



Psoriasis en el adulto y principales factores de riesgo para su presentación. Una revisión de la literatura

Psoriasis in adults and main risk factors for its development. A review of the literature

Psoríase no adulto e principais fatores de risco para a sua apresentação. Uma revisão da literatura

Karla Merari Monge-Roque ^I

mongekarla30r@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6088-5818>

Ariana Belén Benenaula-Cabrera ^{II}

micaelabenenaula@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-0152-7476>

Nathaly Valeria Lojano-Arce ^{III}

nathalylojano85@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-8278-3884>

Joe Alexander León-Coronel ^{IV}

Jc2002_jalc_06@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-9449-6321>

Victor Euclides Briones-Morales ^V

vbriones@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2394-4624>

Correspondencia: mongekarla30r@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 18 de agosto de 2024 * **Aceptado:** 22 de septiembre de 2024 * **Publicado:** 17 de octubre de 2024

- I. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- II. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- III. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- IV. Estudiante de Medicina de la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- V. Profesor de la Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.

Resumen

La psoriasis es una enfermedad crónica caracterizada por inflamación que tiene múltiples factores causales. En el presente trabajo, mediante revisión de la literatura se examina la incidencia de diversos factores de riesgo en el curso y exacerbación de esta enfermedad en pacientes adultos. Se analizan tanto factores inmodificables como la predisposición genética, edad y sexo, así como factores variables que incluyen al consumo de alcohol, el tabaquismo, obesidad, sedentarismo y estrés psicológico. A consecuencia de no ser una enfermedad con una etiología identificada es de suma importancia evidenciar la asociación entre sus exacerbantes y determinar la importancia de factores ambientales, con el fin realizar un manejo integral, mejorar así el bienestar del paciente y sus expectativas de recuperación.

Palabras claves: psoriasis; comorbilidades; factores de riesgo.

Abstract

Psoriasis is a chronic disease characterized by inflammation that has multiple causal factors. In this work, through a review of the literature, the incidence of various risk factors in the course and exacerbation of this disease in adult patients is examined. Unchangeable factors such as genetic predisposition, age and sex are analyzed, as well as variable factors that include alcohol consumption, smoking, obesity, sedentary lifestyle and psychological stress. As it is not a disease with an identified etiology, it is of utmost importance to demonstrate the association between its exacerbating factors and determine the importance of environmental factors, in order to carry out a comprehensive management, thus improving the patient's well-being and their expectations of recovery.

Keywords: psoriasis; comorbidities; risk factors.

Resumo

A psoríase é uma doença crónica caracterizada por uma inflamação que apresenta múltiplos fatores causais. No presente trabalho, através de uma revisão da literatura, é examinada a incidência de vários fatores de risco no decurso e exacerbção desta doença em doentes adultos. São analisados tanto fatores não modificáveis como a predisposição genética, idade e sexo, como fatores variáveis que incluem o consumo de álcool, o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo e o stress psicológico. Por não se tratar de uma doença com etiologia identificada, é de extrema importância demonstrar

a associação entre os seus exacerbadores e determinar a importância dos fatores ambientais, para realizar um manejo abrangente, melhorando assim o bem-estar do doente e as suas expectativas de recuperação.

Palavras-chave: psoríase; comorbidades; fatores de risco.

Introducción

La psoriasis es una patología inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por la aparición de placas eritematosas con descamación. Tiene una etiología multifactorial, con una fuerte implicación genética y una compleja interacción entre factores inmunológicos y ambientales (Griffiths et al., 2021). Su prevalencia global se estima en torno al 2-3%, afectando a ambos sexos por igual (Fernández-Armenteros et al., 2019). Tradicionalmente se ha considerado una patología limitada a la piel, pero en las últimas décadas se ha demostrado su asociación con numerosas comorbilidades, convirtiendo la psoriasis en una enfermedad sistémica (Oji & Luger, 2015).

