

Manejo de la psoriasis palmoplantar en paciente con Diabetes Mellitus tipo 2

Inmaculada Sanz Arrabal

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta.
Universidad Complutense de Madrid. Avda. Complutense, s/n. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
inmacue87@hotmail.com

Tutores

José Luis Lázaro Martínez

Esther García Morales

Yolanda García Álvarez

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II. 3ª planta. Universidad
Complutense de Madrid. Avda. Complutense, s/n. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.

diabetes@enf.ucm.es

esthergarciamorales@yahoo.es

yolienf3@hotmail.com

Resumen: la psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria, no contagiosa de la piel que evoluciona a brotes, y que puede asociar comorbilidades como la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Existen factores genéticos y desencadenantes que predisponen o exacerban la enfermedad. Existen muchos patrones clínicos de presentación de la enfermedad psoriásica, entre los que se encuentra la Psoriasis Palmoplantar. Su diagnóstico es eminentemente clínico y existe una gran oferta terapéutica para las diferentes presentaciones y localizaciones. Las complicaciones que se dan en un paciente con psoriasis, son globales, por lo que se requerirá de un equipo profesional multidisciplinar para tratar de forma completa a nuestro paciente. La asociación de DM2 y Psoriasis palmoplantar puede resultar un factor desencadenante en la producción de una úlcera plantar.

Palabras clave: Psoriasis. Psoriasis palmoplantar. Comorbilidades. Tratamiento tópico.

Abstract: Psoriasis is a chronic, inflammatory, non-contagious skin outbreaks evolving, and that can be associated to comorbidities such as type 2 diabetes mellitus (DM2). There are genetic factors and triggers that predispose or exacerbate the disease. There are many clinical patterns of psoriatic disease presentation, including Palmoplantar Psoriasis. Diagnosis is primarily clinical and there is a great therapeutic offer for different presentations and locations. Complications that occur in a patient with psoriasis, are global, so it will require a multidisciplinary professional team to try

to wholly treat our patient. DM2 association and palmoplantar psoriasis may be a precipitating factor in the production of a plantar ulcer.

Keywords: Psoriasis. Psoriasis palmoplantar. Comorbidities. Topical treatment.

DEFINICIÓN

Es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, no contagiosa, que produce lesiones escamosas, engrosadas e inflamadas, con una amplia variabilidad clínica y evolutiva.

Puede asociarse a:

- Deterioro psicosocial.
- Reducción de la calidad de la vida.
- Comorbilidades sistémicas secundarias: enfermedades circulatorias, articulares, metabólicas, etc.

EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil determinar la incidencia de la psoriasis, pues los individuos con manifestaciones clínicas menores no buscan atención médica.

La prevalencia se estima entre el 2-3% de la población mundial. En España, la prevalencia es del 1-2%.

Afecta por igual a ambos sexos, y aunque puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente su aparición en la segunda y tercera décadas de la vida.

ETIOPATOGENIA

La causa de la psoriasis es una velocidad anormalmente alta en la mitosis de las células epidérmicas, que se puede relacionar con un defecto autoinmune mediado por la activación de linfocitos Th1 (CD4+) y citoquinas.

Normalmente la evolución de un queratinocito desde célula basal a cornea, dura entre 20 y 25 días, en la psoriasis este proceso tarda unos 3 días.

Se cree que la etiología de la psoriasis es multifactorial, en individuos con predisposición genética y desencadenada o exacerbada por diversos factores ambientales.

FACTORES DESENCADENANTES

- Traumatismos
- Infecciones
- Fármacos
- Factores psicológicos
- Factores climáticos
- Factores metabólicos

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Es característica la hiperqueratosis paraqueratósica de la epidermis, con acumulaciones de leucocitos polimorfonucleares (abcesos de Munro-Saboureaud), el adelgazamiento de la epidermis suprapapilar con acantosis interpapilar. También hay papilomatosis dérmica, con capilares dilatados e infiltrados de linfocitos perivasculares.

