

Ventas
cruzadas

algo más que aumentar las ventas

«¿Tengo psoriasis?
¿Cómo puedo cuidar
mi piel?»



Pieles que requieren cuidados especiales (III): psoriasis

La psoriasis y el acné son enfermedades de la piel que, debido a sus especiales características, además de tratamiento y seguimiento por parte del dermatólogo requieren cuidados higiénicos y cosméticos especiales. Utilizar los productos adecuados puede mejorar la eficacia de los tratamientos. Por el contrario, una mala higiene o el uso de productos inadecuados puede empeorar los cuadros y entorpecer la eficacia de los tratamientos.

En este artículo trataremos las estrategias y cuidados más adecuados para recomendar a nuestros pacientes con psoriasis, y en el próximo nos centraremos en los problemas del acné.

Cuidados de la piel y faneras con psoriasis

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que cursa con lesiones escamosas, engrosadas e inflamadas. Afecta por igual a ambos sexos. Aunque suele manifestarse entre los 15 y los 35 años, puede aparecer a cualquier edad, y en las personas que la sufren suele haber antecedentes familiares. Los desencadenantes pueden ser tan variados como un episodio de estrés, sufrir una infección o como respuesta a la administración de ciertos medicamentos. La psoriasis tiene una amplia variabilidad clínica y evolutiva, y generalmente los estados emocionales suelen desencadenar brotes. Afecta sobre todo a la piel y el cuero cabelludo, pero también puede afectar a las uñas. Las personas con psoriasis pueden desarrollar también una variante de artritis llamada «artritis psoriásica», en la que se produce dolor e inflamación en las articulaciones. La utilización de productos especiales para la higiene y el cuidado diario contribuye a un mejor control de la enfermedad y a la reducción de los síntomas.

Antes de revisar los cuidados higiénicos y cosméticos adecuados para las pieles con psoriasis, conviene que recordemos su clasificación y síntomas, y aquellas situaciones que debemos tener en cuenta antes de dar nuestro consejo.

Con cierta frecuencia ocurre que un paciente que se acerca a la farmacia a comprar un producto para la caspa, para la piel seca, para lo que cree es un ecema o porque cree que tiene hongos en las uñas, padece de hecho psoriasis y no lo sabe. Ante la sospecha de un caso de psoriasis no diagnosticada, nuestro mejor consejo será derivarlo al médico.

María José Alonso

Farmacéutica comunitaria.
Vocal de Plantas Medicinales y
Homeopatía del COF de Barcelona

Conocer los tipos de psoriasis y los síntomas que se pueden presentar nos ayudará a cribar a estos pacientes, que quizá por tener un brote inicial (leve o no tan leve) no saben que padecen psoriasis y que es necesario que acudan al médico.

Clasificación por tipo de lesiones

Según la forma de las lesiones, la psoriasis se clasifica en:

- **Psoriasis en placas (o vulgar).** Es la forma más común (aproximadamente el 80% de los casos). Placas escamosas de células muertas, rojizas, de diversos tamaños, que se desprenden en placas. Producen irritación, picor, escozor e incluso dolor. La piel se puede resquebrajar.
- **Psoriasis en gotas o *guttata*.** Aparecen en la piel zonas enrojecidas (como pequeñas gotas), cubiertas de escamas. Suelen localizarse en tronco, extremidades y cuero cabelludo. Pueden aparecer de forma repentina en la infancia y adolescencia.
- **Psoriasis flexural (en pliegues).** Se localiza, como su nombre indica, en los pliegues corporales. Se manifiesta como una zona inflamada, enrojecida y brillante, pero no genera escamas.
- **Psoriasis eritodérmica exfoliativa.** No es frecuente, pero es una forma grave. Puede tener una forma seca o húmeda. El cuerpo se recubre de placas engrosadas y escamosas que forman manchas de color rojo oscuro en la piel (eritema). Las escamas que se desprenden son pequeñas y grasas, el paciente sufre dolor y picor intenso.
- **Psoriasis pustular generalizada (pustulosa o de Von Zumbusch).** Es también poco frecuente. De aparición repentina, se manifiesta con grandes áreas de piel enrojecida y sensible y la formación de pústulas en las zonas del cuerpo más sensible (pliegues y genitales), aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. El paciente puede presentar sensación de malestar, cansancio, pérdida de apetito, fiebre, dolor en las articulaciones, dolor de cabeza y/o náuseas. Cuando las pústulas se secan, reaparecen de forma cíclica.
- **Psoriasis pustular localizada.** A diferencia de la generalizada, las áreas rojizas y las pústulas sólo aparecen en las palmas de las manos y los pies. Es crónica y puede estar asociada a inflamación de las articulaciones o problemas óseos.
- **Psoriasis ungueal.** Localizada en las uñas de las manos y de los pies. Puede ser el primer síntoma visible del desarrollo de psoriasis, que luego puede acompañar a otros tipos de psoriasis. Se observa un engrosamiento de las uñas, deformaciones, alteraciones de la matriz, paroniquia e incluso pérdida de la uña.

