

PSORIASIS

REVISION ACTUALIZADA*

Dra. Emigdia M. Páez Moreno**
Dra. María E. Miquilarena Scarton***

Páez Moreno EM, Miquilarena Scarton ME. **Psoriasis: Revisión actualizada.** Derm Venez 1993; Vol. 31; Supl. N° 1: 3-10

RESUMEN

Presentamos una revisión actualizada sobre los aspectos etiopatogénicos, clínicos, histopatológicos de la Psoriasis.

SUMMARY

We present an actualized review of etiopathogenic, clinical, histopathologic and therapeutic aspects of psoriasis.

DEFINICION

Enfermedad inflamatoria de la piel, crónica, recidivante y de características clínicas variables. Habitualmente las lesiones cutáneas son tan características que es sencillo establecer el diagnóstico clínico.^{1,2,3}

INCIDENCIA

La psoriasis tiene ocurrencia universal. En los Estados Unidos tiene una prevalencia de aproximadamente 1%, sin embargo la incidencia mundial varía de manera considerable. Las razones de tales variaciones

van desde factores raciales hasta geográficos y ambientales.

El pico de edad de comienzo es en la segunda década, pero puede aparecer a cualquier edad desde el nacimiento hasta en la vejez.^{1,3}

MODO DE HERENCIA

Hay grandes evidencias acerca de su carácter hereditario, pero el modo de herencia no es simple y la expresión de la enfermedad es altamente variable. En una tercera parte de los pacientes hay una historia familiar positiva, y se ha encontrado una alta tasa de concordancia en gemelos monocigotos.^{1,3}

Hay casos en los que no se comprueba el componente genético. Puede ser una mutación espontánea frecuente o no se comprende su transmisibilidad genética.¹

Los tipos HLA más frecuentemente asociados con psoriasis son HLA-B13, -B16, -B17, -B37, DR7 y CWG.^{1,4} Los pacientes con artritis psoriática tienen una tendencia a expresar HLA B27.3

CLINICA SIGNOS FISICOS

Piel: Placas con bordes netos, escamas plateadas, no adherentes, con un eritema homogéneo y brillante debajo de la escama.

- Signo de Auspitz: La eliminación mecánica de escamas de una placa, produce pequeñas gotas de sangre en la superficie eritematosa.

- Anillo de Woronoff: Anillo de piel más clara que la normal que rodea una placa (mediado por

* Trabajo realizado en el Dpto. de Dermatología. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo".

** Médico Residente del Postgrado de Dermatología (U.C.V.)

*** Médico Adjunto del Dpto. de Dermatología.

un inhibidor endógeno de la síntesis de prostaglandinas).

- Reacción de Koebner: Aparición de nuevas lesiones en sitios de piel sana, por pequeños traumatismos o sobre cicatrices, zonas de rascados o quemaduras.
- Reacción de Koebner Inversa: Desaparición de lesiones después de traumatismos cutáneos.

Uñas: Hoyuelos de la lámina ungueal (queratinización defectuosa del pliegue ungueal proximal).

- Manchas de Aceite: Manchas parduzcas debajo de la lámina ungueal (proceso de lecho ungueal).
- Onicodistrofia: Material amarillento, queratinoso (afección de la matriz ungueal).
- Pústulas Subungueales: del lecho ungueal o matriz

Boca: Placas demarcadas.

- Lesiones anulares blanco hasta gris.
- Lengua geográfica. 1,2

SIGNOS SISTEMICOS DE ENFERMEDAD

Cuanto más aguda e inflamatoria es una forma de psoriasis, más probable es que existan alteraciones en las pruebas de laboratorio, entre ellas leucocitosis, V.S.G. elevada, posiblemente proteína C reactiva y factor reumatoide positivo. Es digno de atención que en la forma prolongada de la enfermedad haya un aumento lento del nivel de IgA, cuyo significado es oscuro.⁵

La Eritrodermia exfoliativa produce efectos sistémicos, pero quien los produce con más frecuencia es la Psoriasis pustulosa generalizada, con la presencia de fiebre de 39-40°C, disminución de peso, debilidad muscular y a veces hepatitis;^{1,2} en los exámenes de laboratorio podemos encontrar aumento de la V.S.G. y disminución del Ca⁺⁺.¹

PATRONES CLINICOS

1.- Psoriasis estacionaria crónica (Psoriasis vulgar)

Es la forma de presentación más frecuente. Placas escamosas, eritematosas por meses o años, se localiza en cuero cabelludo (región retroauricular), codos, rodillas, región lumbar, ombligo.

