



Sociedad de
MEDICINA INTERNA
de Buenos Aires



Curso Universitario Trienal de Clínica Médica – Medicina Interna **Universidad Barceló - Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires**

Módulo de Dermatología

LA PIEL COMO ESPEJO DE ENFERMEDAD SISTÉMICA.

PATOLOGÍAS CRÓNICAS FRECUENTES QUE EL CLÍNICO MANEJA TODOS LOS DÍAS

GIORGINA PARDO

Médica. Profesora universitaria. Esp. En Dermatología. Diplomada en Psoriasis UCES-SAD y SOLAPSO-SOARPSO.
Esp. En Administración Sanitaria. Jefe de Servicio de Dermatología del HIGA Pedro Fiorito. Directora del Curso
Superior de Dermatología ESEM distrito 2, Avellaneda. Miembro de la SAD.

TEMARIO DEL DIA...



Parte 1

“LA PIEL COMO ESPEJO DE ENFERMEDAD SISTÉMICA”

- ✓ Lupus cutáneo
- ✓ Dermatomiositis
- ✓ Esclerodermia
- ✓ Dermatosis
Paraneoplásicas
- ✓ Prurito.

Parte 2

“PATOLOGÍAS CRÓNICAS FRECUENTES DE MANEJO DIARIO PARA EL MÉDICO CLÍNICO”

- ✓ Psoriasis
- ✓ Dermatitis Atópica
- ✓ Hidradenitis supurativa

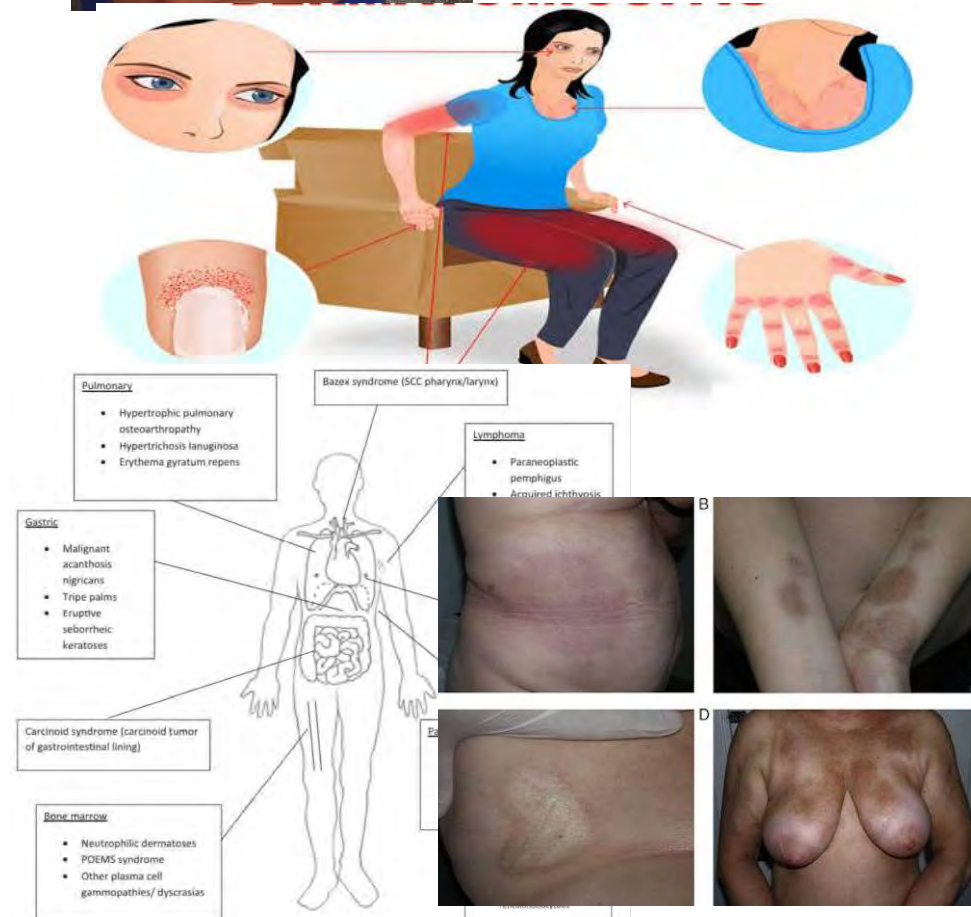
Conductas clásicas y
nuevos tratamientos.

TEMARIO DEL DIA...

Parte 1

“LA PIEL COMO ESPEJO DE ENFERMEDAD SISTEMICA”

- ✓ Lupus cutáneo
- ✓ Dermatomiositis
- ✓ Esclerodermia
- ✓ Dermatosis Paraneoplásicas
- ✓ Prurito.



Lupus Eritematoso

DEFINICIÓN

Enfermedad autoinmune inflamatoria crónica, caracterizada por la producción de autoanticuerpos y la alteración de la inmunidad, lo que lleva a daño tisular en múltiples órganos y sistemas.



UNA ENFERMEDAD, MUCHAS CARAS



FACTORES DE RIESGO / DESENCADENANTES



Genética / familiares



Predominio femenino



Radiación UV



Fármacos
(hidralazina, procainamida, antiepilépticos, etc.)



Infecciones



Tabaco



Hormonas /
estrógenos

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Enfermedad multisistémica



Piel

- Eritema malar, fotosensibilidad, alopecia, úlceras orales.



Articulaciones

- Artritis / artralgiás.



Hematológico

- Anemia, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia.



Riñón

- Nefritis lúpica.



Serosas / corazón

- Pleuritis, pericarditis.



Neurológico

- Convulsiones, psicosis, neuropatías.



Inmunológico

- ANA, anti-dsDNA, anti-Sm, complemento ↓, antifosfolípidos.

LUPUS CUTÁNEO

Predominio de manifestaciones cutáneas
(no todos evolucionan a LES)

AGUDO (LECA)

- Eritema malar clásico (en "alas de mariposa").
- Fotosensibilidad.
- Puede ser localizado o generalizado.
- Mayor asociación con LES.



SUBAGUDO (LECS)

- Lesiones anulares o papuloescamosas.
- Muy fotosensible.
- Generalmente no deja cicatriz.
- Anti-Ro/SSA frecuente.
- Asociación con LES, habitualmente menos severo.



CRÓNICO (LECC)

- Principal forma: lupus discoide.
- Placas eritematoescamosas → atrofia + cicatriz + alteración pigmentaria.
- Alopecia cicatricial (si afecta cuero cabelludo).
- Menor asociación con compromiso sistémico.
- Riesgo aumentado de carcinoma epidermoide.



LUPUS = ESPECTRO

CUTÁNEO

(predominio en piel)

Agudo

→ Subagudo

→ Crónico

SISTÉMICO

(órganos internos)



La presencia de lupus cutáneo no equivale a LES:
el riesgo de compromiso sistémico depende del subtipo clínico.

LECA

Localizado ☐

- **Rash malar en alas de mariposa** del LES.

Eritema y edema simétrico sobre las eminencias malares y el puente de la nariz.

SNG respetados!!

- Frente, mentón y zona V del cuello pueden estar afectados.



Generalizado

- Exantema morbiliforme
- Lesiones en superficies de extensión de brazos y manos

Respetar los nudillos.



- Se precipita o exacerba con la **exposición a la RUV**.
- Suele asociarse a **afectación sistémica severa** y su curso es paralelo a la misma.
- Evolución **efímera**, pudiendo durar horas/ días/ semanas.
- ANA +, anti-DNA +, anti-RNP +, anti-Sm +
- Suele haber **artralgias-artritis y afectación multiorgánica!**

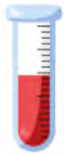
LECSA

- Lesiones cutáneas **extensas**
- **Poca o mínima repercusión visceral.**
- 5 % de todos los lupus cutáneos.
- Piel blanca!
- Areas fotoexpuestas
- Curan **SIN** dejar cicatriz





Fotosensibilidad!!



Anti Ro positivo (no en el 100% de los casos; su ausencia no descarta dx).



LEDC

Eritema

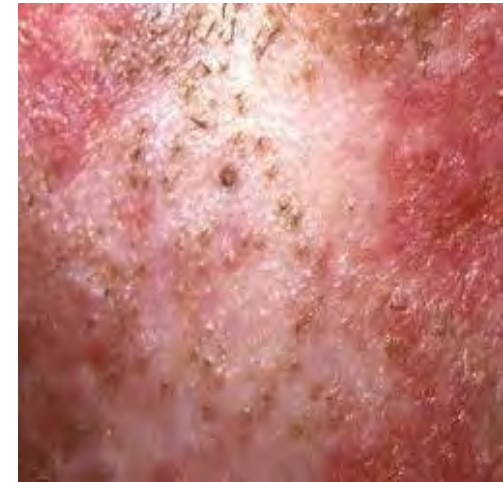


Atrofia

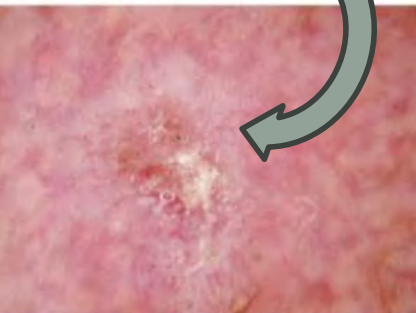
Escama



área central cicatrizal



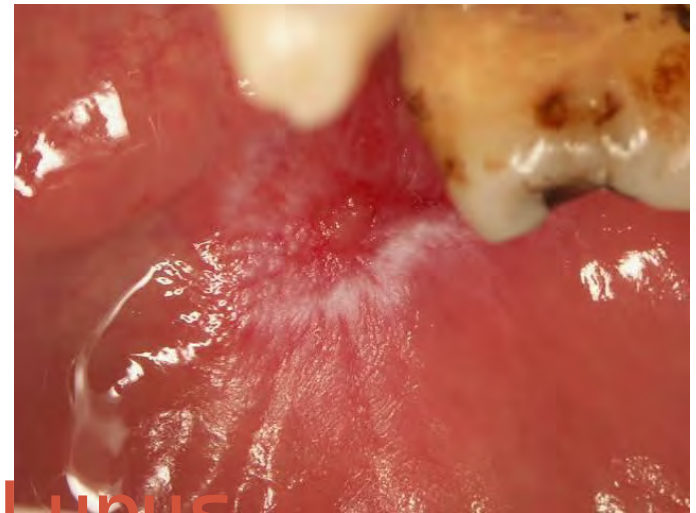
“Signo del clavo del tapicero”





Distribución

- Cara, pabellones auriculares, cuello y cuero cabelludo. (discoide fijo)
- Tronco, MMMM (superficie extensora de los brazos, palmas y plantas). (discoide diseminado)
- En un 15% hay lesiones en **mucosas**.
- Cara, cuero cabelludo y miembros (LE profundo) nódulos profundos únicos o múltiples



Lupus
Profundo/
Paniculitis
Lúpico

LES

- Enfermedad inflamatoria **multisistémica**
- Exacerbaciones y remisiones.
- Afectación **cutánea** y **visceral**.

☞ Mucosa oral: úlceras/lesiones eritematosas a veces asintomáticas



Erupción morbiliforme.

simétrica, diseminada, eritema máculopapular.

- Morfológicamente indistinguible de **exantemas virales o por fármacos.**
- Comienzo abrupto, post exposición a luz
- Asociado con exacerbaciones de la enfermedad
- Cura sin dejar cicatriz.



Lesiones Discoides.

- 25% de pacientes con LES
- Iguales a las lesiones del LEC.
- Mejor pronóstico que LES sin lesiones discoides.



Vasculitis / vasculopatías.

- Púrpura palpable, ampollas hemorrágicas, úlceras, gangrena. Fenómeno de Raynaud , livedo reticular, perniosis, vasculitis, púrpura palpable, urticaria vasculitis, nódulos reumáticos, calcinosis)
- Limitada a piel o compromiso sistémico de arterias de tamaño pequeño y medio.



