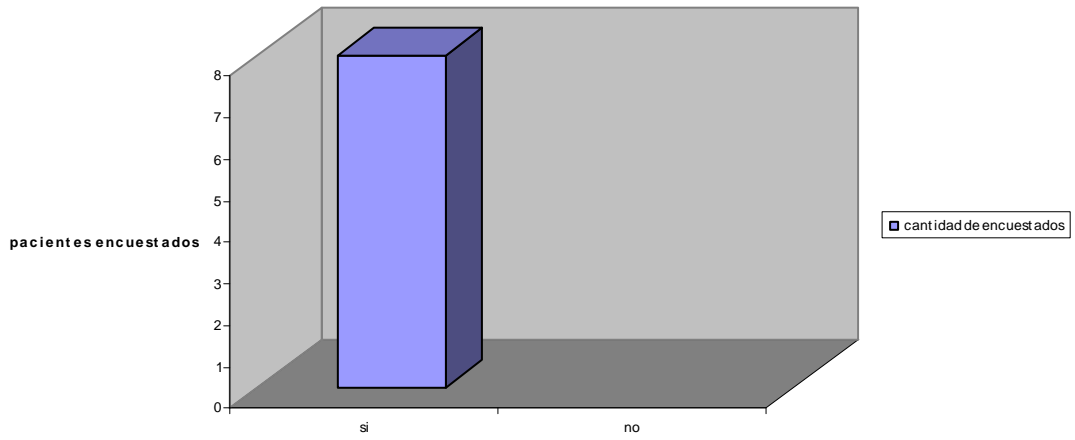
Número de psicólogos consultados



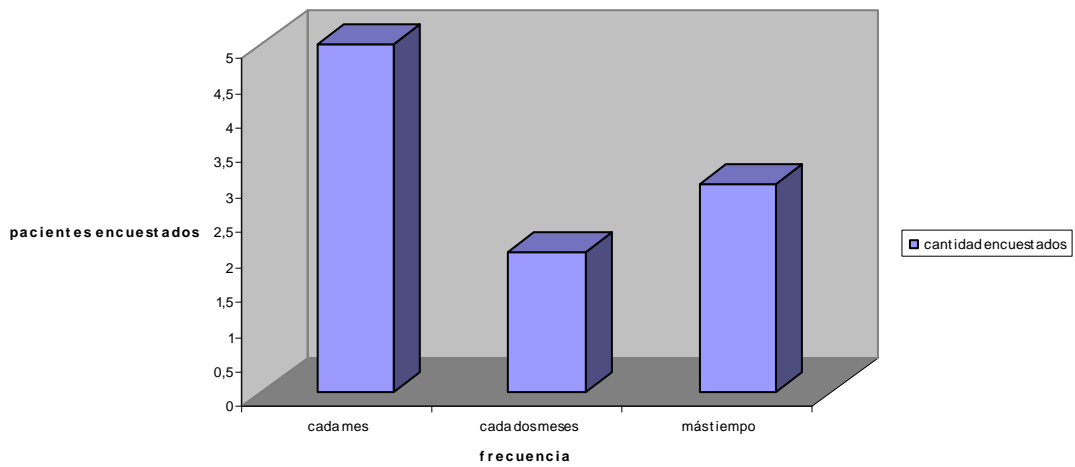
Cantidad de farmacéuticos consultados



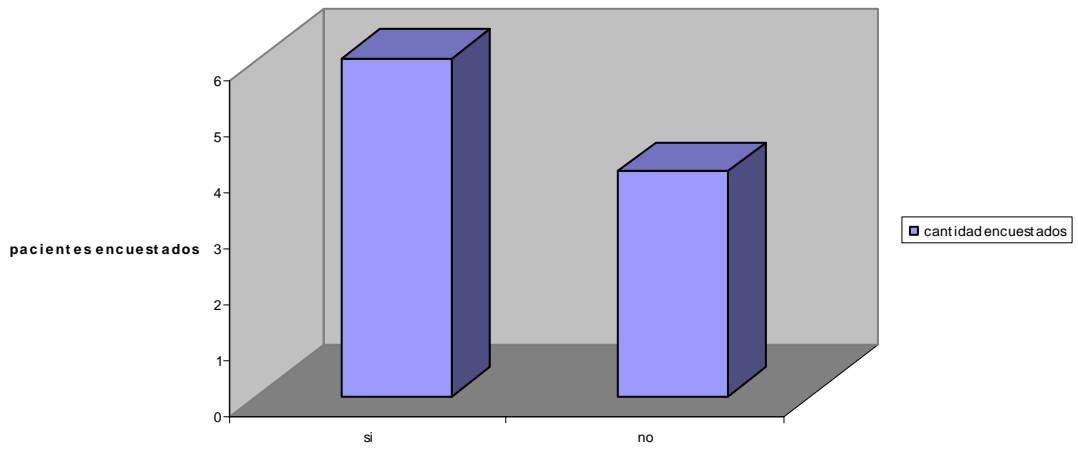
¿Obtuvo alguna mejoría a partir de estas consultas?



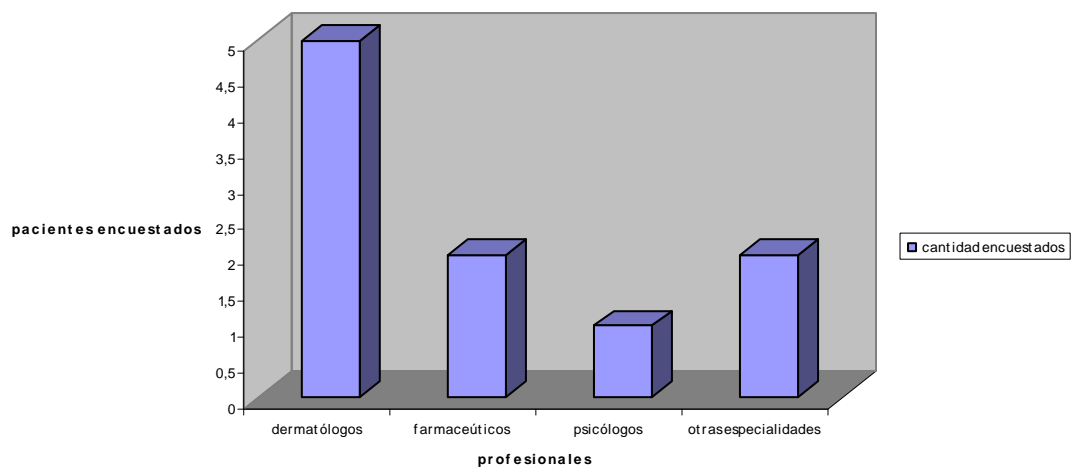
¿Con qué frecuencia realiza sus controles médicos?