Según la forma de lesión la podemos clasificar en:

- a) Psoriasis geográfica: pequeñas lesiones aisladas, forman placas confluentes donde los bordes semejan un mapa geográfico.
- b) Psoriasis girata: Las lesiones se extienden lateralmente y se transforman en circinados por confluencia de varias placas.
- c) Psoriasis anular: Aclaramiento central, parcial, con formación de lesiones en anillo.
- d) Psoriasis inversa: Limitada a pliegues cutáneos (axilas, región genito-crural, cuello), descamación ausente, eritema brillante, netamente demarcado.¹

2.- Psoriasis eruptiva (guttata)

Lesiones pequeñas de 0,5 - 1,5 cms de diámetro, se localizan en tronco, extremidades proximales. Comienza en edad temprana. Afecta adultos y jóvenes. Factores predisponentes: Faringitis estreptocóccicas.

Exámenes de Laboratorio:

Serológico: Un título aumentado de antiestreptolisina, en aquellos pacientes con antecedentes de infección estreptocóccica.

Cultivo: Cultivo de garganta positivo para estreptococos grupo A - B hemolítico.⁴

3.- Psoriasis pustulosa generalizada (Von Zumbusch)

Los ataques se caracterizan por fiebre que persiste por varios

días. Paralelamente al comienzo de la fiebre aparece una erupción súbita de pústulas estériles de 2-3 mm, antes de que aparezca la erupción generalizada se observa un eritema a nivel de las zonas de flexión.² Hay diseminación a tronco y extremidades incluyendo el lecho ungueal, palmas y plantas. Puede haber pérdida de la uña y atrofia de pulpejos. Característicamente la enfermedad se produce en ondas recurrentes de fiebre seguida de pústulas.

Las lesiones a nivel de las mucosas son frecuentes en la lengua y resto de la boca. En los labios se produce una descamación roja y en la lengua y boca se observan ulceraciones.²

4.- Psoriasis pustulosa anular

Una variante rara de la psoriasis pustulosa. Forma anular o circinada producida durante episodios de psoriasis pustulosa. Se forman pústulas sobre un eritema en anillo.¹

5.- Psoriasis pustulosa localizada

Se presenta como dos condiciones distintas, sin síntomas sistémicos.

- a) Psoriasis pustulosa palmo-plantar de Barber
- b) Acrodermatitis continua de Hallopeau.

6.- Eritrodermia psoriásica

Representa la forma generalizada de la enfermedad que afecta todos los sitios del cuerpo incluyendo cara, manos, pies, uñas, tronco y extremidades. Aunque están presentes todos los síntomas de psoriasis, el eritema es la característica más saliente y la descamación habitualmente es menos severa en comparación con la psoriasis estacionaria crónica.

Puede tener diversos grados de actividad patológica, presentarse súbitamente como eritema gene-

realizado o evolucionar gradualmente desde una psoriasis crónica en placas a una fase exfoliativa generalizada. En la última habitualmente se observan algunas áreas de piel no afectada.

La Eritrodermia psoriásica puede ser la respuesta a algunos tratamientos tópicos (por ejem. antralin, U.V.B.); en tales casos se considera que representa una reacción de Koebner generalizada. La psoriasis pustulosa generalizada puede revertirse a Eritrodermia solamente, sin formación de pústulas o con disminución de éstas. Esta forma revela todas las características de la psoriasis pustulosa incluyendo fiebre, malestar general, recaídas frecuentes y mortalidad relativamente elevada después de evoluciones prolongadas.¹

PSORIASIS EN LA INFANCIA

El comienzo de la psoriasis en la infancia es bastante común, pudiendo ocasionalmente observarse a los pocos días de edad o incluso estar presente ya en el momento del nacimiento. En estos casos de comienzo precoz, es frecuente que se diagnostique erróneamente como infección fúngica, eccema, dermatitis seborreica o erupción medicamentosa. Suele presentarse a menudo en las regiones accesibles a irritación o trauma, como son las superficies de flexión, región del pañal y cuero cabelludo.⁶

En un estudio de seguimiento Farber y col. mostraron que siete de los nueve niños que habían sido diagnosticados al inicio con psoriasis infantil y que en seis a trece años habían sido reexaminados, habían tenido el inicio de la psoriasis en el área del pañal. Se sugiere que la irritación de orina y materia fecal pueden considerarse como los factores desencadenantes en la precipitación de la aparición de psoriasis en esa región específica.⁷