Clasificación por alcance

La psoriasis, según la gravedad de sus síntomas, se clasifica en:



©Christine Langer-p?sche/Hemera/Thinkstock

- **Psoriasis leve.** Afecta como máximo a un 2% de la superficie corporal. Suele presentarse en forma de placas aisladas, localizadas en rodillas, codos, cuero cabelludo, manos y/o pies. Generalmente el tratamiento establecido por el dermatólogo es de uso tópico.
- **Psoriasis moderada.** Afecta a entre el 2 y el 10% de la superficie corporal. Las áreas más afectadas son: brazos, piernas, tronco y cuero cabelludo, aunque puede afectar también a otras áreas. El tratamiento que reciben los pacientes es de uso tópico, y en algunos casos oral o fototerapia.
- **Psoriasis grave.** Cubre más del 10% de la piel del cuerpo. Suele tratarse con medicación oral y apoyo de tratamiento tópico y fototerapia.
- **Artritis psoriásica.** Afecta también a las articulaciones, y precisa tratamiento farmacológico oral para el dolor e inflamación articular y tratamiento para las manifestaciones cutáneas. En estos casos el diagnóstico precoz es de vital importancia, ya que si no se trata con rapidez puede provocar daños irreversibles en las articulaciones.

Principales tratamientos de la psoriasis

La elección del tratamiento se hace de forma individualizada, teniendo en cuenta la extensión y localización de las lesiones y la edad del paciente. En los casos de difícil control y en los «rebotes», se tendrán en cuenta los tratamientos previos. Por regla general, la terapia tópica se emplea en los casos leves y localizados, y la terapia sistémica y la fototerapia se emplean en los casos de psoriasis diseminada y de mayor gravedad. El tratamiento sistémico también se emplea en aquellos casos leves en los que con el tratamiento tópico establecido no se obtiene buena respuesta. Todos los tratamientos farmacológicos deben ser prescritos por el dermatólogo. En la dispensación de los tratamientos (orales y tópicos), el farmacéutico debe tener en cuenta los principios esenciales de la atención farmacéutica y considerar los posibles efectos secundarios, contraindicaciones e in-

Tabla 1. Principales medicamentos de uso tópico

Corticoides de baja, media y alta potencia	En general, se utilizan cuando el área afectada no supera el 20% de la superficie corporal. Los corticoides de baja potencia se usan en general para lesiones localizadas en zonas delicadas (cara, pliegues, áreas intertriginosas) y en niños; los de media potencia se utilizan en otras partes del cuerpo de los adultos, y los de alta y ultra potencia se reservan para placas crónicas resistentes a corticoides de menor potencia. Pueden utilizarse en cura oclusiva y abierta. No deben usarse durante un tiempo prolongado. Suelen utilizarse en terapia combinada
Fármacos de acción queratolítica (ácido salicílico)	Eliminan las placas, favorecen la renovación del tejido y facilitan la absorción de otros tratamientos tópicos. Se utilizan en pretratamiento para psoriasis del cuero cabelludo y de las palmas de las manos. Existen compuestos que asocian el ácido salicílico a un corticoide
Análogos de la vitamina D (calcipotriol, calcitriol, tacalcitol)	La respuesta a estos preparados es algo más lenta que la de los corticoides de alta potencia, pero tienen un buen perfil de seguridad. A menudo se usan en combinación con un corticoide tópico, sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento; la combinación es más eficaz que el uso de cada uno de estos medicamentos por separado
Derivados de la vitamina A: retinoides (tazaroteno)	Utilizado como monocomponente, es menos eficaz que los análogos de la vitamina D o los corticoides, pero da buenos resultados en combinación con éstos. Asociado a corticoides tópicos y fototerapia aumenta la eficacia de éstos
Alquitranes (coaltar)	En champús, soluciones, ungüentos y aceites, se utilizan sobre todo en la psoriasis de pliegues cutáneos y del cuero cabelludo
Fototerapia y fotoquimioterapia (PUVA) Se utiliza en el tratamiento de psoriasis diseminada (más del 40% de la superficie corporal) o en casos que no responden bien al tratamiento tópico. Para estos casos se utilizan rayos UVB de banda estrecha y UVB de banda ancha. El tratamiento PUVA consiste en la exposición a la radiación UVA 2 horas después de la administración oral o tópica (baño) de un psoraleno que actúa como fotosensibilizante (se considera un factor de riesgo para el carcinoma de células escamosas y otros cánceres de piel). Sólo se utiliza en casos muy específicos y de no respuesta a otras técnicas	
Principales medicamentos sistémicos	
Metotrexato	En administración semanal. Se usa también en artritis psoriásica. Requiere monitorización y control de hematocrito y función hepática y renal
Ciclosporina	Inmunosupresor. Se utiliza en tratamientos intermitentes y de corta duración. Nefrotóxico, hipertensivo, requiere monitorización
Acitretina	Retinoide análogo de la vitamina A. Se considera una alternativa en pacientes con psoriasis pustulosa e inmunodeprimidos que no puedan utilizar fármacos inmunosupresores. Se puede administrar sola o asociada a UVB o PUVA. Suelen hacerse tratamientos cíclicos, en función de la evolución del paciente
Inmunomoduladores biológicos: etanercept, adalimumab, infliximab y ustekinumab	Suelen utilizarse en psoriasis en placas grave que no responde, o en pacientes con contraindicación o intolerantes a PUVA y otros tratamientos sistémicos