- **Alopecia.** Parches discoides de **alopecia cicatrizal** en las lesiones discoides en cuero cabelludo; **alopecia difusa** SIN cicatrices del tipo efluvio telógeno puede presentarse después de graves exacerbaciones de la enfermedad sistémica.
- **Telangiectasias:** en palmas, acompañadas de **eritema** especialmente en la región tenar e hipotocar (palmas lúpicas) y en laterales de pies y talones.

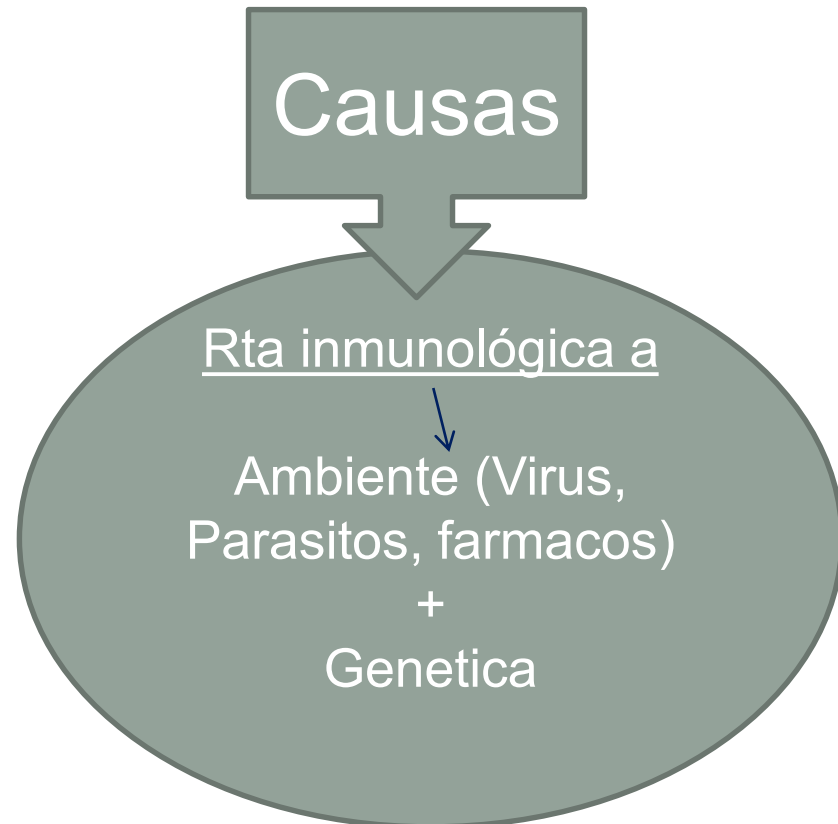


- **Síntomas y signos generales:** malestar, debilidad, fiebre, anorexia, pérdida de peso.
- **Reumatológicos:** **artralgias** transitorias; pueden avanzar a artritis franca, deformante.
- **Oftalmológicos:** conjuntivitis, epiescleritis; en ocasiones Sdme de Sjogren (con el complejo sequedad de ojos y boca).
- **Viscerales:** pericarditis, miocarditis (con insuficiencia cardíaca), pleuritis y enfermedad del parénquima pulmonar con derrames o sin ellos pueden provocar dolor en tórax y disnea. Vasculitis y serositis dolor abdominal.
- **Sistema nervioso:** convulsiones de **gran mal**, **migrañas** y **ttnos psiquiátricos (SNC)**. **Mononeuritis múltiple** y **neuropatías sensoriales periféricas (SNP)**.

DM —→ dermatosis + miopatía

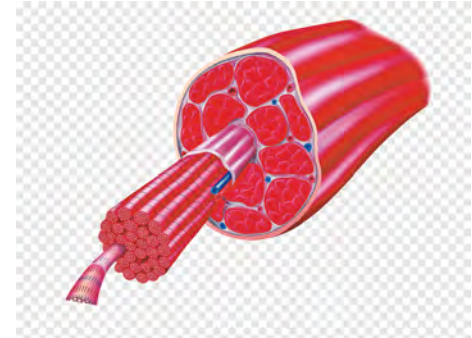
- Enfermedad inflamatoria sistémica
- Autoinmune
- Sexo femenino +
- Piel, musculo estriado, tejido conectivo vascular

- Amiopática
- Asoc a Conectivopatias
- Asoc a Neoplasias (ovario, mama, linfomas, TGI)
- **Clásica de la adultez**
- De la infancia
- Polimiositis sólo afectación muscular



Tumefacción y dolor (espontáneo o a la compresión) precoces
 Debilidad simétrica de músculos proximales de las extremidades
 Cintura escapular, luego pelviana.

Disnea (músculos respiratorios)
 Disfonia (músculos vocales)
 Disfagia (músculos esofágica y faríngea).



Placas eritematosas y urticarianas

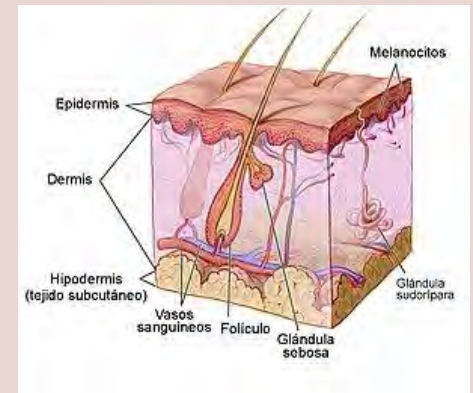
Fisuras, descamación, hiperqueratosis en pulpejos de dedos y palmas (**mano de mecánico**)

Telangiectasias en cara y manos

Uñas: telangiectasias en pliegue proximal
 sobrecrecimiento de cutícula
 pliegue ungueal eritematoso

Alopecia difusa/ hipertrichosis

F. Raynaud. Poiquilodermia. Calcinosis cutis.



- **Pápulas de Gottron** (violáceas, inter/metacarpofalangicas)

- **Signo de Gottron** (papulas y placas, violáceas y escamosas, psoriasiformes, en codos, rodillas, interfalang)

- **Eritema en Heliotropo**, con o sin edema.

- **Signo del Chal/ de la V del escote** =
poiquilodermia, atrofia, telangiectasias, hipo/hiperpigmentacion
Por cronificación del proceso.

- **Fotosensibilidad**
(50%)





FIGURA 2. Signo de Gottron.

FIGURA 3. Eritema heliotropo.

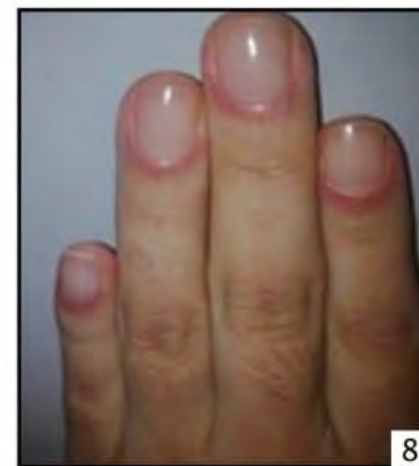
FIGURA 4. Edema palpebral bilateral.

FIGURA 5. Signo de la V.

FIGURA 6. Signo del chal.

FIGURA 7. Telangiectasias periungulares e hipertrofia de cutículas.

FIGURA 8. Eritema periungular.



Menos comunes

Edema facial

Eritrodermia

Alopecia

Vasculitis cutánea

Paniculitis

SISTEMICO

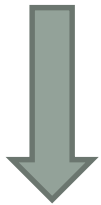
- Hepatoesplenomegalia
- GI (D, úlceras, dolor abd)
- Oftalmopatías
- Artralgias simil AR
- Miocarditis, miocardiopatía
- Neumonitis intersticial, disnea, tos, fibrosis pulmonar.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS...

1. Debilidad muscular proximal
Simétrica
2. Elevación de enzimas musculares
3. EMG anormal
4. Anomalías biopsia muscular
5. Rash cutáneo típico DM
6. Un Ac específico de miositis Anti-Jo1
7. RNM,
8. Dolor muscular, artralgias/ artritis no destructiva

ESCL

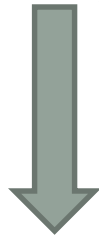
- Enfermedad crónica
- Etiología desconocida, multifactorial
- Autoinmune
- Sexo femenino +
- Piel (dérma) dura (sclerós)
- Esclerosis
- vasos sanguíneos, TC, sistema inmune.



Estenosis



Raynaud



+ síntesis colágeno



Endurecimiento de piel



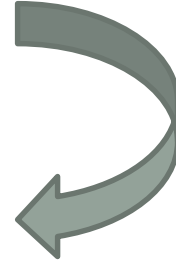
Auto Ac

Anticentromero y Scl70

Escl. localizada



MORFEA



- Morfea en placas
- Morfea en gotas
- Morfea lineal
- Morfea panesclerótica



Morfea en placas:

- Máculas ó placas induradas
- Blanco-nacaradas
- Lisas y brillantes
- Halo violáceo mientras la enfermedad está activa.



Figura 2. Esclerodermia en placa



Morfea lineal:

- Placas induradas, lineales (“**en golpe de sable**”)
- En extremidades y Tronco
- En cuero cabelludo: alopecia definitiva
- Rara vez en cara, donde pueden llegar a causar hemiatrofia (hemiatrofia facial de Romberg)
- + frec en **niños**
- Afecta piel, músculo y periostio.

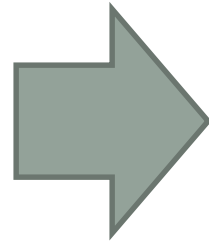




Escl Sistémica

•LIMITADA O ACROESCLEROSIS

Variante C R E S T



ACA

•DIFUSA

Piel (Nódulos, queloideos y calcificación difusa)

Tejido sinovial

GI (hipomotilidad esofágica e intestinal)

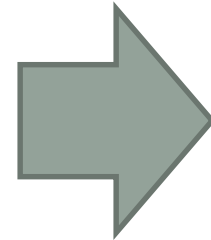
Corazón (miocardiopatía restrictiva, derrame pericárdico)

Pulmón (HTP, alveolitis intersticial)

Riñón (hipertensión, crisis hipertensiva, proteinuria, insuficiencia renal de rápida instauración) (la afección renal marca el pronóstico de la enfermedad)

Musculo esquelético

Óbito



ANA
Scl 70

DEDOS:

- Afinamiento distal.
- Úlceras por vasoespasmo.
- Engrosamiento de la cutícula.
- Reabsorción progresiva de las falanges distales.
- Calcificaciones subcutáneas.



PIEL:

- Discromía en sal y pimienta.
- Telangiectasias en cara, manos y mucosa labial.
- Calcinosis.
- **Raynaud** presente en 90-95% de los casos.
- Anhidrosis.



CARA:



“Facies de pájaro” con microstomía.

Al principio, aumento del colágeno que la pone dura.

Luego, afinamiento de la piel.

Borramiento de surcos.

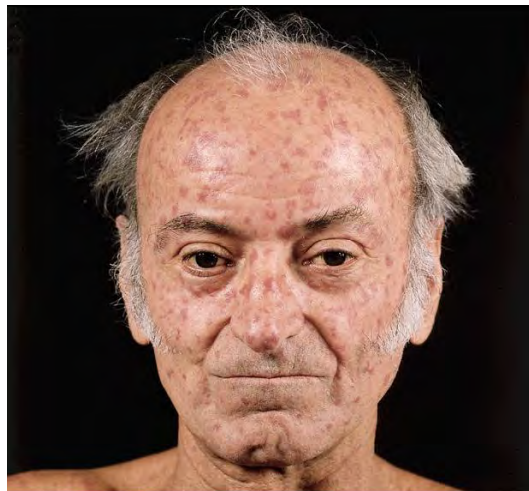
Atrofia de glándulas sebáceas y sudoríparas.

Telangiectasias faciales.

Labios adelgazados con pliegues radiales peribucales.

Nariz aguileña.

Dificultad para sacar la lengua por esclerosis del frenillo.



