



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

TERCER SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Psoriasis"

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Fisiopatología II

UNIDAD IV

CATEDRÁTICO: Dr. Eduardo Zebadúa Guillén

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 10 DE DICIEMBRE DEL 2020

PSORIASIS

DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria de la piel de base inmunológica y curso crónico con gran impacto en la calidad de vida relacionada con la salud.

- se caracteriza por pápulas y placas redondeadas, eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por una descamación micácea plateada.
- La afección diseminada se denomina psoriasis exfoliativa o eritrodérmica.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Es diagnóstica en las lesiones incipientes. La epidermis muestra paraqueratosis, cúmulos de neutrófilos en la capa córnea (abscesos de Munro-Saboureaud) y alargamiento de las crestas interpapilares con adelgazamiento de la epidermis suprapapilar. En las papilas dérmicas se observan infiltrados perivasculares de células mononucleares junto con capilares dilatados y tortuosos.

ETIOLOGÍA

- ✓ De origen desconocido.
- ✓ Tendencia genética que determina el desarrollo de la psoriasis (Los factores genéticos predeterminan la incidencia de la psoriasis; las familias afectadas tienen una incidencia significativamente mayor de antígenos leucocíticos humanos (HLA, human leukocyte antigen) B13, B17 y CW6.)
- ✓ Posible trastorno inmunitario, según lo sugerido por el tipo de HLA en las familias. Brote de lesiones (en forma de gota) por infecciones, especialmente por estreptococos β -hemolíticos.
- ✓ 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.

Otros factores

- ✓ Embarazo
- ✓ Cambios endocrinos
- ✓ Clima (el clima frío tiende a exacerbar la psoriasis)
- ✓ Estrés emocional o enfermedad física Infección

Factores desencadenantes o exacerbantes a un brote

Traumatismos (fenómeno isomórfico o de Koebner), infecciones, algunos fármacos (sales de litio, betabloqueantes, antipalúdicos, AINE e IECA), factores metabólicos (hipocalcemia), cambios climáticos, alcohol, tabaco y estrés emocional.

FACTOR DE RIESGO

- ✓ Px pediátricos
- ✓ Antecedentes familiares
- ✓ Estrés
- ✓ Tabaquismo

FISIOPATOLOGÍA


Una célula de la piel tarda normalmente 14 días para ir de la capa basal a la capa córnea, donde se desprende pasados otros 14 días de desgaste normal. Así, el ciclo de vida de una célula de la piel normal es de 28 días. En la psoriasis, el sistema inmunitario envía señales que aceleran el proceso normal, disminuyendo de 28 días a tan sólo 4. Este ciclo notablemente acortado no permite a la célula madurar. Por lo tanto, el estrato córneo se hace grueso con las células adicionales. En la superficie, las células de la piel se acumulan y las células muertas crean una capa blanca, escamosa, la manifestación principal de la psoriasis.

Es muy compleja y depende de la interacción de numerosos elementos de la inmunidad innata y adquirida. 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

- Pápulas y placas redondeadas, eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por una descamación micécea plateada (nacaradas) + purito variable.
- Placas estables, de crecimiento lento, que permanecen básicamente sin cambios durante periodos prolongados (codos, rodillas, pliegue interglúteo y piel cabelluda).
- Placas con las escamas características plateadas que se desprenden fácilmente o
- Engruesan, cubriendo la lesión (el retiro de escamas puede producir una hemorragia
- fina [signo de Auspitz]).
- De forma ocasional, pequeñas lesiones llorosas (por lo general, finas y eritematosas
- con pocas escamas), solas o en placas.
- Es frecuente la aparición de lesiones en áreas que han sufrido traumatismos
- (fenómeno isomórfico).

TIPOS DE PSICORIASIS

-  **Psoriasis guttata:** Afecta a niños y jóvenes. Aparece de forma aguda en sujetos sin psoriasis o con psoriasis crónica en placas. puede tener un inicio explosivo, con la aparición súbita de numerosas lesiones de pequeño tamaño, después de una infección faringoamigdalár de origen

estreptocócico, está marcada por lesiones pequeñas en forma de gota en el tronco, brazos o piernas. Se presenta en forma de múltiples pápulas pequeñas eritematosas y descamativas. **El diagnóstico diferencial se hace con la pitiriasis rosada y con la sífilis secundaria.**

