

- **Psoriasis del cuero cabelludo**
- **Diagnóstico precoz de Artritis Psoriásica desde el punto de vista del paciente: Síntomas**
- **Tratamiento sistémico clásico. Sólo o en combinación**
- **Psoriasis y deporte**
- **Síndrome metabólico y psoriasis**



## Sumario

- 4** **Psoriasis del cuero cabelludo**  
Dr. José Luís López Estebaranz
- 6** **Diagnóstico precoz de Artritis Psoriásica desde el punto de vista del paciente: Síntomas**  
Dr. Juan Márquez Enríquez
- 8** **Tratamiento sistémico clásico. Sólo o en combinación**  
Dr. Victoriano Morales Gordillo
- 11** **Psoriasis y deporte**  
Dr. Manuel Sánchez Regaña
- 14** **Síndrome metabólico y psoriasis**  
Dr. José Manuel Ródenas López
- 16** **Preguntas frecuentes: La opinión del experto**

### EDICIÓN Y COORDINACIÓN

PRODUCCION EDITORIAL:  
© EUROPA PRESS  
Diseño Editorial: Europa Press  
COPYRIGHT 2010

### CONSEJO EDITORIAL

**Dr. Lluís Puig**, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona  
Coordinador del Consejo Editorial.

**Dr. Miquel Ribera**, Hospital Universitari de Sabadell. Barcelona

**Dr. José Carlos Moreno**, Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

# Psoriasis del cuero cabelludo

**Dr. José Luis López Estebanz**

Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

**La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente de la piel que afecta al cuero cabelludo con mucha mayor frecuencia que a cualquier otra localización.**

**H**asta en el 80% de los pacientes con psoriasis se afecta el cuero cabelludo y en más de la mitad de estos afecta a más del 50% de la superficie del cuero cabelludo.

**La psoriasis del cuero cabelludo tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente al ser lesiones visibles, que con frecuencia se extienden a parte de la cara y que son pruriginosas. La mayoría de los tratamientos existentes actualmente requieren dedicarle tiempo en su aplicación, no son todo lo cosméticos que se desearía y con frecuencia no todo lo eficaces que desearíamos. Todo esto conlleva que el paciente los abandone o no los cumpla correctamente en algunos casos.**

El tratamiento tópico es la base de la terapéutica de la psoriasis en el cuero cabelludo. La evidencia científica de su eficacia proviene en su mayoría de estudios abiertos y no controlados. Los corticoides tópicos y los derivados de la vitamina D son los tratamientos tópicos más empleados y con mayores tasas de eficacia. Recientemente el uso combinado de ambos ha demostrado en varios estudios clínicos randomizados una mayor eficacia y con escasos efectos adversos.

En el tratamiento de la psoriasis de cuero cabelludo, como en la de cualquier proceso crónico, debemos diseñar una estrategia terapéutica a largo plazo. En este sentido es fundamental conseguir unas tasas de eficacia altas inicialmente y minimizar los efectos secundarios a largo plazo.

En este tipo de terapéutica es importante no sólo el principio activo sino también el vehículo en cuanto a sus características cosméticas, tolerabilidad y comodidad en su aplicación por parte del paciente. Dentro de los vehículos utilizados están los cham-



Figura 1. Lesiones eritematoescamosas bien delimitadas que sobrepasan la línea de implantación capilar.

pús, lociones, geles, espumas, emulsiones, cremas, pomadas y ungentos. Entre los principios activos los corticoides, queratolíticos, breas, alquitranes, antifúngicos y derivados de la vitamina D<sub>3</sub> y la combinación de calcipotriol y corticoides tópicos.

En un metaanálisis realizado en 2002 sobre los tratamientos tópicos en la psoriasis se identificaron sólo 7 ensayos clínicos bien diseñados frente a placebo diseñados específicamente para el tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo. Los tratamientos que mostraron una eficacia significativa fueron los corticoides tópicos potentes y muy potentes, los derivados de la vitamina D<sub>3</sub> y la combinación de ambos.

En la **tabla 1** se detallan los distintos tratamientos tópicos/locales empleados en el manejo de la psoriasis de cuero cabelludo disponibles en la actualidad.

**Los corticoides tópicos y los derivados de la vitamina D3**

son las opciones de primera línea y que han demostrado mayores tasas de eficacia. La posología de una sola aplicación al día debe ser la elegida y el vehículo según las preferencias del paciente será en forma de gel, espuma, champú o loción, lo que permitirá una cumplimentación mayor del tratamiento. El uso de una **combinación de calcipotriol y betametasona** formulado en gel ha demostrado una alta eficacia y bajos efectos secundarios en el tratamiento de la psoriasis de cuero cabelludo en diferentes estudios clínicos y en la práctica clínica habitual en el corto y largo plazo.

**La Fototerapia** es efectiva en las psoriasis resistentes al tratamiento tópico.

Sin embargo, su aplicación en el cuero cabelludo es difícil debido a las características anatómicas e interferencia del cabello en su aplicación. En los últimos años se han desarrollado distintos sistemas para facilitar su aplicación en esta localización. Se han utilizado con éxito Peines de UVB y sistemas de aire que retiran el cabello antes de irradiar la zona con luz ultravioleta. Sin embargo no está muy extendido su uso actualmente.

