

## PSORIASI

### Introducció.

La psoriasi és una malaltia crònica de la pell, no contagiosa, que afecta al 1.5% de la població general. Pot aparèixer a qualsevol edat, des de poc després del naixement fins a etapes finals de la vida, però el més freqüent és que afecti entre els 20 i els 50 anys. Generalment, la psoriasis presenta una afectació lleu i limitada (70%), però fins a un 20% dels pacients presenten una afectació moderada i un 10% una afectació greu.

### Causa.

La causa de la psoriasi és poc coneguda. Es creu que és una malaltia multifactorial que afecta individus amb una predisposició genètica i és desencadenada o aguditzada per diferents factors ambientals. Això significa que la psoriasi està determinada genèticament, a través de diversos gens, i segons aquesta afectació genètica, l'individu tindrà una predisposició més o menys marcada per presentar psoriasi. Aquesta predisposició ve moldejada per diferents factors ambientals que contribuiran a desencadenar brots de psoriasis: les infeccions (amigdalitis), l'estrès emocional, certs medicaments, els traumatismes i l'alcohol.

Donat que és una malaltia genètica, existeix una certa agregació familiar; és a dir, hi ha més risc de presentar psoriasi si un dels pares està afectat de la malaltia, i encara més risc si els dos pares tenen psoriasi. De totes maneres, no es pot saber del cert, ni calcular el risc de tenir un fill amb psoriasi.

### Manifestacions clíniques.

La psoriasi cutània es caracteritza per l'aparició d'unes plaques vermelloses amb descamació blanca més o menys gruixuda, que poden aparèixer en qualsevol àrea del cos. Les localitzacions més freqüents són els colzes, els genolls, i el cuir cabellut. De vegades, algunes localitzacions predominen per sobre de les altres: llavors parlem de psoriasi en plecs o invertida, psoriasi unguial, psoriasi palmo-plantar o psoriasi del cuir cabellut. Existeix una forma de la psoriasi anomenada "en gotes" o psoriasi gutata, que es caracteritza per l'aparició de petites plaques principalment pel tronc i també per extremitats, habitualment en gent jove, després d'una amigdalitis.

Ocasionalment, la psoriasi pot presentar pústules (grans de pus no infectats) sobre les plaques vermelloses, de forma generalitzada o localitzada (palmo-plantar). Aquestes pústules s'assequen i desapareixen, i tornen a sortir en brots següents. Excepcionalment, la psoriasi pot afectar més del 90% de la superfície corporal i acompanyar-se de malestar general, febre i alteracions analítiques. Es tracta d'una psoriasi eritrodèrmica i és una forma greu que cal hospitalitzar per tractar.

### Manifestacions associades

Al voltant d'un 10% de les psoriasis cutànies tenen afectació articular (artritis psoriàsica). Poden existir artritis que apareguin abans de la psoriasis cutània o que mai s'acompanyin de lesions a la pell. Es caracteritza per dolor o inflamació d'una o més articulacions, principalment canells, genolls, turmells i/o petites articulacions distals dels dits de les mans i peus. També pot aparèixer un engrandiment de tot el dit de la mà o del peu ("dit en saltxitxa").

Recentment s'ha descrit un augment de freqüència d'obesitat, diabetis de l'adult, hipertensió arterial, hipercolesterolèmia i hipertriglicèridèmia consum d'alcohol i tabaquisme, així com un augment de la mortalitat cardiovascular en els pacients amb psoriasis cutània.

### Diagnòstic.

La psoriasi cutània es diagnostica clínicament, és a dir, només veient-la. En casos de dubte amb altres malalties de la pell pot ser necessària una biòpsia cutània per confirmar el diagnòstic. Algunes vegades podem realitzar cultius de frotis per estudiar una possible relació amb una infecció.

Existeixen unes escales per valorar la gravetat de la psoriasi, com són l'afectació de la superfície corporal (BSA) i l'índex de gravetat i afectació de la psoriasi (PASI). Ocasionalment també utilitzem escales de qualitat de vida, com el DLQI, per valorar com afecta la psoriasi a la vida quotidiana del pacient.

## Tractament

Existeixen diferents tractaments per la psoriasi que fan desaparèixer les lesions psoriàsiques però no curen definitivament la malaltia. Això significa que en aquells casos d'evolució crònica, en deixar el tractament, la psoriasi tornarà a desenvolupar-se.