Diversos estudios han identificado varios factores de riesgo implicados en el curso y progresión de esta enfermedad. Estos incluyen factores inmodificables como la genética, la edad y el sexo, así como factores variables tales como el tabaquismo, la ingesta de alcohol, la obesidad e inactividad física y el estrés psicológico (Korman, 2020). También, se pudo observar un vínculo cercano entre psoriasis y otras patologías como la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus, el síndrome metabólico y la depresión (Otero et al., 2021).

Comprender la incidencia y repercusión de los factores de riesgo presentes en la psoriasis resulta crucial para optimizar el manejo terapéutico y prevenir posibles complicaciones. Un enfoque integral que aborde tanto los aspectos cutáneos como las comorbilidades asociadas es fundamental para incrementar el bienestar de los pacientes (Hidalgo Solís et al., 2021). Por lo tanto, esta revisión de la literatura tiene la meta de estipular el influjo de dichos factores de riesgo en la psoriasis enfocándose en primordialmente en pacientes adultos, con la finalidad de proporcionar una visión actualizada de su compromiso en la evolución de esta enfermedad.

Materiales y métodos

El enfoque metodológico utilizado en este estudio se fundamenta en el paradigma positivista, utilizando un método cuantitativo descriptivo no experimental, desarrollado con una modalidad de investigación documental y un método bibliográfico.

El tema de investigación es “Incidencia de los factores de riesgo en psoriasis en pacientes adultos. Revisión de la literatura”, en la cual se utilizó la línea de investigación con la metodología DQP/CEA. Para la búsqueda se realizaron con operadores booleanos “psoriasis” or “lesiones dérmicas” or “chronic skin disease”. El propósito está planteado bajo el método EDREPA, mediante el cual se busca describir la Incidencia de los factores de riesgo para la presentación y evolución de psoriasis en pacientes adultos.

Resultados

La Psoriasis hace referencia a una condición inflamatoria cuya causa etiológica no está determinada, ya que son los factores que la desencadenan y/o exacerban los que se conocen y son objeto de estudio para entender esta enfermedad (Das, 2023). Cada uno de estos factores juega un rol importante en el individuo, siendo así que entre mayor presencia de estos mayor es la predisposición en desarrollar esta enfermedad (Otero et al., 2021).

Es oportuno clasificar estos factores de riesgo y su influjo en la enfermedad, ya que esto permite un mejor abordaje terapéutico y mayor comprensión de la patogenia, categorizando así aquellos que son modificables y los que no son modificables, siendo los primeros de gran interés para intervención temprana y modificación de los mismos para un mejor pronóstico (Kamiya et al., 2019).

Entre los principales factores de riesgo modificables más destacados se encuentran el tabaquismo, dieta y fármacos, mientras que los no modificables están descritos tal como; la edad, genética, hipertensión, dislipidemias, obesidad y presencia de comorbilidades (Sánchez, 2021).

Factores de riesgo modificables

El tabaquismo promueve la liberación de mediadores proinflamatorios que exacerban los procesos fisiopatológicos de la psoriasis, es decir que presenta procesos inmunopatogénicos que, inducidos por la nicotina presente en el tabaco, conlleva a la activación de respuestas celulares reguladas por células T y activación de interleucinas inflamatorias, factor de necrosis tumoral alfa, y otros, que

son conocidos como los factores proinflamatorios (López et al., 2019). Además la deshabitación tabáquica reduce la probabilidad de padecer diabetes mellitus y reduce la presentación de los procesos inflamatorios que afectan a nivel cardiovascular y pulmonar (Poueriet & Marianni, 2022; Spain, 2022).

La obesidad conlleva un proceso de inflamación crónica, en el que los pacientes que padecen de psoriasis poseen una mayor prevalencia en el riesgo de esta enfermedad, proceso que está mediado por la secreción mediadores inflamatorios que contribuyen significativamente en la patogénesis de la psoriasis (Kamiya et al., 2019).

En relación a los fármacos se conoce que existen aquellos que pueden desencadenar o empeorar la condición, entre los cuales se encuentran los IECA, beta-bloqueadores, metotrexato, biológicos, litio e inclusive los agonistas de los receptores de benzodiazepinas (Thurrott, 2023).