LUPUS

- Hidroxicloroquina → pilar.
- Corticoides → según actividad/órgano, minimizando exposición.
- Inmunosupresores → MMF, MTX, AZA, CYC, etc.
- **Biológicos aprobados:**
 - **Belimumab** — anti-BLyS
 - **Anifrolumab** — anti-IFNAR1



DERMATOMIOSITIS

- Corticoides + inmunosupresores.
- IVIG en situaciones seleccionadas.
- Rituximab → refractaria/off-label.
- **Novedad 2026: brepocitinib** — inhibidor TYK2/JAK1, FDA aprobado para DM del adulto.

ESCLEROSIS SISTÉMICA

- 🧤 **Fibrosis cutánea:** MTX / MMF ± rituximab; tocilizumab puede considerarse en enfermedad temprana inflamatoria.
- 🫁 **EPI:** MMF / ciclofosfamida / rituximab; **tocilizumab**; **nintedanib** como antifibrótico.
- 💧 **Vasculopatía:** nifedipina, PDE5i, iloprost, bosentán según manifestación.

Enfermedad	Terapia dirigida/biológica destacada
LES	Belimumab / Anifrolumab
Dermatomiositis	Brepocitinib (JAK/TYK2)
Esclerosis sistémica	Tocilizumab / Rituximab (sobre todo EPI)

Dermatosis Paraneoplásicas

- Manifestaciones en piel NO neoplásicas
- Ligadas a la existencia de un tumor.
- Debidas a productos de secreción del tumor (hnas, citocinas, fact de crecimiento, péptidos símil insulina, complejo Ag-AC).

Dermatosis siempre
paraneoplásicas.



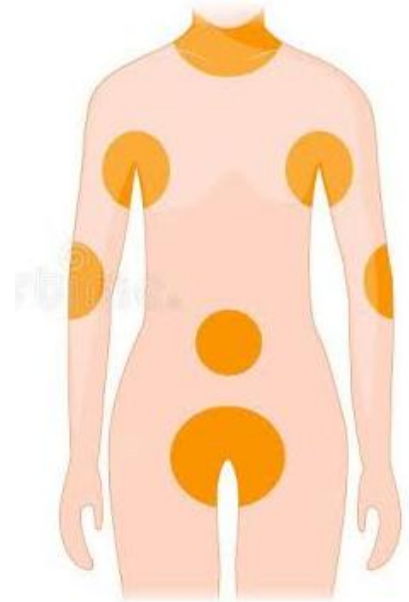
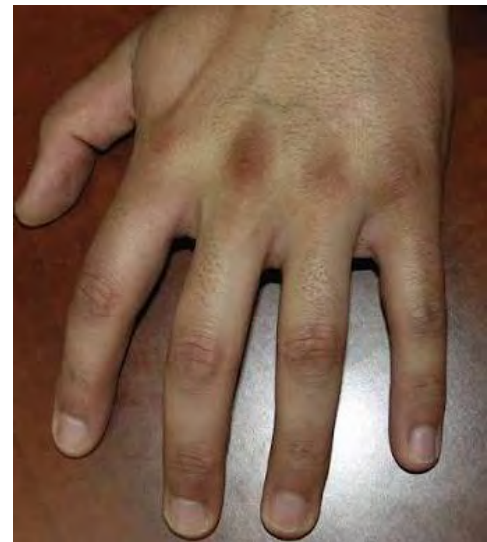
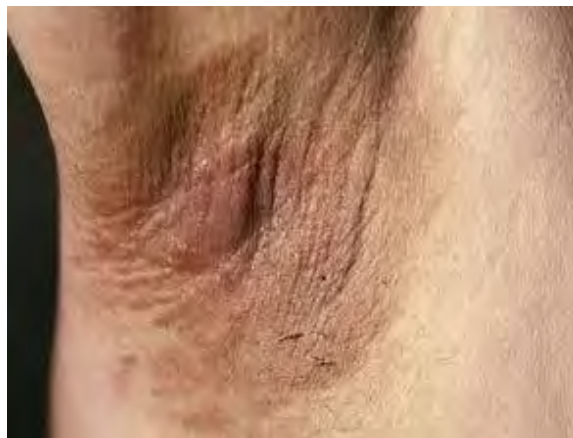
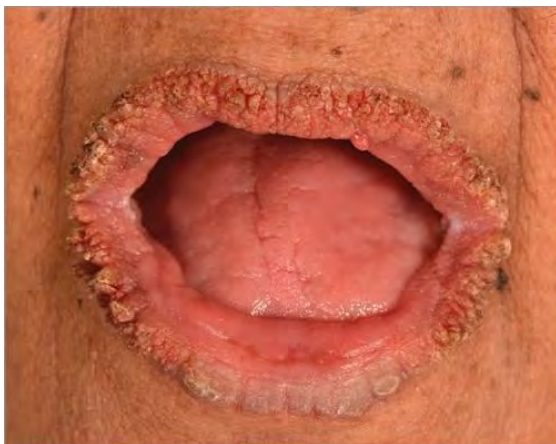
- Acantosis nigricans adquirida
- Paquidermatoglifia.
- Acroqueratosis paraneoplasica
- Eritema necrolitico migrador.
- Eritema gyratum repens.
- Eritema anular centrifugo.
- Ictiosis adquirida.
- Penfigo paraneoplasico.
- Hipertrichosis lanuginosa adquirida.

Dermatosis no siempre
paraneoplásicas (cuya
asociación frecuente
justifica su búsqueda).

- Signo de Leser-Trélat
- Dermatomiositis
- Sme de Sweet
- Paquidermoperiostosis
- Pioderma gangrenoso
- Sme de Muir Torre
- Sme de Howell Evans

Acantosis nigricans maligna

- **SIMETRICA**
- **ENGROSAMIENTO Y PIGMENTACION (NEGRO).**
- **ASPECTO RUGOSO Y ATERCIOPELADO.**
- **INSTALACION AGUDA Y RAPIDA**
- **Se asocia a Adenocarcinoma abdominal (80-90%), especialmente gástrico.**



Acantosis nígricans benigna



- Grandes pliegues nuca, axilas, ingles.
HIPERPIGMENTACION

Causas:

- Infancia o pubertad como genodermatosis AD. En mujer persiste toda la vida.
- Obesidad (pseudoacantosis nigricans)
- Inducidas por drogas (GC, ACO, insulina, ac fusidico)
- Smes endocrinos (insulinorresistencia)
- Smes genéticos (NF)

Paquídermatoglífia. Tripe palms

- Engrosamiento rugoso de las palmas.
- Pliegues y dermatoglifos acentuados
- Aspecto corrugado como “tripa”.
- Si asocia a Acantosis Nigricans maligna (72% hay asociado un ca. de estomago)
- Si ocurre en forma independiente mas común es asociación a un Ca pulmón.



Acroqueratosis paraneoplasica. Sme de Bazex



Acral

Afectacion ungueal!!

Puede preceder dx del TM

Ictiosis adquirida

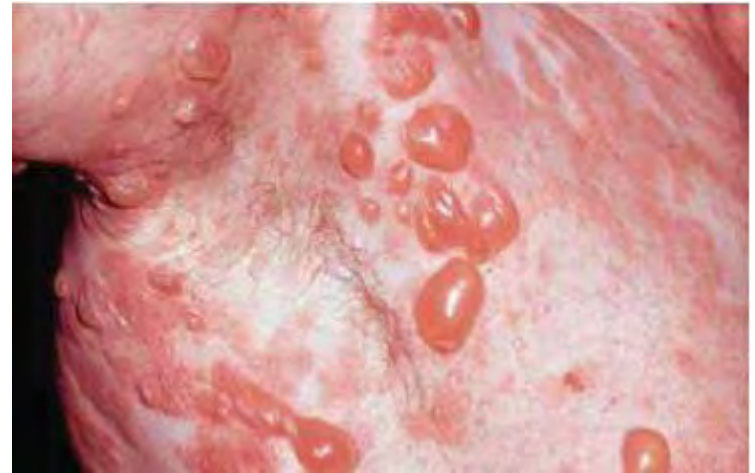
- Aparición repentina
- > 40 años.
- Escamas secas, hiperqueratósicas
- Tronco, MMM
- Enf. de Hodgkin, procesos linfoproliferativos malignos.



Pénfigo paraneoplásico



Penfigoíde ampollar

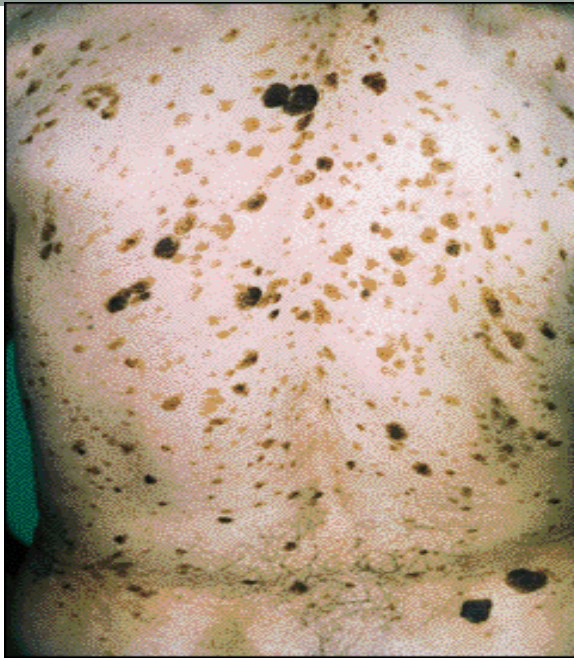


Hipertricosis lanuginosa adquirida

- Crecimiento excesivo de lanugo
- varios cm
- sedosos, rubios o claros
- en cara, cuello, tronco y extremidades.
- Mujeres 40- 70 años.
- **Signo de mal pronóstico**
- Ca digestivo (colorrectal, biliar, vesical), mama, pulmón.



Signo de Leser-Trélat



Dermatomiositis



Píoderma gangrenoso



Herpes Zóster



Herpes Simple



Sme de Sweet



Eritema anular centrífugo



Eritema Gyrratum repens



Prurito

- Sensación cutánea desagradable
- Intensidad variable
- Provoca la necesidad de rascarse para obtener alivio.

Mediadores más importantes:

- HISTAMINA
- SEROTONINA
- PÉPTIDOS OPIOIDES
- CITOQUINAS
- PROSTAGLANDINAS

- Prurito de **origen cutáneo**:
 - ECCEMA (ATÓPICO O DE CONTACTO)
 - PRURIGOS
 - URTICARIA
 - LIQUEN PLANO
 - ENFERMEDADES AMPOLLARES (DERMATITIS HERPETIFORME, PENFIGOIDE AMPOLLAR)
 - ECTOPARASITOSIS
 - SUDAMINA
 - XERODERMIA!!

- Prurito de **origen sistémico:**

- CARCINOMAS VISCERALES
- LINFOMAS (ENF DE HODGKIN, SME DE SÉZARY Y OTROS)
- HIPERTIROIDISMO
- HIPOTIROIDISMO
- DBT MELLITUS (PRURITO ANOGENITAL)
- COLESTASIS
- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
- HEMODIÁLISIS
- POLICITEMIA VERA
- ANEMIA FERROPÉNICA
- HIV
- EMBARAZO
- MEDICAMENTOS

- Prurito de **origen psicógeno:**

- ANSIEDAD
- DEPRESIÓN
- DELIRIO DE PARASITOSIS CUTÁNEAS, ETC

En un paciente con prurito interesan:

- **Tiempo de evolución** (agudo o crónico)
- **Extensión** (localizado o generalizado)
- **Ritmo** (continuo o intermitente)
- **Factores desencadenantes o agravantes** (calor, frío, ejercicio)
- **Ocupación**
- **Medicamentos** (locales y sistémicos)
- **Enfermedades concomitantes**

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Dirigidos por los resultados de la historia y exploración física

PRIMERA LÍNEA

Hemograma completo
VSG

Urea, creatinina,
enzimas hepáticas,
glucemia,

Hierro, Ferritina

HIV

Pruebas de función tiroidea

Rx tórax

SEGUNDA LÍNEA

Serologías para Hepatitis,
PTH, calcio, fósforo,
IgE,

ANA, Ac Antimitocondrial,
Ac antitransglutaminasa, Ac antigliadina,
proteinograma electroforético.