teracciones para ofrecer una dispensación activa y realizar el correspondiente seguimiento farmacoterapéutico, de modo que pueda detectar posibles problemas relacionados con la medicación. Si ha de usarse medicación tópica, el farmacéutico debe instruir al paciente sobre la manera adecuada de aplicar los productos y durante cuánto tiempo. Del buen cumplimiento depende en gran manera el éxito de los tratamientos (tabla 1).

Cuidados cosméticos de la piel con psoriasis

Cuando un paciente hace una consulta o retira un medicamento para la psoriasis, es conveniente valorar adecuadamente su situación para detectar una higiene inadecuada o con productos inadecuados que empeorarán su proceso. La higiene adecuada evita que la piel sufra infecciones que podrían favorecer la aparición de nuevas lesiones, o que se



©Christine Langer-p?sche/Hemera/Thinkstock

Tabla 2. Productos de higiene complementarios a los tratamientos

	Limpieza	Hidratación	Cuándo y cómo
Higiene y cuidado de la piel	<p>Ducha con productos suaves con pocos agentes tensoactivos y pH similar al de la piel, con ingredientes hidratantes y emolientes (como los que se utilizan para piel seca o atópica).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingredientes más frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> – Ceramidas, ácidos grasos aceites (karité, jojoba, etc.) que reconstituyen la bicapa lipídica – Aloe gel, glicerina u otros ingredientes hidratantes – Derivados del ácido láctico (emoliente) – El polidocanol, que es antipruriginoso • Existen líneas de sustitutos del jabón, especiales para psoriasis <p>• Baño con extracto de avena natural: efecto relajante y antiestrés. Reduce el picor, y ayuda a humectar las placas con psoriasis y removerlas</p>	<p>Tras el baño, usar una loción corporal de alta hidratación. Preferibles las texturas ricas que flexibilizan la piel y evitan la evaporación de la humedad propia de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingredientes más frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> – La urea hidrata el estrato córneo, es queratolítica y disminuye la proliferación epidérmica (además inhibe el crecimiento de dermatofitos) – El ácido salicílico (queratolítico) ayuda a desprender las placas) – Alantoína, aloe vera gel. Ácidos grasos, ceramidas, aceites (karité, jojoba, etc.) – Antipruriginosos, polidocanol, enteline, otros • Existen líneas de cuidado hidratante especiales para psoriasis 	<ul style="list-style-type: none"> • Diariamente ducha e hidratación corporal • Antes de los tratamientos tópicos, que se aplicarán únicamente en las zonas afectadas • En las etapas en que la enfermedad está controlada, una buena higiene puede retardar los brotes y ayudar a reducir la hiperqueratosis
Zonas engrosadas	Lavar las zonas de piel más engrosada con el mismo producto utilizado para la higiene corporal	Aplicar sobre la zona más engrosada cremas con urea al 20% y ácido salicílico al 2% (que contienen además ingredientes hidratantes y emolientes) ayuda a eliminar las escamas y favorece la penetración de los productos tópicos	Dos aplicaciones diarias mañana y noche
Higiene y cuidado del cabello y cuero cabelludo	<p>Champús que contienen queratorreguladores como: brea de hulla, ictiol, ácido salicílico, urea.</p> <p>Existen formulaciones específicas para psoriasis</p>	<p>Acondicionadores suaves y sin perfumes, aplicados únicamente en el cabello, no en el cuero cabelludo.</p> <p>Aplicar aceite de argán o de almendras dulces y dejarlo actuar unos minutos (tapado con una toalla caliente para que penetre), y lavar después con el champú adecuado, puede ser una alternativa a los acondicionadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar de 3 a 4 veces por semana • Dejar actuar unos minutos • Si son precisos lavados intermedios, utilizar un champú muy suave tipo frecuencia
Higiene y cuidado de las manos y las uñas	<p>Preferiblemente con panes dermatológicos enriquecidos en ingredientes hidratantes y sobreengrasantes.</p> <p>Secar bien manos y uñas tras el lavado</p>	<p>Crema de manos enriquecida con ingredientes hidratantes y emolientes</p> <p>Laca reestructurante y remineralizante con ingredientes que aporten silicio y azufrados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar tantas veces como sea necesario, sobre todo después de haberlas mojado • Aplicar también sobre las uñas • Utilizar guantes para fregar y realizar la limpieza • Aplicación diaria. Preferiblemente por la noche • Mantener las uñas cortas
Higiene y cuidado de los pies	Sustitutos del jabón con ingredientes hidratantes y sobreengrasantes	<p>Cremas de pies para pieles secas, escamosas y/o agrietadas. Hidratantes y queratolíticas. Suelen contener urea en concentraciones altas y/o derivados del ácido láctico, e hidratantes como la glicerina, la alantoína, el hialurónico, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene diaria • Aplicar la crema mañana y noche insistiendo en las zonas con tendencia escamosa

