



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez
“Psoriasis”

Fisiopatología II

Dr. Eduardo Zebadúa Guillen

Br. Merida Ortiz Viridiana

Estudiante de Medicina

3er

07 de diciembre de 2020, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

PSORIASIS

DEFINICIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria polimorfa de la piel y articulaciones, de curso crónico, recurrente.

La psoriasis vulgar es un padecimiento crónico, inflamatorio, sistémico con etiología genética y puede modificarse por factores ambientales. Puede asociarse con otros padecimientos inflamatorios como artritis psoriásica, enfermedad intestinal inflamatoria y enfermedad coronaria. Está caracterizada por presencia de escamas, parches eritematosos, pápulas y placas que son frecuentemente pruriginosas, suelen manifestarse con frecuencia en las salientes óseas, pero existen diferentes variantes que llevan a su clasificación por topografía, morfología o edad de inicio.

EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia a nivel mundial se estima en 2%. En México dicha prevalencia representa aproximadamente 2.5 millones de personas afectadas, de las cuales del 25 al 30% pueden cursar con un cuadro clínico de moderado a severo. Su inicio antes de los 40 años (más del 65% de los casos) se asocia a un curso más grave y a una más frecuente asociación al HLA-Cw6 e historia familiar de la enfermedad.

ETIOLOGÍA

Es de causa desconocida. Se acepta la existencia de factores genéticos predisponentes y factores desencadenantes. Se han identificado diversos loci de predisposición, denominados PSORS (del inglés psoriasis susceptibility), donde el asociado más claramente a la psoriasis es el PSORS-1 (cromosoma 6p21.3), siendo el alelo HLA-Cw6 el que confiere mayor riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Entre los factores capaces de desencadenar o exacerbar un brote se incluyen traumatismos, infecciones, algunos fármacos (sales de litio, betabloqueantes, antipalúdicos, AINE e IECA), factores metabólicos (hipocalcemia), cambios climáticos, alcohol, tabaco y estrés emocional.

PATOGENIA

Se le considera como una enfermedad inflamatoria de base inmunológica dependiente de la diferenciación y proliferación de linfocitos Th1 y Th17, que surge tras la activación de las células dendríticas de la piel como respuesta a antígenos o autoantígenos aún desconocidos y cuyo resultado final es una alteración en la diferenciación y proliferación de los queratinocitos epidérmicos.

CUADRO CLÍNICO

- Se caracteriza por el brote de pápulas y placas eritematosas bien delimitadas y cubiertas de escamas finas y nacaradas de tamaño variable entre uno y varios centímetros.
- Tras eliminar las escamas, por raspado de las lesiones, aparece en su superficie un piqueteado hemorrágico (signo de Auspitz).
- El prurito es de intensidad variable. En general, el inicio es gradual y la distribución de las lesiones, simétrica; las zonas afectadas con mayor frecuencia son el cuero cabelludo, la región lumbosacra y la superficie de extensión de las extremidades, sobre todo codos y rodillas. En ocasiones se afectan también los pliegues, a veces como única localización de la enfermedad (psoriasis invertida).
- En los niños puede tener un inicio explosivo, con la aparición súbita de numerosas lesiones de pequeño tamaño, después de una infección faringoamigdalal de origen estreptocócico (psoriasis guttata).

Las formas clínicas menos frecuentes incluyen:

- Psoriasis pustulosa: Existe una forma generalizada, caracterizada por el brote agudo y generalizado de pústulas estériles de 2-3 mm sobre una piel eritematosa, acompañada de fiebre alta, mal estado general, hipocalcemia, leucocitosis y elevación de la VSG; y una forma localizada en palmas y plantas, de curso muy crónico y rebelde al tratamiento, pero sin fiebre ni alteración del estado general.

- Psoriasis eritrodérmica: Hace referencia a una forma generalizada de psoriasis que afecta a más del 90% de la superficie corporal. Puede surgir como consecuencia de la extensión progresiva de una psoriasis vulgar o aparecer bruscamente tras un período de intolerancia al tratamiento tópico, a la luz o a un tratamiento inadecuado. En la segunda circunstancia, suele acompañarse de fiebre, mal estado general y alteraciones hidroelectrolíticas.

DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico. Algunas formas y determinadas localizaciones pueden inducir a error, así la psoriasis de cuero cabelludo puede confundirse con una dermatitis seborreica. Otras enfermedades que hay que considerar son la sífilis secundaria (psoriasis en gotas), enfermedad de Reiter (formas pustulosas localizadas), lupus eritematoso, liquen plano, parapsoriasis, erupciones medicamentosas, neurodermitis, pitiriasis rosada, etc.

TRATAMIENTO

La enfermedad no tiene cura. El tratamiento debe individualizarse atendiendo a la extensión, forma clínica y localización de la enfermedad.

- Tratamiento tópico: Se utilizará en las formas leves. Pueden emplearse emolientes para evitar la sequedad excesiva de la piel, junto con queratolíticos, como el ácido salicílico, que eliminan las escamas y facilitan la penetración de otros medicamentos. Glucocorticoides, tazaroteno, antralina.
- Fototerapia y fotoquimioterapia: Se utilizan rayos ultravioletas B (UVB) de banda estrecha y psoralén y luz ultravioleta (PUVA), con buenas respuestas.
- Tratamiento sistémico: Puede utilizarse: metotrexato oral, en tres dosis semanales de 2,5-5 mg separadas por intervalos de 12 h; acitretina, en dosis de 25-50 mg/día. CsA en dosis de 4-5 mg/kg de peso y día.