**El láser de excímeros** es un sistema que emite una radiación ultravioleta de 308 nm de alta fluencia.

Se ha utilizado con éxito en casos de psoriasis de cuero cabelludo resistentes a otros tratamientos tópicos. Parece ser superior a la fototerapia UVB en cuanto a eficacia si bien son escasos también los estudios existentes y no existe un protocolo estándar de tratamiento.

**En las psoriasis de cuero cabelludo en las que han fracasado los tratamientos tópicos (y fototerapia) o en los que se asocian múltiples lesiones de psoriasis en otras localizaciones el tratamiento indicado será sistémico (metotrexato, ciclosporina...) o biológico (anti-TNF, anti IL12-23). Estos tratamientos han demostrado una alta eficacia en el control de la psoriasis en general y de la psoriasis de cuero cabelludo.**

**Conclusiones**

**El tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo es fundamentalmente con preparados tópicos. Debido a la presencia de cabello y la proximidad a la cara con frecuente afectación de la misma, los tratamientos deben reunir las características cosméticas y de aplicación adecuadas para facilitar su cumplimentación. Los vehículos tipo espuma, geles, lociones y champús son los más adecuados y preferidos por los pacientes.** La aplicación debe realizarse una vez al día. Los agentes que han demostrado una mayor eficacia son los corticoides tópicos de mediana y alta potencia y la combinación de corticoides con calcipotriol. El uso de queratolíticos es beneficioso en los casos en los que existe un componente descamativo importante previo al uso de corticoides y/o derivados de la vitamina D. En la **tabla 2** recogemos una estrategia terapéutica en el manejo de la psoriasis del cuero cabelludo.

**Tabla 1. Tratamientos Tópicos**

Para psoriasis de cuero cabelludo
<b>Corticoides tópicos</b> <b>Derivados de la vitamina D<sub>3</sub></b> <b>Corticoide tópico + calcipotriol</b> Queratolíticos (ac salicílico, solución Coccois) Breas y antralinas Ditranol Antifúngicos y pitirionato de zinc Fototerapia local - UVB comb - Láser de excímeros (308 nm)

**Tabla 2. Estrategia terapéutica**

En psoriasis cuero cabelludo
Queratolíticos pretratamiento (si necesario) - Ac salicílico 5-10 o urea 40% o champús breas y descamantes Aclaramiento de las lesiones - Corticoide potente +/- vit D <sub>3</sub> - Breas /Ditranol - UVB comb/ Láser excímeros Estabilización de las lesiones - Corticoide + vitamina D <sub>3</sub> Mantenimiento a largo plazo (poca evidencia científica) - Análogos Vit D <sub>3</sub> +/- Corticoide / champús breas Lesiones resistentes o en psoriasis moderadas-severas - Tratamientos sistémicos (metotrexate, ciclosporina...) - Tratamientos biológicos (anti-TNF, anti-IL12-23)

# Diagnóstico precoz de Artritis Psoriásica desde el punto de vista del paciente: Síntomas

**Dr. Juan Márquez Enríquez**

Servicio de Dermatología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Cádiz

**La artritis psoriásica, es una inflamación autoinmunitaria (producida por nuestro propio sistema de defensa natural) clínicamente característica del sistema musculoesquelético que aparece en personas con psoriasis o con marcados antecedentes familiares.**

La artritis psoriásica se estudia dentro del grupo de las espondiloartritis seronegativas (aquellas que no tienen prueba específica de laboratorio para su detección) y afecta tres localizaciones principales: las entesis, la sinovial (envoltura interna de la articulación que permite su lubricación) y las articulaciones de la columna vertebral y sacroilíacas.

Aparece en el 10 a 15% de los pacientes con psoriasis, en más de la mitad de los casos la erupción cutánea precede a la enfermedad articular. Se desconoce cuál es el elemento determinante para que unas personas desarrollen la artritis y otras, con la misma herencia, no lo hagan. En cualquier caso, un 40% de los pacientes tienen familiares cercanos afectados.

La inflamación de la "entesis" (lugar de inserción del aparato ligamentoso-tendinoso en el hueso) o "entesisitis", y la columna vertebral, espondiloartritis, son características diferenciales de la artritis psoriásica. Por el contrario, el desarrollo de artritis, sinovitis (inflamación de la sinovial) o síntomas musculoesqueléticos inespecíficos en una persona con psoriasis no establece de por sí el diagnóstico de artritis psoriásica y requerirá la exclusión de otros procesos como artritis reumatoide, fibromialgia o artrosis degenerativa.

En cuanto al paciente, referirá síntomas articulares comunes a cualquier tipo de artritis: dolor, calor, enrojecimiento,



Figura 1. Psoriasis ungueal.

incapacidad de movilizar la articulación y, en ocasiones, deformación de la misma.

Habitualmente, al inicio, de forma oligoarticular (una o dos articulaciones por ejemplo: una rodilla y un tobillo). Con frecuencia de forma lenta y progresiva y después de varios años de desarrollo de la enfermedad cutánea.

En otras ocasiones el paciente refiere dolor e inflamación de interfalángicas distales de ambas manos junto con afectación de las uñas (engrosamiento de la placa, cambios de coloración, punteados, estriaciones... (PSORIASIS UNGUEAL); las lesiones de las uñas suelen tener correlación con la progresión del daño articular.