Histamina, serotonina y sus metabolitos,
Tryptasa sérica, ácido 5 hidroxindolacético

Test de alergia, parasitológico y SOMF.

Otros estudios de imágenes (TC de tórax y
abdomen)

Biopsia de piel.

TEMARIO DEL DIA

Parte 1

“LA PIEL COMO ESPEJO DE ENFERMEDAD SISTÉMICA”

- ✓ Lupus cutáneo
- ✓ Dermatomiositis
- ✓ Esclerodermia
- ✓ Dermatosis
Paraneoplásicas
- ✓ Prurito.

Parte 2

“PATOLOGÍAS CRÓNICAS FRECUENTES DE MANEJO DIARIO PARA EL MÉDICO CLÍNICO”

- ✓ Psoriasis
- ✓ Dermatitis Atópica
- ✓ Hidradenitis supurativa

Conductas clásicas y
nuevos tratamientos.

TEMARIO DEL DIA

Parte 2

“PATOLOGÍAS CRÓNICAS FRECUENTES DE MANEJO DIARIO PARA EL MÉDICO CLÍNICO”

- ✓ Psoriasis
- ✓ Dermatitis Atópica
- ✓ Hidradenitis suppurativa

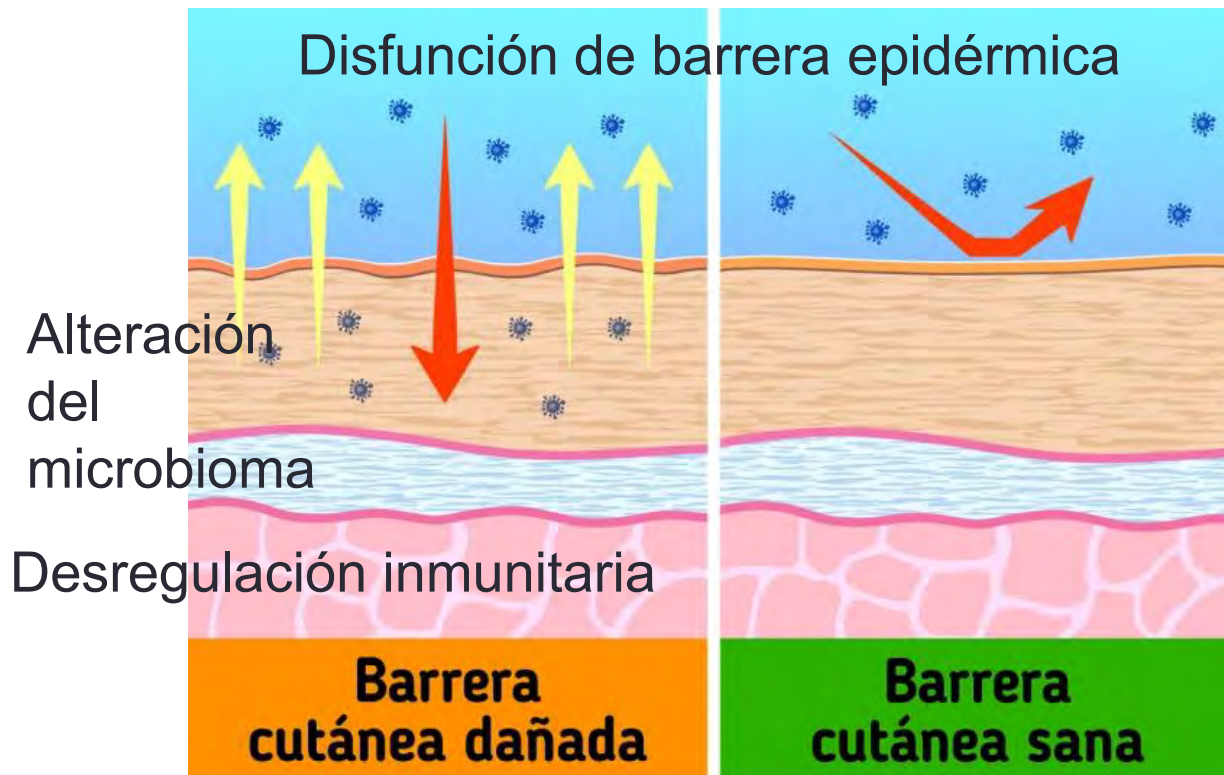
Conductas clásicas y
nuevos tratamientos.



- INFLAMATORIA
- PRURIGINOSA
- CRÓNICA
- RECIDIVANTE
- MULTIFACTORIAL:
GEN + AMB

DERMATITIS ATOPIICA

- SISTÉMICA



Bebés

Erupciones
Piel seca y escamada
Picores, infecciones y supuraciones



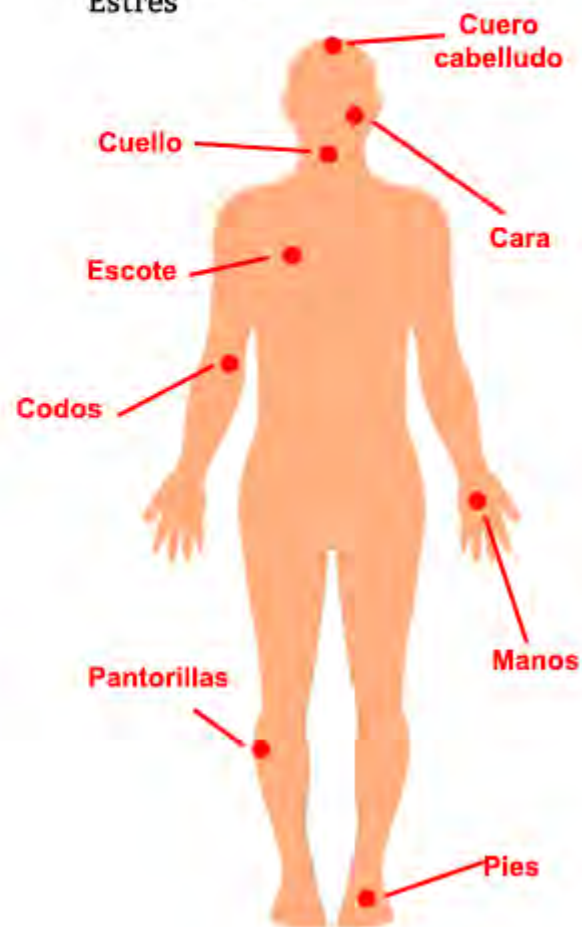
Niños

Erupciones
Piel escamada
Picores
Piel engrosada y endurecida

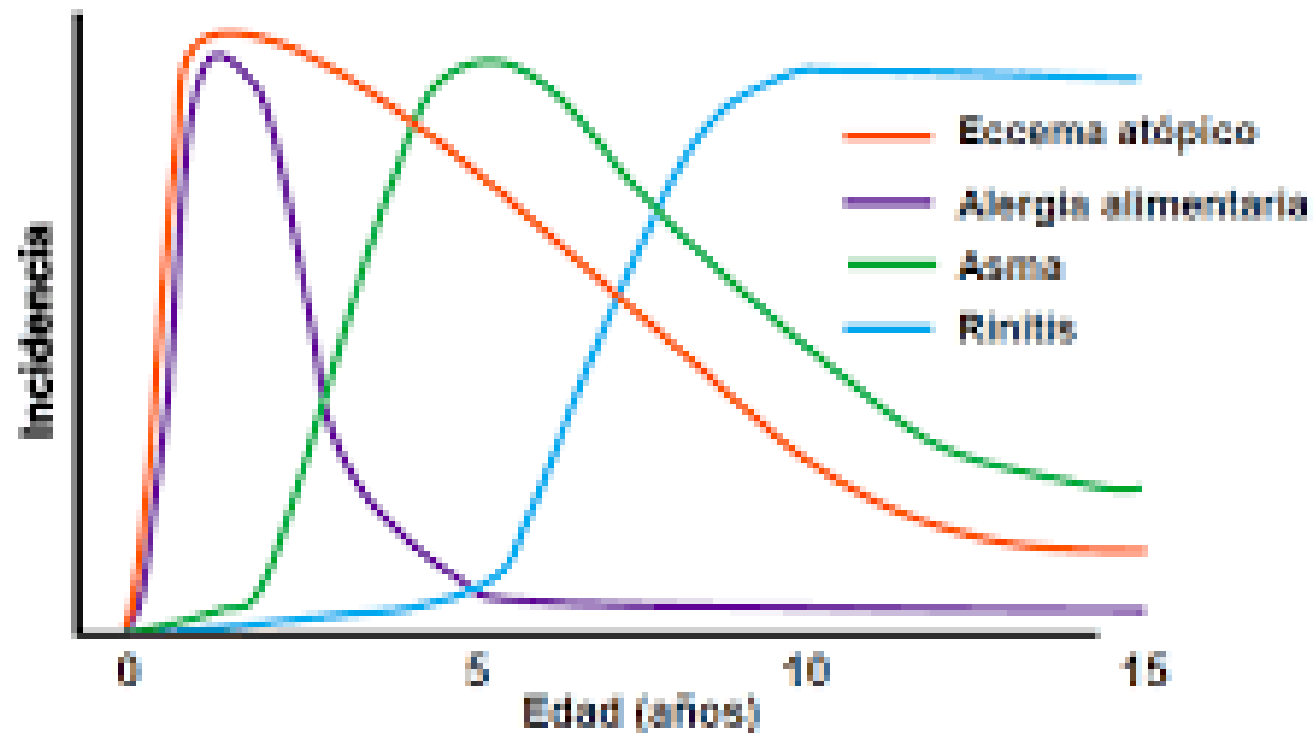


Adultos

Picor continuo
Piel muy seca y escamada
Falta de sueño
Estrés

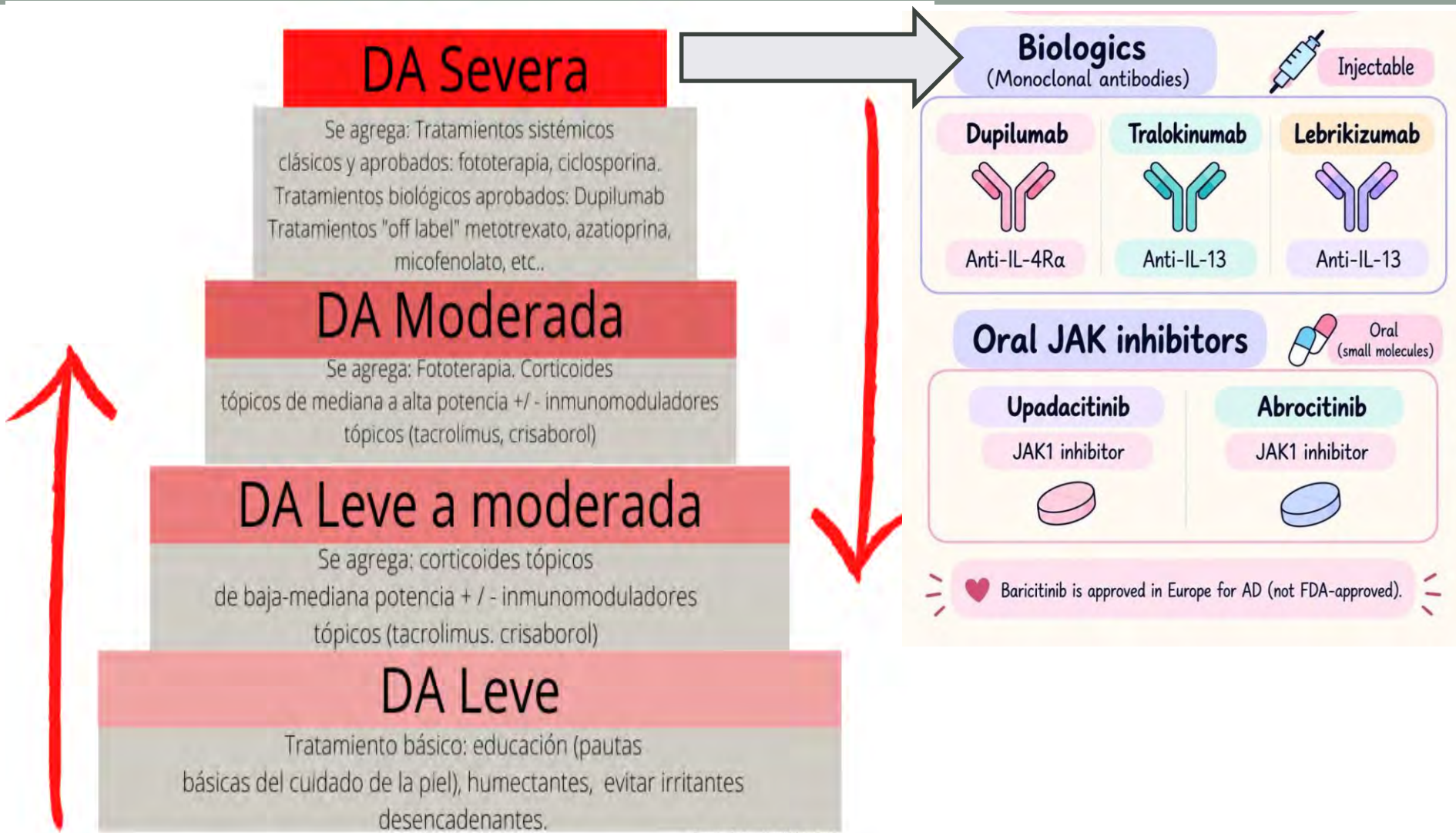


MARCHA ATÓPICA



El eccema atópico es en la mayoría de los casos la primera manifestación de la diatesis atópica

Modificado de Barnetson RS et al. BMJ 2002;324:1376-9



■ El tratamiento no debe centrarse solo en las reagudizaciones, sino también en mejorar la disfunción de la barrera epidérmica.