CLÍNICA

Afecta tanto a piel como a mucosas, y en ocasiones se asocia a otras repercusiones sistémicas.

Lesiones cutáneas: la lesión elemental es una pápula o placa eritematosa, de tamaño variable pero bien definido, cubierta habitualmente de escamas plateadas o grisáceas. Al raspado se observan estos tres signos:

- Signo de la "mancha de cera": al rascar las lesiones se desprenden escamas que asemejan a las que se desprenderían de una vela.
- Fenómeno de la membrana de Duncan-Dulckley: película transparente que aparece tras desprender las escamas.
- Signo de Auspitz: petequias que aparecen tras retirar la membrana de Duncan-Dulckley.

También podremos observar:

- Fenómeno de Koebner en el 20% de los pacientes.
- Halo de Woronoff, de forma poco frecuente, que consiste en un halo hipo crómico alrededor de la placa psoriásica y que aparece con el comienzo de la regresión de la misma.
- Las lesiones en mucosas son muy infrecuentes, se dan en labios y pene, y no cursan con descamación.

Lesiones en las uñas: Presente en el 20-40% de los pacientes, con más frecuencia en manos que en pies y en pacientes con afectación articular.

- Piqueteado ungueal, por alteración de la matriz.
- Decoloración de la una ``en mancha de aceite´´, por alteración del hiponiquio.
- Onicodistrofia, con onicolisis e hiperqueratosis subungueal.

Se puede asociar a comorbilidades como artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, Linfoma cutáneo de células T, Síndrome metabólico, afectación de la calidad de vida del paciente y su entorno, afectación psicológica del paciente.

PATRONES DE PRESENTACIÓN

Psoriasis vulgar: La forma más frecuente. Se caracteriza por la formación de placas de forma simétrica de 1 a 30 cm en cualquier localización de la piel, especialmente en rodillas, codos, región lumbosacra y cuero cabelludo. Las lesiones evolucionan en brotes y pueden llegar a confluir en grandes placas, en cuyo caso se denomina psoriasis gyrata. Otra forma de presentación es la psoriasis anular, en la que la zona central de la lesión es más clara.

Psoriasis guttata: Pequeños puntos menores de 1cm, pruríticos en ocasiones, con localización preferente en tronco. Más frecuente en niños y jóvenes tras infección estreptocócica de las vías altas respiratorias.

Psoriasis eritrodermica: Lesiones generalizadas que comprometen más del 90% de la superficie corporal. Puede cursar con fiebre, leucocitosis, desequilibrio electrolítico o déficit proteico. Puede darse como consecuencia de la evolución de una psoriasis vulgar, tras una psoriasis pustulosa o de forma brusca por intolerancia al tratamiento.

Psoriasis pustulosa generalizada o de Von Zumbusch: Es infrecuente y de aparición aguda en pacientes afectados previamente de otro tipo de psoriasis. Las placas eritematosas confluyen en pequeñas pústulas estériles que al secarse desaparecen, apareciendo en nuevos brotes. Pueden afectarse las unas y suele ir

acompañada de fiebre, malestar general, leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación. Puede resultar mortal.

Psoriasis pustulosa localizada.

Psoriasis acral o acrodermatitis continua de Hallopeau: aparición de erupciones pustulosas en torno a las unas, preferentemente de las manos, que se extiende de forma proximal, produciéndose la destrucción y pérdida de las unas, pudiendo llegar a provocar osteólisis de la falange distal.

Psoriasis lineal: disposición en línea de las lesiones a lo largo de una metamera o extremidad, o debido al fenómeno de Koebner.

Psoriasis invertida o de pliegues: las lesiones carecen de escamas y afectan a grandes pliegues cutáneos.

Psoriasis del cuero cabelludo: placas descamativas similares a las de la piel, o gruesas placas descamativas adheridas al pelo.