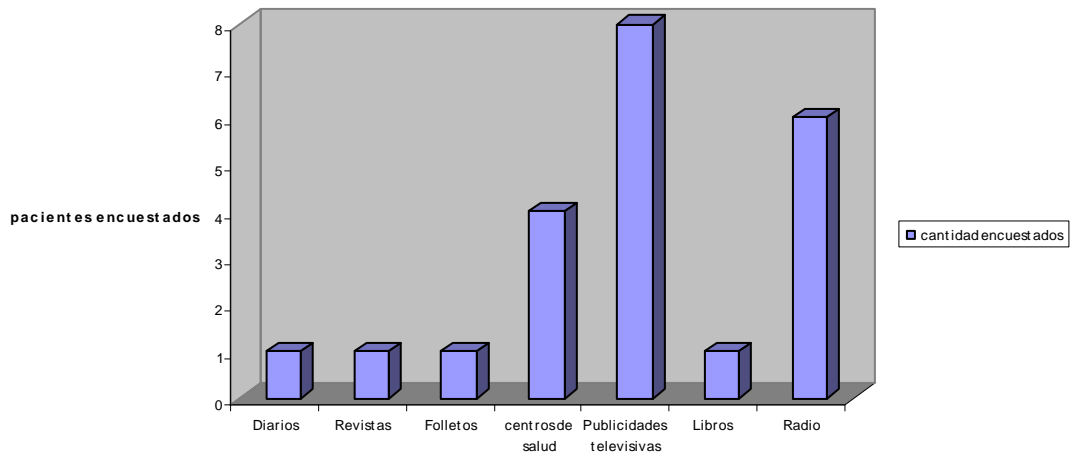
¿Tiene información acerca de la psoriasis?



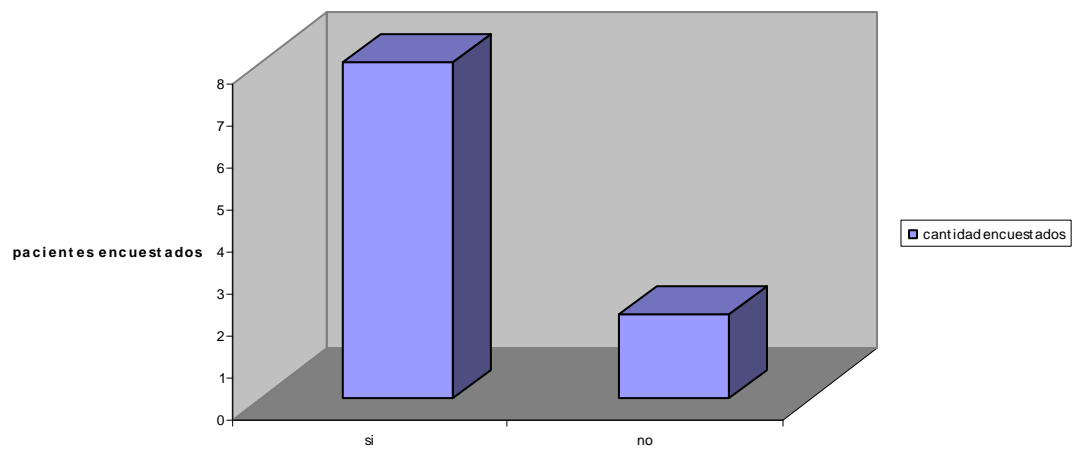
¿De dónde provino esta información?



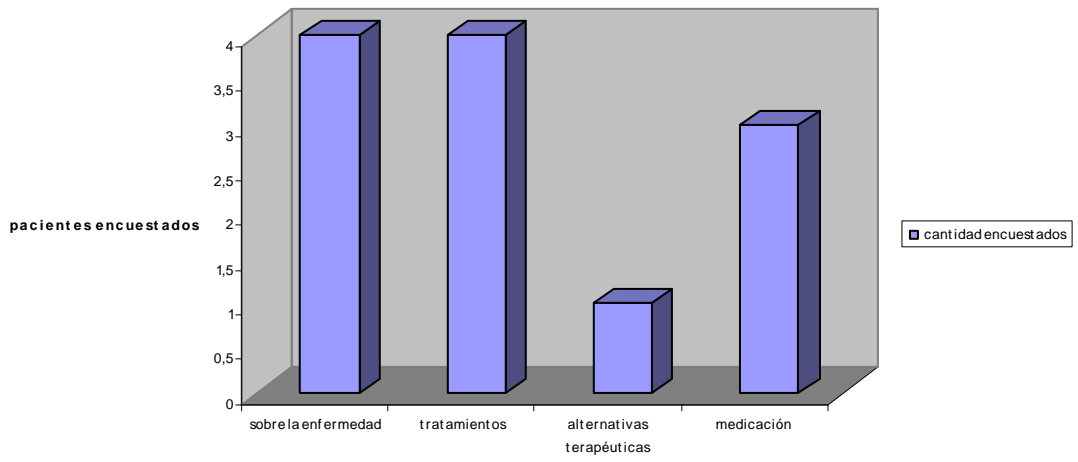
Fuente



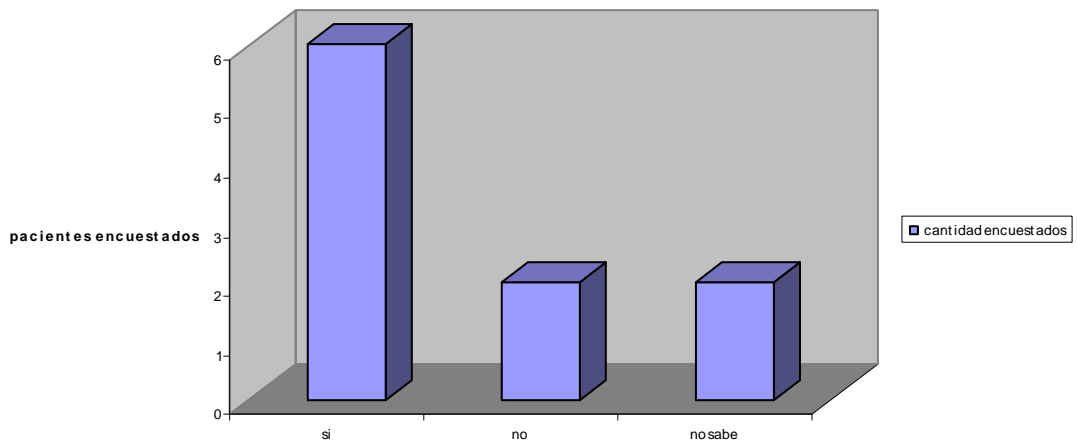
¿Usted considera que esta información es la adecuada?



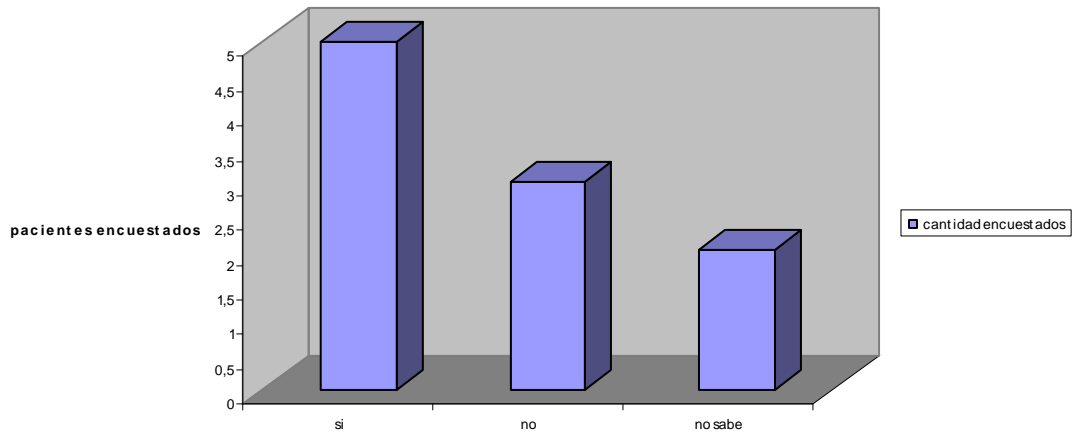
La información que usted recibe esta relacionada con:



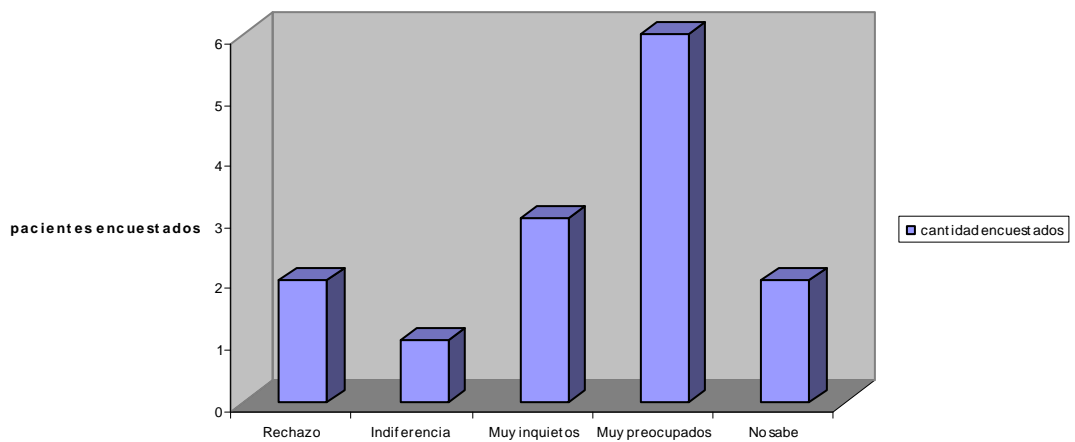
¿Usted posee algún antecedente familiar de psoriasis?



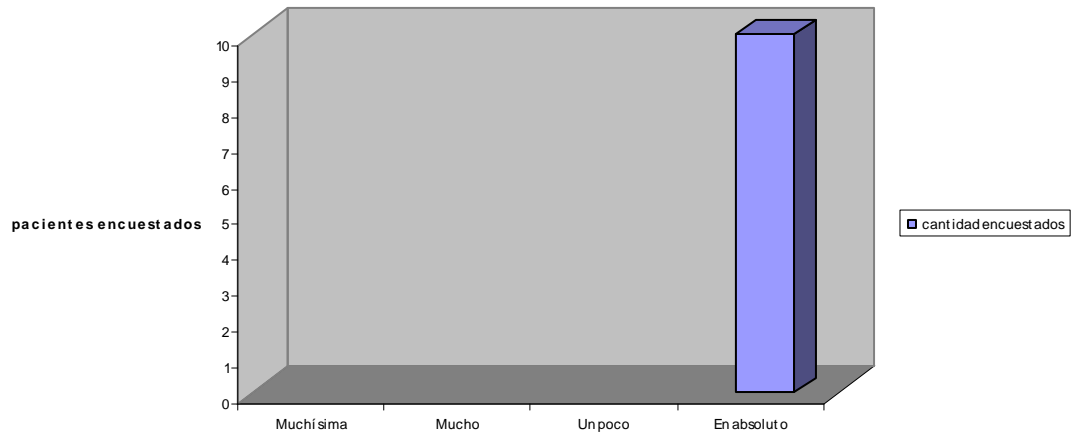
¿Su familia posee información sobre esta enfermedad?



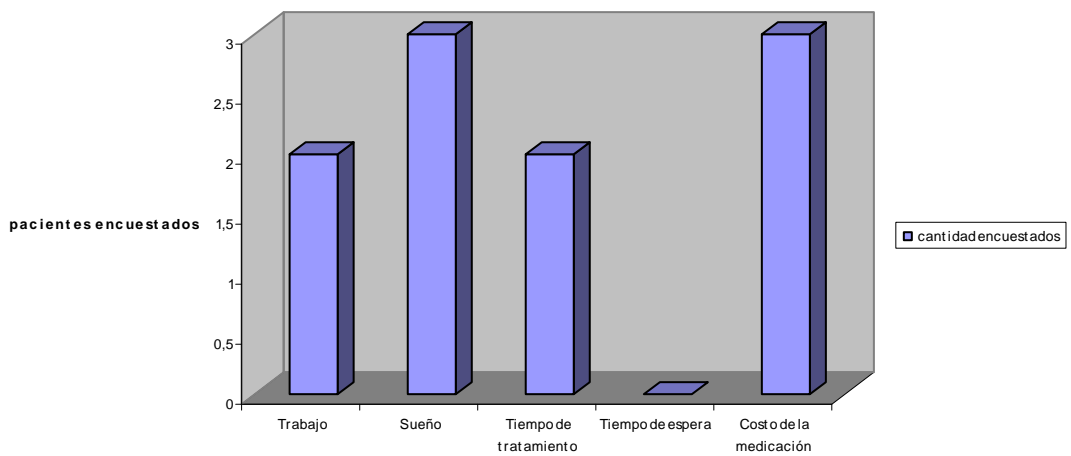
¿Cómo reacciona su familia frente a la enfermedad?



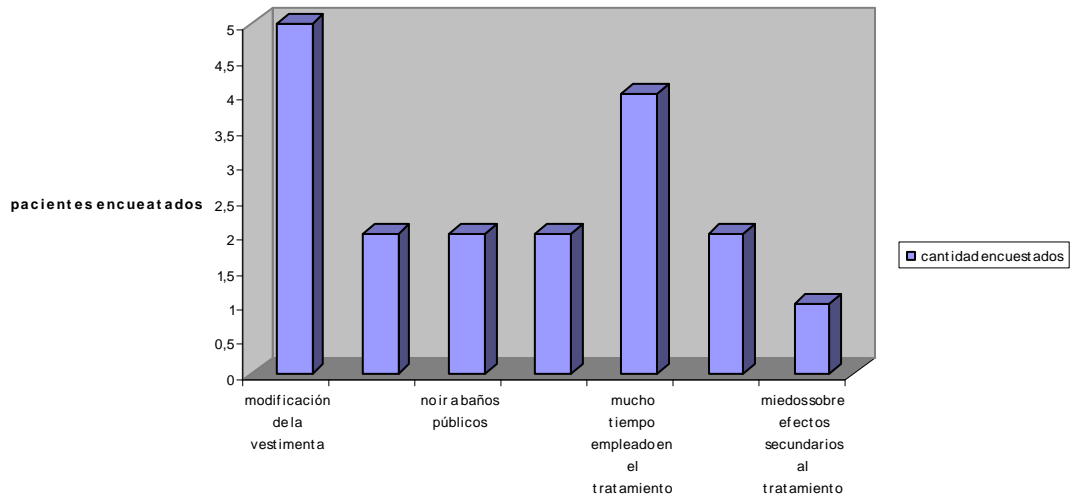
¿La psoriasis le ha dificultado la práctica de algún deporte?