A veces se observa pacientes con inflamación de todo un dedo (tanto en manos como en pies, de forma asimétrica) por edema conjunto de las articulaciones y de los tendones: "dedos en salchicha" o DACTILITIS.

Un síntoma guía (cuando hay lesión sacroilíaca) es el DOLOR NOCTURNO, en la región de las nalgas, que hace levantar al paciente de madrugada, tras haber dormido 4 ó 5 horas.

También es frecuente el dolor en los talones al levantarse y dar los primeros pasos, así como el dolor punzante en tór-

ax con la respiración profunda. En las artritis de manos es habitual rigidez por las mañanas de más de media hora de duración. Es difícil abrir y cerrar las manos, parecen oxidadas y cuesta hasta coger el cepillo de dientes.

La aparición en un enfermo psoriásico de una lumbalgia (a veces, le obliga a despertarse por la noche) que no mejora con el reposo y persiste aún estando acostado, constituye un síntoma de alarma de artritis inflamatoria.

## Conclusiones

**En resumen, la presencia de estos signos/síntomas en un paciente psoriásico o historia familiar de psoriasis o antecedentes de lesiones cutáneas que recuerdan a la psoriasis, debe ponernos en alerta de una posible inflamación articular de origen psoriásico a confirmar por el dermatólogo y/o reumatólogo.**



# Tratamiento sistémico clásico. Sólo o en combinación

**Dr. Victoriano Morales Gordillo**

Servicio de Dermatología. Hospital del Sureste.

Servicio Madrileño de Salud. Madrid

**Entre las opciones de tratamientos sistémicos para hacer frente a la psoriasis encontramos los denominados tratamientos clásicos y los nuevos fármacos biológicos.**

**L**a ciclosporina, el metotrexato y el acitretino son los llamados fármacos clásicos. El denominarlos así, no debe llevar a confusión y pensar que son tratamientos obsoletos, ya que se trata de opciones terapéuticas totalmente válidas en la actualidad y, en muchos casos, de primera elección.

**Como en cualquier área de la medicina, en el caso de la psoriasis, la elección de alguno de estos medicamentos sólo o en combinación, dependerá del paciente, de la gravedad de la psoriasis y de las manifestaciones extracutáneas que presente, como en los casos de artropatía psoriásica.**



## Ciclosporina

Es un medicamento inmunosupresor, utilizado por primera vez para controlar el rechazo de órganos en los pacientes trasplantados, que se comenzó a usar frente a la psoriasis en 1979 aunque, hasta 1986, no se publicó el primer ensayo controlado de ciclosporina para el tratamiento de la psoriasis.

Se utiliza principalmente en psoriasis con gran afectación cutánea, psoriasis palmoplantar incapacitante, psoriasis que no responde a otros tratamientos tópicos o sistémicos, psoriasis en gotas, psoriasis eritrodérmica, psoriasis pustulosa localizada o generalizada y psoriasis en niños y en embarazadas.

Los principales efectos adversos son la hipertensión arterial y la toxicidad renal, así como alteración en el metabolismo de los lípidos, pudiendo provocar aumento de colesterol y triglicéridos. Por ello, todo el tiempo que dure el tratamiento es necesario llevar a cabo controles exhaustivos de tensión arterial y análisis de sangre periódicos. La exposición solar en los pacientes que toman ciclosporina aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de piel, por lo que en época estival se debe reducir o suprimir la dosis en la medida de lo posible.

La ciclosporina está contraindicada, de manera relativa, en pacientes alcohólicos, drogodependientes, diabéticos, obesos, hipertensos, con insuficiencia renal o hepática, inmunodeficientes, con infecciones graves activas como VIH, hepatitis B, C o tuberculosis y pacientes que se hayan sometido previamente a sesiones de rayos ultravioleta.

Dentro de las interacciones medicamentosas, por la frecuencia en su uso, se debe tener en cuenta la toma conjunta con ranitidina o diclofenaco, un protector gástrico y un antiinflamatorio respectivamente, que pueden alterar la función renal al mezclarlos con ciclosporina.

La combinación de tratamiento tópico y ciclosporina se debe recomendar en todos los casos, ya que se consigue una respuesta más rápida con menor dosis del medicamento.

Otra asociación que ha demostrado utilidad es ciclosporina y metotrexato, que se suele considerar en casos de psoriasis muy extensas y, sobre todo, en la forma pustulosa.

En general, es un medicamento que se tolera bien y con el que se obtienen resultados satisfactorios de manera rápida y mantenida.

## Metotrexato

Se trata de un medicamento inmunosupresor utilizado en el tratamiento de la psoriasis desde hace casi 40 años, eficaz en todas las formas de psoriasis y en la artritis psoriásica.

Se presenta en forma de comprimidos para posología oral o en forma de viales para administración subcutánea o intramuscular.

Los efectos adversos más habituales son las náuseas, una ligera sensación de malestar en las primeras 24 horas y, con menor frecuencia, anemia macrocítica, aumento de las transaminasas e insuficiencia hepática. La toma conjunta de ácido fólico disminuye la incidencia de mucositis, náuseas, toxicidad hepática y hematológica sin que se altere la eficacia.

