

# Psoriasis y sus cuidados

La Psoriasis es, desde el punto de vista epidemiológico y sanitario, un problema importante a tener en cuenta. Es, por su prevalencia a nivel mundial, la enfermedad dermatológica con mayor tasa de afectados (del orden del 2% aproximadamente, con casos críticos como la población escandinava, con un 5%).

Si a esta incidencia le añadimos que en la actualidad no existe un tratamiento eficaz al 100%, esto supone para la administración y para el paciente un elevado coste económico, social y principalmente psicológico para los pacientes.

**Palabra clave:** Psoriasis, cuidados.

## Introducción

Fue Galeno el primero en utilizar el término psoriasis, del griego Psora = prurito. William en 1809 y hebra el 1814 ya la describen tal y como es la enfermedad en la actualidad.

La psoriasis es una dermatosis eritematoescamosa (inflamatoria) con lesiones bien delimitadas de causa desconocida y clínica muy variable según su estado, que suele presentarse como crónica y recidivante. Para entender su explicación, diremos que la renovación celular normal está entre 25 y 30 días y en la psoriasis está aumentado unas 12 veces el número de mitosis por lo que la renovación celular queda en unos 4 días. No es contagiosa

## Prevalencia e incidencia

Del 1 al 3% de la población mundial son enfermos de psoriasis y su incidencia es por igual en ambos sexos. Es más frecuente en el norte de Europa y en Norteamérica, que en judíos orientales, japoneses o en esquimales; es raro encontrarla en la raza negra y casi inexistente en los indios americanos. La edad de comienzo es tanto más tardía cuantos menos sujetos enfermos existan en la fa-

milia, observando dos picos de frecuencia: en el hombre después de la pubertad y en la mujer durante la pubertad, también aparece en la segunda y tercera década, siendo más rara su aparición en la infancia o en la tercera edad. El inicio precoz, predice una enfermedad más extensa y también más rebelde al tratamiento.

## Etiología

Sus causas son desconocidas, sin embargo se reconoce la existencia de una predisposición genética en un 30% de los casos donde un progenitor presenta la enfermedad y de un 70% si la presentan ambos progenitores, en gemelos monozigotos hay una concordancia en el 90% de los casos, si bien la enfermedad puede ser desencadenada por otros factores adicionales:

- **Factores genéticos:** 1/3 de los casos hay antecedentes familiares, por:
  - Desequilibrios y frecuencia de los antígenos HLA (B13, B17).
  - Presencia de Cw6 y DRw7.

Se le denomina que es una enfermedad poligénica y que se desencadena por varios factores ambientales y externos.

### - Factores desencadenantes:

- Traumatismos cutáneos. Tras este se puede desarrollar la enfermedad en una zona no afectada a los 13/18 días del traumatismo, denominado este hecho como fenómeno isomórfico de Köebner.
- Metabólicos y endocrinos. En pubertad y menopausia puede agravar, al igual que en la gestación podría mejorar.
- Psicológicos. En un 70% hay stress emocional.
- Infecciosos. En el 10% tras un proceso infeccioso de rinofaringitis en adultos y en niños en el 30 – 50% por infecciones estreptocócicas. En VHI+ se han encontrado en piel partículas

Palomar Llatas, F.  
Coordinador Unidad de  
Enfermería Dermatológica,  
úlceras y heridas CHGUV.  
www.chguv.org

Correspondencia:  
palomar\_fed@gva.es



Codos.



Cuero cabelludo.



Uñas.

virales y linfocitos, lo que dice que estos enfermos pueden agudizar o reincidir con más frecuencia en brotes psoriasicos.

**- Factores tóxicos, generalmente farmacológicos:**

- Litio.
- Betabloqueantes.
- Antipalúdicos.
- Interrupción brusca de corticoides.

**- Factores climáticos:**

- El frío empeora las lesiones.
- El sol, el calor y la humedad las mejoran.