Factores de riesgo no modificables

En investigaciones actuales se ha evidenciado que existen bases genéticas que contribuyen en la patogénesis de la psoriasis, sobre todo la psoriasis de tipo vulgar y la artritis psoriásica, en las cuales los complejos de mayor histocompatibilidad son los que evidencian esta asociación (Hecht, 2022).

El síndrome metabólico corresponde a un conjunto de alteraciones en el metabolismo tal como lo es la dislipidemia, hipertensión y diabetes los cuales representan un alto riesgo en el proceso inflamatorio de base en la psoriasis (De Gabriel, 2021).

El estrés es un mecanismo fisiológico del cuerpo ante situaciones de alerta, sin embargo, cuando estos mecanismos se producen por periodos prolongados de tiempo conllevan riesgos para la salud, mismos que están determinados por la sobreexposición de hormonas como el cortisol que frente a estas situaciones producen una alteración en el funcionamiento del organismo y su metabolismo (Blakemore, 2024; Síntomas de estrés: consecuencias en tu cuerpo y en tu conducta, 2023). Dentro del mecanismo fisiológico del estrés crónico se produce un aumento de las hormonas neuroendócrinas, y éstas a su vez llevan a la depresión de la función del sistema inmune, produciendo así un desequilibrio que repercute en lesiones celulares a través de la activación de células inflamatorias (Blakemore, 2024).

La psoriasis es una alteración cutánea en la cual se pueden encontrar células de la piel que proliferan diez veces más deprisa de lo normal, por lo que aparecen manchas rojas y abultadas con escamas

blanquecinas en el cuero cabelludo, la región lumbar, los codos y en rodillas, aunque también puede aparecer en otras partes (Psoriasis, n.d.). Esta enfermedad no se transmite de una persona a otra, pero a veces pueden padecerla personas de la misma familia; pocas regiones del cuerpo suelen verse afectadas por la psoriasis, aunque en los casos graves se ven afectadas importantes regiones, sin embargo, a lo largo de la vida, las manchas tienden a recuperarse y reaparecer (Griffiths et al., 2021; Raharja et al., 2021).

Clasificación de la psoriasis

- **Psoriasis en placa:** La psoriasis en placas, a veces denominada psoriasis en placas crónica, es la presentación más frecuente de esta enfermedad y sucede aproximadamente en el 80% de los pacientes con psoriasis; es un trastorno de la piel inflamatorio, crónico y recurrente, con un origen genético predominante que pocas veces pone en peligro la vida, pero a menudo es intratable al tratamiento (Badri et al., 2023). Las placas psoriásicas son bien definidas y eritematosas con predilección por la cara extensora distribuidas en codos, rodillas y zona lumbar; a su vez son invariablemente simétricas, pero el número de placas puede variar, además están cubiertas por escamas de color blanco plateado que al momento de retirarlas, muestran puntos sangrantes puntuales (Gisoni et al., 2020).

La enseñanza tradicional sugiere que las placas psoriásicas no son particularmente sintomáticas, sin embargo, algunos estudios sugieren que los pacientes con psoriasis experimentan una variedad de síntomas debido a sus placas, siendo los más comunes la picazón y el dolor (Gisoni et al., 2020). La picazón en las placas psoriásicas puede variar desde una picazón ocasional molesta hasta un prurito severo; rascarse estas lesiones puede inducir la koebnerización y el empeoramiento de lesiones individuales (Plaque psoriasis, 2023).

- **Psoriasis inversa:** La psoriasis inversa (PI), también conocida como psoriasis flexural o intertriginosa, es una variedad de psoriasis que se caracteriza clínicamente por placas eritematosas bien delimitada, siendo más afectadas las zonas de los pliegues inguinales, seguidos de las axilas, los pliegues inframamarios, la zona perianal, el ombligo y las zonas retroauriculares (Inverse psoriasis, n.d.). También suelen estar afectadas las fosas antecubital y poplítea y los espacios interdigitales (Micali et al., 2020).
- **Psoriasis guttata:** La psoriasis guttata refiere una afección donde existe una multitud de pequeñas placas distribuidas de forma difusa sobre el tronco y las extremidades,

la cual puede presentarse en dos escenarios diferentes: el primero es un desarrollo lento de pequeñas lesiones de psoriasis que pueden volverse confluentes y pueden denominarse psoriasis en placas pequeñas (Guttate psoriasis, 2021). La consideración más importante en estos pacientes que tienen pequeñas placas crónicas de psoriasis es la dificultad para aplicar medicación tópica en muchas áreas pequeñas, incluso si la superficie corporal total cubierta es limitada (Guttate psoriasis, 2021).