La toxicidad hepática es el principal factor limitante a la hora de iniciar el tratamiento. En este sentido, aquellos pacientes que consuman sustancias o medicamentos que alteren la función hepática, que presenten aumento de transaminasas, alcohólicos, o con VIH, hepatitis B o C crónica, obesos o diabéticos deben ser descartados para evitar efectos adversos indeseables. Además, está contraindicado en el embarazo, lactancia, insuficiencia renal, úlcera gastrointestinal o en casos de pacientes no colaboradores sobre los que no se pueda asegurar un control analítico periódico.

Otro problema con el uso crónico del metotrexato es el riesgo de fibrosis hepática (sustitución de las células del hígado por células fibrosas y de forma secundaria fallo hepático) más elevado a partir de una dosis total acumulada de 1500 mg. Esta dosis, se alcanzaría en 100 semanas de tratamiento, aproximadamente 2 años, con la dosis habitual de 15 mg semanales.

Para monitorizar y controlar este riesgo, en Europa, la Asociación Británica de Dermatología recomienda la práctica de mediciones en sangre de una sustancia denominada péptido amino-terminal del procolágeno tipo III (PIIINP) antes de comenzar el tratamiento y posteriormente cada 3 meses.

Así, durante todo el tiempo de tratamiento es necesario realizar analíticas de control, una vez por semana durante el primer mes y, posteriormente, cada 1-2 meses.



Como en el caso de la ciclosporina, se recomienda la asociación con los tratamientos tópicos habituales.

La combinación de metotrexato y acitretino es efectiva, pero su uso está limitado por la hepatotoxicidad.

El metotrexato se puede asociar a fármacos biológicos como tratamiento de la psoriasis.

## Acitretino

El acitretino es un retinoide, molécula derivada de la vitamina A, aprobado para el tratamiento de la psoriasis en 1996, que posee efectos antiinflamatorios y regula la proliferación, queratinización y diferenciación celular en la epidermis, con lo que consigue una disminución del grosor de la placa de psoriasis y del eritema.

Al no ser una molécula inmunosupresora, podría tenerse en cuenta como tratamiento en pacientes que tienen defensas bajas o insuficientes, como en los portadores de VIH, que además suelen desarrollar psoriasis con grandes placas muy hiperqueratósicas.

Como principales efectos adversos, cabe destacar la sequedad de piel y mucosas, las alteraciones musculoesqueléticas y la teratogenicidad (induce malformaciones en el feto).

Antes de comenzar el tratamiento, es necesario realizar un test de embarazo a mujeres en edad fértil y una analítica de

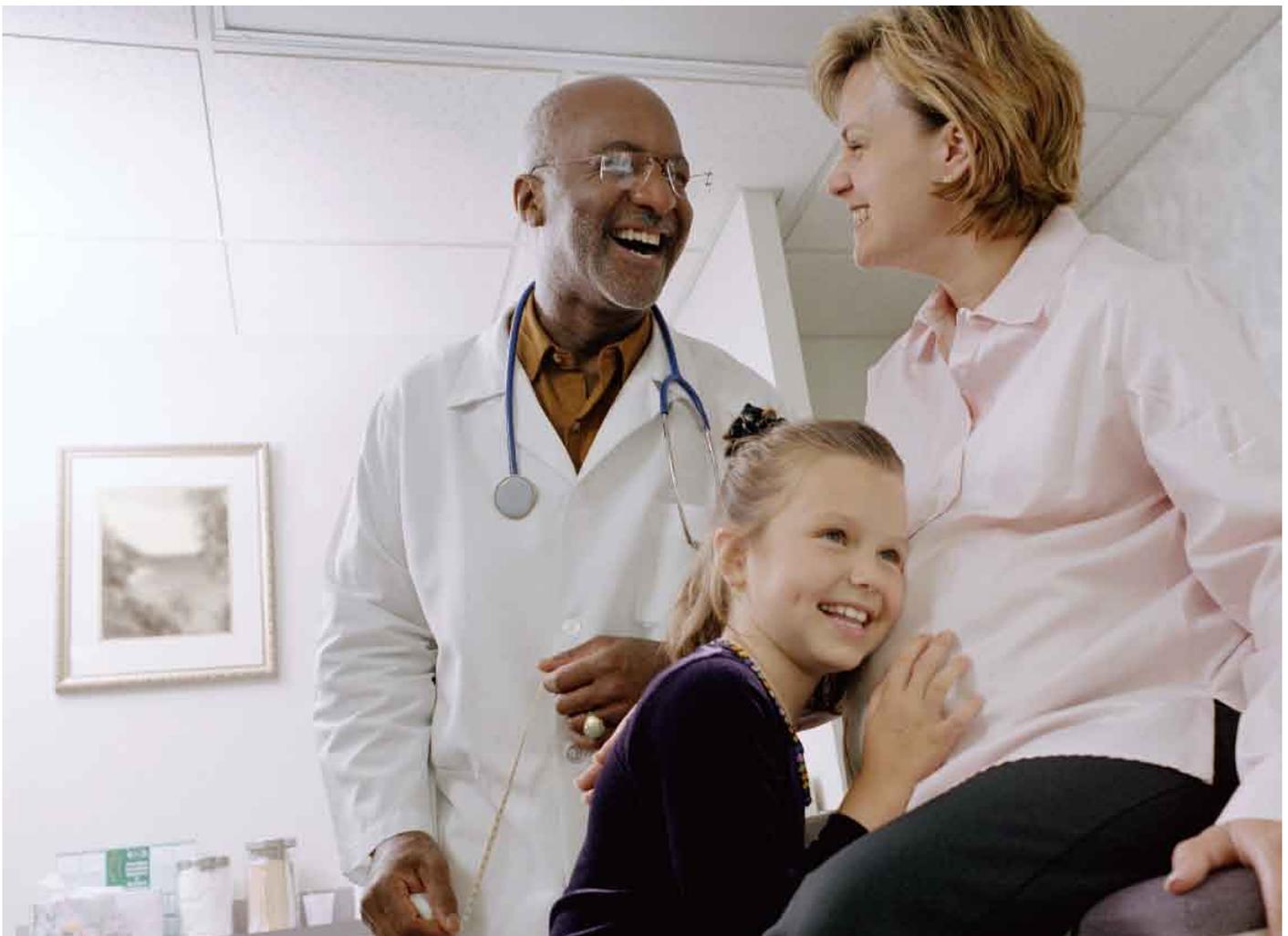
sangre general, con especial atención a los niveles de colesterol, triglicéridos, creatinina y enzimas hepáticas. Esta analítica se repetirá al mes de iniciar el tratamiento y posteriormente cada tres meses. Es obligatorio evitar el consumo de alcohol, tetraciclinas y vitamina A durante el tratamiento y, el embarazo, durante el tratamiento y hasta 2 años después de haberlo suspendido.

