

PSORIASIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Psoriasis case presentation and review

Jairo Selín Velásquez Flores¹

¹Medicina General y Cirugía. PRONAVID Tela, Atlántida.

RESUMEN. Antecedentes: La psoriasis es una enfermedad inmune crónica con manifestaciones dermatológicas y articulares. Puede presentarse a cualquier edad pero ocurre con mayor frecuencia en dos picos: 20-30 años y 50-60 años. Tiene un componente genético fuerte porque aproximadamente el 30% de los pacientes tienen un familiar de primer grado con la enfermedad, y sus hijos pueden desarrollar artritis psoriásica sin alteraciones cutáneas. El paciente experimenta pocos periodos de remisión espontánea. **Caso clínico:** Mujer de 39 años, ama de casa del casco rural de Tela, diagnosticada con psoriasis hace 7 años. Acude a consulta en buen estado general sin secuelas psicológicas, con lesión en placa localizada en codo derecho con área afectada del 4% y eritrodermia psoriásica que cubre la totalidad del abdomen en un 9% de la superficie corporal. Refiere mejoría con los productos naturales. Actualmente con sobrepeso (27 IMC) y con hipertensión sistólica aislada (140/82 mmHg) sugerente de aterosclerosis. **Discusión:** Se deben tomar en cuenta los aspectos psico-sociales y metabólicos que afectan la calidad de vida de estos pacientes, para tratarlos de forma integral con un grupo multidisciplinario. El médico general puede manejar la psoriasis en casos concretos como las placas localizadas ≤ 5% del BSA, en los cuales el tratamiento indicado es tópico con corticoesteroides de alta potencia como primera línea. Para todo lo demás, el paciente con psoriasis debe ser evaluado por un dermatólogo.

Palabras claves: Agentes biológicos, Corticoesteroides, Fototerapia, Psoriasis, Terapia alternativa.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica autoinmune con manifestaciones predominantemente dermatológicas y articulares. Afecta aproximadamente al 2% de la población estadounidense y la edad de aparición ocurre en dos picos: entre los 20-30 años y los 50-60 años, pero puede verse en pacientes de cualquier edad. Existe un fuerte componente genético puesto que alrededor del 30% de los pacientes con psoriasis tienen un familiar de primer grado con la enfermedad. El paciente presenta altos y bajos a lo largo de toda su vida, pero a menudo el tratamiento modifica el inicio y el cese de las recaídas; y en pocos casos hay remisión espontánea.¹

Clínicamente se caracteriza por pápulas y placas redondeadas, eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por una descamación micácea plateada. La variedad más común de psoriasis es la denominada tipo placa y las localizaciones más frecuentes son los codos, rodilla, pliegue interglúteo y cuero cabelludo. La psoriasis inversa afecta las regiones intertriginosas, entre ellas las axilas, las ingles, la región submamaria y el ombligo. La psoriasis eruptiva (goteada) tiene mayor prevalencia en niños y adultos jóvenes, precedida frecuentemente de una infección de las vías respiratorias superiores por estreptococos hemolíticos beta. El diagnóstico diferencial se hará con la pitiriasis rosada y la sífilis secundaria. La psoriasis postular presenta

lesiones pustulosas en palmas y plantas, y se acompaña de fiebre, malestar, diarrea y artralgias.²

Aproximadamente el 15% de los pacientes con psoriasis pueden desarrollar artritis psoriásica con síntomas leves y episódicos o continuos que progresan a daño articular que va desde una artritis asimétrica de las articulaciones interfalángicas proximales y distales, hasta una enfermedad parecida a la artritis reumatoide seronegativa grave y destructiva. Esta enfermedad puede aparecer en personas sin psoriasis en la piel, sobre todo en aquellos que tienen un familiar de primer grado con psoriasis, lo que sugiere que la herencia juega un papel importante. Afecta a hombres y mujeres entre los 30-50 años, pero puede iniciar tan temprano como en la niñez.²⁻³

Algunas comorbilidades asociadas con la psoriasis han sido atribuidas a la susceptibilidad genética compartida o estrechamente vinculada. Procesos autoinmunes como la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y la esclerosis múltiple son ejemplo de esto porque tienen en común alteraciones en el cromosoma 16 como origen de los trastornos, y el riesgo de desarrollar psoriasis está aumentado hasta 3 veces en los pacientes con estas patologías de base. Más específicamente, la psoriasis ha sido vinculada con el HLA (*Human Leukocyte Antigen*) Cw6 y en mayor magnitud con HLA-DR7.²⁻⁴

El riesgo de mortalidad cardiovascular está elevado en pacientes con psoriasis debido al incremento en la incidencia de sobrepeso, diabetes mellitus e hipertensión arterial, con un perfil aterogénico que eleva los niveles de colesterol total y las lipoproteínas de baja densidad (LDL).