La psoriasis guttata puede ser diferenciada de la psoriasis en placas pequeñas porque se produce de forma repentina y explosiva; normalmente, un paciente joven que no ha tenido psoriasis activa en el pasado desarrollará de forma aguda cientos de pequeñas lesiones de psoriasis en relación con una infección, a menudo faringitis estreptocócica (Duffin et al., 2023; Leung et al., 2023). Esta forma de psoriasis a menudo retrocede después del tiempo o del tratamiento inicial, pero en muchos casos, los pacientes que inicialmente presentan síndrome guttata desarrollarán psoriasis en placas más adelante en la vida (Leung et al., 2023).

- **Psoriasis pustulosa:** Es una forma inusual de psoriasis que se muestra con pústulas por encima de un fondo eritematoso y tiene dos subtipos distintos: pustulosis palmoplantar (PPP) y psoriasis pustulosa generalizada (PPG) (Bachelez, 2020).

La PPP es una condición inflamatoria rara, crónica y habitual que perjudica las palmas y/o las plantas con pústulas estériles en erupción, que son debilitantes y generalmente resistentes al tratamiento; lo fundamental de la enfermedad palmar-plantar es el impacto que puede tener en la vida de un paciente mucho más allá de lo que se podría predecir por la superficie afectada (Menter et al., 2021). Debido a la epidermis más gruesa en las palmas y las plantas, hay menos flexibilidad en la piel y estas lesiones pueden provocar grietas en la piel que pueden ser extremadamente dolorosas, además, la presión constante sobre las lesiones plantares al caminar también puede provocar una gran incomodidad (Misiak-Galazka et al., 2020). También, el uso de manos y pies en actividades habituales de la vida cotidiana puede verse impedido por las placas psoriásicas en estas zonas (Noe et al., 2022).

Por otro lado, la PPG se distingue por la erupción repentina de pústulas estériles, a menudo acompañada por inflamación sistémica (Choon et al., 2022). Los pacientes pueden tener fiebre alta, aumento del recuento de glóbulos blancos e incluso hipotensión asociada con la psoriasis pustulosa aguda diseminada (Marrakchi & Puig, 2022).

- **Psoriasis eritrodérmica:** La psoriasis eritrodérmica (PE) hace una referencia a una forma grave e infrecuente de la psoriasis que generalmente presenta eritema que suele perjudicar a más del 75% de la superficie corporal y escamas, pústulas o exfoliación de la piel asociadas (Lo & Tsai, 2021). Debido a la extensa afectación cutánea, los pacientes con PE pueden presentar síntomas sistémicos, como prurito, fiebre, escalofríos, deshidratación, artralgia, astenia y linfadenopatía (Lo & Tsai, 2021). Se pueden identificar varios desencadenantes de la PE, incluida la infección, la administración de corticosteroides sistémicos, la retirada de medicación, el estrés emocional severo y la enfermedad previa (Potestio et al., 2023).
- **Sebopsoriasis:** Corresponde a las lesiones en el rostro que aparecen en áreas ricas en sebo por lo que pueden ser difíciles de distinguir (Sebopsoriasis, 2023). Es parecida a la dermatitis seborreica debido a que las lesiones son muy parecidas, con diminutas escamas grasas en la frente, cejas y alas de la nariz (Al-Janabi & Marsland, 2020).
- **Psoriasis ungueal:** Puede manifestarse clínicamente como una amplia variedad de cambios en las uñas, como decoloración de las uñas, hiperqueratosis subungueal, picaduras (depresiones ungueales puntiformes) y onicólisis (desprendimiento de la placa ungueal distal del lecho ungueal), según corresponda la unidad ungueal afectada (Haderer et al., 2021). La psoriasis ungueal se desarrolla principalmente en asociación con la psoriasis cutánea y la artritis psoriásica, de manera que los estudios varían ampliamente en cuanto a su prevalencia; sin embargo, en múltiples estudios se encuentra una fuerte asociación del 80% al 90% entre la artritis psoriásica y la psoriasis ungueal, probablemente porque la artritis psoriásica clásicamente afecta la articulación interfalángica distal, que es la articulación más cercana a la uña (Muneer et al., 2024). La psoriasis ungueal puede desarrollarse como una manifestación única de la psoriasis o al mismo tiempo que otros síntomas o después de la aparición de síntomas cutáneos (Kaeley et al., 2021).
- **Psoriasis genital:** La psoriasis de las áreas genitales tanto en hombres como en mujeres a menudo no es considerada por los pacientes ni por los médicos ya que, la presentación de pequeños parches o placas con escamas leves debería poner en alerta al médico acerca de la probabilidad de psoriasis al evaluar erupciones eritematosas de los genitales (Wu & Fischer, 2024). El diagnóstico diferencial de la psoriasis en los genitales incluiría afecciones como el liquen escleroso y atrófico, la dermatitis de contacto o, mucho