Se utilizará con precaución en niños con psoriasis, por la poca experiencia en este campo y sus efectos sobre el crecimiento, y nunca en mujeres en edad fértil que no utilicen métodos anticonceptivos eficaces, así como tampoco en aquellas personas consumidoras frecuentes de alcohol.

En cualquier caso, los retinoides en la mayoría de países europeos son de última elección como monoterapia y, por lo general, se utilizan formando parte de terapias rotatorias.

Puede llegar a ser un fármaco de primera elección en algunos tipos de psoriasis especiales como las pustulosas, la acrodermatitis continua de Hallopeau y la psoriasis eritrodérmica.

La mejor respuesta con este fármaco se obtiene al combinarlo con fototerapia, UVA o UVB, ya que la disminución del grosor de la placa que consiguen los retinoides favorece la penetración de la radiación ultravioleta.



# Psoriasis y deporte

**Dr. Manuel Sánchez Regaña**

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

**La psoriasis es una enfermedad que afecta de manera importante la calidad de vida tanto a nivel físico como a nivel psico-social.**

La psoriasis es una enfermedad que conlleva un importante impacto psico-social en los pacientes afectados. Tanto es así que en los últimos años se han ideado varios parámetros numéricos como índices de gravedad para cuantificar dicho impacto y, por ende, la calidad de vida. Dichos parámetros, entre ellos el DLQI (*"Dermatology Life Quality Index"*) se utilizan en la realización de ensayos clínicos pues se ha demostrado que se correlacionan con los índices de gravedad corporal (PASI, BSA, PGA). En general se trata de cuestionarios que el dermatólogo entrega al paciente en las visitas y en las que se pregunta sobre el impacto generado por la psoriasis en determinadas áreas de su vida; relaciones, trabajo, deporte, entre otras. Y es así como nos damos cuenta muchas veces que los pacientes no acuden a baños públicos, como puede ser una piscina o el vestuario de un gimnasio, cuando están en brote para evitar ser vistos y mirados por los demás. Y así nos damos cuenta que muchos pacientes dejan de hacer deporte con el consiguiente sobrepeso. En la actualidad todos los ensayos clínicos con las nuevas moléculas para el tratamiento de esta dermatosis incluyen índices de calidad de vida, ya que tan importante es que sean eficaces a nivel físico, blanqueando al máximo las placas, como a nivel psico-social.

**Las ventajas que aporta la práctica regular de deporte son numerosas, tanto a nivel físico regulando el peso, la tensión arterial, los niveles de glucosa y colesterol, entre otros, como a nivel psíquico. Todos hemos experimentado la agradable sensación que se siente después de caminar, nadar o correr. Además el ejercicio favorece la digestión,**

**el sueño reparador y la función sexual. Además si se practica al aire libre con la debida fotoprotección, la piel sintetiza vitamina D, la cual está implicada en el metabolismo fosfo-cálcico y óseo y, además tiene un efecto beneficioso en la piel del paciente con psoriasis.** No en vano hoy en día el tratamiento tópico de elección de la misma son los análogos de la vitamina D (calcipotriol, tacalcitol y calcitriol).





En los últimos años se ha descrito el denominado síndrome metabólico, una combinación de hipertensión arterial, niveles elevados de glucosa y lípidos (colesterol LDL y triglicéridos) y obesidad abdominal. Estas alteraciones suelen aparecer de forma conjunta en personas afectas de enfermedades inflamatorias crónicas, pues se ha comprobado que la inflamación persistente induce a nivel hepático, entre otros, la producción de unas moléculas culpables de generar toda esta cascada (PCR, IL-6).

Llegados a este punto el planteamiento es ¿qué relación tienen estos nuevos descubrimientos con la psoriasis? La respuesta es que presentan una relación muy estrecha, pues la mayor parte de pacientes con psoriasis moderada-severa están afectos de dicho síndrome. ¿Y cuáles son las consecuencias de padecer psoriasis y síndrome metabólico? La principal y más importante es el aumento en las enfermedades cardiovasculares. En diversos estudios se ha puesto de manifiesto que los pacientes con psoriasis tienen mayor predisposición a este tipo de enfermedades; insuficiencia coronaria, ictus, etc.