HIDRADENITIS SUPURATIVA

Enfermedad De Verneuil,
Apocrinitis, Acné Inversa,
SOFT (Sdme de Oclusión
Folicular Terminal).

Enfermedad: **Autoinflamatoria**

Sistémica

Crónica

Recurrente (brotes)

Debilitante

Potencialmente Discapacitante

Edad: 20 – 40 años



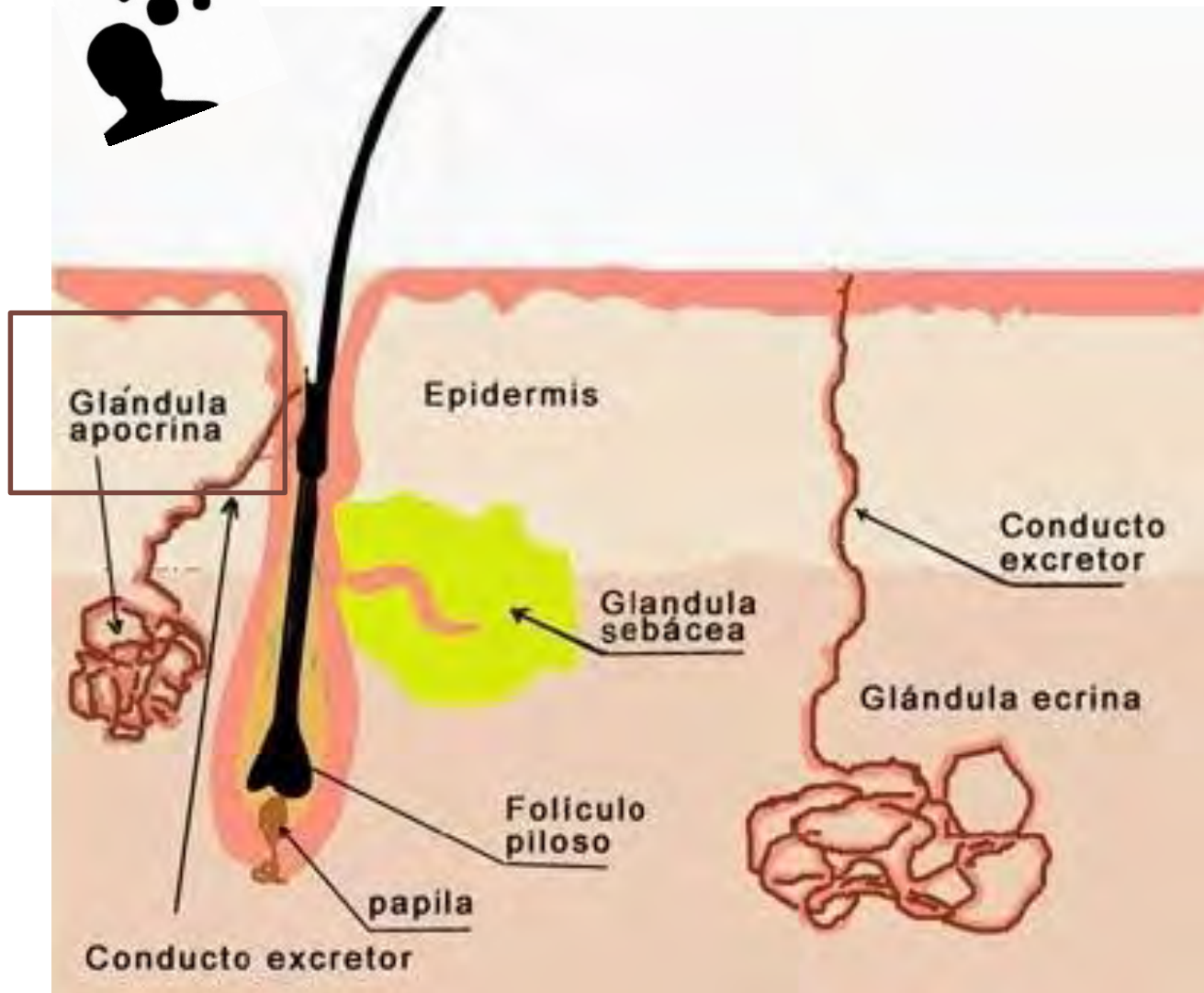
FISIOPATOGENIA

Triada

Oclusión
folicular

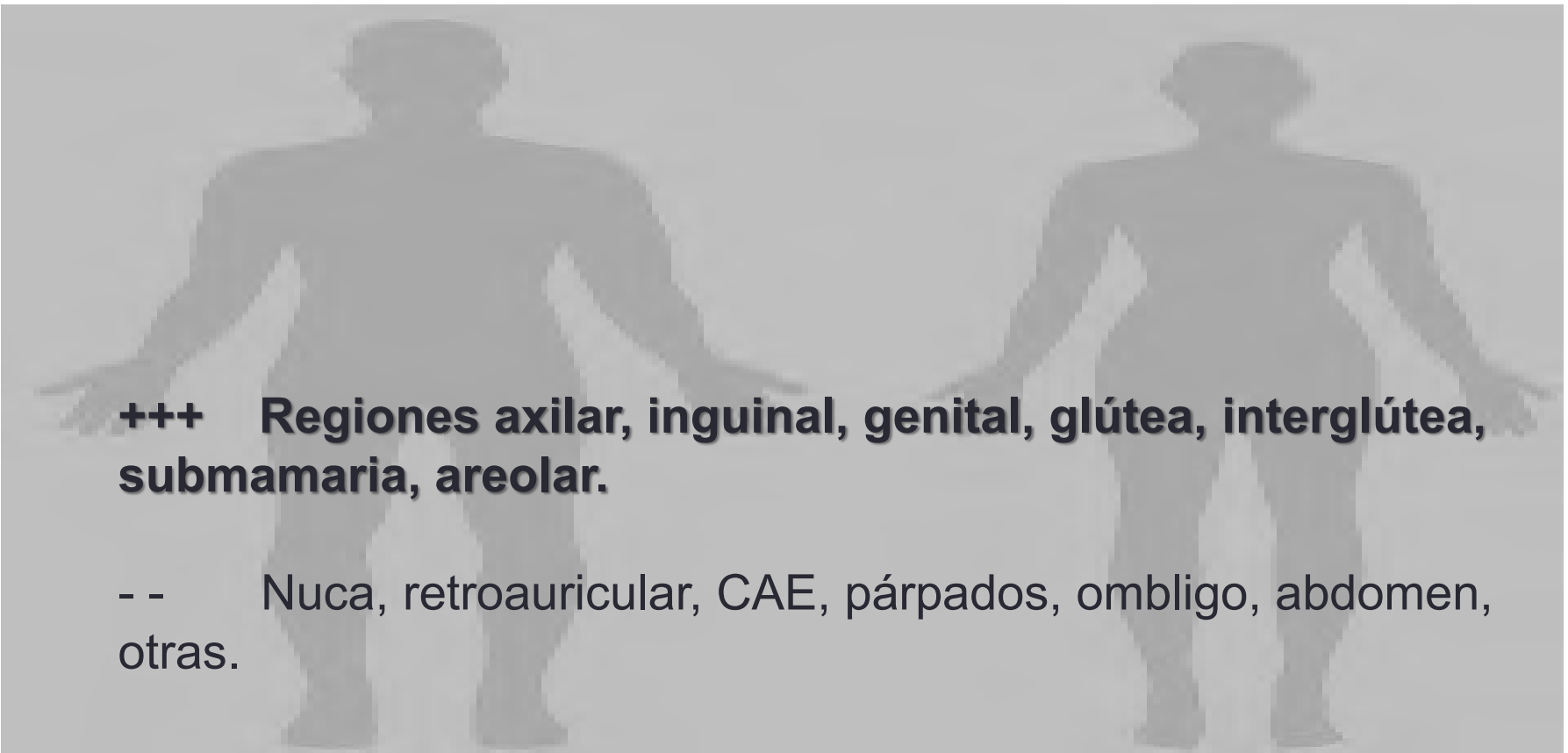
Desequilibrio
del sistema
inmune

Individuos
genéticamente
predispuestos



PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Inicia en folículo piloso en áreas de > densidad de gls apócrinas.
 - “EXPRESIVIDAD VARIABLE”



+++ Regiones axilar, inguinal, genital, glútea, interglútea, submamaria, areolar.

- - Nuca, retroauricular, CAE, párpados, ombligo, abdomen, otras.