menos probable, las infecciones fúngicas localizadas (Hallab et al., 2022). En el tratamiento se deben tener en cuenta las consideraciones relativas a la psoriasis inversa, incluido el adelgazamiento de la piel; es relevante señalar que los aumentos en el carcinoma de células escamosas local impiden el uso de fototerapia en estas áreas (Burlando et al., 2020).

Diagnóstico

El diagnóstico de la psoriasis es casi puramente clínico debido a que no existen pruebas de diagnóstico específicas para la psoriasis; en general, para los pacientes que por lo demás están sanos, casi todas las pruebas de diagnóstico son normales (Reich et al., 2020). Cuando la psoriasis es muy grave, especialmente en pacientes con psoriasis pustulosa o eritrodérmica, el recuento de glóbulos blancos puede estar elevado (Luna Cerón et al., 2020). Los marcadores de inflamación sistémica, como la VSG y la PCR, no suelen estar elevados cuando la psoriasis no se acompaña de PsA, por tanto, casi nunca está indicada una evaluación de la psoriasis con pruebas diagnósticas (Hidalgo Solís et al., 2021).

La única prueba de diagnóstico que puede resultar beneficiosa es la biopsia de piel, sin embargo, es de vital importancia recordar que el diagnóstico de psoriasis rara vez se realiza mediante una biopsia de piel debido a que no siempre coincide perfectamente con la enfermedad clínica de la piel (Ibad et al., 2021). Se debe tener la debida discreción al elegir realizar una biopsia de piel para diagnosticar psoriasis, ya que a menudo no es útil, por lo que, dada la naturaleza sutil de la lectura de la biopsia, es imperativo que la lea un patólogo capacitado en dermatopatología (Knabel & Mudaliar, 2022).

Hay una serie de características distintivas que pueden llevar a un dermatatólogo hacia un diagnóstico de psoriasis y estos cambios se dan tanto en la epidermis como en la dermis de la piel (Armstrong & Read, 2020). En el estrato córneo, la apariencia normal de tejido de cesta se reemplaza por capas engrosadas de escamas en las que las células conservan sus núcleos, que normalmente se pierden durante la maduración; la aparición de esta hiperqueratosis y paraqueratosis es relativamente específica de la psoriasis (Hidalgo Solís et al., 2021). En las zonas inferiores de la epidermis hay células inflamatorias, incluidos linfocitos, en particular células T CD8+ y grupos de neutrófilos, que a veces se acumulan en colecciones microscópicas llamadas microabscesos de Pouterier (Waghmare et al., 2020). Por lo general, sólo hay una espongirosis muy limitada entre los queratinocitos que puede ayudar a distinguir la psoriasis de la dermatitis

espongiótica, además de un engrosamiento (acantosis) de la epidermis con agrandamiento de las crestas de la red y, a la inversa, adelgazamiento de las placas suprapapilares (Mihu et al., 2022). Por último, en la dermis existen una serie de elementos sugestivos de psoriasis tales como, los vasos sanguíneos superficiales de las papilas dérmicas que tienden a engrosarse y ser más numerosos que en la piel no afectada (Anupama & B Patil, 2020). Lo más prominente en la dermis es el infiltrado de linfocitos, que son principalmente CD4+ y tienden a disponerse perivascularmente, aunque también suele haber algunos neutrófilos, monocitos y células dendríticas en el infiltrado, pero son los linfocitos los más evidentes (Patel & Raval, 2020).