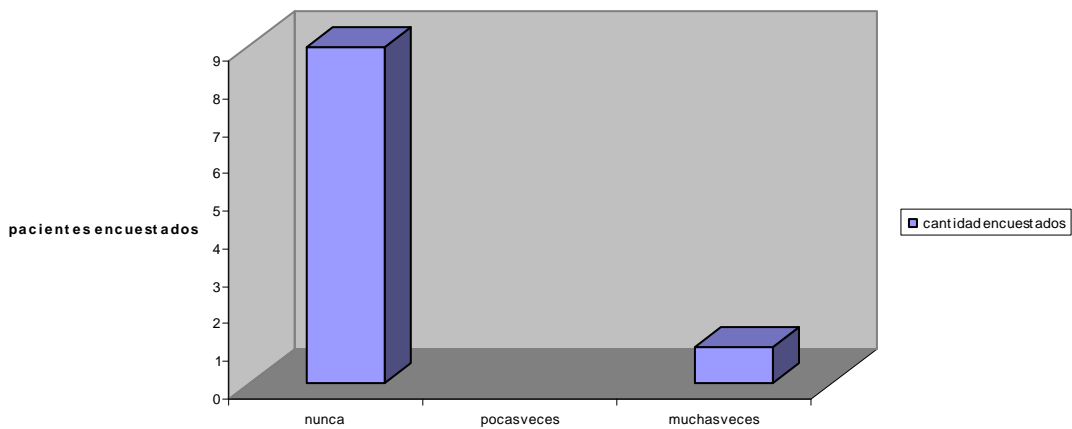
¿Encuentra dificultades en su vida cotidiana por su enfermedad?



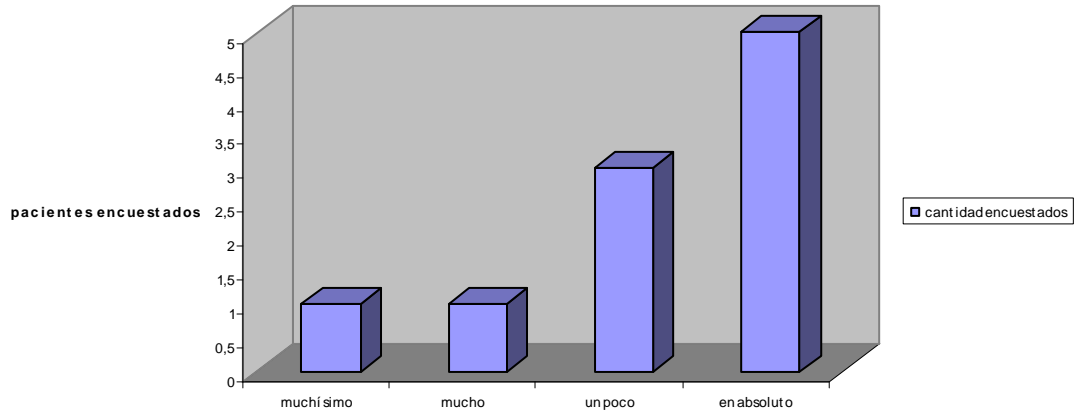
¿cuál ha sido el grado de modificación de ciertos eventos, cuando aparecen los brotes?



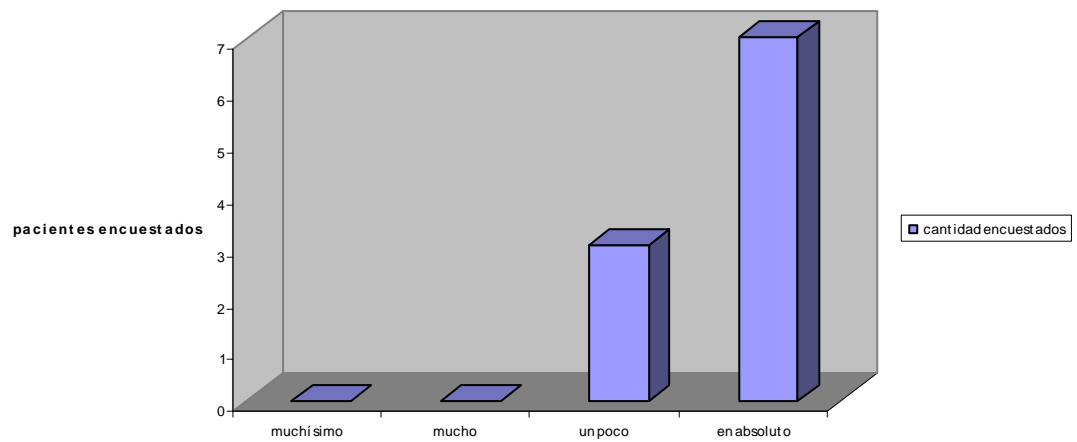
¿Hasta que punto su casa ha estado desordenada, sucia a causa de su psoriasis?



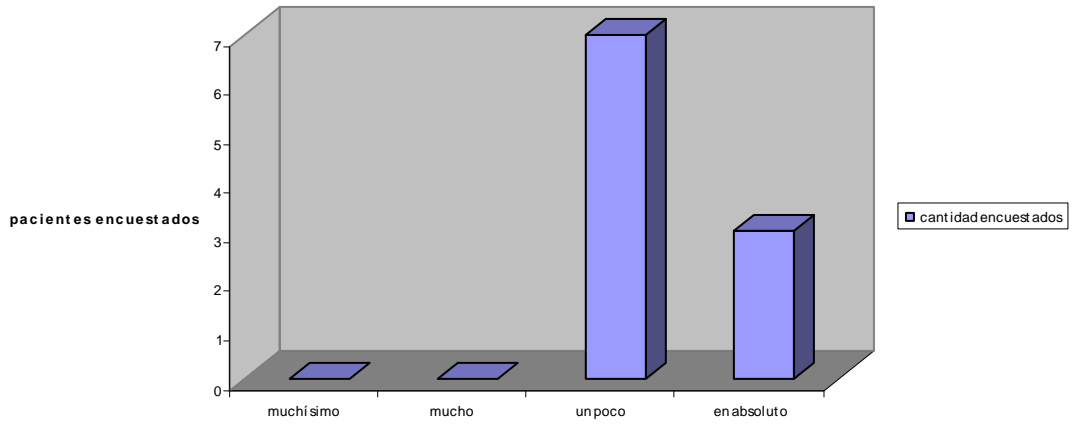
¿Hasta qué punto su psoriasis le ha impedido o alterado hacer algunas cosas en el trabajo ó en la escuela?



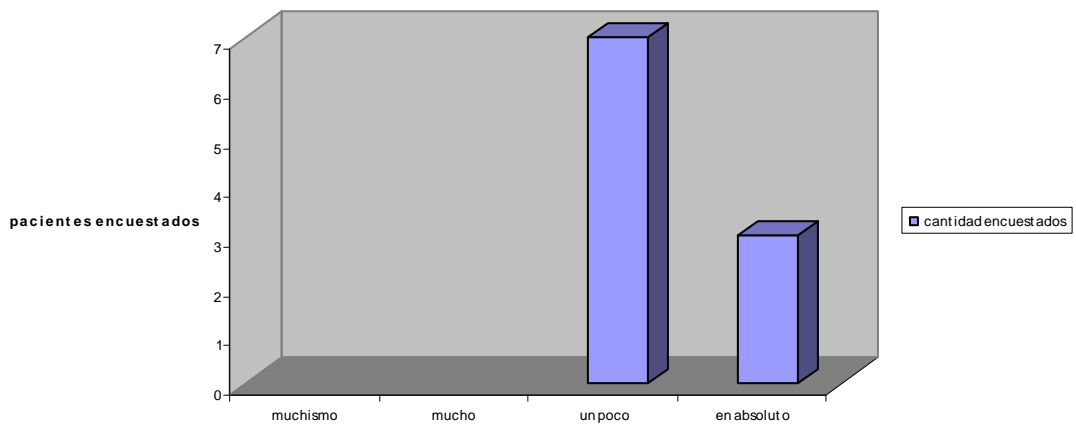
¿Hasta qué punto su psoriasis le ha impedido salir y asistir a actos sociales?



