

# Formació de formadors: Convivint amb la Psoriasi.

**Idaira Damas**  
GdT Dermatologia CAMFiC

# Comorbiditats. Més enllà de la pell





Comparteixen mecanismes comuns: increment de citokines proinflamàtores (IL1, IL6, TNF alfa, etc...).



Hi ha estudis que mostren que el control d'aquestes malalties afavoreix l'evolució de la psoriasi, i que el tractament amb MTX i anti TNF disminuiria el risc d'aquestes associacions.

**Comorbiditat:** terme utilitzat per a descriure dos o més trastorns o malalties que ocorren en la mateixa persona.

Poden presentar-se *al mateix temps o un després de l'altre*.

La comorbiditat també implica que hi ha una *interacció entre les dues malalties* que pot empitjorar l'evolució de totes dues.

Els pacients amb psoriasi cutània moderada a severa tenen una major associació amb aquestes comorbiditats, que poden relacionar-se mitjançant **mecanismes patogènics comuns**.

Les més importants són:

artritis psoriàsica

síndrome metabòlica (MCV)

malaltia de Crohn

depressió

càncer

La **detecció primerenca** permetrà un tractament precoç i adequat d'aquestes malalties, el que podria **prevenir** la seva evolució a **formes més greus**. I en aquest sentit, el metge d'atenció primària té un paper primordial des d'una posició privilegiada en la detecció d'aquestes comorbiditats.





Dona de 47 anys que consulta per artràlgia de FD de la mà D, que es diagnostica d'artritis i que millora amb corticoide oral. Posteriorment, consulta per LED en colzes i genolls principalment. Quina és correcta?

- a) Es tracta d'una psoriasi.
- b) Podria tractar-se d'artritis psoriàsica.
- c) Primer ha de tenir lesions cutànies si es tracta d'artritis psoriàsica.
- d) El fet que hi hagi afectació articular indica que l'artritis psoriàsica presenta major gravetat.

Dona de 47 anys que consulta per artràlgia de FD de la mà D, que es diagnostica d'artritis i que millora amb corticoide oral. Posteriorment, consulta per LED en colzes i genolls principalment. Quina és correcta?

- a) Es tracta d'una psoriasi.
- b) Podria tractar-se d'artritis psoriàsica.
- c) Primer ha de tenir lesions cutànies si es tracta d'artritis psoriàsica.
- d) El fet que hagi afectació articular indica que l'artritis psoriàsica presenta major gravetat.

# Artritis psoriàsica



És l'associació més comuna.

Fins a un 30% dels pacients amb psoriasi podrien presentar artritis psoriàsica.

Començament lent i símptomes moderats.

Afecta homes i dones per igual.

Apareix entre els 30 i els 50 anys d'edat.

S'ha demostrat que tres localitzacions cutànies s'associen amb >R de patir artritis: cuir cabellut, intergluti i ungles.

El més freqüent és que l'afectació cutània es presenti abans que l'articular, però podria ser al contrari o presentar-se de forma simultània.

L'afectació articular es relaciona amb la gravetat/extensió cutània.