**Clínica**

La clínica puede ser muy variable, dependerá en parte de la localización de las lesiones que pueden afectar a piel, uñas u más raramente a mucosas. La clínica la podemos subdividir en:

**Morfología de las lesiones**

Se trata de una placa sobrelevada, de tamaño variable, color rojo brillante y borde delimitado, recubiertas de escamas hiperqueratósicas blanco-plateadas. El grado de infiltración, eritema y de hiperqueratosis es variable, normalmente es asintomático pero puede ser pruriginoso. Si raspamos con una cucharilla sobre una placa nos encontramos con tres signos característicos (raspado de Brocq). En el primer raspado, se desprende gran cantidad de escamitas nacaradas, denominándose por su parecido con el raspado a una vela o bujía "signo

de la mancha de cera". Continuando el raspado, llegamos a un momento en el que se desprende una capa o escama fina y transparente, denominándose "signo de la membrana epidérmica o Duncan Blucley". Y por último aparece una superficie sonrosada, que a los pocos segundos se cubrirá de un picoteado hemorrágico, denominándose "signo del rocío hemorrágico o de Auspitz".

**Localización o topografía de las lesiones**

Las zonas afectadas con mayor frecuencia son: Cara extensora de las rodillas y codos, cuero cabelludo, región lumbo-sacra, retroauricular, uñas, palmas y plantas de las manos y pies

**Formas clínicas Morfológicas**

- **Psoriasis en gota o guttata.** Esta denominación es debida a su forma morfológica de aparición de aspecto a gotitas de agua con un diámetro de 2 ó 3 mm a 1 cm. Su aparición es brusca, las pequeñas lesiones eritematosas están cubiertas por una finísima escama y se localizan en tronco, extremidades superiores y pueden aparecer en cara y cuero cabelludo, es a posteriori de una infección de vías respiratorias altas (estreptococo) y se da en un 2% de los enfermos de psoriasis principalmente en niños y jóvenes adolescentes. Puede evolucionar a su desaparición o convertirse en una psoriasis en placas.



Discoide o en placas.



- **Psoriasis en placas o discoide.** Es la más vulgar o frecuente, caracterizándose su presencia con placas redondas u ovaladas de 1 o más centímetros de diámetro y localizadas en las zonas típicas que ya hemos comentado, su comienzo es aparentemente poca cosa con respecto, a la patología que va a llevar el enfermo, por ello si no se trata rápidamente las lesiones se cronifican y forman lesiones con gran cantidad de escamas denominándose "psoriasis ostrácea o rupoides". Según la morfología que adquieren estas placas se les denomina: anular, geográfico, etc. Y si la extensión de las placas cubre gran parte de la superficie corporal se le denomina Universal o generalizada.

### Topográfica

- **Psoriasis invertida o intertriginosa.** Afecta a las zonas de flexión y pliegues como submario, interglúteo, inguinal y alrededor del ombligo, la sintomatología que presenta es una placa uniforme de color rojo vivo, brillante y lisa con bordes limpios de escamas, que en el centro de la lesión puede figurarse con lo cual llega a producir escozor y dolor y no suele aparecer en axilas y hueso poplíteo.
- **Psoriasis en cuero cabelludo.** Es bastante frecuente, puede aparecer sola o también placas en otra parte del cuerpo. Su aparición puede ser en placas dispersadas por la cabeza o formando una especie de caparazón en el

cual podemos observar que son escamas muy secas, que no aglutinan los cabellos y más bien estos las perforan. Si en algún caso estas placas son húmedas, pruriginosas, pueden llevarnos a la confusión con una seborrea del cuero cabelludo.

- **Psoriasis de la cara.** Cuando hay elementos psoriásicos en cara son discretos, es rara su aparición y más bien parecen eczemátides seborreicos.
- **Psoriasis palmo-plantar.** El diagnóstico es más difícil cuando se presentan las lesiones sólo en esta localización. Son lesiones bilaterales y el cuadro clínico que presenta puede ser de distinto aspecto.
  - El habitual con placas redondas, bien delimitadas con escamas secas y duras y si desbordan hacia las muñecas, es el cuadro más típico de esta psoriasis.
  - Pueden existir los clavos psoriásicos, en la eminencia tenar, son duros y se descaman en el centro.
  - Queratodermia, con un contorno circinado de color rosado y recubre todas las palmas y plantas con un caparazón duro que puede llegar a agrietarse y ser doloroso.
  - Pulpitis, recubre las yemas de los dedos con una capa finísima de escamas y con alguna grieta.
- **Psoriasis ungueal.** Las uñas están afectadas en los procesos psoriásicos en un 30-50% de los casos y principalmente las de las manos. La extensión e importancia de las lesiones que



Eritrodermia.