Psoriasis palmoplantar o tipo Barber: se caracteriza por varios brotes de pústulas estériles sobre una base eritematosa, simétrica en palmas y plantas, sobre todo en las prominencias tenar e hipotenar de la mano y talón y laterales del pie. Las pústulas pueden confluir en grandes lagos de pus que se secan en 8-10 días formando escamas y costras marrones. Al cronificarse este proceso da lugar a callosidades amarillentas que pueden dar fisuras dolorosas e invalidantes. Alrededor de una cuarta parte de las personas con psoriasis tienen afectación de manos y pies.

DIAGNÓSTICO

En general, suele ser suficiente con la realización de una buena historia clínica y la observación detallada de la piel, rara vez es necesaria la realización de una biopsia cutánea para descartar otras patologías.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debemos realizar diagnóstico diferencial con:

- Eccema de manos.
- Dermatitis de contacto.
- Pitiriasis rubra pilaris.
- Queratodermias adquiridas.
- Enf. De Reiter.

- Dermatitis.
- Pustulosis microbianas.

TRATAMIENTO

La elección del tratamiento se realiza en función de la extensión y localización de las lesiones de psoriasis, así como de los tratamientos previos y la edad del paciente.

Para valorar la intensidad de la enfermedad, y controlar su evolución, evitando valoraciones subjetivas, se emplean los criterios PASI, BSA y DLQI. Normalmente solo se usa esta clasificación en ensayos clínicos, debido a su complejidad.

PASI (Psoriasis Area and Severity Index): Mide el eritema, grosor y escamas de las lesiones, así como las partes del cuerpo afectadas y su extensión.

BSA (Body Surface Area): Mide la superficie corporal afectada.

DLQI (Dermatology Life Quality Index): Mide a través de un cuestionario muy completo, que analiza condiciones familiares, sociales y laborales, para valorar la calidad de vida del paciente y su afectación debido a la enfermedad.

Si PASI y BSA superan el 10% la enfermedad se clasifica como moderada o grave, clasificación que puede ir cambiando en función de la evolución de la misma.

Tratamientos tópicos

Emolientes y queratolíticos: Los emolientes hidratan el estrato corneo de la piel, los queratolíticos eliminan el exceso de escamas. Están contraindicados en la psoriasis invertida.

Dentro de los queratolíticos se destacan:

- Vaselina salicilica al 2-5%, al 5-20% o al 30-60%, 100g, en función a sus indicaciones.
- Fórmulas magistrales a base de ácido salicilico y propilenglicol en distintas proporciones y con diferentes bases.
- Ditranol: A dosis bajas de 0.05-0.5%, o más altas, 0.5-5%.
- Análogos de la Vitamina D: Calcitriol (Silkis®), Calcipotriol (Daivonex®) y Tacalcitol (Bonalfa®). Tienen acción antiproliferativa sobre los queratinocitos.
- Retinoides: Tazaroteno a concentración 0.05-0.1%, en gel.

- Corticoides: Aplicar en cortos periodos de tiempo, en pacientes con psoriasis leve o localizaciones delicadas, y retirar de forma gradual.
- Fototerapia: UVB y UVA. No es recomendable usarlas en tratamientos prolongados.
- Fotoquimioterapia: PUVA. Radiación asociada a psoralenos.

Tratamientos sistémicos

- Metotrexate: Cistotático usado en Artritis Psoriásica.
- Acitrecino: Retinoide teratógeno.
- Ciclosporina A: Inhibe los linfocitos T CD4+.
- Inmunomoduladores.
- Otros: Enfocados a inhibir la activación de linfocitos T, el TNF- α o las citocinas inflamatorias presentes en la mediación de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Varón de 86 años que acude a la Unidad de Pie Diabético de la Clínica Universitaria de Podología el 04/02/2013 para el tratamiento de la Psoriasis plantar de la que está diagnosticado.