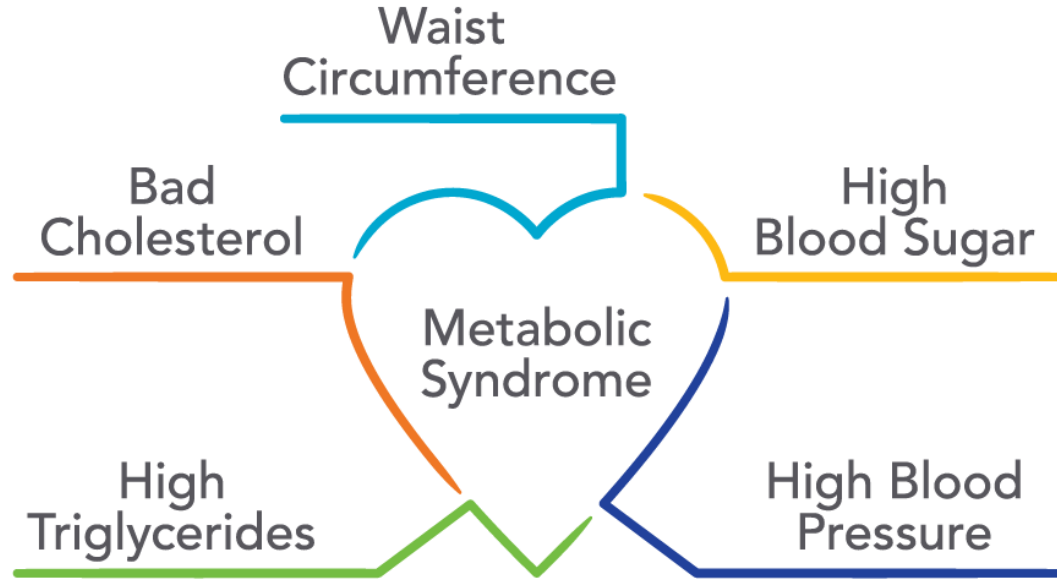
Un % petit pot presentar malaltia articular sense lesions cutànies.

Home de 39 anys amb psoriasi lleu, DM2 i perímetre de cintura de 100 cm. Quina és certa?

- a) El pacient té mal control de la DM perquè presenta obesitat central.
- b) Es tractaria d'un pacient amb SM.
- c) Es tractaria d'un pacient amb un RCV alt.
- d) b i c són certes.

Home de 39 anys amb psoriasi lleu, DM2 i perímetre de cintura de 100 cm. Quina és certa?

- a) El pacient té mal control de la DM perquè presenta obesitat central.
- b) Es tractaria d'un pacient amb SM.
- c) Es tractaria d'un pacient amb un RCV alt.
- d) b i c són certes.





Els criteris (ATPIII) per al diagnòstic de síndrome metabòlica inclou 3 o més dels següents:

- TGL  $\geq$  150 mg/dl
- HDL  $<$  40 mg/dl en homes i  $<$  50 mg/dl en dones
- Glucèmia en dejú  $\geq$  100 mg/dl o DM 2
- PA  $\geq$  130/85 mmHg o amb tt antihipertensiu
- Obesitat central (circumferència de cintura  $\geq$  90 cm en homes i  $\geq$  80 cm en dones)

La psoriasi predispesa a MCV. De fet, almenys un 30% dels pacients amb psoriasi presenta SM.

L'augment del RCV és degut als canvis inflamatoris crònics.

La mortalitat per MCV en pacients amb psoriasis és del 57%.

Hi ha predisposició a la taquicàrdia sinusal i major incidència d'arrítmia SV.

*Les comorbiditats poden incrementar-se amb l'edat.* Un estudi va demostrar que els pacients majors de 65 anys presentaven una **prevalença més alta d'HTA, HVI, DM** i nivells elevats de glucosa en sang.

Els pacients amb psoriasi tenen:

un increment de **4** vegades el risc de **DM 2**.

fins a **7** vegades més el risc d'**IAM**.

i una **expectativa de vida escurçada 4 anys** comparada amb els controls sans.

Quasi la meitat de tots els pacients amb psoriasi majors de 65 anys tenen almenys 3 comorbiditats.

A més de la relació entre psoriasi i elevació de la glucosa en sang i PA en el context de la síndrome metabòlica, s'ha detectat una **associació independent entre psoriasi, HTA i DM.**

La psoriasi dona un **risc independent** per l'**IAM**, amb un RR major en pacients joves amb psoriasi severa.