De hecho, se debe recomendar al paciente la implementación de cambios en los factores de riesgos modificables porque

Recibido para publicación el 10/2016, aceptado el 11/2016

Dirección para correspondencia: Jairo Selín Velásquez Flores, Barrio Terencio Sierra, una cuadra al oeste del Hotel La Enseñada, frente a la cuartería de don Pablo, Tela Atlántida; Honduras.

Correo Electrónico: vf_jairoselin@yahoo.com

se ha descrito una correlación positiva entre el aumento del índice de masa corporal (IMC) y la severidad de la psoriasis.¹⁻⁴ Ha surgido evidencia reciente que demuestra que como ocurre en la psoriasis, la aterosclerosis se caracteriza por un proceso inflamatorio local y sistémico en las paredes arteriales y las placas ateromatosas, mediado por linfocitos T colaboradores. De este modo, la psoriasis confiere un riesgo independiente para enfermedades ateroscleróticas como infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular, particularmente en pacientes jóvenes con sobreposición considerable de estos mecanismos patógenos y la inclusión del tabaquismo y alcoholismo. También se ha presentado documentación clínica que sugiere una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica y terminal en los pacientes con psoriasis debido a lesión inflamatoria de la microcirculación renal, pero los resultados son conflictivos porque se basan en estudios a pequeña escala en Reino Unido y Taiwán. En consenso, el médico debe considerar la nefrotoxicidad del metotrexato y la ciclosporina que se utilizan a menudo en la psoriasis severa y tener la pesquia de enfermedad renal temprana.⁵

Existen varios métodos para clasificar la psoriasis con base en su patogenia, el área de piel afectada y la severidad de

los signos clínicos. En la práctica clínica resulta más fácil aplicar estos criterios sencillos, no obstante; para fines de investigación y evaluación del tratamiento médico se utiliza el Psoriasis Area Severity Index (PASI) propuesto por Fredriksson y Pattersson en 1978 para evaluar los efectos del tratamiento retinoide en la psoriasis crónica en placa.⁶

El PASI evalúa 3 criterios en combinación: los signos clínicos y su gravedad, la región del cuerpo que presenta las lesiones y el porcentaje de área de piel afectada. Los signos clínicos de una lesión psoriásica son el eritema, induración y descamación. Las regiones del cuerpo son la cabeza y el cuello, las extremidades superiores, el tronco y las extremidades inferiores. El porcentaje del área de piel afectada se subdivide en 6 categorías dependiendo del grado de severidad.

El score oscila entre 0-72 puntos. La meta de cualquier tratamiento es reducir el PASI de referencia hasta un 75% (PASI-75).⁹ Por ejemplo, un paciente con un PASI de referencia de 58 puntos, debería obtener una calificación de 14 en un periodo de 12-16 semanas para considerar el esquema terapéutico como exitoso. Aunque este método parezca complicado al principio, existen aplicaciones electrónicas que sirven como herramientas de apoyo para el clínico.

El DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) se desarrolló hasta 1994 y fue el primer instrumento específico para valorar la calidad de vida en dermatología. Es un simple cuestionario de 10 preguntas que ha sido usado en más de 40 condiciones dermatológicas diferentes, en más de 80 países y disponible en más de 90 idiomas. Su uso ha sido descrito en más de 1000 publicaciones incluyendo estudios multinacionales y en la actualidad es el instrumento más frecuente en los ensayos aleatorios controlados.¹⁰

El objetivo del DLQI es determinar cuánto le han afectado al paciente sus problemas de piel a su vida durante los últimos

Cuadro 1. Clasificación de la Psoriasis.⁷

Según su patogenia:

- Tipo 1: aparece antes de los 40 años, con antecedentes familiares de psoriasis y positividad antigénica para HLA-Cw6.
- Tipo 2: aparece antes de los 40 años, sin antecedentes familiares ni relación con HLA-Cw6.