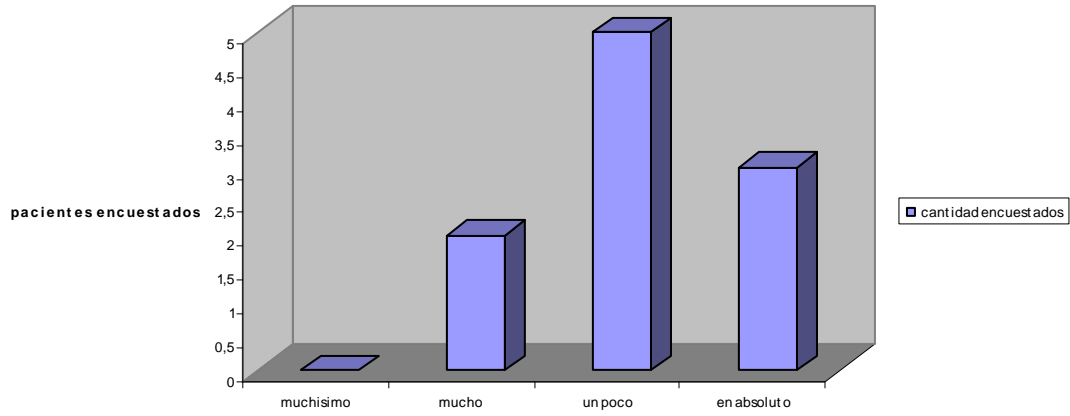
La psoriasis, ¿le ha provocado algún problema con su pareja o con alguno de sus mejores amigos o con familiares?



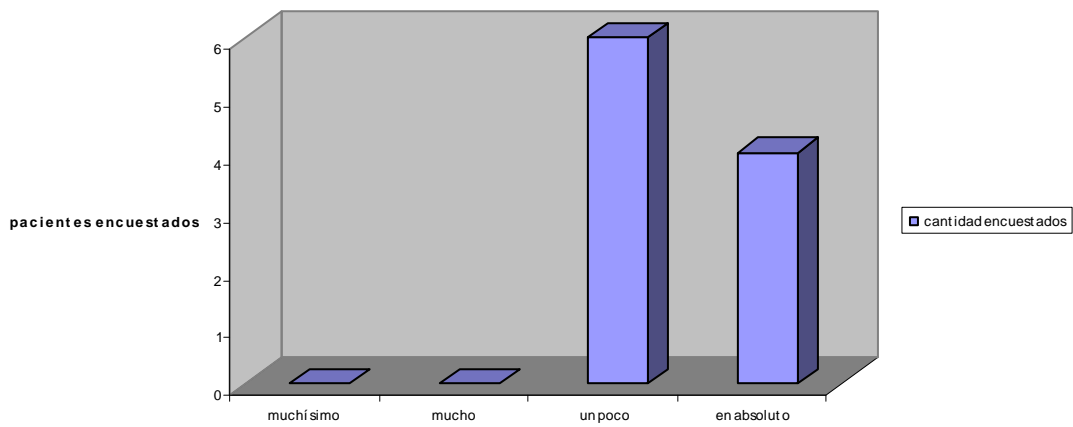
¿Hasta qué punto ha tenido que llevar ropa de diferentes tipos o colores a causa de su psoriasis?



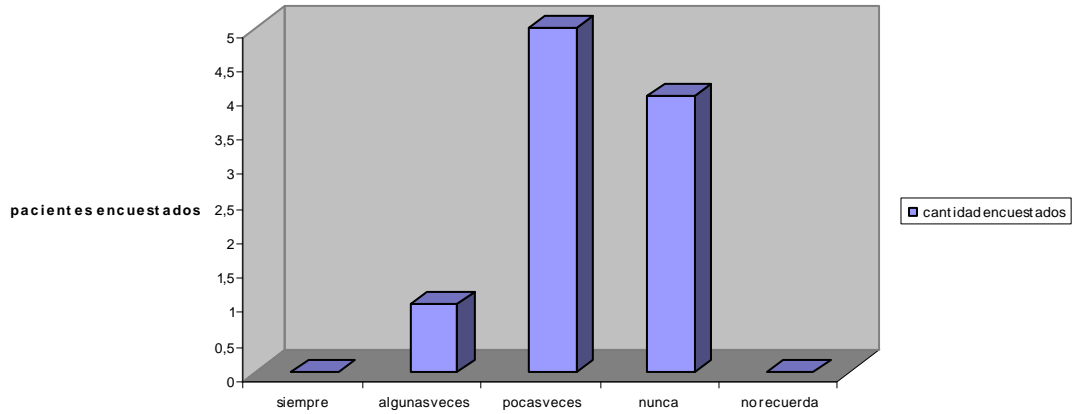
¿Hasta qué punto ha tenido que cambiarse de ropa o lavarla con más frecuencia de lo habitual?



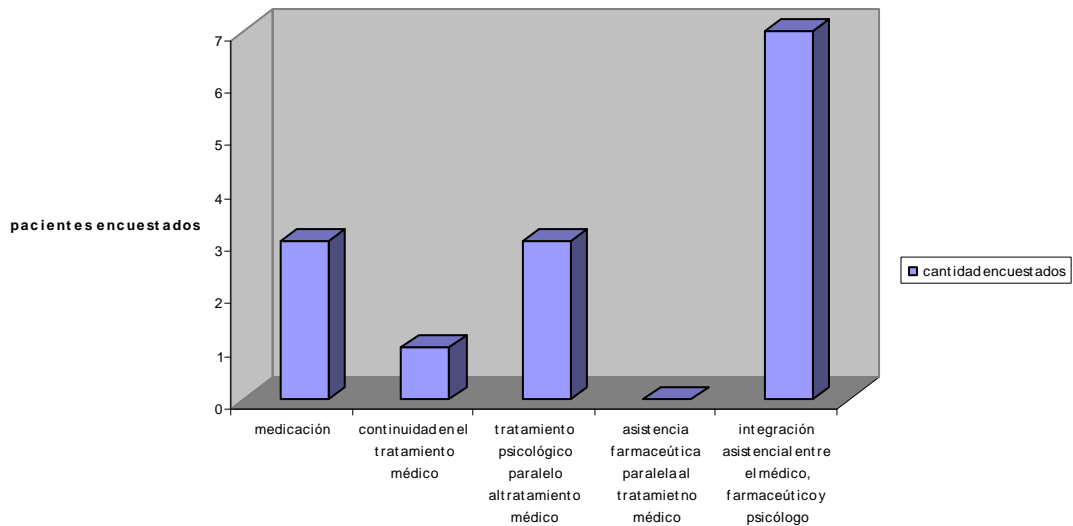
¿Hasta qué punto su psoriasis ha sido un problema, para asistir a la peluquería?