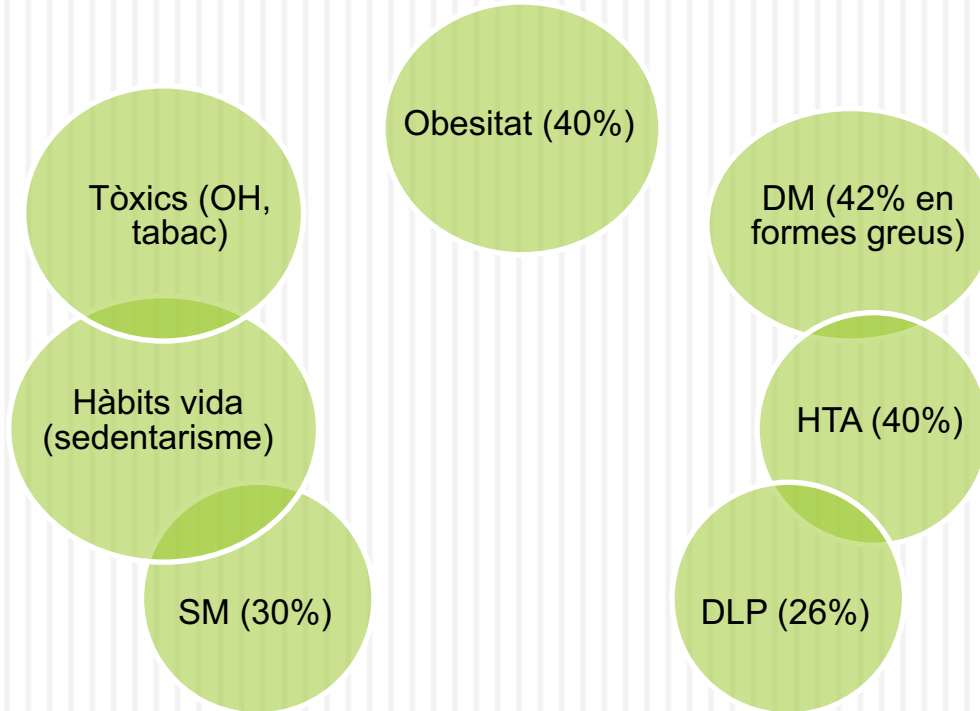
Assenyala la falsa:

- a) L'obesitat és més freqüent en pacients amb psoriasi moderada-greu.
- b) La pèrdua de pes amb dieta hiperproteica millora la severitat de la psoriasi.
- c) Les MCV són la principal causa de mort dels pacients amb psoriasi.
- d) Hi ha una associació entre psoriasi i RCV, especialment en casos de psoriasi severa.

Assenyala la falsa:

- a) L'obesitat és més freqüent en pacients amb psoriasi moderada-greu.
- b) La pèrdua de pes amb dieta hiperproteica millora la severitat de la psoriasi.
- c) Les MCV són la principal causa de mort dels pacients amb psoriasi.
- d) Hi ha una associació entre psoriasi i RCV, especialment en casos de psoriasi severa.

# Incidència FRCV



Pacient amb trastorn ansiós depressiu i psoriasi. ¿Quina és certa?

- a) Hi ha proporcionalitat entre la severitat de la psoriasi i els trastorns psiquiàtrics.
- b) No afecta l'autoestima ni les funcions sexuals.
- c) L'estigmatització no es relaciona amb l'edat d'aparició de la psoriasi.
- d) Podria sentir-se avergonyit i evitar relacions socials.



Pacient amb trastorn ansiós depressiu i psoriasi. ¿Quina és certa?

- a) Hi ha proporcionalitat entre la severitat de la psoriasi i els trastorns psiquiàtrics.
- b) No afecta l'autoestima ni les funcions sexuals.
- c) L'estigmatització no es relaciona amb l'edat d'aparició de la psoriasi.
- d) Podria sentir-se avergonyit i evitar relacions socials.

# Trastorns psiquiàtrics



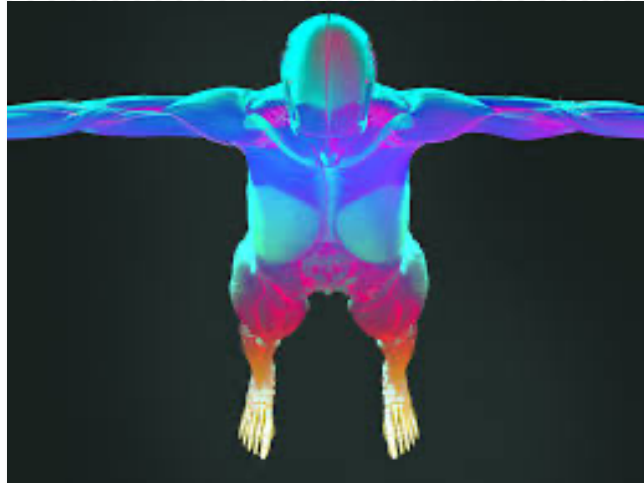
Comorbiditat psiquiàtrica present fins a un 70%:

- Ansietat 45% (> dones)
- Depressió 60% (> dones)
- Ideació autolítica 10% (> psoriasi greu)

És essencial incloure mesures de morbiditat psicològica quan es determina la severitat i eficàcia dels tractaments.



# Altres malalties inflamatòries



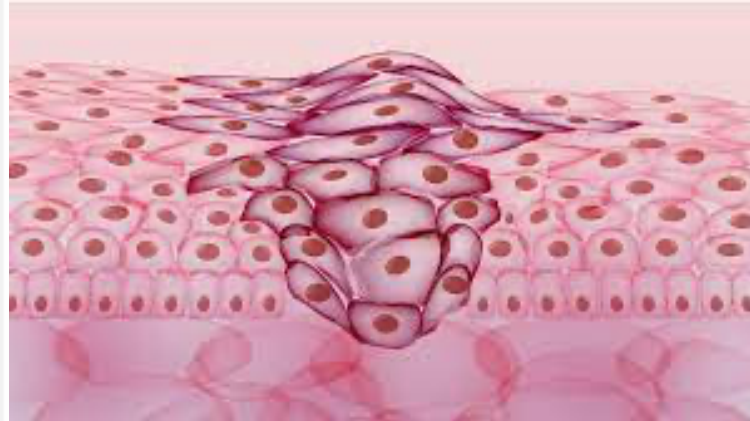
***Malaltia per fetge gras no alcohòlic: 59%.***

És més probable que tinguin síndrome metabòlica i presentin risc incrementat d'hepatotoxicitat induït per metotrexat.

***Malalties inflamatòries organoespecífiques***

Destaca la malaltia inflamatòria intestinal (fonamentalment *CU* i malaltia de *Crohn*). La prevalença de la psoriasi en la població general oscil·la entre un 2-3%, mentre que entre els pacients amb malaltia de Crohn puja a un 8,9%. Altres estudis mostren que el risc de patir malaltia de Crohn és 4 vegades superior que un pacient sense psoriasi.

També s'ha demostrat el risc de desenvolupar ***uveïtis, epiescleritis, colelitiasi, colangitis esclerosant primària, nefrolitiasi o amiloïdosi*** (sobretot en pacients amb artritis psoriàsica).