Gottra.

nos podemos encontrar dependerá de la zona afectada de la uña.

- Pirueteado ungueal, que son depresiones puntiformes en la lámina ungueal y por consiguiente afectación de la matriz.
- Uña en mancha de aceite, la lámina ungueal tiene un color amarillento, debido a una afectación del lecho ungueal, esta lesión va acompañada o asociada a artropatías psoriasisicas.
- Uña en medula de saco, que es una hiperqueratosis subungueal y engrosamiento del lecho y matriz de la uña.
- Psoriasis del surco ungueal y paroniquia psoriasisica, son lesiones eritematodescamativas alrededor de la uña, con ausencia de cutícula que de onicodistrofia en forma de surcos. Es frecuente en la artropatía psoriasisica.
- **Psoriasis de mucosas.** Suele aparecer en paladar y en la lengua, son placas blanquecinas circinadas de aspecto leucoplásico o liquenoide, es más frecuente en el glande y son manchas eritematosas con escasa descamación y evolución crónica.

### Psoriasis graves

- **Psoriasis pustulosa.** Son lesiones pustulosas estériles sobre una base eritematosa y pueden existir como única manifestación clínica de prurito.
- P.P. de Barber. Es resistente al tratamiento y no es grave para el paciente, su localización es en

palmas y plantas, si el comienzo de la enfermedad es periungueal y va extendiéndose al resto de los dedos sin afectar a palmas o plantas se le denomina (acrodermatitis de Hallopeau. Las pústulas van desecándose formando unas placas eritematoescamosas.

- P.P. de Von Zumbusch. Es generalizada, brusca de verdadero peligro para el paciente que comienza con alteración del estado general del paciente, fiebre de 40° y con placas eritematosas de gran tamaño, son de color rojo vivo, edematosas y nada escamosas. Aparecen pequeñas pústulas de color amarillento y brotes repetidos, desecándose a medida que baja la temperatura corporal y por consiguiente comenzando a descamar abundantemente, el prurito es persistente y suele afectar a mucosa bucal y genital.
- Psoriasis Vulgar. Tras una provocación (supresión brusca de corticoides sistémicos, infección aguda, tratamientos con antralina), hacen un brusco brote inflamatorio y pústulas.
- **Eritrodermia psoriasisica.** Su aparición puede ser debida a una psoriasis ya instalada o por causa de un medicamento. Afecta más al hombre en la proporción 2/1 y la edad media es de los 48 años. El comienzo del cuadro clínico se manifiesta generalmente con una diseminación de las lesiones previas con un aumento de la descamación y de la temperatura corporal, afecta prácticamente a la totalidad de la superficie corporal incluyendo



*Invertida o itteriginosa.*



*Palmo-plantar.*



*Palmo-plantar.*

palmas, plantas, cuero cabelludo y uñas. El estado general está alterado, escalofríos, fiebre, edemas en extremidades inferiores, cansancio, pérdida de peso, prurito severo, los pliegues están figurados e infectados, aspecto edematoso de la piel (tenso y brillante), puede llevar al paciente a la muerte por causas variables como es el fallo cardíaco, sepsis, etc.

- **Artropatía psoriásica.** Presencia simultánea de psoriasis vulgar y poliartritis, principalmente de articulaciones distales (dedos, manos y pies), se da en un 5/7% de los pacientes con psoriasis. Muy rara en niños, el factor reumatoide suele ser negativo. En su clasificación tenemos: Artritis psoriásica distal. El 30% de las artritis psoriásicas, se inician por los dedos de los pies, más en varones. Suele afectar a pocas articulaciones y simétricas, las interfalángicas de manos y pies son las más frecuentes. En el 80% de casos se acompaña de psoriasis ungueal. La artritis psoriásica mutilante es una artritis deformante severa, igual en hombres que en mujeres. Afecta a múltiples articulaciones pequeñas de manos y pies, también a sacroilíacas. Da alteraciones destructivas importantes, con osteolisis, deformidades óseas y articulaciones severas con restricción del movimiento. Por último la poliartritis psoriásica. Similar a la poliartritis crónica primaria, pero no hay anemia, ni aumento de la VSG, ni nódulos reumatoideos y factor reumatoide negativo. Suele ser asimétrica, es frecuente la

afectación sacroilíaca, la espondilitis anquilopoyética es frecuente en pacientes con psoriasis vulgar y psoriasis artropática.