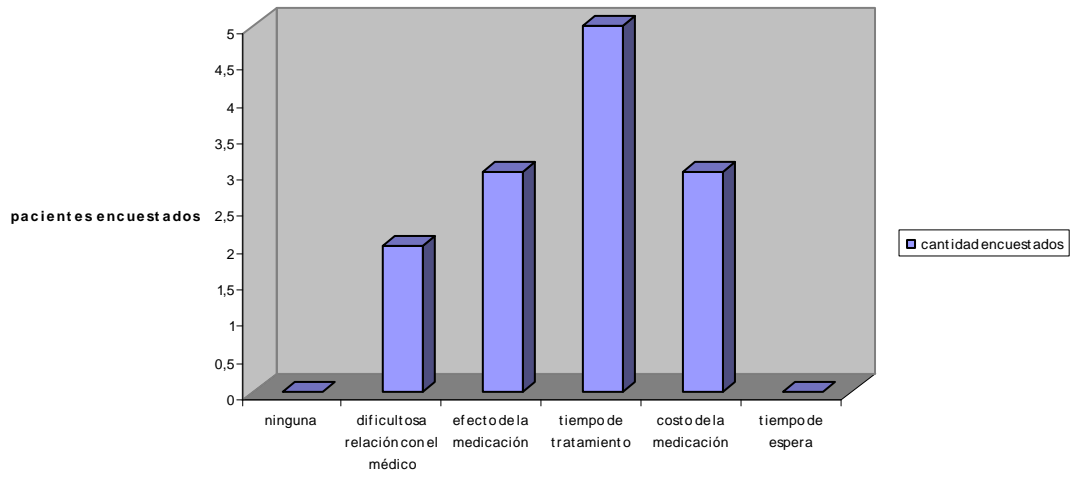
¿Su vida profesional se ha visto alterada por su psoriasis? por ejemplo: ascensos, rechazos, ha perdido un trabajo, le han suspendido un trabajo.



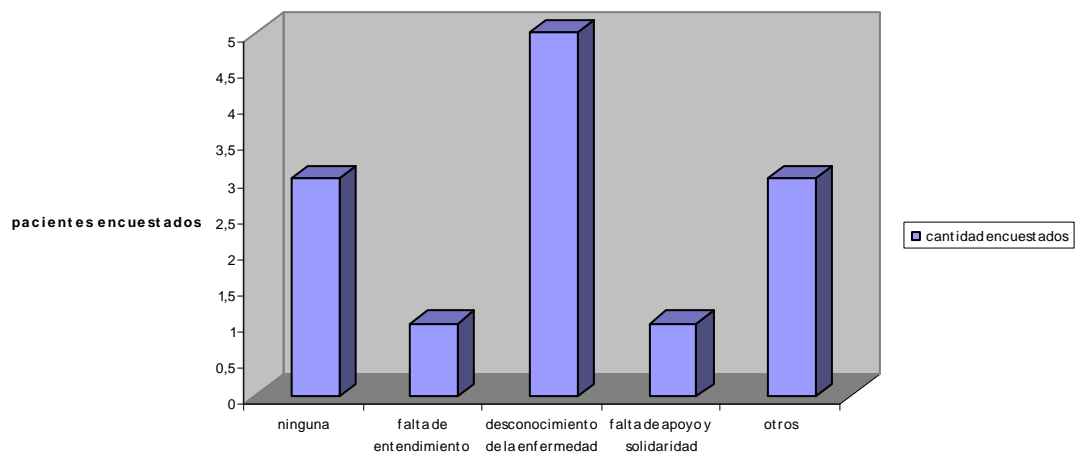
¿Qué factores considera importantes para el control de su enfermedad?



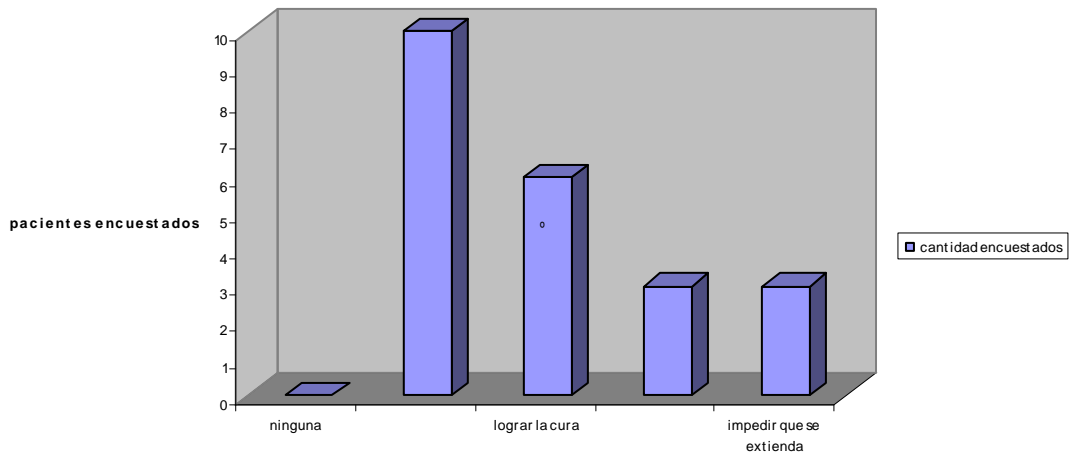
¿Qué dificultades encuentra en el tratamiento médico?



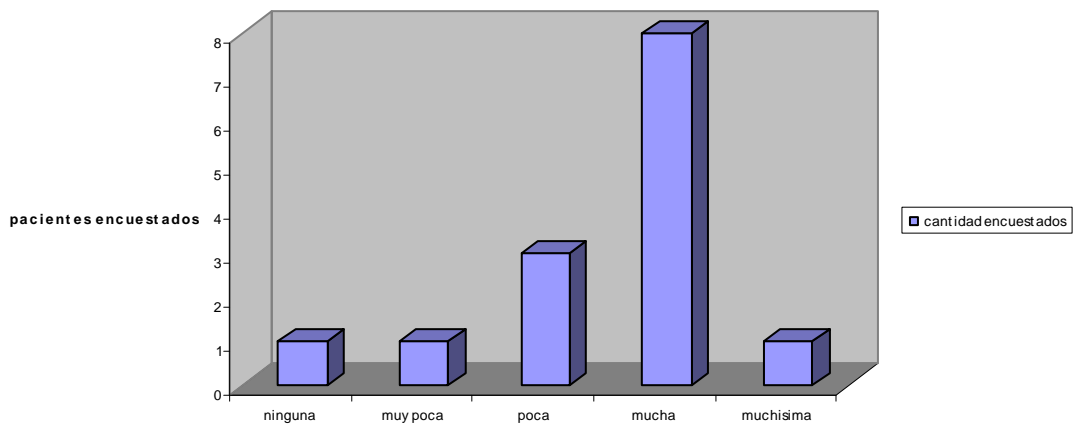
¿Qué dificultades encuentra en la comunicación con su farmacéutico?



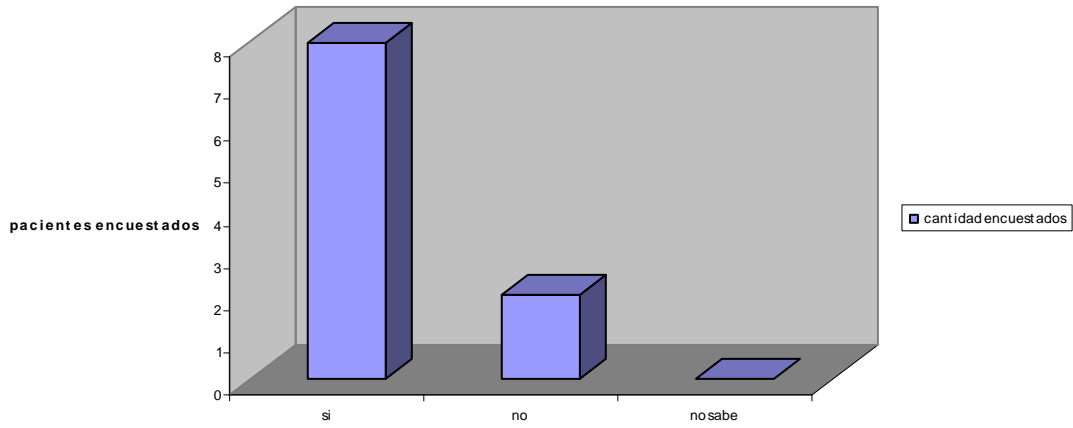
¿Qué expectativas tiene frente al futuro con respecto a su enfermedad?