FENOTIPOS

FOLICULAR



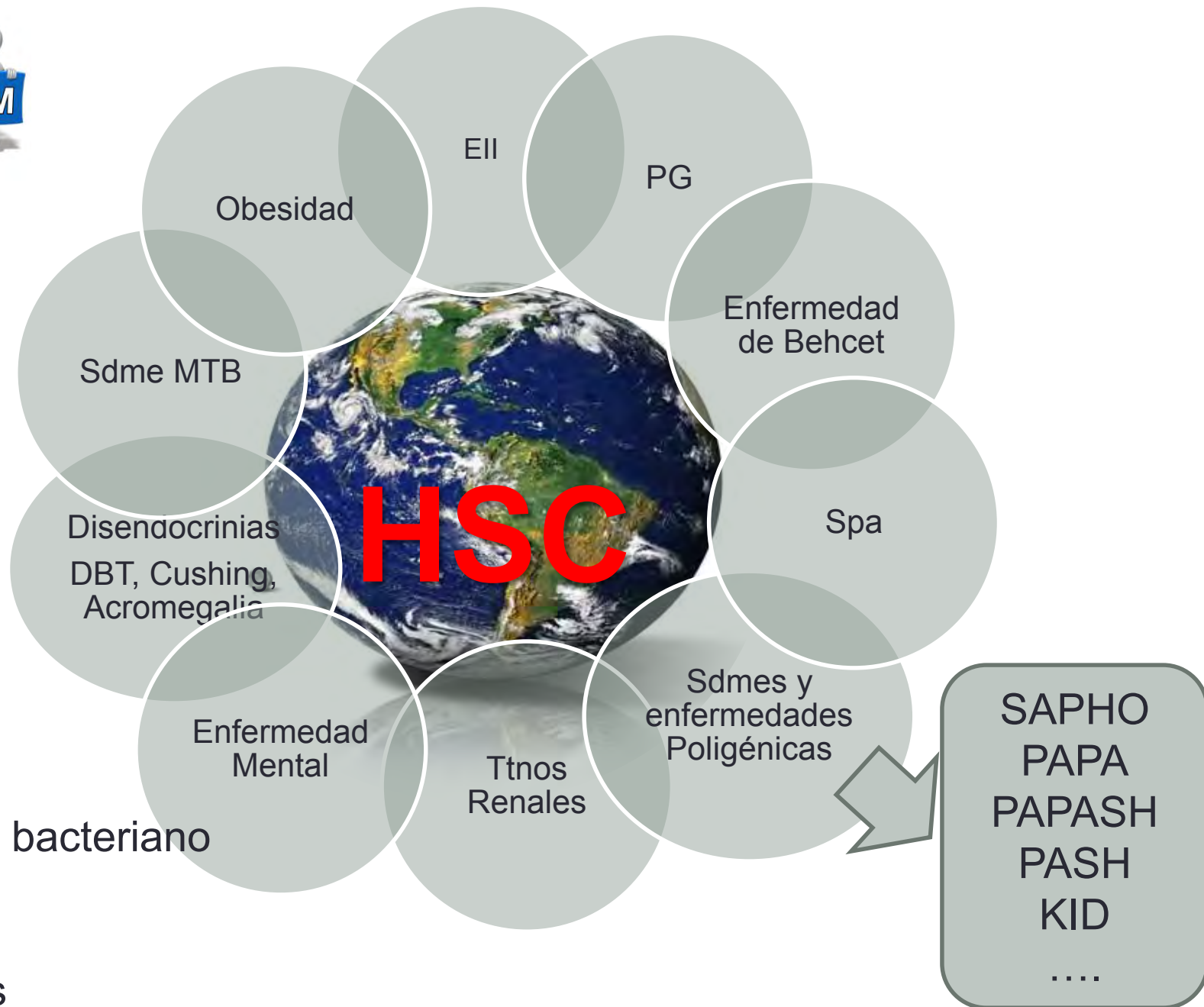
INFLAMMATARIO



Prurito



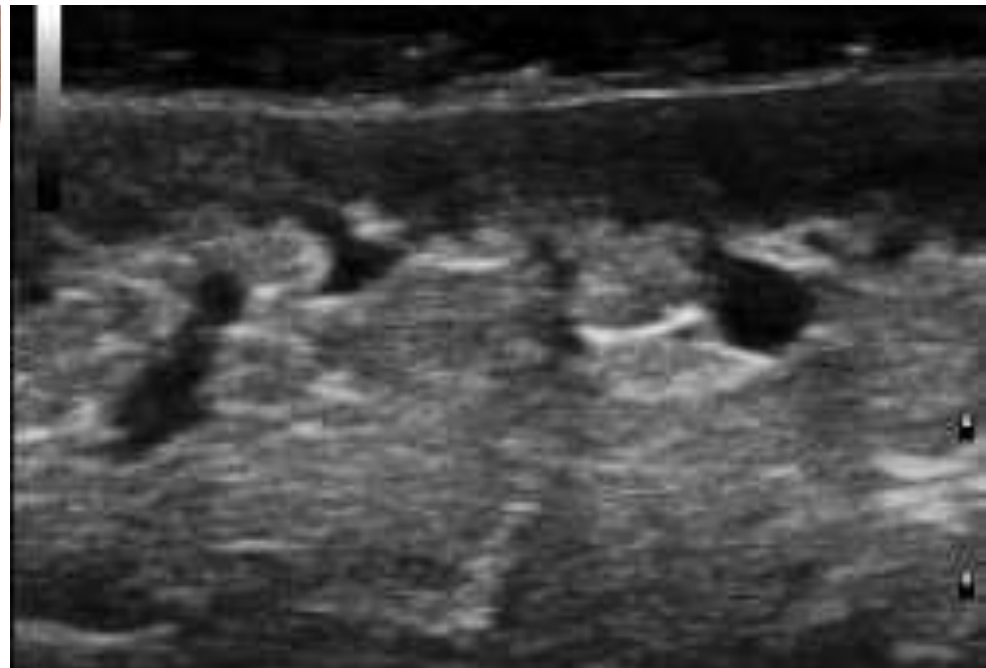
Dolor y olor



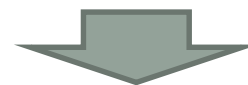
DIAGNÓSTICO



- Lesiones típicas
- Localizaciones
- Recurrencia



- Alta resolución
- Doppler



SOS -HS

I
II
III

TRATAMIENTO

Medidas generales

- Ropa adecuada
- Higiene
- LASER
- Dieta
- Apoyo psicológico

1 línea

- Anti TNF $\longrightarrow$ **ADALIMUMAB**, Infliximab.
- Anti IL-17 $\longrightarrow$ **Secukinumab**.
- ATB: Clinda + Rifa; Cefa, Cipro, TMS.
- Clinda 1% (tópica)

2 y 3 línea

- GC sistémicos
- Triamcinolona intralesional
- Acitretina
- Dapsona
- Colchicina

Terapia Quirúrgica

Ind: tractos sinuosos, fistulas sin rta terapeutica, cicatrices acordonadas y contracturales, HS mutilante, Carcinomas.

- Inicio Terapéutico TEMPRANO!
“Ventana de Oportunidad”: controlar actividad inflamatoria antes de secuelas.
- Difícil manejo (si bien la patología 1ª es dermatológica, hay asociaciones a descartar)



SISTÉMICA

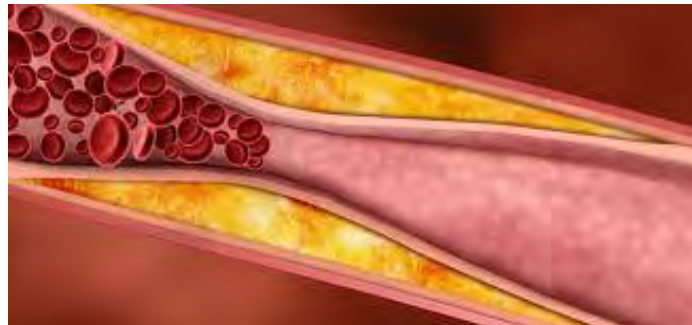
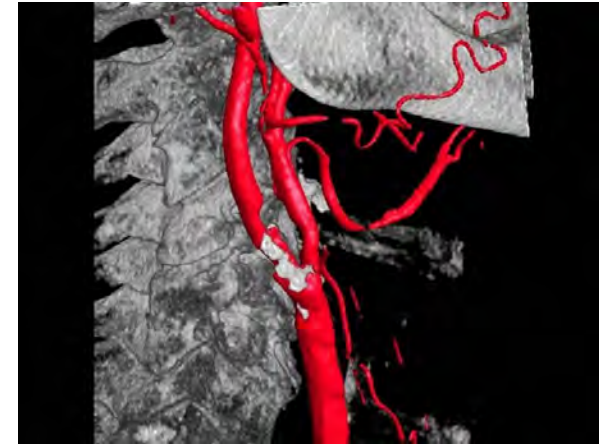
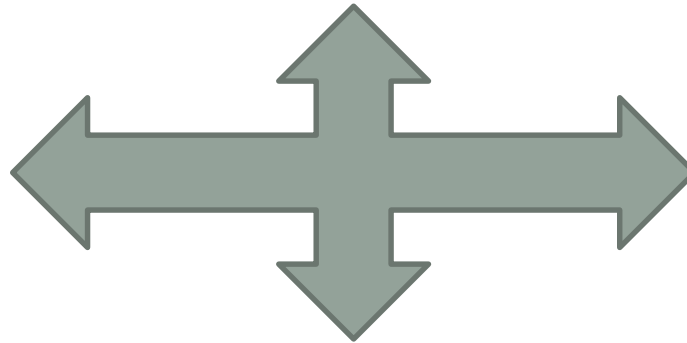
INFLAMATORIA

CRÓNICA

PSORIASIS

INMUNOMEIDADA

BASE GENÉTICA



ETIOPATOGENIA

MULTIFACTORIAL

FACTORES

GENÉTICOS
(poligenica)



infecciones

TBQ,
-OL

Estrés

AMBIENTALES

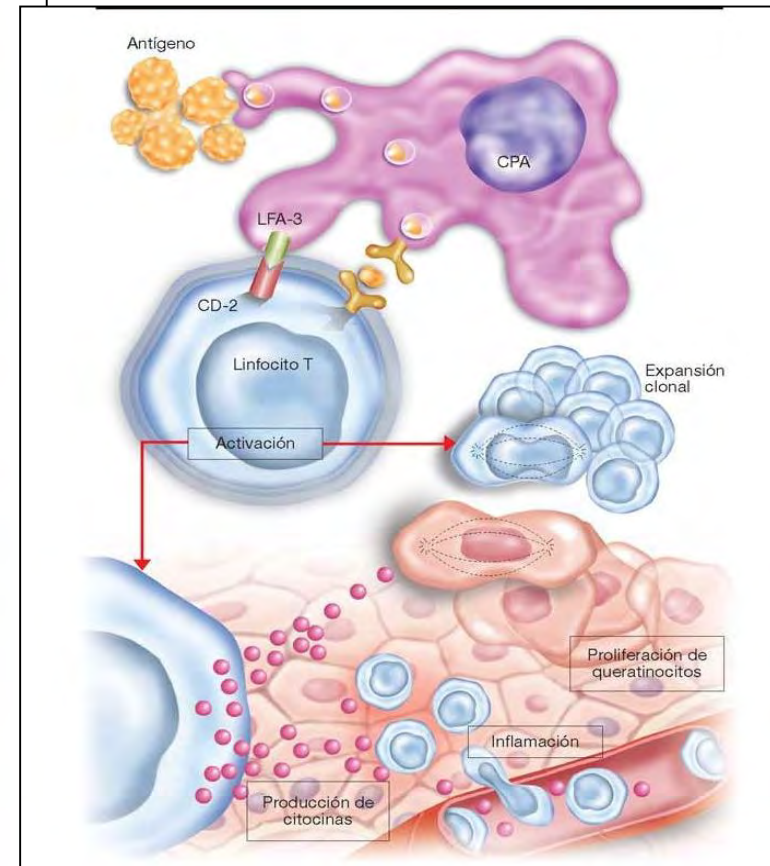
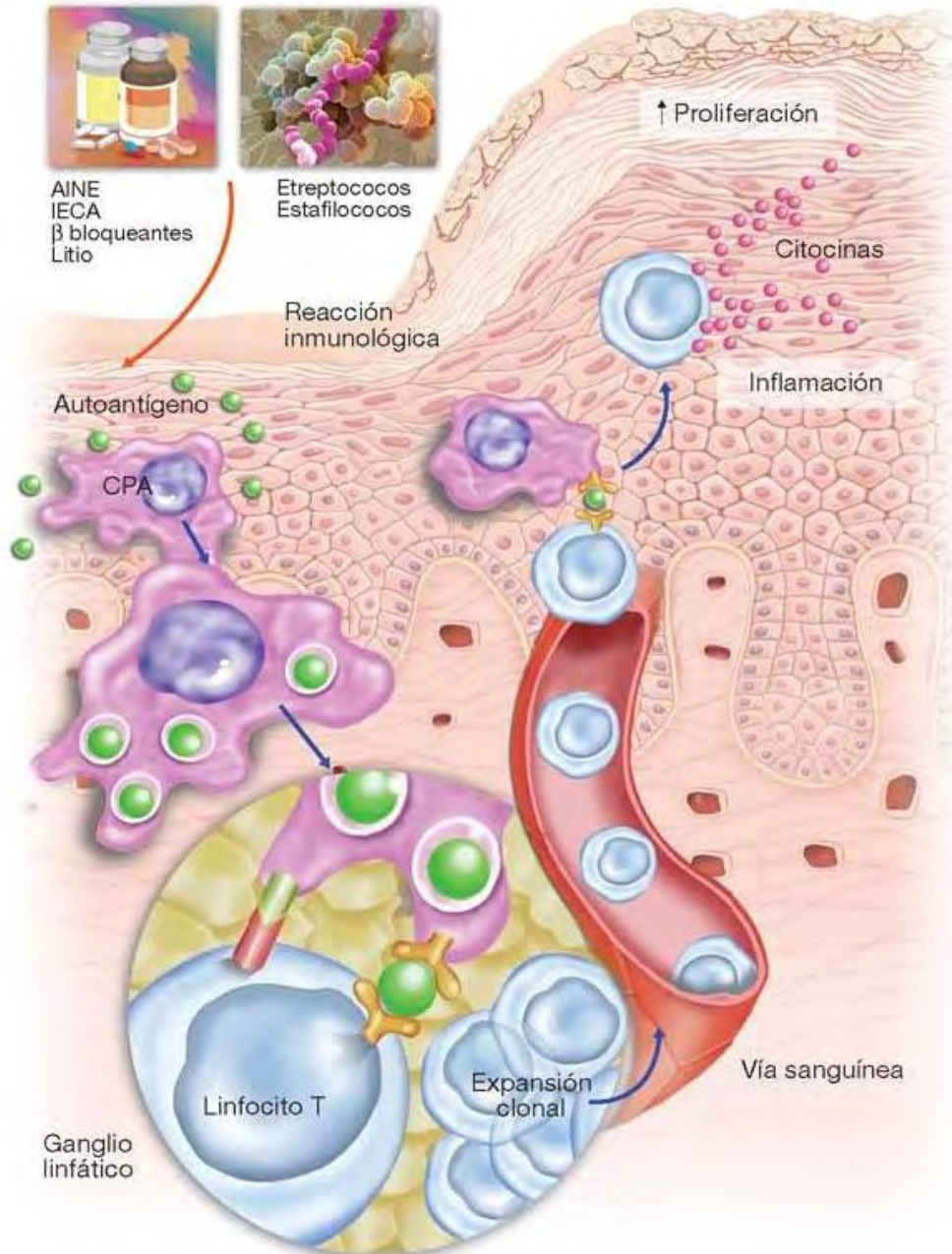
Fármacos