Anamnesis

- Alergias: Amoxicilina/Ac. Clavulánico.
- Antecedentes familiares: Madre con Diabetes Mellitus.
- Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo II no insulino dependiente de 21 años de evolución.
- Glucemia media: 120mg/dl.
- Hb A1c: 6.4%.
- Antecedentes quirúrgicos: Hernia inguinal y cataratas.
- Factores de riesgo: HTA, Hipercolesterolemia, Fumador (4 cigarrillos/día), antecedentes cardiovasculares.
- Medicación habitual:
 - ✓ Daivobet 60mg pomada.
 - ✓ Losartan 50mg: 0-0-1.
 - ✓ Metformina 850mg: 1-0-1.
 - ✓ Tamsulosina 0.4mg.
 - ✓ Paracetamol 1gr: a demanda.
 - ✓ Permixon 160mg: 1-0-1.
 - ✓ Simvastatina 10mg: 0-0-1.
 - ✓ Clopidogrel 75mg.

Exploración

- Peso: 80 Kg.
- Talla: 160 cm.
- Prurito.
- Exploración neurológica:
 - ✓ Parestesias.
 - ✓ Ausencia de sudoración.
 - ✓ Exacerbación nocturna de calambres.
 - ✓ Sensibilidad profunda: afectada.
 - ✓ Maleolo interno dcho: sin afectación.
 - ✓ Maleolo interno izdo: sin afectación.
 - ✓ Maleolo externo dcho: sin afectación.
 - ✓ Maleolo externo izdo: sin afectación.
 - ✓ 1a MTF dcho: afectación.
 - ✓ 1a MTF izdo: afectación.
 - ✓ 1a IF dcho: afectación.
 - ✓ 1a IF izdo: afectación.
 - ✓ 5a MTF dcho: afectación.
 - ✓ 5a MTF izdo: afectación.
 - ✓ Sensibilidad superficial explorada mediante Monofilamento Semmes.
 - ✓ Weinstein 5.07 10gr: afectada.
 - ✓ Afectación dcho: nota 2/10.
 - ✓ Afectación izdo: nota 1/10.
- Exploración vascular:
 - ✓ Pigmentación MI dcho: ligeramente hiperpigmentada.
 - ✓ Distribución vello MMII: ausente.
 - ✓ Xerosis MI dcho: SI.
 - ✓ Pulsos distales: permeables.
 - ✓ TASd: 120 mmHg.
 - ✓ ITBd: 1.25.
 - ✓ ITBi: 1.
 - ✓ IDBd: 1.86.
 - ✓ IDBi: 1.47.

Tratamiento 04/02/2013

El paciente presenta gran hiperqueratosis generalizada en toda la planta del pie de manera bilateral, según nos cuenta diagnosticado de Psoriasis, presente únicamente en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.

Actualmente en tratamiento con Betametasona refiriendo que va bastante mal.

Se recomienda al paciente el cambio de tratamiento a Ureadin Rx 40, 2 veces/día durante 15 días, cuando se reevaluara.

18/02/2013

Buena evolución de la dermatopatía psoriásica en plantas de ambos pies. Reduce notablemente la hiperqueratosis bajo cabezas metatarsales, en mediopie y en los espacios interdigitales. Persisten las placas en la zona del talón, aunque en menor cantidad y grosor.

Se retira con pinzas las placas despegadas y se fresa la piel.

Se recomienda continuar con el tratamiento de Ureadin Rx 40 2 veces/día durante 15 días más, para su reevaluación.

11/03/2013

Buena evolución de la dermatopatía psoriásica en plantas de ambos pies. Continúa la reducción notable bajo cabezas metatarsales, mediopie y espacios interdigitales. Las placas del talón también se ven más disminuidas en cantidad y grosor, y encontramos más placas con los bordes despegados.

Se retiran las placas despegadas con pinza y se fresa la piel.