Según el porcentaje de área afectada de la piel BSA (*Body Surface Area*):

- Leve: menos del 3% de la piel.
- Moderada: del 3-10% de la piel.
- Severa: mayor del 10% de la piel.

Cuadro 2. PASI Hoja de trabajo de la Asociación Británica de Dermatólogos (modificado)⁸

Características	Puntuación	Región Corporal			
		Cabeza	Brazos	Tronco	Piernas
Eritema	0= Ninguno				
Induración	1= Leve				
Descamación	2= Moderado				
	3= Severo				
	4= Muy severo				
	Suma A				
Área afectada	0= 0%				
	1= 1-9%				
	2= 10-29%				
	3= 30-49%				
	4= 50-69%				
	5= 70-89%				
	6= 90-100%				
	Suma B				
	Suma C	(A)(B)(0.1)	(A)(B)(0.2)	(A)(B)(0.3)	(A)(B)(0.4)
Puntaje Final	Suma D	(C1 + C2+ C3+ C4)			

7 días. Las preguntas involucran tópicos relacionados con la gravedad del cuadro clínico, problemas psico-sociales y sexuales, y las limitaciones del tratamiento aplicado. Utilizando pues, todos los esquemas de graduación de la psoriasis, esta enfermedad se clasifica como leve si la puntuación de los 3 instrumentos (BSA, PASI, DLQI) es menor que 10. Y por consenso se acepta como psoriasis moderada-grave un puntaje mayor que 10.¹¹⁻⁹

La utilización del PASI en combinación con el DLQI puede ser muy beneficiosa para la evaluación de los resultados del tratamiento pero sin excluir los factores psicológicos del paciente que puedan influir en la adherencia al mismo.¹² La aplicación correcta de los índices y su interpretación en el contexto clínico, es esencial para el inicio de un tratamiento con expectativas realistas, individualizado y eficaz a mediano-largo plazo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 39 años de edad, ama de casa y residente en el casco rural del municipio de Tela, con historia de psoriasis diagnosticada hace 7 años, recidivante y con escasos periodos de remisión espontánea, sin presentar mejoría clínica



Figura 1: Psoriasis en placa. Nótese la descamación micéica plateada que recubre la placa a nivel del borde inferior del codo en extensión. Los bordes de la lesión son bien delimitados y con tendencia a la redondez. El porcentaje de área afectada en el brazo es 4% aproximadamente, con eritema severo, induración y descamación moderada.



Figura 2: Eritrodermia psoriásica. Nótese el eritema muy severo que se extiende casi a la totalidad de la pared abdominal, con leves grados de descamación prominentes en los flancos derecho e izquierdo con induración leve. El porcentaje de área afectada en el tronco es 9% aproximadamente.

en respuesta al tratamiento tópico. Actualmente se encuentra en buen estado general sin secuelas psicológicas graves por su condición médica, y presenta una lesión eritematosa en placa localizada en el codo izquierdo con zonas induradas y descamación que le provocan prurito muy intenso. Concomitantemente, historia de eritrodermia psoriásica localizada en la totalidad del abdomen; igualmente pruriginosa con descamación leve sin signos sugerentes de sobreinfección. Afirma que el tratamiento con productos naturales mejora el aspecto de su piel y calma sus síntomas. Niega antecedentes personales de alergias o comorbilidades.

Datos antropométricos: talla 150 cm, peso 61 kg, IMC 27.1 que indica sobrepeso.

Presión arterial: 140/82 mmHg, hipertensión sistólica aislada sugerente de aterosclerosis.

DISCUSIÓN

Por su condición crónica y recidivante, la psoriasis es una enfermedad difícil de tratar. Sumado a esto, el paciente puede experimentar estrés emocional y deterioro de la calidad de vida que lo pone en riesgo de desarrollar depresión. En algunos casos, dependiendo del ambiente socioeconómico en que vive el paciente, se presentan obstáculos en la adherencia al tratamiento, como el alcoholismo y la pobreza.

Por lo anterior, el clínico debe proporcionar al enfermo toda la información disponible acerca de su padecimiento para que conozca la gravedad de su cuadro clínico y las opciones que tiene. Esto aumenta su confianza y le animará a cumplir su terapia, porque conocerá los objetivos y el alcance del tratamiento asignado. Al mismo tiempo, el médico referirá oportunamente al dermatólogo las lesiones complicadas, evitando dar falsas expectativas o caer en el ensañamiento terapéutico.