### Tratamientos y cuidados

Consideraciones generales: Informar al paciente del tipo de enfermedad que padece, de su cronicidad, que puede ser blanqueada pero no curada, su periodicidad, la posibilidad de varios tratamientos y ver cual puede ser el más idóneo, pues cada individuo es uno y cada tipo de lesión es distinto según su localización y a la vez podemos fomentar la relación con el paciente, pues es muy importante debido a que el estado anímico del paciente puede ser muy variable y una de las causas del desencadenamiento de la enfermedad puede ser como ya dijimos el stress emocional, al informarle de su patología hacemos a la vez una prevención de ella para que el paciente evite factores desencadenantes: Traumatismos, ingesta de alcohol, infecciones estreptocócicas agudas de vías respiratorias altas.

### Tratamientos tópicos

- **Corticoides tópicos.** Es preferible utilizarlos en los adultos y actúan por sus efectos antiinflamatorios, inmunosupresor y citostático. Su poder de acción dependerá de su concentración, excipiente y forma de aplicación. Al ser una enfermedad crónica deben de utilizarse los de baja y mediana potencia ya que tienen sus efectos se-



Palmo-plantar.

cundarios como atrofia epidérmica, estrías, hipopigmentación, prurito, telangiectasias. Debido a su comodidad de uso y rápida acción el paciente abusa y los prefiere. Las palmas y plantas pueden utilizarse corticoides potentes y en cura oclusiva, esta no es conveniente utilizarla en niños su uso es predilecto para cuero cabelludo y pliegues, su utilización intralesional en algunos casos está recomendada.

- **Emolientes o lubricantes.** Proporcionan hidratación al estrato córneo y ayudan a disminuir la descamación y aumentar la elasticidad facilitando la movilidad y evitando la fisura de la piel. Están compuestas por aceites minerales, vegetales o animales (parafina, coco, lanolina), además actúan creando una capa que impide la evaporación de agua.
- **Ácido salicílico.** Por su acción queratolítica se utiliza en las fases de descamación, principalmente en el cuero cabelludo y lesiones palmo-plantares donde las escamas están fuertemente adheridas, su excipiente suele ser vaselinas o geles lavables en concentraciones del 2-10%. Se puede utilizar en curas oclusivas unas 6 u 8 horas no más para evitar la maceración.
- **Alquitranes (coal tar).** Son productos obtenidos por la destilación de la hulla y determinadas maderas, se utiliza en forma de ungüentos, cremas, lociones jabonosas, etc. son mal aceptados por su fuerte olor y manchan la piel, sus efectos son inferiores a las antralinas y corticoides.

- **Antralina (ditranol).** Es un derivado del petróleo y actúa disminuyendo la proliferación celular epidérmica suprimiendo la síntesis del DNA y las mitosis, podría ser el tratamiento de elección de la psoriasis leve pero es muy irritante, mancha la piel y la ropa. Se aplica durante 30 minutos en las lesiones en concentración de 0'5 a 2% y se retira después con aceites minerales.
- **Análogos de la Vitamina D3.** Actúa como antimicótico sobre los queratinocitos y fibroblastos. Recientemente diversos ensayos clínicos y experimentales han centrado su atención por su efectividad en el calcipotriol que es un análogo a la vitamina D3, que con los estudios comparativos con la betametasona y con el ditranol es mayor su efectividad e incluso combinándolo en casos severos con PUVA o ciclosporina A

### Tratamientos sistémicos

No nos corresponde el prescribirlo y si él administrarlo y por tanto saber sus efectos:

- **Corticoides intralesionales (depot).**
- **Corticoides orales,** contraindicados.
- **Metotrexato, antagonista del a. Fólico** que inhibe la síntesis del DNA. Es utilizado en casos graves y rebeldes a otros tratamientos, es hepatotóxico. En tres tomas de 2'5 a 5 mgr a la semana cada 12 h.
- **Retinoides.** El etretinato y la acitretina son los más usados, su acción es antimicótico, antiinflamatorio e inmunomodulador, sus efectos secundarios son xerosis, descamación palmoplantar, alopecia, etc.