desencadene un nuevo brote. Deben extremarse las medidas de hidratación, ya que la sequedad cutánea predispone a nuevos brotes, exacerba el picor e impide la penetración de los tratamientos. Por el contrario, una hidratación adecuada facilita la penetración de los tratamientos tópicos. Para disminuir la hiperqueratosis, son aconsejables productos que contengan queratorreguladores (tabla 2).

Consejos al paciente

Lo que no debe hacer

- **Limpieza:** no debe usar jabones agresivos, esponjas, guantes de crin, manoplas o cepillos que puedan irritar la piel.
- **Uso de cosméticos:** no debe maquillarse sin hidratar previamente la piel, ya que puede producir sequedad y picor. Tampoco debe usar perfumes o colonias (o productos perfumados) directamente sobre la piel, ya que aumentan la sequedad y pueden resultar irritantes.
- **Exposición solar:** no debe tomarse el sol sin protección. La acción de los rayos solares suele ser beneficiosa, pero el paciente debe cuidarse de exposiciones largas sin protección por el peligro de fotoenvejecimiento y desarrollo de melanomas. Las exposiciones largas (incluso con fotoprotección) favorecen la sequedad que empeora los cuadros. Debe hidratarse bien la piel tras los baños solares.
- **Uñas:** no debe recortar las cutículas, ni utilizar uñas adhesivas o disolventes con acetona. Tampoco debe morderse las uñas ni limpiarlas con cepillo (pueden ocasionarse microtraumatismos). Asimismo, tampoco deben utilizarse tijeras de punta para cortar las uñas, ya que pueden ocasionar traumatismos.
- **Calzado:** no debe utilizarse calzado que presione o roce, sobre todo en el caso de psoriasis plantar.
- **Prendas de ropa:** no deben utilizarse prendas de vestir con fibras sintéticas o de lana ni abrigarse demasiado, ya que el exceso de calor puede aumentar el picor. Tampoco deben utilizar-

se prendas demasiado ajustadas, pues pueden producir presión o roce que agravan el cuadro.

- **Alimentación:** el paciente no debe fumar, tomar alcohol ni excitantes, ya que empeoran el estado de la piel.

Remisión al médico

Deben remitirse al médico todas las consultas sobre piel seca, eccemas, caspa, palmas de las manos y/o plantas de los pies con sequedad y descamación y trastornos de las uñas que nos hagan sospechar de psoriasis y para los que el paciente no haya consultado antes al médico. También deberemos derivar al paciente con exacerbaciones y aquellos casos que consultan por no respuesta al tratamiento farmacológico tópico y/u oral establecido por el dermatólogo.