obesidad

traumatismos

- HLA A1, B13, B17, **B27**, **B38**, **B39**, **C12**, Cw0602 (Ps I).

- Genes PSORS: **1**, **3**, **4**, **17**



■ Fenómenos Inmunológicos (células T CD4 y CTK)

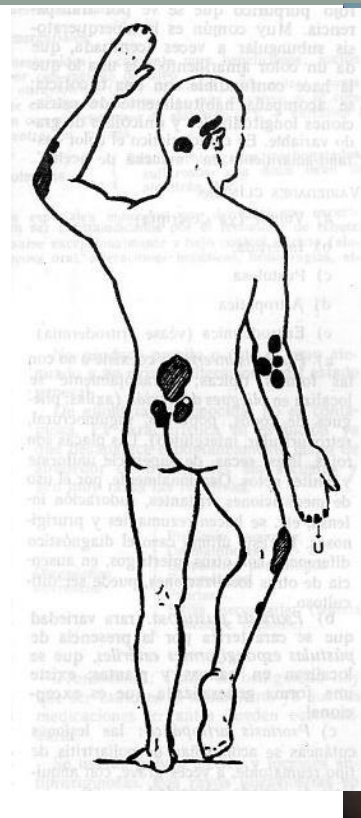


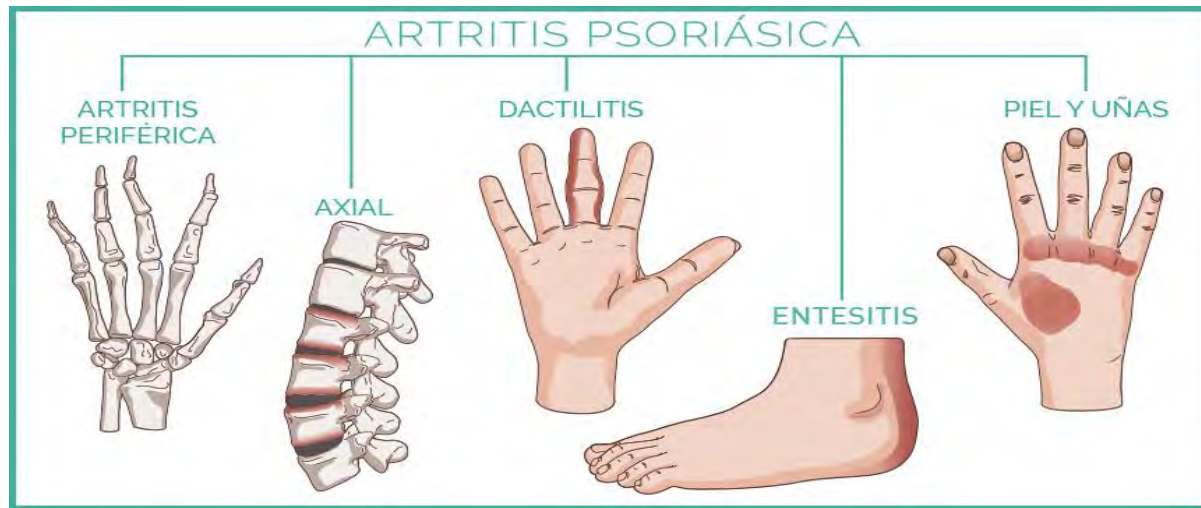
Formas clínicas

)

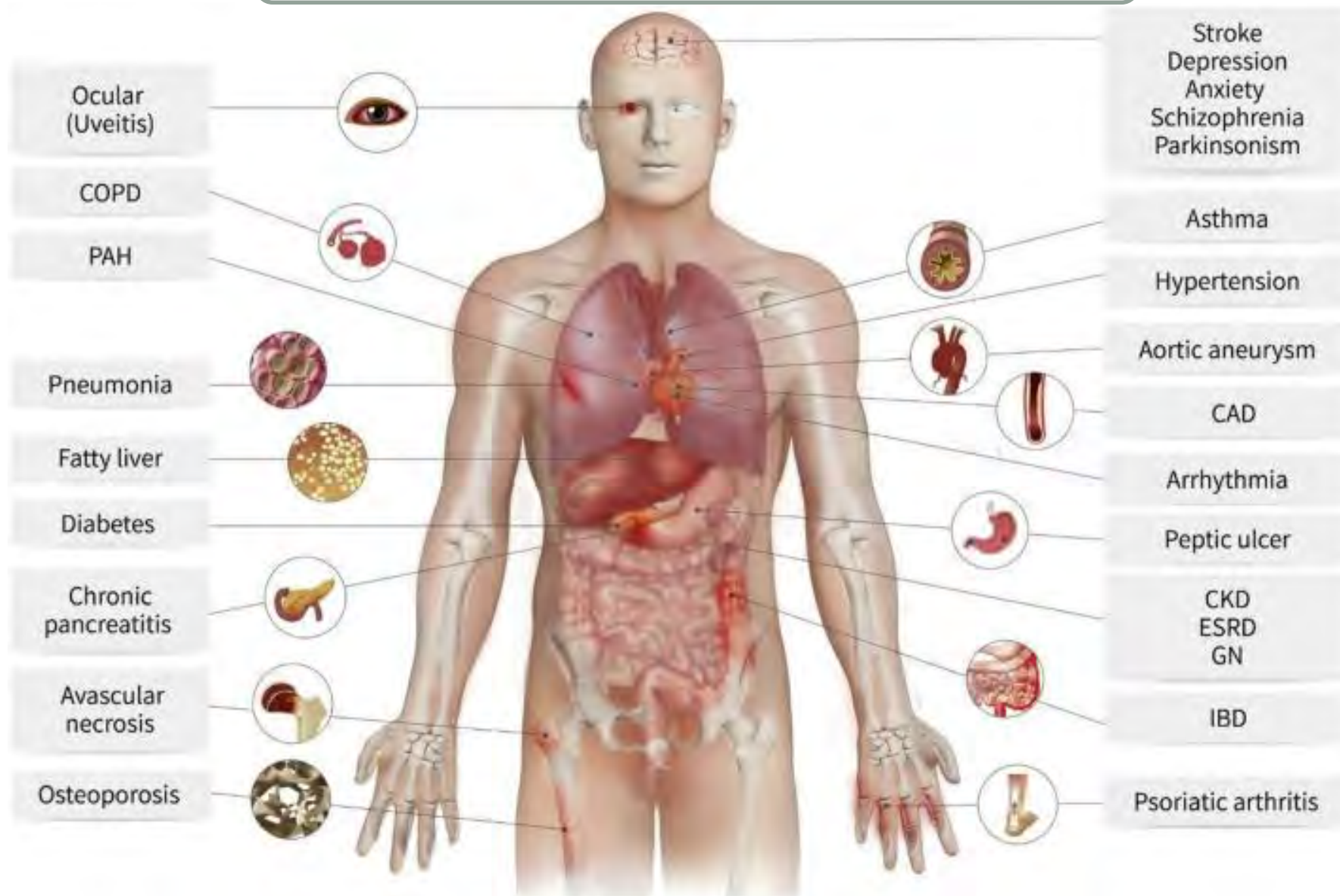
)

)



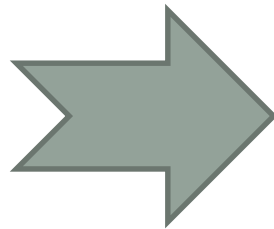


Psoriasis y Comorbilidades



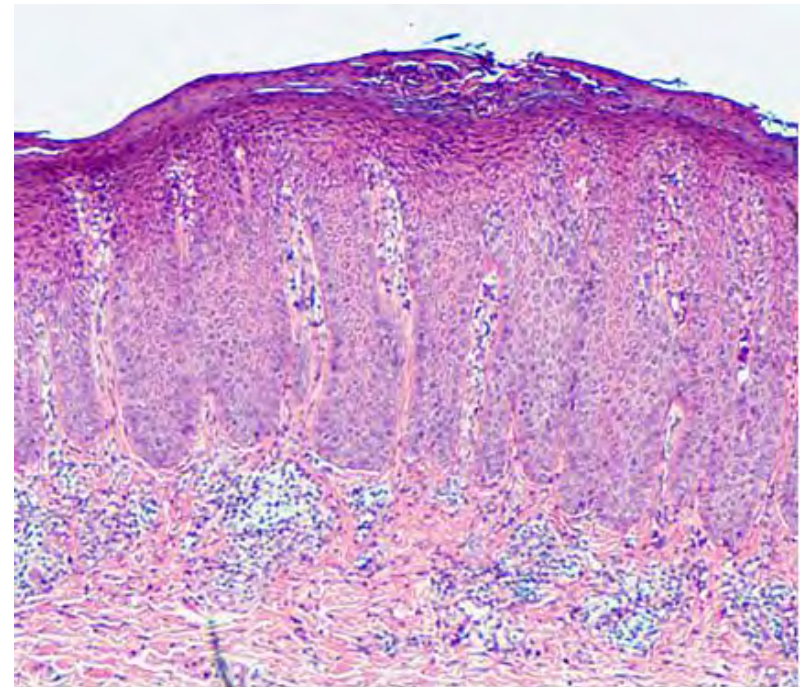
Psoriasis y Enf Cardiovascular...

- Disfunción endotelial. Grosor aumentado de intima y media de art carotida
- MTB lipídico
- Obesidad
- DBT
- HTA
- TBQ, -OL, ESTRÉS,
- Ttnos de sueño, alt psicosocial, depresión, agresión.



ACV - IAM - IC -
ENF CORONARIA

Diagnóstico...