Placas.



Pustulosa.



Placas.

#### Bibliografía:

- J. Gay Prieto. **Dermatología**. Editorial científico-médica.
- J.J. Vilata Corell, F. Millan Parrilla y Ml. Febrer Bosch. **Psoriasis**, pag 88-102. Dermatología, Prof. A. Aliaga ISBN:84-7982-043-8.
- A. Macaya Pascual. **Guía tratamientos dermatológicos**. Grupo 2 Comunicación médica S.L. Edit. MCR. ISBN: 84-7625-1996.
- O. Braun-Falco, G. Plewig, HH Wolf R:K. Winkelmann. **Dermatología**. Edite. Springer-Verlag Ibérica. ISBN: 84-07-00124-4.
- F.J. Vazquez Doval y E. Quintanilla Gutiérrez. **Fisiopatología de las enfermedades cutáneas**. Edit. MCR. ISBN: 84-7625-1996.
- **Psoriasis**, boletín divulgativo de **Acció Psoriasis**, Barcelona.
- P. Lucas, A. Camañez y D. Morales. **Protocolo psoriasis**. I Jornadas de Enfermería Dermatológicas. Valencia mayo 1990.
- F. Palomar. **Psoriasis**. III Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica, Barcelona, marzo 1996.

la dosis es de 1mgr./Kg/día durante 3 ó 4 meses según las necesidades, después del tratamiento y durante 18 meses debe mantenerse la anticonceptividad debido a sus efectos teratogénicos.

- **Ciclosporina**. Tiene propiedades inmunosupresoras en los linfocitos y acción citostática en los queratinocitos. Su dosis es de 3 a 5 mg/Kg./día. El blanqueamiento es rápido y también las recaídas, sólo debe usarse si fracasan otros tratamientos ya que su toxicidad o efectos secundarios son: ginecomastia, renales, hipertriosis.
- **Infliximab (remicade)**. Es un anticuerpo monoclonal humano que actúa en la regresión inflamatoria celular, su dosis es de 3mg/Kg por vía IV en las semanas 0, 2,6 y cada 8 semanas hasta la 54, estando el enfermo ingresado en el hospital, efectos secundarios: erupción cutánea, hormigueo, mareo, diplopías, cefalea.

#### Tratamiento con fototerapia o fotoquimioterapia

Son radiaciones electromagnéticas no ionizantes. El 80% de los enfermos expuestos a la fototerapia mejoran considerablemente. Su acción es la supresión de la síntesis de ADN. Cuando esta fototerapia es utilizada en combinación con fármacos se le denomina "fotoquimioterapia", los fármacos utilizados son los psoralenos (8-metoxipsoralen) en dosis de 0'6 mg/Kg., 2 horas antes de la fototerapia y durante las 12 horas siguientes el paciente es más sensible a la luz tanto solar como artificial. Los

efectos secundarios son: envejecimiento cutáneo, carcinogénesis, cataratas, etc.

El paciente con tratamiento con fototerapia debe proteger sus ojos con gafas de sol apropiadas, proteger las ingles durante las sesiones con ropa principalmente negra, en la calle llevar ropa apropiada para protegerse del sol, evitar focos de luz artificial y protegerse de ver la TV al menos con una distancia de 5 m. no está indicada en niños.

#### Higiene para el paciente de psoriasis

En los productos a usar de diario por el paciente con psoriasis hay que tener en cuenta que estos no lleguen a producir al paciente sequedad cutánea (xerosis), aumento de la hiperqueratosis, picor y tirantez en la piel, principalmente en manos, rodillas, pies. Deben de ser productos que nos ayuden a dejar una piel fina, flexible y más limpia de hiperqueratosis que hace más tórvida la entrada de medicación por vía tópica, así que tendremos en cuenta.