No cabe duda que la prevención de todas estas complicaciones se impone. **La relación entre paciente y dermatólogo es fundamental, no sólo para garantizar la adherencia a los tratamientos, sino también para educar en salud, en prevención; no fumar; reducir peso; llevar a cabo una dieta mediterránea y hacer un ejercicio regular.**

Las dos últimas décadas han sido cruciales para conocer mejor la enfermedad psoriásica y lo que es más importante para que la entendamos como una enfermedad sistémica, esto es, que no sólo afecta a la piel y se ha de tratar de vez en cuando con unas cremas. No; la psoriasis afecta a la piel, en muchas ocasiones a las articulaciones y si no se trata de forma precoz y continuada, asistiremos a sus consecuencias a nivel sistémico ya comentadas.

La irrupción de la terapia biológica ha marcado un antes y un después en la calidad de vida de nuestros pacientes. Muchos de los cuales estaban afectos de formas moderadas-severas de psoriasis y no lograban verse libres de la enfermedad. Ahora la mayoría lucen la piel sin problemas ante el

resto de la población. Pero hemos de insistir siempre en el control del peso, puesto que los fármacos biológicos pueden perder eficacia cuando éste aumenta y con él lo hace el índice de masa corporal, en especial aquellos cuya dosificación depende del peso. En general hay una relación negativa entre PASI y peso; el sobrepeso se asocia a formas más severas de la dermatosis. Recientemente se ha demostrado que los pacientes con obesidad secretan una moléculas (leptina y resistina) que están claramente implicadas en la patogenia de la psoriasis, al aumentar la inflamación cutánea.

Por tanto ahora que disponemos de mejores fármacos, capaces de blanquear, razón de más para que la práctica de deporte no se abandone.

**La relación entre la piel y la psique es fascinante, motivo de múltiples estudios. El stress es el factor desencadenante de los brotes en la mayoría de personas y la psoriasis mejora en épocas de descanso, reposo y ejercicio placentero** ¿Cuál es la explicación a todo esto? Pues bien, se ha acuñado el término de psiconeuroendocrinología, según el cual cuando estamos en una situación de ansiedad o stress, se liberan una serie de moléculas a nivel neurológico central y periférico que a nivel cutáneo están implicadas en los mecanismos inflamatorios de la psoriasis; entre ellas cabe destacar el cortisol, prolactina, sustancia P. De la misma forma los niveles elevados de PCR e IL6 se han relacionado con depresión, stress y ansiedad. Es decir, las mismas moléculas promotoras de la inflamación y el síndrome metabólico también están involucradas en los cambios emocionales de los pacientes con psoriasis. Y lo contrario, algunas moléculas se liberan (endorfinas, endocannabinoides) en las situaciones opuestas (placenteras, de alegría) y pueden bloquear la cascada inflamatoria.

De todo lo expuesto no queda ninguna duda de la buena relación entre psoriasis y deporte; sobre todo para que nuestros pacientes regulen su peso y su tensión arterial así como sus niveles de lípidos y glucosa. Con todo ello podremos prevenir en lo posible la aparición del temido síndrome metabólico. También para que los fármacos sigan funcionando. **Es importante conocer las características del paciente para recomendar un deporte u otro; en general no competitivo y al aire libre, mejor en grupo. Aunque siempre es recomendable andar, es mejor combinar con natación y/o gimnasia monitorizada. Si el paciente nunca ha practicado deporte, se recomienda una exploración cardiovascular con prueba de esfuerzo para descartar enfermedades del corazón que pudieran empeorar durante el esfuerzo.**

Dado que los pacientes con psoriasis tienen xerosis (sequedad de la piel) y con ella picor y rotura de la función ba-

rrera de la misma, no es de extrañar que algunas lesiones se sobreinfecten por el rascado o bien lo hagan al acudir a ambientes húmedos como los gimnasios o piscinas. Por ello, siempre recomendamos productos de higiene específicos, complementados con una buena hidratación de la piel. En caso de psoriasis ungueal, además de la higiene adecuada, es preciso la práctica de cultivos ungueales, puesto que el diagnóstico concomitante de onicomycosis es muy frecuente, especialmente en los pies.

## Conclusiones

**La práctica de deporte es altamente recomendable en pacientes con psoriasis, con el fin de mantener y/o disminuir el peso y otros componentes del síndrome metabólico así como para reducir el stress y aumentar la autoestima al poder lucir la piel sin complejos. El dermatólogo debe recomendar una serie de medidas higiénicas en piel, cabello y uñas, destinadas a evitar la sobreinfección y/o maceración de las lesiones.**



# Síndrome metabólico y psoriasis

Dr. José Manuel Ródenas López

Sección de Dermatología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

**Se conoce como síndrome metabólico a la aparición en la misma persona de un grupo de enfermedades o factores que aumentan el riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares.**

**S**e conoce como síndrome metabólico (o síndrome X) a la aparición en la misma persona de un grupo de enfermedades o factores que aumentan el riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares, siendo este riesgo mayor que el que supondría padecer cada una de las enfermedades por separado. La tendencia a asociarse diabetes, hipertensión y dislipemia (aumento en la sangre de colesterol y triglicéridos) en algunos individuos se conocía desde la primera mitad del siglo XX, pero fue en la década 1970-1980 cuando se estableció que estas enfermedades son más frecuentes en los obesos y que el cuadro conjunto aumenta la posibilidad de desarrollar enfermedad coronaria e infarto cardiaco. También entonces se identificó que el mecanismo común a todas ellas es la resistencia a la insulina: la dificultad de la insulina para retirar el azúcar (glucosa) de la sangre e introducirla en las células.