También es común que afecte la cara, aunque, en general, las lesiones

psoriásicas son más tenues, menos infiltrativas y menos escamosas que en los adultos. Es más frecuente en niñas que en niños en una proporción 2:1.⁶

La psoriasis en la infancia se diferencia de la del adulto en que está precipitada con más frecuencia por infecciones o puede iniciarse o exacerbarse por un trauma emocional, además, en niños, con psoriasis el cuadro también se agrava por infecciones en más de 45%, sobre todo tras amigdalitis estreptocócica, aunque también tras infecciones estreptocócicas no amigdalares. Se han descrito también exacerbaciones tras sarampión y tiña pedis.⁶

PSORIASIS GUTTATA

Es la forma de presentación más frecuente en la infancia. En los estadios iniciales, con frecuencia pueden confundirse con enfermedades exantemáticas, erupciones escarlatiniformes, exantemas medicamentosos e incluso con la enfermedad de Mucha-Haberman o Vasculitis.

Muchos niños con brotes de la forma guttata aguda y con cultivos positivos de garganta para estreptococo *B*-hemolíticos han mejorado con la administración de penicilina. El mecanismo exacto de este fenómeno se desconoce, pero al parecer representa un tipo de respuesta isomórfica a la infección estreptocócica.⁷

PSORIASIS EN GRANDES PLACAS

Algunos niños desarrollan la forma típica de los adultos con grandes placas, en codos, rodillas y cuero cabelludo, extendiéndose lentamente a grandes áreas del tronco, extremidades e incluso uñas. Generalmente en los estadios iniciales las placas son poco descamativas y con frecuencia menos intensamente eritematosas que en el adulto, pudiendo confundirse con facilidad con otros procesos."

FORMA ERITRODERMICA

Esta forma de psoriasis es muy poco frecuente en niños^{6,7} al igual que los adultos pueden tener un desarrollo evolutivo muy resistente a terapéuticas convencionales.⁶

PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA

Esta forma de psoriasis es rara en la niñez⁷ afecta con mayor frecuencia a varones en una proporción de 3:2. La psoriasis pustulosa generalizada en la infancia habitualmente no va precedida de lesiones de psoriasis vulgar (solo presentan lesiones previas de psoriasis vulgar menos del 12% de los casos), lo que contrasta con la alta frecuencia de psoriasis vulgar previa a psoriasis pustulosa generalizada en adultos, existiendo en aproximadamente el 30% de los casos infantiles un diagnóstico previo de dermatitis seborreica o del pañal. También, a diferencia de las formas en adultos, la psoriasis pustulosa generalizada en niños tiende a tener un curso evolutivo más benigno.⁶

PSORIASIS CUERO CABELLUDO

(Pitiriasis amiantácea, falsa tiña amiantácea)

En los niños la psoriasis del cuero cabelludo se manifiesta como placas descamativas más finas de pitiriasis amiantáceas. Cuando las placas de pitiriasis amiantáceas tienen un fondo eritematoso puede predecirse que probablemente desarrollaran psoriasis con mayor facilidad y de hecho pueden ya ser placas histopatológicamente de psoriasis verdadera. Para algunos autores en muchos casos puede ser la primera manifestación de la psoriasis.⁶

PSORIASIS FACIAL

La cara suele ser más afectada en niños, en especial durante brotes de forma guttata aguda.⁷

Puede convertirse durante meses en la única manifestación.

Esta localización en niños es bastante frecuente, por lo que se ha postulado que el cambio en la composición de la grasa en la pubertad podría contribuir a la disminución de la prevalencia de la psoriasis facial en adultos, atribuyendo Bernhard cierta actividad antipsoriásica a los constituyentes de la secreción sebácea del adulto.⁶

Puede estar afectada cualquier zona de la cara. Excepcionalmente puede aparecer en labios y zona perioral y confundirse con dermatitis secundaria a salivación o infección candidiásica. Cuando las placas escomasas de psoriasis afectan las áreas de la cara expuestas al sol, deben distinguirse de las lesiones de lupus eritematoso.^{6,7}

PSORIASIS DE UÑA

La afección de uña se aprecia en la psoriasis infantil, con la misma frecuencia que en la adulta, crónica, Feber y Jacobs encontraron cambios de uña en 79% de sus pacientes con psoriasis infantil, sin embargo, no todos los investigadores han encontrado un porcentaje tan alto.⁷

PATOGENESIS INMUNOPATOLOGIA

Estudios recientes han demostrado que la psoriasis es probablemente mediada por mecanismos inmunológicos, y que el infiltrado celular inflamatorio es probablemente el evento primario y la hiperplasia el secundario.^{8,10} Estas observaciones han sido postuladas debido al avance obtenido mediante el uso anticuerpos monoclonales.