**Mesures generals:** S'ha comprovat que perdre pes (en els casos amb sobrepès) i abandonar la ingesta d'alcohol i tabac millora la psoriasi cutània. També es recomana prendre el sol (amb moderació i sense cremar-se). Tractament tòpic: Els tractaments tòpics són el tractament d'elecció en formes localitzades i poc extenses de la psoriasi. Són els tractaments que presenten menys efectes secundaris, però són incòmodes i requereixen l'ús continuat. Existeixen diferents tipus de tractaments. Els més utilitzats i més eficaços són els corticoides tòpics, que existeixen en diferents potències i presentacions, escollint-se l'adequada per cada zona i forma de la psoriasi. Cal no utilitzar-los de forma continuada per evitar l'atròfia cutània i l'aparició d'estries. També s'utilitzen anàlegs de la vitamina D, retinoides tòpics, derivats del quitrà o brea, immunomoduladors tòpics, emol·lients (hidratants) i queratolítics (que ajuden a descamar). Es poden utilitzar de forma conjunta, rotatòria o seqüencial, per potenciar-ne l'eficàcia i evitar-ne els efectes secundaris.

**Fototeràpia:** L'ús de radiació ultraviolada B (UVB) o A (UVA) amb la combinació dels psoralens, un potenciador de la radiació (PUVA) està indicat en psoriasis extenses o en certes localitzacions (palmells i/o plantes) que no han respòs als tractaments tòpics. Com a inconvenients, és un tractament que requereix disponibilitat del pacient, ja que són necessàries habitualment unes 3 sessions a la setmana. A més, a llarg plaç accentua el fotoenvelliment i augmenta el risc de càncer de pell.

**Tractament sistèmic:** Els tractaments sistèmics estan indicats en psoriasis extenses o greus. Són fàrmacs eficaços però poden tenir efectes secundaris importants, fet que obliga a fer control freqüents d'anàlisis de sang. La ciclosporina és un fàrmac molt eficaç, d'acció ràpida, però que pot provocar rebots importants de la psoriasi en deixar el tractament, obligant a disminuir la dosi lentament. Requereix control de la pressió arterial i de la funció del ronyó. Pel seu potencial risc d'afectació renal, es recomana utilitzar-la en cicles curts de 3-4 mesos. El metotrexat és un fàrmac que triga en actuar una mica més que la ciclosporina però que aconsegueix blanquejar de la psoriasi durant més llarg temps. Obliga a controls de la funció hepàtica i no s'aconsella superar una dosi total màxima pel risc de dany hepàtic a llarg plaç. L'acitretina és un fàrmac menys eficaç però que pot ser molt útil en un subgrup de pacients, especialment en combinació amb la fototeràpia. Requereix controls dels triglicèrids i del colesterol i acostuma a secar molt la pell i mucoses (llavis). És un fàrmac que pot produir malformacions del fetus en dones embarassades, fins a 2 anys després de prendre'l, per la qual cosa no es recomana en dones en edat fèrtil.

**Tractaments biològics:** Els tractaments biològics (efalizumab, etanercept, infliximab, adalimumab) són fàrmacs nous que han aparegut en els últims anys. Estan indicats en psoriasis greus que no han respòs, han presentat algun efecte secundari o tenen contraindicats els tractaments sistèmics tradicionals.

## Pronòstic

La psoriasi és una malaltia habitualment de curs crònic. Cada pacient segueix el seu propi curs, que és completament imprevisible. Hi ha pacients que presenten una psoriasi crònica, amb pocs canvis d'extensió i intensitat, mentre que d'altres presenten una psoriasi inestable, amb una afectació constant més o menys extensa, a la qual s'hi sumen brots d'intensitat variable. Existeixen formes agudes que solen remetre amb el tractament, com la psoriasi gutata, i d'altres cròniques més rebels, com la psoriasi unguial. D'altra banda, algunes formes poden ser incapacitants, com l'afectació palmo-plantar amb fisuració.

La psoriasi és una malaltia benigna que no comporta risc vital, però que pot afectar greument la qualitat de vida dels pacients, desencadenant-los seqüeles psicològiques i ocasionalment comportant aïllament

# dermatologia.cat

social per por al rebuig.