El tratamiento tópico es apropiado en la psoriasis localizada (BSA < 5%). Los agentes de primera línea son los corticoesteroides de alta potencia. Sin embargo, el uso prolongado puede inducir efectos locales como atrofia de la piel, telangiectasias, acné, foliculitis y púrpura. Así como efectos sistémicos más severos como diabetes, hipertensión y hasta la supresión del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal. El corticoesteroide tópico de alta potencia ampliamente usado es el clobetasol propionato 0.05%. Varios estudios recientes han cuestionado el desarrollo de taquifilaxia y para prevenir estos efectos se han propuesto esquemas de terapia semanal o en pulsos, que consisten en 3 aplicaciones por semana cada 12 horas, con mejoría de la psoriasis en periodos de 6 meses en el 60% de los casos.¹³⁻¹⁴

La vitamina D tópica (calcitriol) y sus análogos (calcipotriol y tacalcitol) son una alternativa importante para el tratamiento a largo plazo. Aunque los análogos son seguros, al inicio causan comúnmente irritación peri-lesional y rara vez incrementan los niveles séricos y urinarios de calcio. Por eso la concentración total no debe exceder los 100 gramos/semana. Sin embargo, el calcipotriol no ha mostrado afectar la homeostasis del calcio y puede ser dispensado en cremas, lociones, soluciones o shampoo. Tampoco son conocidos por causar atrofia de la piel ni efecto rebote cuando el tratamiento es suspendido. No obstan-

te, al menos 25% de los pacientes reporto tener poca o ninguna respuesta al tratamiento con análogos de la vitamina D.¹³⁻¹⁵

Otras opciones tópicas son los retinoides orales, los inhibidores de la calcineurina y alquitranes de pino y de hulla, los cuales tienen propiedades anti-inflamatorias, anti-proliferativas y reducen el prurito, pero debido a su olor desagradable, desventajas cosméticas y potencial mutágeno se hicieron menos populares para tratar la psoriasis del cuero cabelludo. Algunos emolientes de aceites minerales (vaselina y parafina) o sintéticos (plioxietilglicol) son muy beneficiosos como coadyuvantes, pues actúan creando una capa oleosa oclusiva que hidrata la capa cornea e impide la evaporación del agua y previene la formación de fisuras.¹³⁻¹⁶

La fototerapia incluye el implemento de la luz ultravioleta B de forma artificial, ya sea en el consultorio o en la casa del paciente con dispositivos especiales; de banda ancha (NB-UVB, *narrow band*) o banda estrecha (BB-UVB, *broad band*). Los candidatos a esta terapia son las personas con psoriasis moderada-severa ($\geq 5\%$ BSA) y las medidas generales que debe tomar en cada sesión son: tomar un baño para remover las escamas, cubrir las zonas no afectadas como la cara, cuello, labios, pezones y genitales. Pueden necesitarse hasta 8 sesiones en un mes para aclarar la piel, y aunque se logre el objetivo; prolongar la fototerapia aumenta el periodo de remisión. El riesgo de cáncer de piel es bajo con NB-UVB en comparación a la exposición solar, pero es recomendable un examen médico de la piel anualmente en busca de lesiones sospechosas, porque está demostrado que el cáncer de piel detectado precozmente es tratable.¹⁷

Otra alternativa es PUVA (*Psoralen-Ultraviolet Light A*). Psoralen es un medicamento sensibilizante a la luz para su mejor aprovechamiento, que puede ser administrado vía oral o tópica. Un 85% de los pacientes refieren remisión completa de las lesiones, cuyos periodos son más largos aun sin tratamiento de mantenimiento.

En cuanto al tratamiento sistémico, el metotrexato es el fármaco sistémico convencional más usado en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. Su elección depende de la idoneidad del medicamento, el estado de vacunación del paciente, cribado de tuberculosis y gestación. La dosis de inicio es 10-20 mg/semana y los pacientes referirán mejoría antes de las 8 semanas.