En pacientes con psoriasis extensa se ha encontrado una disminución en el conteo sanguíneo total de células T y específicamente de CD4 (ayudadoras). Estudios en la piel mostraron que el infiltrado estaba predominantemente constituido de CD4, y se encontraban algunos CD8, (supresoras). En adición el índice CD4/CD8 fue más alto en la piel que en la sangre. Tomadas juntas estas observaciones implican una selectivi-

dad de células CD4 en la piel del paciente psoriático. En estadios tempranos, hay un influjo de linfocitos T, ambos CD4 y CD8, en la epidermis pero solo las células CD4 están activadas, y durante la resolución de la placa, las células activadas son las CD8.

Las células CD4 activadas producen citoquinas, las cuales inducen la proliferación de queratinocitos y aumentan la angiogénesis y quimiotaxis de linfocitos en la dermis y epidermis.

Se ha sugerido que la psoriasis es una enfermedad antígeno-dependiente. Cuando el antígeno es presentado a la piel, es tomado por la célula presentadora de antígeno (célula de langerhans). El antígeno procesado es luego presentado a la célula CD4 específica, en asociación con el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC) antígeno clase II en la superficie de la célula presentadora de antígeno. La presentación del antígeno, en asociación con la molécula clase II y la interleuquina 1 (IL-1) producida por la célula presentadora de antígeno son dos señales que activarán las células CD4. Una vez las células CD4 activadas producirán una multitud de citoquinas, incluyendo las interleuquinas IL-2, IL-3, IL-4, IL-6, IL-8 e interferón (IFN- 3). La función de algunas de esas citoquinas se conocen, por ejemplo IL-2, IL-6 y IL-8 pueden estimular la proliferación de queratinocitos y IFN- 8 induce la expresión de DR por células incluyendo a las células de Langerhans. En psoriasis hay un aumento en el número de células de Langerhans DR+ (activadas) las cuales posteriormente aumentan los procesos psoriáticos.⁸

HISTOPATOLOGIA PSORIASIS VULGAR

El cuadro histológico de la psoriasis vulgar varía mucho con el estadio, y solo es diagnóstico en las pápulas recientes y cerca del margen de las placas en expansión.⁷

En las lesiones bien desarrolla

das como se advierte en el borde de las placas en crecimiento, el cuadro histológico se caracteriza por:

- 1.- Elongación regular de las redes de crestas.
- 2.- Distensión y edema de las papilas.
- 3.- Adelgazamiento del estrato de Malpighi suprapapilar, con presencia ocasional de una pústula espongiiforme muy pequeña (colección de neutrófilos por debajo del estrato córneo).
- 4.- Ausencia de las células granulares.
- 5.- Paraqueratosis.
- 6.- Microabscesos de munro (grupos de neutrófilos en la capa córnea).

De todos los hallazgos enumerados, los únicos propios de la psoriasis son la pústula espongiiforme y los microabscesos de munro, y si no están presentes, casi nunca se establece un diagnóstico con certeza.

PSORIASIS PUSTULAR

Si bien en la psoriasis vulgar la pústula espongiiforme de Kogoj es muy pequeña y solo se aprecia en las lesiones activas recientes, se manifiesta como macropústula en las tres variantes de psoriasis pustular y representa el hallazgo histológico característico.⁹

El primer cambio histológico en la Psoriasis es la aparición de linfocitos migrando hasta la porción inferior de la epidermis. Antes de que los leucocitos P.M.N. hagan su aparición, se inicia la respuesta proliferativa epidérmica que se traduce por un incremento del número de células en estadio premitótico y en mitosis (G2 y M), en la porción basa) de la epidermis. Son las células 'amplificadoras transitorias'; en las que se ha mostrado la existencia de un antioncogen P53 mutante, hacen que se acelere hasta la mitad el tiempo necesario para que se complete un ciclo germinativo celular

Resulta en la actualidad evidente que la maduración epidérmica en la psoriasis es anómala. Los filamentos intermedios de queratina son fundamentales en el proceso de cornificación, que es la base de la maduración epidérmica. A medida que el queratinocito se desplaza desde la capa basa) hasta la córnea, va aumentando su contenido en filamentos de queratina y estos incrementan progresivamente su peso molecular (P.M.). En la epidermis psoriásica el contenido de filamentos de queratina está alterado. Las citoqueratinas ácidas, que son las de menos P.M. y habitualmente sólo se expresan en el estrato basa) de la epidermis, aparecen en los estratos suprabasales, mientras que estos pueden llegar a perder las citoqueratinas de alto P.M., que les son características, y podría decirse que hay un retraso en la diferenciación.