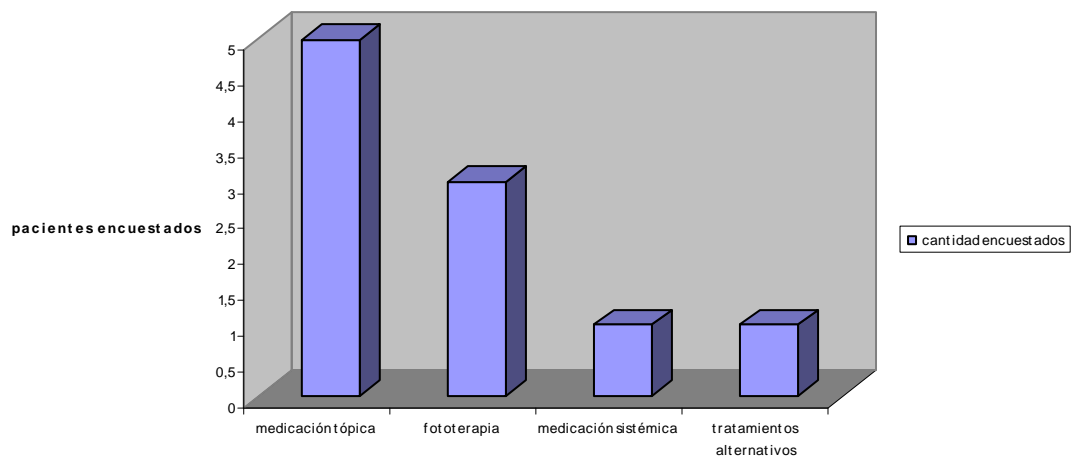
¿Qué expectativas tiene frente al futuro con respecto a la relación interdisciplinaria con el médico dermatólogo, el farmacéutico y el psicólogo?



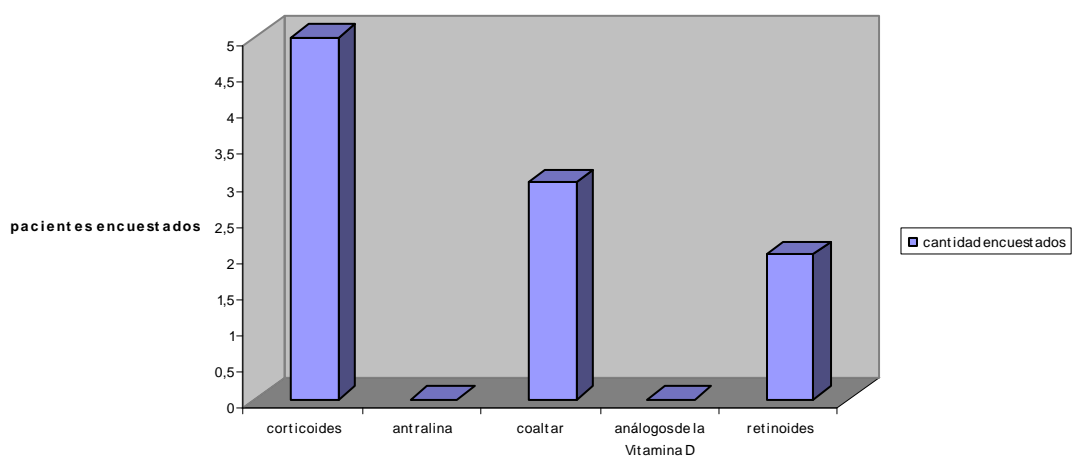
¿Considera que esta relación interdisciplinaria, puede mejorar su estado, aliviar su angustia y sentirse más contenido?



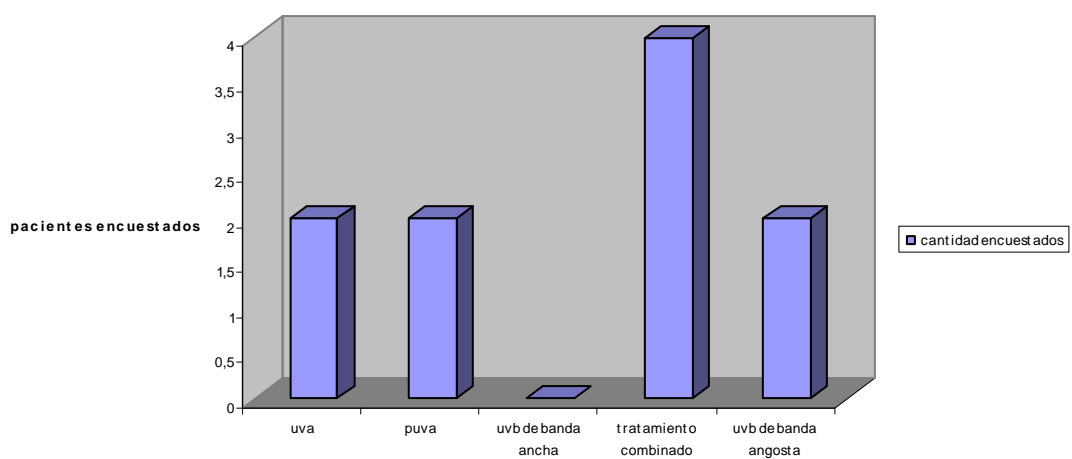
¿Cuál de estos tipos de tratamientos usted conoce?



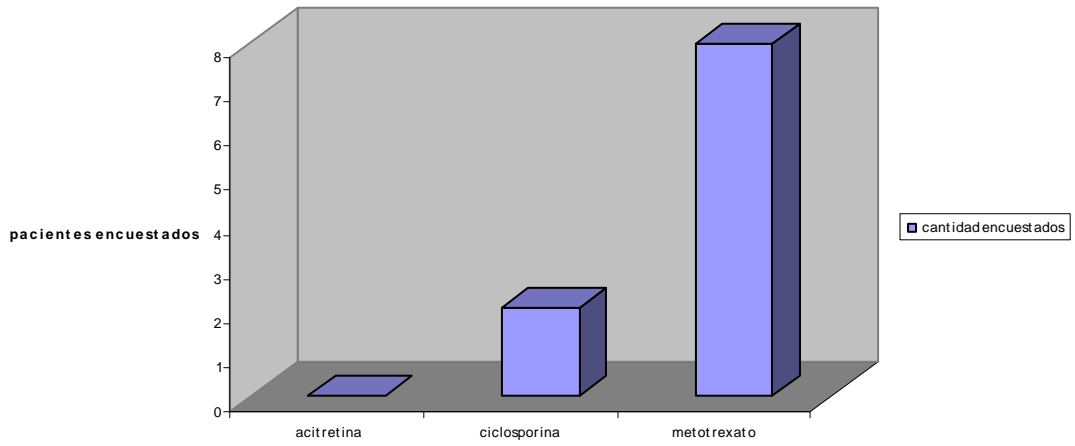
Si marco medicación tópica:



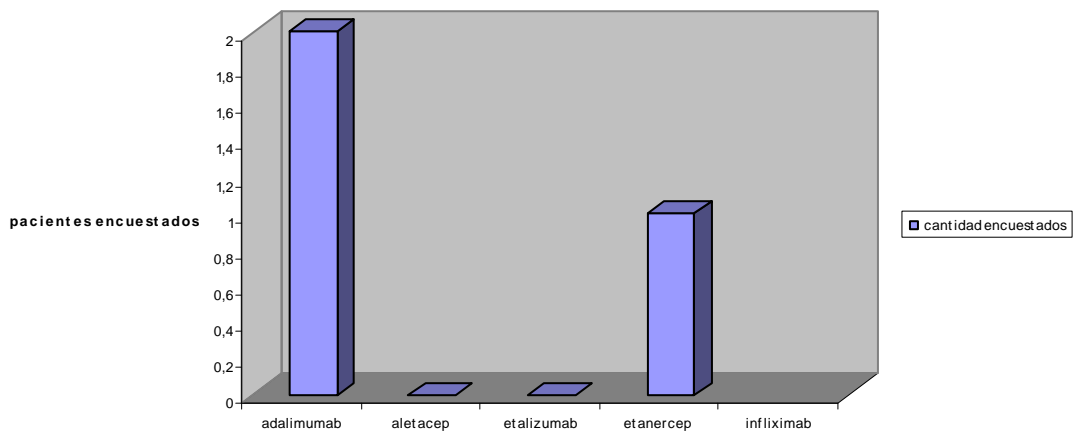
Si marco fototerapia:



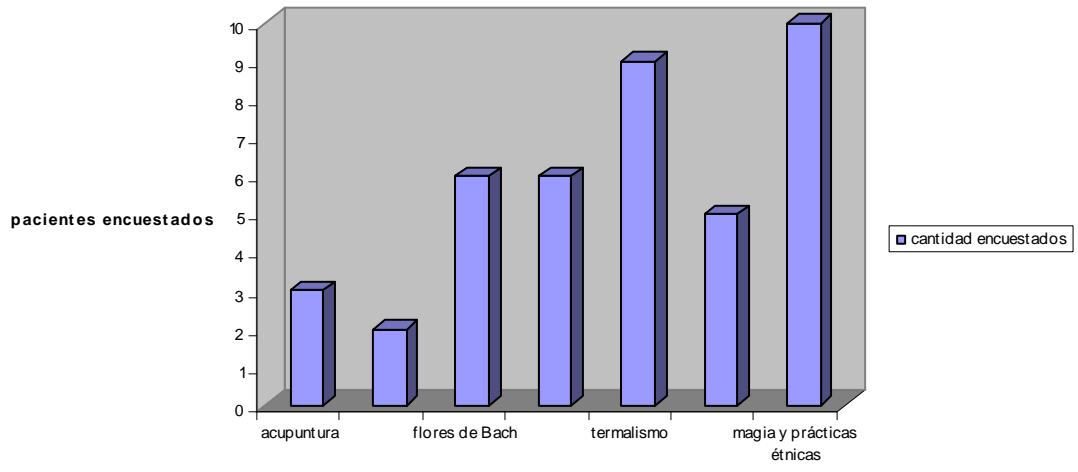
Si marco medicación sistémica:



Si marco agentes biológicos:



Medicinas alternativas usadas en Psoriasis:



* BIBLIOGRAFÍA

PSORIASIS

en la actualidad



Bibliografía

- Allevato MA, Marini MA, Troielli P, Lagodín C. Agentes biológicos en la terapéutica de la psoriasis. *Actividad Terapéutica Dermatológica* 2005; **28 (1)**: 6-22.
- Argila D, Rodríguez Nevado I, Chaves A. Análisis de coste-efectividad moralizado comparando metrotexato con fototerapia tipo PUVA para la psoriasis moderada-severa. *Actas Dermatológicas* 2007; **98 (1)**: 35-41.
- Dei Cas I. Terapias alternativas en psoriasis. *Actividad Terapéutica Dermatológica* 2006; **29 (4)**: 254-263.
- Dressendorfer LM, Jervis C, Palacios S. Eficacia terapéutica con el método de Goeckerman en pacientes con psoriasis en placas. Trabajo realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital Carlos Andrade Marín (Ecuador).- Agosto- Noviembre 2001. *Revista Argentina Dermatológica* 2006; **87 (4)**: 238-246.
- Echeverri MA, Aristizábal A, Vargas F, Molina JF, et al. Nuevos avances de la terapia biológica en la psoriasis. *Med Cut IL* 2005; **33 (1)**: 7-17.
- Falabella R, Escobar CE, Giraldo N. Fundamentos en medicina. 5ta edición. Medellín. Ediciones Rojo, CIB, 1997: 221-4.
- Garno R, López Estebaranz JL Terapia biológica y psoriasis. *Actas Dermatológicas* 2006; **97 (1)**: 11-17.
- Fitzpraticks. Dermatología en medicina general. Editorial Panamericana 6ta edición. 2006: 281-453.
- Koo J. Estudio epidemiológico de población, acerca de psoriasis, con hincapié en la valoración de la calidad de vida. *Dermatología clínica* 1996; **(775)**: 493-504.
- Paldaof H, Leroux MB, Corazza M, Fernández Bussy RA. Aportes del psicodiagnóstico al estudio de las dermatosis psicoinducidas. *Revista Argentina Dermatología* 2002; **83 (2)**: 68-74.
- Pellerano G, Frigerio S, Poggio N, Macagno B, et al. Abordaje interdisciplinario de asistencia en psoriasis. *Archivos Argentinos de Dermatología* 2000; **50 (4)**: 169-175.
- Pellerano G, Neglia V, Harris P, Poggio N, et al. Aspectos económicos, sociales y laborales de la psoriasis II. *Archivos Argentinos de Dermatología* 1997; **47**: 263-268.
- Sánchez Millán L. Psiconeuroinmunología y psoriasis. *Dermatología (Chile)* 1996; **12 (1)**: 47.
- Sánchez Regaña M, Ojeda R, Umberto I, Umberto P, et al. El impacto psicosocial de la psoriasis. *Actas Dermatológicas* 2003; **94 (1)**: 11-16.
- Steven R, Feldman, MD. Psoriasis y artritis psoriasica guía de bolsillo. Algoritmos y opciones de tratamiento. Aepso, 2007: 3-135.
- Ulnik JC, Czerlowski M, Ubogui JG. Relación médico-paciente y trabajo interdisciplinario en Dermatología. *Archivos Argentinos de Dermatología* 2004; **54 (5)**: 233-238.
- Vanaclocha F, Puig L, Dauden E, Escudero J, et al. Validación de la versión española del cuestionario Psoriasis Disability Index en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con psoriasis moderada-grave. *Actas Dermologicas* 2005; **96 (10)**: 659-668.
- Wozel G. ¿Cómo definir la gravedad de la psoriasis? Retos prácticos y límites. *Med Cut Illa* 2005; **33 (1)**: 41-42.

Sitios web

- <http://www.aepso.org>
- <http://www.worldpsoriasisday.com>
- <http://www.ifpa-pso.org>
- <http://www.europso.org>

PSORIASIS

en la actualidad

El trabajo interdisciplinario entre el paciente el farmacéutico, el médico, y el psicólogo.



Florencia Costanzi