La administración parenteral es recomendable cuando se sospecha incumplimiento, intolerancia gástrica o respuesta insuficiente por vía oral. Los métodos no invasivos son preferibles para la monitorización de la hepatotoxicidad. El metotrexato es buena opción en los pacientes con antecedentes oncológicos, no así en pacientes portadores crónicos del virus Hepatitis B o seropositivos para VIH.¹⁸

El tratamiento con agentes biológicos está indicado en la psoriasis moderada-grave y las lesiones localizadas en regiones de alto impacto emocional como genitales, manos, pies, ca-

beza y cuello; pues tienen también impacto funcional y/o psicosocial. Además de los pacientes cuya terapia ha fallado, ya sea tópica, sistémica o fototerapia. Este grupo de medicamentos incluyen el etanercept, que es una proteína dimérica recombinante que puede unirse a la molécula del TNF- α (*Tumoral Factor Necrosis- α*) que está involucrado en la proliferación de los queratinocitos y el estado inflamatorio dérmico y la expresión de células endoteliales que favorecen la angiogénesis y proliferación de linfocitos T activados. Se aplica por vía subcutánea a dosis semanales de 50 mg, alcanzando un PASI <75 en 8-12 semanas.¹⁹ Otros agentes biológicos utilizados son el infliximab, adalimumab, ustekinumab, secukinumab. En la última revisión del Consejo Internacional de Psoriasis en enero de 2016, el estudio del ixekizumab sumó evidencia que dirigirse a la IL-17A proporciona potencialmente nuevas opciones de tratamiento.⁵

También debemos tomar en cuenta que alrededor del mundo, cada año muchas personas gastan dinero en intervenciones médicas complementarias, mientras que muchas preguntas relacionadas a estas prácticas permanecen sin respuesta. De acuerdo con el Cochrane Complementary and Alternative Medicine Field, el número de quienes usan la medicina alternativa ha crecido continuamente.

El término complementario hace referencia a los procedimientos o medicamentos que se usan en conjunto con el tratamiento convencional de una enfermedad, mientras que el término alternativo significa el uso de éstos en lugar de lo convencional. Ahora bien, cuando existe evidencia científica de su eficacia y seguridad en los pacientes, se aplica otro término denominado "medicina integrativa". Es decir, que se aplica la medicina complementaria-alternativa en conjunto con la terapia convencional. El NIH (*National Institutes of Health of USA*) ha creado el Centro Nacional de Medicina Complementaria-Alternativa (NC-CAM, por sus siglas en inglés) para crear 3 categorías que describen las diferentes prácticas complementarias y alternativas: productos naturales, prácticas de mente y cuerpo, otros sistemas (como remedios tradicionales, manipulación de campos de energía, acupuntura). Muchos estudios han demostrado que el manejo del estrés ha ayudado a los pacientes con psoriasis, sin embargo a veces se puede considerar erróneamente de inocuo a algunos productos solo por ser etiquetados como "productos naturales" cuando son sustancias complejas con ingredientes químicamente activos, que por ende tienen efectos farmacocinéticos y farmacodinámicos como cualquier otra droga.

No obstante, para clasificar algún producto como complementario o alternativo depende, la mayoría de las veces, de la cultura e idiosincrasia de determinada sociedad. Por último, la literatura acerca del uso de medicina complementaria-alternativa en la psoriasis es extensa pero tiene muchas limitaciones.²⁰

Conflicto de interés: El autor declara que no tiene conflicto de interés, y los gastos en que se incurrió en la investigación y la publicación, fueron financiados de manera personal