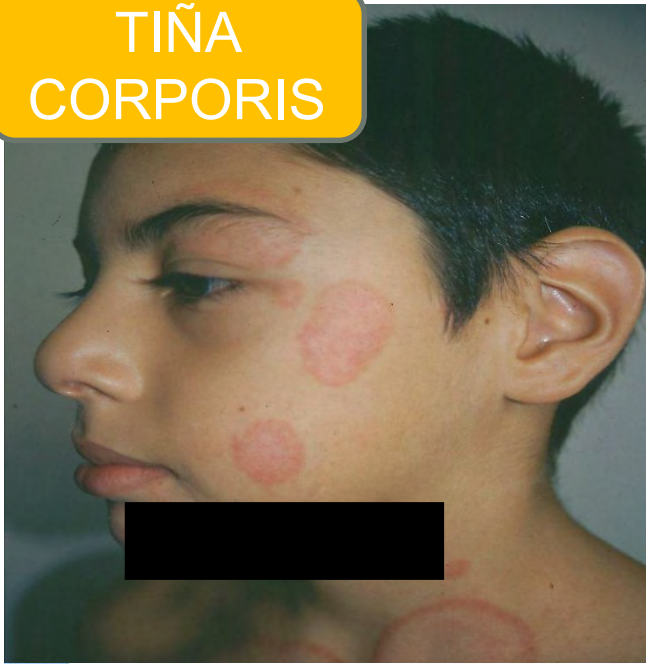




PPP
(PARAPS
PEQ
PLACAS)



TIÑA
CORPORIS



TIÑA
MANUM



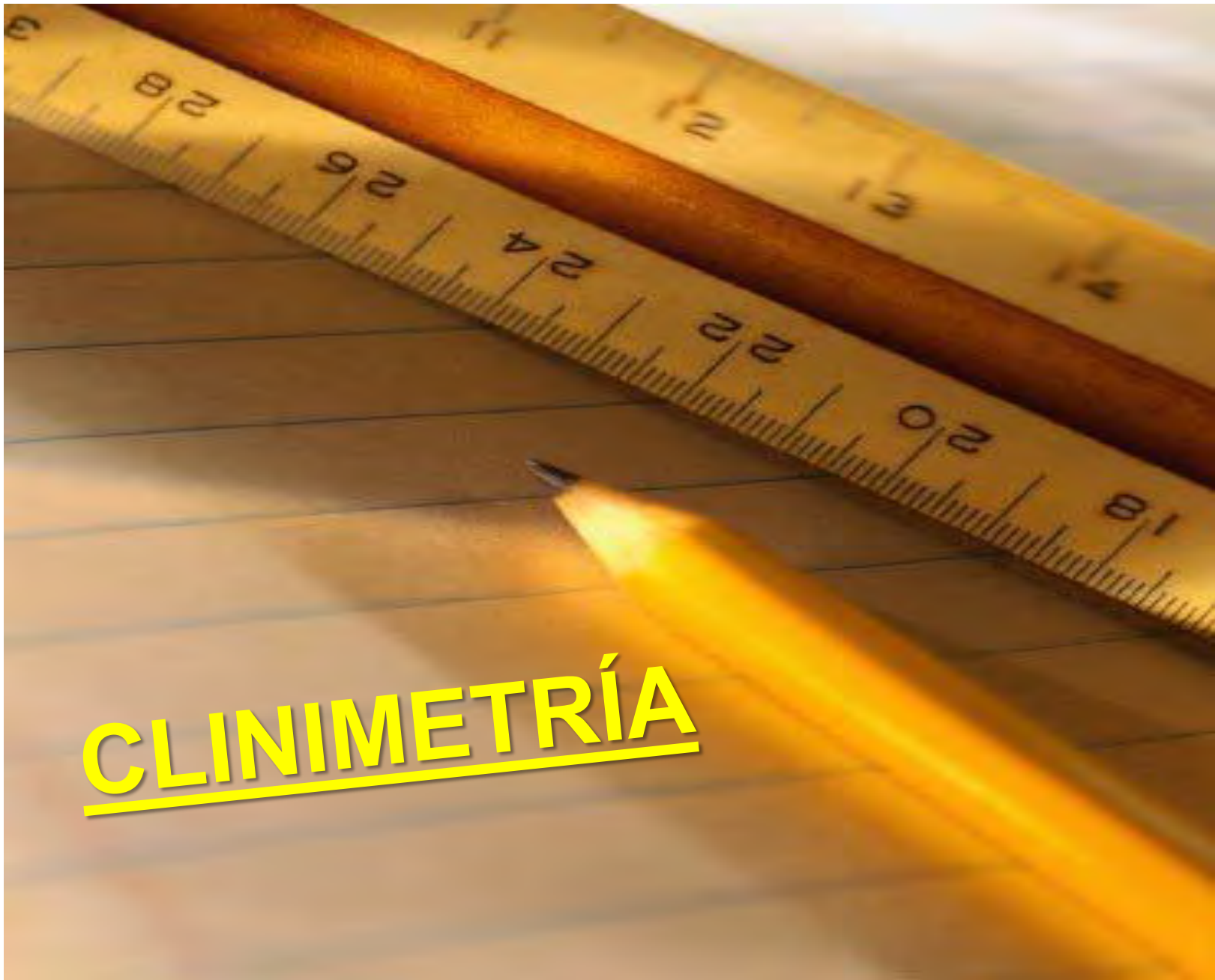
PV



Intertrigo
candidiasico



**Ps:
Manejo y
Tratamientos...**



CLINIMETRÍA

Índices de evaluación de Psoriasis en Dermatología

- **BSA** (Body Surface Area)



- **PASI** (Psoriasis Area Severity Index)

Intensity	Absent	Mild	Moderate	Severe	Very severe
Redness					
Thickening					
Scaling					
	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4

- **NAPSI / mNAPSI** (modified Nails Psoriasis Severity Index)

- **DLQI** (Dermatology Life Quality Index)

- **PGA** (Physician's Global Assessment)

YA ESTADIFICADA LA PSORIASIS, ELEGIMOS LA TERAPÉUTICA...

- **Todas las terapias sistémicas son consideradas de primera línea**, tanto los tratamientos convencionales como las pequeñas moléculas y las terapias biológicas.

- **PS LEVE**

Tópico

- **PS MODERADA- SEVERA**

FT o tratamiento sistémico:
Dmards o Biológicos.

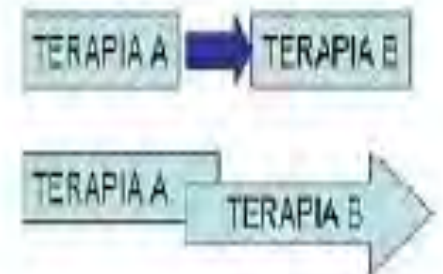
Terapéutica tópica:

- **CORTICOIDES.**
- **CALCIPOTRIOL 0,005%**
(ungüento, loción).
- **TACROLIMUS 0,1% ungüento 2 v/d.**
- **COALTAR 5-10% (gel, champu, loción, crema).**
- **ÁC. SALICÍLICO, UREA 40%.**
- **ANTRALINA 0,03%; 0,05%; 1%**
(crema, ungüento, loción).
- **TAZAROTENE 0,05%; 1% (crema, gel).**

TERAPIA ROTATORIA



TERAPIA SECUENCIAL



TERAPIA COMBINADA



...Terapéutica Tópica **Complementaria**

- **Vit A E D, Alantoína, Urea 10-20 %** (crema, emulsión).
- **Vaselina sólida.**
- **Ac. Salicílico** (loción, crema, unguento, champu).
- **Aceites, avena, urea 40%.**

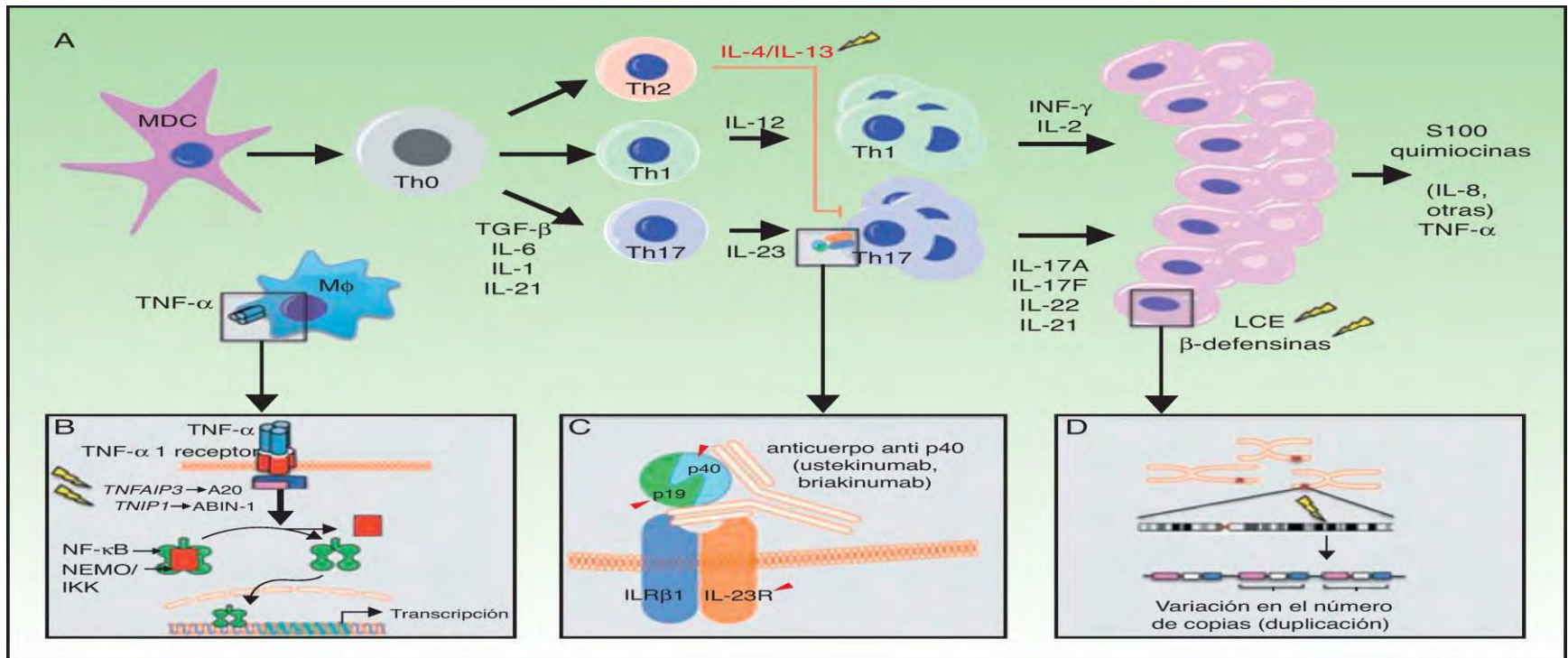
Terapéutica Sistémica

- **Ciclosporina**, 2,5 a 5 mg/kg/día.
- **Metotrexate**, 7,5 a 15 mg semana.
- **Acitretin**, 0,3 a 0,5 mg/kg/día y luego se aumenta a 0,75mg/kg/día.
- **FQT: PUVA/ RePUVA** útil cuando está comprometida en más del 20% la SC o cuando falla la terapia tópica.
- **FT: UVB.**





• MODIFICADORES DE LA RESPUESTA INMUNE



ALEFACEPT (Amevive) 15 mg IM semanal/ **EFALIZUMAB (Raptiva)**.

INFLIXIMAB (Remicade) 5 mg/kg IV.

ETANERCEPT (Enbrel) 50 mg 2 v/semana.

CERTOLIZUMAB PEGOL (Cimzia)

ADALIMUMAB (Humira) 80 mg c/ 2 semanas.

USTEKINUMAB (Stelara) (IL 12-23)

SECUKINUMAB (Cosentyx)- IXEKIZUMAB (Taltz) (IL 17)

RIZANKIZUMAB (Skyrizi) (IL 23A)

GUSELKUMAB (Tremfya) (IL23)

Tildrakizumab (IL 23)

Apremilast, Deucravacitinib (pequeñas moléculas)



‘Nada mas misterioso que la Piel...

Esa **cubierta exterior** que reviste todo el cuerpo y se insinúa en los orificios naturales, no es una simple envoltura inerte; más bien se trata de un **órgano complejo, anatómico y funcional**, indivisiblemente ligado a la fisiología y patología de todo el organismo.

Vestido fisiológico, tarjeta de presentación, espejo interno.

Barrera que separa a la persona del exterior, al microcosmos del macrocosmos y

Límite corporal que marca la individualidad...’

Amado Saul, Gabriel Martinez.



Muchas gracias!