**El problema es cada vez más frecuente y afecta a personas más jóvenes, debido en gran medida a la vida sedentaria y los malos hábitos en la alimentación que contribuyen a la obesidad. En España se ha estimado que lo padece el 8% de la población entre 30 y 50 años, y más del 20% de los mayores de 60 años. El 80% de los diabéticos presentan el síndrome y entre sus familiares aparece en el 50% de todos ellos.**

La causa principal del síndrome es desconocida y la fisiopatología (el modo cómo actúa la enfermedad) es compleja y no está aclarada. Tras las comidas, se produce un aumento de la glucosa en la sangre y el consiguiente aumento de insulina para incorporarla a los tejidos del organismo. Como esta insulina se muestra insuficiente, se produce un nuevo aumento de secreción de in-



Figura 1. Psoriasis generalizada en pacientes con síndrome metabólico

ulina. Esta hiperinsulinemia compensadora es la responsable de las alteraciones que ocurren en este síndrome: desarrollo de diabetes, hipertensión arterial, aumento de la síntesis de VLDL y LDL ("colesterol malo") por el hígado, y estimula el crecimiento del endotelio vascular (capa interna de los vasos) iniciando el proceso de aterosclerosis (endurecimiento de las arterias) que favorece la trombosis y conduce a la disminución del flujo sanguíneo a los órganos. La leptina es otra sustancia implicada en este cuadro, una hormona que se produce en los adipocitos (células del tejido graso). Entre sus funciones está controlar el nivel de saciedad tras la ingesta de alimentos y regular la acción de la insulina en el hígado y en el propio tejido graso. Esta hormona está aumentada en los obesos, en quienes como vemos

el tejido adiposo se comporta como un órgano endocrino. Así pues, la acumulación de grasa dentro de la cavidad abdominal y alrededor de los órganos abdominales supone una amenaza para la salud. En los procesos alterados del síndrome metabólico intervienen unas sustancias con actividad inflamatoria, como la proteína C reactiva, activadores del fibrinógeno, interleucinas y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), entre otros.

**Se ha observado que enfermedades que cursan con inflamación crónica, como la psoriasis y enfermedades autoinmunes (lupus, artritis reumatoide), pueden favorecer o agravar el síndrome metabólico a través de estas sustancias inflamatorias. Precisamente en la psoriasis están aumentados los niveles de diversas interleucinas y TNF- $\alpha$ , y se ha comprobado que la presencia del síndrome es más frecuente en los enfermos de psoriasis que en la población general. La prevalencia aumenta a partir de los 35-50 años, sobre todo en los que tienen psoriasis de más larga evolución.**

Para diagnosticar el síndrome metabólico diversos grupos de estudio y organizaciones sanitarias han propuesto sus criterios. Los elaborados por la *American Heart Association* (Asociación Americana del Corazón) y la *American Diabetes Association* (Asociación Americana de la Diabetes) en 2005 son los siguientes:

- Obesidad abdominal (perímetro de la cintura): 102 cm (hombres), 88 cm (mujeres).
- Presión arterial:  $\geq 130 / \geq 85$  mmHg.
- Glucosa en sangre en ayunas:  $\geq 110$  mg/dl.
- Triglicéridos en sangre:  $\geq 150$  mg/dl.
- Colesterol HDL ("colesterol bueno"):  $< 40$  mg/dl (hombres),  $< 50$  mg/dl (mujeres).

También es un criterio diagnóstico estar en tratamiento con fármacos para la hipertensión, o para reducir los niveles de glucosa, triglicéridos o colesterol.

**Como en toda enfermedad en que esto sea posible, el mejor tratamiento es la prevención. Adquirir hábitos saludables desde la infancia en la alimentación y considerar la actividad físico-deportiva como algo habitual en nuestras vidas, es fundamental para prevenir su desarrollo. En los adultos con el cuadro ya establecido se debe reducir peso, disminuyendo la ingesta de calorías, e incrementar el ejercicio físico. Con ello se mejoran todos los parámetros alterados (hiperglucemia, dislipemia e hipertensión) y se reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.** Con frecuencia estas medidas por sí solas no son suficientes, por lo que se recurre al tratamiento farmacológico: antidiabéticos orales para reducir los niveles elevados de glucosa (glitazonas, metformina), hipolipemiantes para el control del colesterol y los triglicéridos (estatinas, fibratos) y antihipertensivos (inhibidores de las enzimas convertidoras de angiotensina, antagonista de receptores de angiotensina II).