REFERENCIAS

- American Academy of Dermatology. Basic dermatology curriculum: learning module, psoriasis [Internet]. Schaumburg, Ill: AAD; 2015. (actualizada en febrero de 2015, consultada el 22 de junio 2016). Disponible en: <https://www.aad.org/education/basic-derm-curriculum/suggested-order-of-modules/psoriasis>
- McCall CO, Lawley TJ. Eccema, psoriasis, infecciones cutáneas, acné y otros trastornos cutáneos frecuentes. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison Principios de medicina interna Vol. 1. 16ª ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 328.
- American College of Rheumatology. Psoriatic arthritis [Internet]. Atlanta: Committee on Communications and Marketing; 2017. [actualizada en septiembre de 2013, consultada el 25 de junio 2016]. Disponible en: <https://www.rheumatology.org/1-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Psoriatic-Arthritis>
- Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(5):826-850.
- Jensen P. Foco en Psoriasis: Reporte del Vigésimocuarto Congreso de la Academia Europea de Dermatología y Venereología. Revisión Psoriasis. 2016; 12(1):8-13. http://www.psoriasis-council.org/docs/ipc_review_2016-jan_span_final.pdf
- Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology*. 2005;210(3):194-199.
- British Association of Dermatologists. Psoriasis area and severity index (pasi) worksheet [Internet] Londres: BAD; 2016 [actualizada en junio 2016, consultada 30 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.bad.org.uk/shared/get-file.ashx?id=1654&itemtype=document>
- Griffiths CE, Christophers E, Barker JN, Chalmers RJ, Chimenti S, Krueger GG et al. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *Br J Dermatol*. 2007;156(2):258-262.
- Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CE, Nast A, et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Archiv Dermatol Res*. 2011; 303(1):1-10.
- Cardiff University, Department of Dermatology, Quality of Life Questionnaires. Dermatology Quality of Life Index (DLQI) [Internet]. Wales: Cardiff University; 2016. [actualizada en junio 2016, consultada el 30 de junio de 2016]. Disponible en: <http://sites.cardiff.ac.uk/dermatology/quality-of-life/dermatology-quality-of-life-index-dlqi/>
- Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(3):210-216.
- Dilnawaz M, Sadig S, Shaikh IZ, Azis H, Ali Khan S, Jawad B. Clinical audit: baseline psoriasis area and severity index (PASI) and dermatology life quality index (DLQI) assessment of psoriasis patients. *JPAD*. 2013; 23(4):407-411.
- Schlager JG, Rasumek S, Werner RN, Jacobs A, Schmitt J, Schlager C, Nast A. Topical Treatments for Scalp Psoriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD009687. DOI: 10.1002/14651858.CD009687.pub2.
- Castellanos H, Echeverri M, García L, Londoño A, Moreno L, Rueda R. Guías de manejo de psoriasis Consenso colombiano. Colombia: Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, ASOCOL-DERMA, Nomos; 2008. p. 3-126.
- Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Hancock H. Topical Treatments for Chronic Plaque Psoriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD005028. DOI: 10.1002/14651858.CD005028.pub3.
- Lázaro Ochaíta P, Suarez Fernández R. Actualización en el Tratamiento de la Psoriasis. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2001; 25(4):105-110. Ochaíta P, Suarez R. Actualización en el Tratamiento de la Psoriasis. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2001; 25(4):105-110.
- National Psoriasis Foundation. Phototherapy. [Internet]. Portland: National Psoriasis Foundation; 2016. [actualizada 23 de agosto de 2016; consultada el 23 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/treatments/phototherapy>.
- Carrascosa JM, de la Cueva P, Ara M, Puig L, Bordas X, Carretero G, et al. Methotrexate in moderate-severe psoriasis: review of the literature and expert recommendations. *Actas Dermo-Sifiligráficas*, 2016;106(3):194-206.
- Lorenzetti MS, Restifo EJ. Tratamiento biológico en psoriasis: revisión bibliográfica. *Rev Argent Dermatol*. 2012; 93(2).
- Monson CA, Silva V, Andriolo RB, Kozasa EH, Sabbag CY, Paula CAD et al. Complementary therapies for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No. CD011243. DOI:10.1002/14651858.CD011243.

ABSTRACT. Summary. Background: Psoriasis is a chronic immune disease with skin and joint manifestations. It can occur at any age but most commonly occurs in two peaks: 20-30 years and 50-60 years. It has a strong genetic component because approximately 30% of patients have a first-degree relative with the disease, and their children may develop psoriatic arthritis without skin changes. The patient experiences few periods of spontaneous remission. **Case:** Women 39, housewife rural town of Tela, diagnosed with psoriasis 7 years ago. In good general condition without psychological consequences, with plaque located in right elbow with 4% BSA and psoriatic erythroderma covering the entire abdomen 9% of the body surface. Refers improvement using natural products. Currently overweight (BMI 27) and suggestive isolated systolic hypertension of atherosclerosis (140/82 mmHg). **Discussion:** We must take into account the psycho-social and metabolic aspects that affect the quality of life of these patients, to treat them holistically with a multidisciplinary group. The physician can handle psoriasis in specific cases such as plaque \leq 5% of BSA, is indicated topical corticosteroid as the first line. For another case, patients with psoriasis should be evaluated by a dermatologist.

Keywords: Alternative therapy, Biological agents, Corticosteroids, Phototherapy, Psoriasis.