- ✚ **Psoriasis en placas:** La psoriasis en placas es la forma más frecuente y produce parches secos, elevados y rojos en la piel (lesiones) cubiertos de escamas plateadas. Las placas pueden picar o ser sensibles, y puede haber pocas o muchas. Suelen aparecer en los codos, las rodillas, la espalda lumbar y el cuero cabelludo.
- ✚ **Psoriasis inversa:** afecta las regiones intertriginosas, como axila, ingles, región submamaria y ombligo; también ataca a veces la piel cabelluda, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las lesiones individuales son placas perfectamente demarcadas, pero según su sitio, pueden ser húmedas y sin exfoliación. Provoca parches suaves de piel roja que empeoran con la fricción y la sudoración. Las infecciones micóticas pueden desencadenar este tipo de psoriasis. En ocasiones se afectan también los pliegues, a veces como única localización de la enfermedad.
- ✚ **Psoriasis pustulosa:** La enfermedad puede localizarse en palmas de las manos y plantas de los pies o ser generalizada. Independientemente de la extensión de la afectación, la piel es eritematosa, tiene pústulas y escamas de forma variable. En palmas de las manos y plantas de los pies, si está localizada, se puede confundir fácilmente con el eccema. En la modalidad generalizada, los episodios se caracterizan por fiebre de 39 a 40°C durante varios días, acompañada de erupción generalizada de pústulas estériles contra un “fondo” de eritema intenso; puede surgir más tarde eritrodermia. Los episodios de fiebre y pústulas son repetitivos. Esta forma de psoriasis puede ser desencadenada por irritantes locales, factores como embarazo, fármacos, infecciones y la interrupción del empleo de glucocorticoides sistémicos. En no embarazadas, el tratamiento más indicado lo constituyen los retinoides ingeribles.
- ✚ **Psoriasis en las uñas:** La afección de las uñas de los dedos de manos y pies, que aparecen con un aspecto punteado, engrosadas o con hiperqueratosis subungueal o ungueal (unicólisis), tal vez constituya una pista para el diagnóstico de la psoriasis cuando la presentación clínica no es clásica.
- ✚ **Psoriasis eritrodérmica:** La psoriasis eritrodérmica, el tipo menos frecuente, puede abarcar todo el cuerpo con una erupción roja y con descamación, que puede provocar picazón o ardor intensos.
- ✚ **Artritis psoriásica:** La artritis psoriásica provoca inflamación y dolor en las articulaciones, típicos de la artritis. A veces los síntomas de las articulaciones son el primer o único síntoma o signo de la psoriasis. Y a veces solo se ven cambios en las uñas. Los síntomas varían entre leves y graves, y la artritis psoriásica puede afectar cualquier articulación. Puede causar rigidez y daños articulares progresivos que, en los casos más graves, pueden dar lugar a

daños articulares permanentes. Existen cinco subtipos de PsA: simétrica, asimétrica, de predominio interfalángico distal, espondilitis y artritis mutilante. La **artritis simétrica** se parece a la artritis reumatoide, aunque casi siempre es más leve. La **artritis asimétrica** puede afectar cualquier articulación y quizá se presente como “dedos en salchicha”. Aquella de predominio **interfalángico distal** es la forma típica, pero sólo ocurre en alrededor del 5% de los casos de PsA. La artritis mutilante es grave y deformante. Predomina en las articulaciones pequeñas de manos y pies. Causa menos del 5% de los casos de artritis psoriásica.

DIAGNÓSTICO

- ✓ **Clínica:** Ser cuidadosos, ya que se puede confundir con dermatitis seborreica, sífilis secundaria (psoriasis en gotas), enfermedad de Reiter (formas pustulosas localizadas), lupus eritematoso, liquen plano, parapsoriasis, erupciones medicamentosas, neurodermitis, pitiriasis rosada.
- ✓ **Biopsia**
- ✓ **Química sanguínea:** revela una concentración elevada de ácido úrico en suero.

TRATAMIENTO

La enfermedad no tiene cura. El tratamiento debe individualizarse atendiendo a la extensión, forma clínica y localización de la enfermedad, a las circunstancias personales de trabajo y al ambiente sociocultural y a las comorbilidades.

- **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 de potencia media, aunque su uso prolongado suele acompañarse de una pérdida de eficacia; análogos de la vitamina D (calcipotriol y tacalcitol), en general muy bien tolerados, y tazaroteno, un retinoide de síntesis. Otros productos como la antralina y derivados del alquitrán han caído en desuso.
- **Fototerapia y fotoquimioterapia:** Consiste en aprovechar el efecto beneficioso de la luz ultravioleta sobre la psoriasis. Se utilizan rayos ultravioletas B (UVB) de banda estrecha y psoralén y luz ultravioleta (PUVA), con buenas respuestas. No obstante, su potencial carcinogenicidad cutánea y su inducción de fotoenvejecimiento precoz limitan su uso de forma indiscriminada.
- **Tratamiento sistémico:** Debe reservarse para las formas moderadas-graves definidas por la regla de los 10: índice de extensión y gravedad (Psoriasis Area and Severity Index [PASI]) > 10 y/o superficie afectada (Body Surface Area [BSA]) > 10% y/o Dermatologic Life Quality Index (DLQI) > 10. 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,

aunque su teratogenicidad limita su empleo en mujeres en edad fértil, y CsA en dosis de 4-5 mg/kg de peso y día. En caso de falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a estos fármacos se utilizan los agentes biológicos, de los que existen cuatro aprobados por la EMA: tres de ellos pertenecen al grupo de los bloqueantes del TNF (infliximab, etanercept y adalimumab) y otro, el ustekinumab, es un inhibidor de la p40, que comparten la IL-12 y la IL-23. Tienen la ventaja sobre los fármacos sistémicos tradicionales de carecer de toxicidad específica de órgano, lo que les confiere la posibilidad de utilización continuada, pero los inconvenientes de no conocer, aun con certeza, su seguridad a largo plazo (infecciones y neoplasias) y su elevado coste. Una nueva generación de agentes biológicos, dirigidos contra la IL-17 o sus receptores, está en fase muy avanzada de desarrollo y muestran aun mayor eficacia que los ya existentes.

- **Psoriasis extensa:** acitretina, un retinoide compuesto.
- **Enfermedad resistente:** ciclosporina.
- **Tratamiento de último recurso para la psoriasis refractaria:** una citotoxina, por lo general, metotrexato.

COMPLICACIONES

- Infección
- Alteración de la autoimagen, así como aislamiento y depresión.
- Ésta puede agravarse a causa de algunos fármacos e infecciones, y las modalidades graves suelen aparecer en la infección por VIH