En la dermis papilar los capilares comienzan a proliferar en respuesta a un mecanismo angiogénico, tal vez con algunas similitudes al del sarcoma de Kaposi, son capilares anómalos, que siguen trayectos tortuosos o elongados.¹⁰

El endotelio vascular llega a contactar directamente con la epidermis. Esto y el adelgazamiento suprapapilar característico de la psoriasis explican la fragilidad cutánea que ocasiona el signo de Auspitz.^{9,10}

TRATAMIENTO

Es importante destacar que la psoriasis es una enfermedad tratable, de modo que se justifica ser optimista." La mayoría de los pacientes pueden ser capaces de controlar su enfermedad con tratamientos prescritos en el consultorio. Sin embargo, un número significativo de pacientes puede requerir tratamientos especializados, necesitar cuidados de enfermería en un centro de tratamiento ambulatorio o la admisión a un hospital.

A. Tratamiento de Consultorio 1.-

Tópico:

- a) Emolientes: Aceites minerales (petrolato, parafina), aceites vegetales (girasol, mano, aceites animales (lanolina).
- b) Queratolíticos: Acido salicílico 2-20%
Acido retinoico.
- c) Corticoesteroides: de mediana y alta potencia.
- d) Alquitrán.
- e) Antralina.
- f) Tratamientos en estudio.
 - 1.- Vitamina D3 y derivados.
 - 2.- 5 fluorouracilo.
 - 3.- Mostaza nitrogenada.
 - 4.- Ciclosporina.
 - 5.- Agentes antiinflamatorios no esteroideos.
 - 6.- Agentes antimicrobianos¹²
 - 7.- Methotrexate: En concentraciones de 0,1% en laurocapran (Azone)¹³

2.- Intralesionales

- a) Corticoesteroides
- b) Tratamientos en estudios:
 - 5 fluorouracilo
 - Ciclosporina

3.- Fototerapia y fotoquimioterapia a)

- Ultravioleta B
- b) Psoraleno + ultravioleta A (PUVA)

Ingestión oral de psoraleno, dosis de 03-08 mg/kp. La UVA se aplica 2 horas después de ingerir la droga. Se emplean dosis crecientes de UVA entre 2 a 10 minutos (1 a 5 Joules/cm²) dependiendo del tipo de piel, grado de melanización y dosis fototóxica mínima del paciente.

Está indicada para casos de psoriasis severa. Antes iniciar el tratamiento con PUVA, se deben evaluar la función hepática y renal, además de practicar un chequeo oftalmológico. No es aconsejable para tratar niños, ni mujeres en edad fértil.^{4,11,12,14}

c) Tratamientos en estudio

Combinación de UVA/UVB
Retinoides y UVA Re-PUVA¹⁵

4.- Sistémicos:

- a) Corticoesteroides: En la gran mayoría de los casos no es el tratamiento de elección debido al potencial efecto de rebote y a los efectos colaterales de estos.
- b) Antibióticos: Útiles en pacientes con evidencia de infección microbiana cutánea o sistémica, o colonización, especialmente en psoriasis guttata asociada con faringitis estreptococcica, donde se usa penicilina o eritromicina.^{4,12}

c) Methotrexate:

1.- Oral: El esquema más utilizado es basado en el bloqueo del ciclo celular rápido del queratinocito psoriático. Se emplean dosis de 5 mg (2 tabletas) cada 12 horas, por tres veces a la semana, hasta lograr remitir las lesiones. Se emplean para casos de psoriasis severa y es de 1 ra. elección en artritis psoriásica. Se debe valorar la función hepática. No debe utilizarse en las siguientes condiciones: embarazo, hepatitis reciente, cirrosis hepática o nefropatía previa, ingestión excesiva de alcohol, personas poco confiables o poco cola

boradoras, infecciones severas y leucopenia, trombocitopenia o anemia prolongada.¹⁶

2.- Intramuscular

d) Hidroxiurea

e) Retinoides

1.- Etreinato

2.- Accutane

3.- Acitretin

Los retinoides representan uno de los aportes más importantes al tratamiento dermatológico en los últimos años. El Etreinato es moderadamente eficaz en psoriasis vulgar, siendo particularmente útil en psoriasis pustulosa y eritrodérmica. Se emplea en dosis 0,75 - 1 mg/kp/día v.o., hasta lograr la involución de las lesiones y posteriormente continuar con dosis menores de mantenimiento o pasar a otra terapia tópica.¹⁵

La vitamina A y sus derivados pueden tener efectos teratogénicos, persistiendo hasta por dos años, debido a que la droga permanece por ese tiempo en los tejidos grasos.