Se pauta la aplicación de fórmula magistral: 2 aplicaciones/día durante 15 días, para su reevaluación.

- Ac. Salicílico 5-10%.
- Urea 15-20%.
- Lactato amónico 12%.
- Clobetasol 0.05%.
- Lanolina 7%.
- Excipiente emoliente O/W c.s.p. 100g.

03/04/2013

Buena evolución de la dermatopatía psoriásica en plantas de ambos pies. Las placas del talón se ven más disminuidas en cantidad y grosor, y encontramos más placas con los bordes despegados. La piel bajo las lesiones es sana.

Se continúa con la pauta de fórmula magistral: 2 aplicaciones/día durante 15 días, para su reevaluación.

CONCLUSIONES

Es frecuente encontrar pacientes psoriásicos en nuestras consultas.

Es importante conocer la etiología de la psoriasis para actuar de forma adecuada en cada momento.

La psoriasis es una enfermedad crónica en constante evolución.

La psoriasis puede asociarse DM2.

La asociación de DM2 y psoriasis puede resultar un factor precipitante para la producción de una úlcera plantar.

La psoriasis es una enfermedad sistémica que requiere de tratamiento multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Giménez JC, Jiménez-Puya R, Galán Gutiérrez M. Comorbilidades en Psoriasis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2010 [citado 10 abril 2013];101(1):55-61. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/comorbilidades-en-psoriasis/articulo-resumen/S0001731010700107>
2. Iglesias L, Guerra A, Ortiz PL. Tratado de dermatología: Madrid: McGraw-Hill; 2004.
3. Wienemann T, Chantelau EA. The diagnostic of measuring pressure pain perception in patients with diabetes mellitus. Swiss Med Wkly [Internet] 2012 [cited 2013 apr 10];142: w13682. Disponible en: <http://www.smw.ch/content/smw-2012-13682>
4. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline: Methods, evidence and recommendations. Psoriasis. Management of psoriasis. London: NCGC; 2012.
5. Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L, et al. Update of the topical treatment of psoriasis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2009 [citado 10 abril 2013];100:190-200. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/vol-100-num-03/sumario/13007320>

6. De Andrade E, De Andrade M. Reviewing concepts in the immunopathogenesis of psoriasis. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2011 [cited 2013 apr 10];86(6):1151-8. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Reviewing+concepts+in+the+immunopathogenesis+of+psoriasis.+An+Bras+Dermatol.+2011%3B+86\(6\)%3A+1151-8](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Reviewing+concepts+in+the+immunopathogenesis+of+psoriasis.+An+Bras+Dermatol.+2011%3B+86(6)%3A+1151-8)
7. Denadai R, Teixeira FV, Saad-Hossne R. The onset of psoriasis during the treatment of inflammatory bowel diseases with infliximab: should biological therapy be suspended? *Arq Gastroenterol* [Internet] 2012 [cited 2013 apr 13];49(2): 172-6. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=arq+gastroenterol+2012%3A49+\(2\)+Psoriasis](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=arq+gastroenterol+2012%3A49+(2)+Psoriasis)
8. Peyri J. *Comprender la Psoriasis*. Barcelona: Amat; 2010.
9. López-Estebanz JL, Ruiz-Genao D. Psoriasis pustulosa, psoriasis palmoplantar, psoriasis eritrodermica y etanercept. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2010 [citado 10 abr 13];101(1):35-39. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/vol-101-num-01/sumario/13008015>
10. Rodríguez-Granados MT, Pereira-Rodríguez MJ, Vázquez-Vizosoc FL. Therapeutic effectiveness of Psoralen-UV-A bath therapy in psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2009 [cited 2013 apr 10];100:2012-21. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/vol-100-num-03/sumario/13007320>
11. Gómez S, Gómez S. *Guía farmacológica de utilización en podología*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos; 2010.

Recibido: 11 diciembre 2013.

Aceptado: 4 febrero 2014.