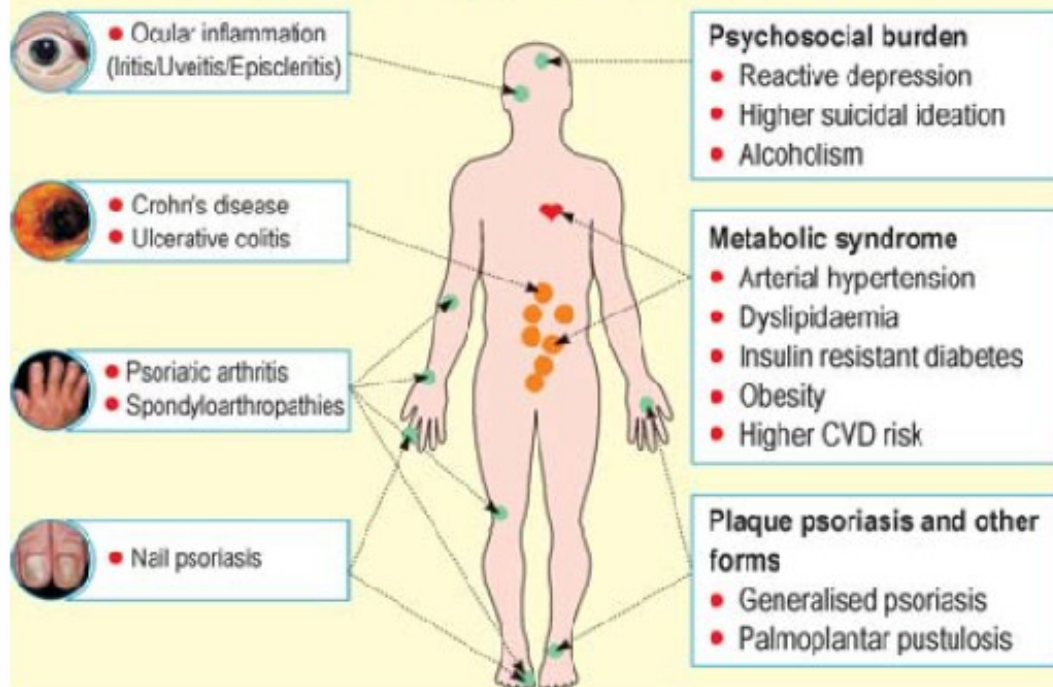


## **Comorbidityats neoplàsiques:**

- Limfoma no Hodgkin, associació amb VEB
- Limfoma cutani de cel T (associat a psoriasi greu en pacients amb tt immunològic, ja que exacerba el procés limfoproliferatiu pel seu mecanisme immunosupressor)
- Ca pell
- Ca colon, esòfag, boca, laringe y pulmó



## The Burden of Psoriatic Disease



**PLURIPATOLOGIA**

**RCV (DLP, HTA, OBESITAT,...)**

**ARTRITIS**

**IMPORTÀNCIA ÀMBIT PSICOSOCIAL (no sols brots)**

**VISIÓ INTEGRAL**

1. Santos Paim de Oliveira MF, de Olivera Rocha, Viera Duarte G. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. An Bras Dermatol. 2015[citado 16/03/2018];90(1):9-20. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962015000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
2. National Psoriasis Foundation. Statistics [citado 16/03/2018]. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/content/statistics>
3. Valdés Solís E, Colorado García LM, Lozano Nuevo JJ, Rubio Guerra F. Asociación entre la severidad de la psoriasis en placas y el síndrome metabólico. Med Int Méx. 2016 [citado 16/03/2018];32(2):190-200. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim162f.pdf>
4. World Health Organization. Global Report on psoriasis. Geneva: WHO; 2016 [citado 16/03/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/204417>
5. López M. Asocian la psoriasis con la obesidad [citado 10/01/2018]. Disponible en: [https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-estudio-gemelos-confirma-asociacion-psoriasis-obesidad-201604270204\\_noticia.html](https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-estudio-gemelos-confirma-asociacion-psoriasis-obesidad-201604270204_noticia.html)
6. Bonanad C, González-Parra E, Rivera R, Carrascosa JM, Daudén E, Oliveira A, et al. Implicaciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la psoriasis y enfermedad cardiovascular. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(9):795-888.
7. Rodríguez Zúñiga MJM, Cortez Franco F, Quijano Gomero E. Relación entre psoriasis y síndrome metabólico en Latinoamérica. Revisión sistemática y metaanálisis. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(4):326-34.
8. Castro Ayarza JR, Casadiego EJ, Medina DC. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. Dermatol Rev Mex. 2017 [citado 10/01/2018];61(4):283-91. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2017/rmd174d.pdf>
9. Ortega-Hernández A, Restrepo-López N, Stefany Rosero Y, Úsuga-Úsuga F, Correa-Londoño LA, et al. Características epidemiológica, clínica e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. Dermatol Rev Mex. 2018 [citado 10/01/2018];62(3):193-205. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2018/rmd183b.pdf>
10. Rodríguez L, Pereyra JJ, Conejo-Mir J. Psoriasis II. Complicaciones, pronóstico y Tratamiento. En: Conejo Mir J. Manual de Dermatología. 2ª Ed. Aula Médica. Madrid, 2018. pp.170-186.

Moltes gràcies