Este período es mayor en personas obesas. 17.18 Un nuevo retinoide que está desplazando el etreinato es el acitretin, el cual es un metabolito activo del primero y tiene los mismos efectos adversos que este, pero se elimina más rápidamente debido a que tiene una vida media más corta, teniendo por lo tanto menor riesgo teratogénico. Se recomienda

en dosis de 0,6 mg/kp en psoriasis moderada o severa.^{19,20}

f) Tratamientos en estudio

1.- Ciclosporina: Es la primera de una nueva generación de drogas inmunosupresoras.

Recientemente se ha demostrado -que la ciclosporina oral es un efectivo tratamiento para la psoriasis. Ha sido reportado el tratamiento exitoso de un paciente con psoriasis pustular severa del tipo acrodermatitis continua.²¹

La dosis es de 2,5-5mg/Kp. La ciclosporina al igual que otras drogas se indica en psoriasis severa cuando los beneficios son superiores a los riesgos del tratamiento. No se puede emplear en alcohólicos, drogadictos o personas poco confiables. No se debe usar en pacientes con cáncer, infecciones, inmunodeficiencias y nefropatías.^{21,22}

2.- Vitamina D3

3.- Sulfasalazina

4.- Ketoconazol

5.- Otros retinoides

6.- Acido fumárico

7.- Suplementos de aceites de pescado

8.- Agentes anti-inflamatorios no esteroideos

5.- Combinaciones

a) Agentes tópicos pueden ser usados secuencialmente o concomitantemente con agentes sistémicos, fototerapia o fotoquimioterapia.

6.- Quirúrgico

a) Cirugía con láser CO²

b) Criocirugía

c) Dermoabrasión

7.- Terapias adjuntas

a) Antihistamínicos

b) Cremas antimicóticas

c) Hipertemia localizada

d) Baños especializados

e) Terapia con rayos grenz

f) Radiación superficial

g) Consejos psiquiátricos

8.- Educación del paciente

a) Debe tomar en cuenta los efectos que el trauma, alcohol, infecciones y stress pueden tener en la psoriasis.

B. Centro de tratamiento ambulatorio

1.- Goeckerman: Alquitrán + UVB

2.- Ingram: Antralina + UVB

3.- Servicios adicionales

a) Tratamiento especializado para el cuero cabelludo.

b) Tratamiento de las uñas.

c) Terapia psicológica de grupo.

C. Hospitalización

1.- Eritrodermia aguda, pustular o psoriasis de desarrollo muy rápido.

2.- Complicaciones de terapias previas tales como fototerapia, fotoquimioterapia, agentes tópicos o sistémicos.

3.- Coexistencia de enfermedades tales como: Diabetes de difícil control, hipertensión, cardiopatías o artritis.

4.- Compromiso de más del 25% de la superficie corporal.

5.- Psoriasis severa que involucre cuero cabelludo, cara, manos, pies o genitales.

6.- Psoriasis que no hayan podido ser controladas con terapias previas, al menos en cuatro semanas.

7.- Psoriasis que físicamente o emocionalmente limite lo suficiente las actividades de la vida diaria.¹²

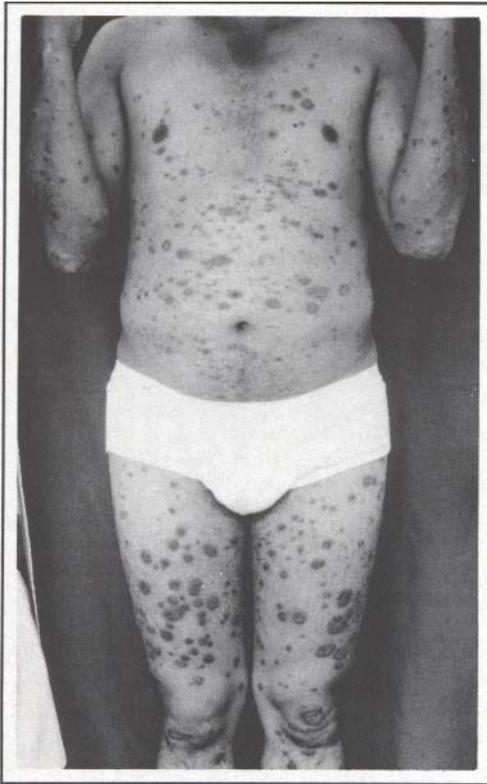


Foto N° 1: Psoriasis en placa, generalizada.