Las personas que presentan psoriasis y síndrome metabólico plantean un problema terapéutico. En primer lugar, se ha demostrado que en los enfermos con psoriasis grave hay mayor tendencia a desarrollar hábitos tóxicos. Entre estos pacientes es más frecuente el consumo excesivo de alcohol y, sobre todo, de tabaco, lo cual incrementa mucho más el riesgo de enfermedad cardiovascular. Esto supone un argumento más a favor de potenciar estilos de vida saludables en los enfermos de psoriasis. Por otra parte, los fármacos que se emplean en primera línea para el tratamiento de la psoriasis extensa, moderada o grave, o con afectación de localizaciones con mala respuesta a los tratamientos tópicos (p. ej. psoriasis ungueal), pueden agravar el síndrome metabólico. Así, algunos fármacos pueden producir alteraciones hepáticas (acitretino, metrotexato, ciclosporina), modificaciones en el metabolismo de los lípidos (acitretino), o alteraciones renales e hipertensión (ciclosporina).

# La opinión del experto

## AFEITADO Y DEPILACIÓN LÁSER

**Soy un chico de 22 años y quisiera plantearles mi caso particular para que me dieran su consejo y opinión.**

Sufro psoriasis en la cara, para ser exactos en los laterales de la nariz (no en la propia nariz, sino en la piel del rostro que está alrededor de la nariz) y un poco entre las cejas (también lo sufro en el cuero cabelludo, pero éste no me da tantos problemas). Todas las noches me mojo la cara y me aplico un poco de pomada para la psoriasis recetada por el dermatólogo en la zona afectada (que sinceramente, desde que me la aplico me va muy bien).

Mi problema es la barba, me explico: Me suelo afeitar cada 3-4 días y el día que me afeito sufro multitud de cortes (pero una barbaridad) cosa que antes de tener psoriasis no ocurría, eso sí, una vez afeitado, aplicado la loción después del afeitado y la ducha, la piel afectada por la psoriasis se queda como nueva (perfecta).

A medida que avanzan los días, y según va creciendo la barba, la cara se me hincha un poco y la zona afectada se vuelve más roja, tirante y me pica bastante (hasta el punto de quitármeme las ganas de salir a la calle, tanto por la rojez como por la hinchazón). Mi problema es el bucle, es decir, no me puedo afeitar más a menudo porque no tengo barba suficiente y me corto una barbaridad al tener la piel tan sensible, pero tampoco puedo afeitarme cada mucho tiempo porque la cara se me hincha y la zona afectada se me pone roja y me pica. Quería preguntarles si aplicándome la depilación láser definitiva en toda la zona de la barba se podría solucionar este problema, así no tendría que afeitarme y dejaría de tener numerosos cortes y tampoco se me hincharía la cara ni empeoraría la zona afectada.

*Muchas gracias por su atención.*

*Juan*

## RESPUESTA

La historia y tipo de lesiones que explica el paciente, pueden corresponder a una psoriasis, si tiene lesiones de psoriasis en otras localizaciones y si se ha diagnosticado un dermatólogo, pero también podría tratarse de una dermatitis seborreica. Tanto la psoriasis en la cara como la dermatitis seborreica responden bien al tratamiento con la pomada, como comenta. Los problemas que tiene tras el afeitado pueden corresponder a una pseudofoliculitis de la barba, pero también podrían corresponder a brotes de psoriasis o de dermatitis seborreica. Si se trata de una pseudofoliculitis de la barba sí que podría ser una buena opción terapéutica la depilación láser definitiva. De todas formas, esta depilación sería aconsejable que se la realizase en un centro dermatológico, con dermatólogos, para que pudieran confirmar si se trata de una psoriasis y una pseudofoliculitis y para que pudieran hacerlo de la manera mejor posible, con el fin de evitar desencadenar lesiones de psoriasis por fenómeno de Koebner.

**Dr. Miquel Ribera Pibernat**

**Dermatólogo y Asesor Médico de Acción Psoriasis**

## DUDAS CON LOS BIOLÓGICOS

**Tengo la enfermedad desde hace más de 30 años.** Comencé tratamiento con un biológico con resultados extraordinarios: “limpio por primera vez”. Pero al pasar la cuarta dosis a bimensual, he sufrido un rebrote brutal y con lesiones distintas a las habituales: dolorosas, muy inflamatorias, con picor y rubor en cara y miembros.

Mi dermatóloga no me tranquiliza en absoluto. ¡Por favor! mandadme información. Las lesiones nuevas, aparecen en cuestión de horas/días. Estoy muy preocupado y esto, no ayuda mucho a esta enfermedad.

*Un saludo.*

*Luis*

## RESPUESTA

Los brotes que aparecen durante los tratamientos con medicamentos biológicos pueden tratarse de forma distinta en cada paciente. En ocasiones se suspende el tratamiento biológico, pero en otras no hace falta. Lo que sí se debe hacer es prescribir un tratamiento sistémico tradicional (metotrexato, ciclosporina) durante un período de tiempo. Este tratamiento puede darse sólo o completar el tratamiento biológico en caso de que no se suspenda. Con este tratamiento los brotes siempre se controlan. Con ciclosporina la respuesta suele ser más rápida que con metotrexato.

**Dr. Miquel Ribera Pibernat**

**Dermatólogo y Asesor Médico de Acción Psoriasis**



# ¿Tienes Psoriasis?

Podemos ayudarte



Asociación de Afectados de Psoriasis y Familiares

[www.accionpsoriasis.org](http://www.accionpsoriasis.org) - Tel. 932.80.46.22

Conecta con nosotros





# Crecer con más fuerza, ser mejores

Hacemos realidad nuestros proyectos