- Evitar geles o champús agresivos al igual que esponjas, guantes, manoplas o cepillos que puedan ejercer sobre la piel pequeños traumatismos.
- Llevar las uñas bien cortadas, no la manicura.
- Controlar que los productos tengan un pH entre 4 y 4'5.
- No aplicar sobre la propia piel colonias ni perfumes que puedan irritarla.
- Es recomendable hacer baños antes que du-



Puvaterapia.

chas simplemente ya que tiene una doble acción: relajante y emoliente (baños de avena o aceites).

- Tras los baños o duchas es conveniente hidratar la piel con lociones o leches corporales hidratantes y nutritivas.
- El calzado debe de ser holgado y cómodo para que no ocasionen traumatismo en los pies.
- Los rayos UVA son beneficiosos en el 80% de los casos, pero siempre con moderación y cuidado.
- Los tratamientos tópicos se aplicarán solamente a las zonas afectas de placas.
- Es conveniente la asistencia a balnearios terapéuticos de aguas sulfuradas, barros, etc que a su vez sirven de relax al paciente.

### Protocolo de baños con bañera

#### • Concepto:

El baño en bañera es preferible al lavado con esponja en el paciente dermatológico, cuando su condición se lo permita, para la aplicación de polvos emolientes, aceites, etc.

#### • Objetivo:

Poner el tratamiento prescrito, si este es sin medicación, también produce un efecto confortable y antipruriginoso, al mejorar el paciente, las costras y escamas son más fáciles de eliminar.

#### • Ejecución:

- Revisar la temperatura de la habitación.
- Llenar la bañera con agua templada.

- Colocar una toalla en el fondo de la bañera.
- Agregar al agua la medicación prescrita (alquitranes, avena, etc) y agitar.
- Acompañar al paciente hasta la bañera.
- Ayudar al paciente si fuese necesario a desnudarse.
- Ayudar al paciente a entrar en la bañera.
- El paciente debe de permanecer 20 minutos en el agua.
- Controlar al paciente cada 5 minutos.
- Ayudar o secar al paciente a secarse.
- Aplicar las pomadas prescritas allá donde el paciente no pueda.

### Cuidado del cuero cabelludo

- Inspeccionar el cuero cabelludo antes de iniciar el tratamiento.
- Utilización de champú, toalla, peine y guantes.
- Mojar el pelo con agua templada.
- Aplicar el champú con las yemas de los dedos haciendo un ligero masaje sin friccionar los cabellos.
- Enjuagar los cabellos.
- Secar masajeando con la toalla.
- Con el peine separamos los cabellos cada 2 cm. y aplicamos la pomada prescrita.
- Por último, pasado el tiempo de acción lubricante de la medicación y con la ayuda de un peine fino y con excepcional cuidado nos dedicamos a inspeccionar el cuero cabelludo y ver en ayudar al desprendimiento de escamas.

#### Bibliografía: continuación

- *Aurora Guerra. Manejo de la psoriasis. Grupo Aula médica SL 2003.*
- *¿Qué es la psoriasis? Comic publicado por BIOGEN.*
- *M. Armijo, Atlas del psoriasis. ISBN 84-8097-1994.*
- *JM. Ramos Rincón, J. Sánchez Carazo y M. Salavart Ueti. Terapias biológicas en dermatología y riesgos infecciosos. Manual de preguntas y respuestas. Proas Science SA 2006.*
- *Ghoreschi, K.; Thomas, P.; Breit, S.; Dugas, M. et al. Interleukin-4 therapy of psoriasis induces Th2 responses and Improves human autoimmune disease. Nature Med. 9: 40-46, 2003*
- *M.C. Martín de Agullera, Moro y M.P. Hernández, Orta, enfermeras. R.F. La Fuente, Urrez y R. Matheu Lozano. Tratamientos biológicos en la consulta de Enfermería: Control e Información. ENFERMERÍA dermatológica nº 02 septiembre-octubre 2007.*