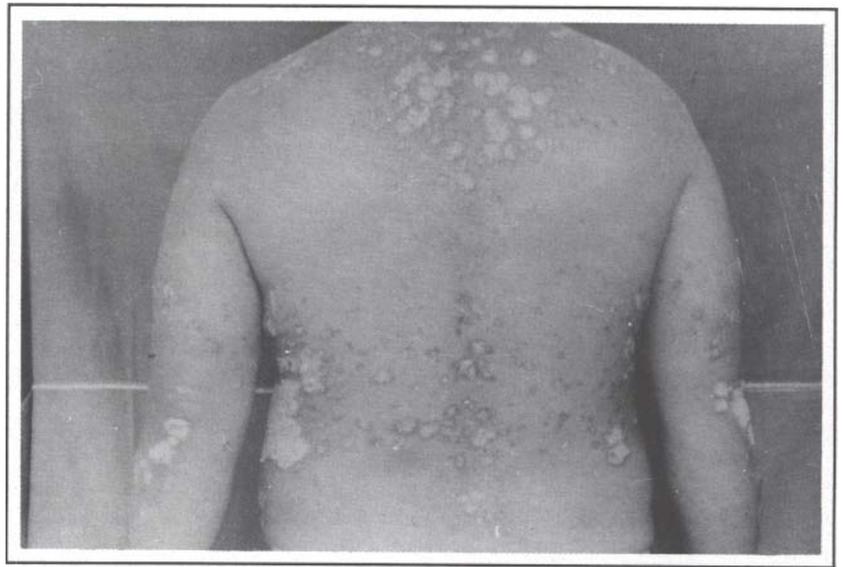


Foto N° 2: Psoriasis en placas, localizada en espalda y miembros superiores.



Foto N° 3: Psoriasis en placas, localizada en miembros inferiores.

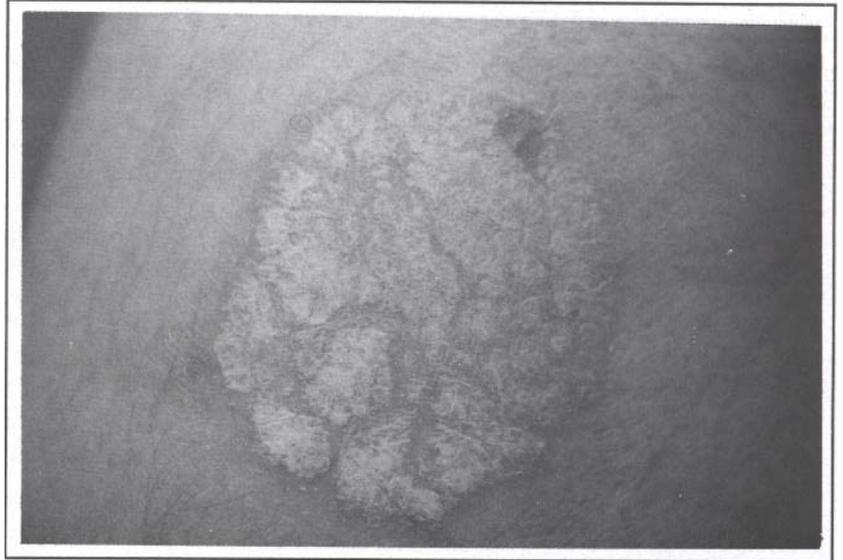


Foto N° 4: Placa típica de psoriasis.



Foto N° 5: Placas de psoriasis en codos.

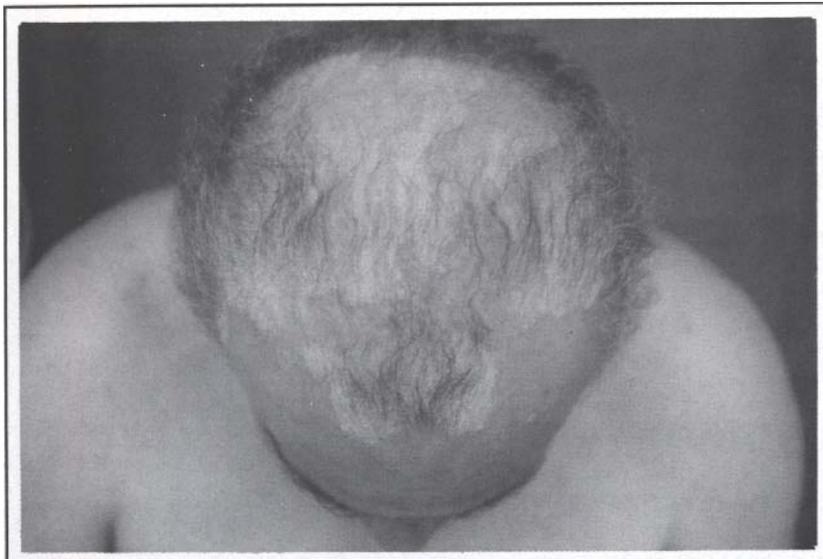


Foto N° 6: Psoriasis del cuero cabelludo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Christophers E, Krueger G: Psoriasis en: Fitzpatrick y cols. Dermatología en Medicina General. Buenos Aires. 3ra. Edición. Editorial Médica Panamericana, S.A. 1988; 42: 585-616.
- 2.- Domonkos A, Arnold H, Odom R, Andrews. Tratado de Dermatología, Barcelona. 3ra Edición Salvat Editores. 1985; 10: 245-72
- 3.- Shea C: Psoriasis en: Olbricht y cols. Manual of clinical problems in dermatology. 1992; 20: 81-5.
- 4.- Fitzpatrick T, Johnson R, Polano M, Suurmond D, Wolff K: Color atlas and synopsis of clinical dermatology second edition. 1992; pp. 40-53.
- 5.- Christophers E, Schubert C, Schroder J: Psoriasis en: Triángulo dermatología. 1992; 30: 45-53.
- 6.- Díaz J, Arregui M, Izu R, Godoy J: Psoriasis en la infancia. Piel. 1993; 8: 86-91.
- 7.- Jacobs A, Farber E, Nall L, Watson W: Psoriasis en: Ruiz Maldonado y cols. Tratado de dermatología pediátrica. 1992: 21: 213-28.
- 8.- Fry L. An atlas of psoriasis. 1992; 214.
- 9.- Lever W. Histopatología de la piel. Buenos Aires. 7ma Edición. 1991: pp.149-56.
- 10.- Fernández M: Aspectos histológicos de la psoriasis. Piel. 1993; 8: 133-7.
- 11.- Arnadt K: Manual de tarapéutica dermatológica. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 1986: 25: 223-39.
- 12.- Drake L, et al: Guidelines of care for psoriasis. J Am Acad of Dermatol. 1993: 28: 632-7.
- 13.- Weinstein G, Me Cullough J, Olsen E: Topical methotrexate therapy for psoriasis. Arch Dermatol. 1989: 125: 227-30.
- 14.- Stern R: Oral psoralen photochemotherapy for psoriasis. Dermatol Clinics. 1984; 2(3): 421-30.
- 15.- Levin J: Retinoides en: Manual of clinical problems in dermatology. Ira Edición. Little Brown and Company. 1984; pp. 351-5.
- 16.- Weistein G: Chemotherapy for psoriasis. Dermatol Clinics. 1984; 2(3): 431-8.
- 17.- Halioua B, Saurat J: Risk: Benefit ratio in the treatment of psoriasis with systemic retinoids. Br J Dermatol. 1990. 122(36): 135-50.
- 18.- Di Giovana J, Zech L, Rudel M, Gantt G, Peck G: Etrinate. Persistent serum levels after long-term therapy. Arch Dermatol. 1989: 125: 246-51.
- 19.- Berbis P, Geiger J, Vaisse C, Rognin C, Privat Y: Benefits of progressively increasing doses during the initial treatment with acitretin in psoriasis. Dermatológica. 1989; 178: 88-92.
- 20.- Olsen E, Weed W, Meyer C, Cobo L: A double-blind placebo- controlled trial of acitretin for the treatment of psoriasis. J Am Acad Dermatol. 1989: 21: 681-6.
- 21.- Gupta A, et al: Cyclosporine in dermatology. J Am Acad Dermatol. 1989: 21: 1245-56.
- 22.- Timoten P, Fiend D, Abeywickrama K, Laburte C y col: Efficacy of low dose cyclosporine in psoriasis: results of dose-finding studies. Br J Dermatol. 1990: 122(36): 33-9.