Discusión

La Psoriasis es una enfermedad en la que se ve afectado el sistema inmunológico, desarrollando un proceso evolutivo crónico que conlleva la activación de respuestas celulares proinflamatorias. Los estudios epidemiológicos han demostrado consistentemente que ciertos factores genéticos y ambientales desempeñan un papel crucial en el curso y la exacerbación de la psoriasis. La predisposición genética ha sido identificada como un factor de riesgo primordial, con múltiples loci genéticos asociados a un aumento en el riesgo de cursar con la enfermedad, aunque, la variabilidad en la penetrancia y expresividad de estos genes sugiere que los factores ambientales también desempeñan un rol significativo en la manifestación de la psoriasis (Hecht, 2022).

En base a los factores de riesgo ambientales más estudiados, el estrés psicológico ha emergido como un desencadenante importante de brotes psoriásicos; la literatura científica señala una correlación significativa que incluye a las situaciones de estrés cotidianas y a la aparición o exacerbación de la psoriasis, lo que subraya la importancia de abordar la salud mental en el manejo integral de esta enfermedad (Síntomas de estrés: consecuencias en tu cuerpo y en tu conducta, 2023). Asimismo, el tabaquismo y la ingesta excesiva de alcohol fueron asociados consistentemente a un mayor riesgo de desarrollar psoriasis y con una mayor severidad de los síntomas en pacientes ya diagnosticados (Poueriet & Marianni, 2022; Spain, 2022).

También, la obesidad y el síndrome metabólico han ganado atención como factores de riesgo significativos en los últimos años debido a que estudios longitudinales han demostrado que el incremento del índice de masa corporal no solo aumenta el riesgo de desarrollar psoriasis, sino que también se asocia con una mayor resistencia al tratamiento (De Gabriel, 2021).

Por otro lado, las infecciones, particularmente las estreptocócicas, han sido identificadas como desencadenantes potenciales de la psoriasis, especialmente en la forma guttata (Guttate psoriasis, 2021). Este hallazgo resalta la importancia de la vigilancia y el manejo adecuado de las infecciones en pacientes con predisposición a la psoriasis. Además, ciertos medicamentos, como los IECA, beta-bloqueadores, metotrexato, biológicos, litio e inclusive los agonistas de los receptores de benzodiazepinas, se han correlacionado con una mayor probabilidad de presentar o exacerbar la psoriasis, lo que subraya la necesidad de una cuidadosa consideración farmacológica en el manejo de pacientes con comorbilidades (Thurrott, 2023).

Es importante destacar que la incidencia de estos factores de riesgo varía significativamente entre diferentes poblaciones y grupos étnicos, lo que subraya la necesidad de estudios epidemiológicos más amplios y diversificados (Fernández-Armenteros et al., 2019). Además, la interacción compleja entre estos factores de riesgo sugiere que un enfoque holístico y personalizado es esencial para el manejo preventivo y efectivo de la psoriasis.

Referencias

1. Al-Janabi, A., & Marsland, A. M. (2020). Seborrhoeic dermatitis and sebopsoriasis developing in patients on dupilumab: Two case reports. *Clinical Case Reports*, 8(8), 1458–1460.
2. Anupama, & B Patil, S. (2020). A retrospective clinicohistopathological study of psoriasis. *IP Indian Journal of Clinical and Experimental Dermatology*, 6(3), 222–226.
3. Armstrong, A. W., & Read, C. (2020). Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 323(19), 1945.
4. Bachelez, H. (2020). Pustular psoriasis: The dawn of a New Era. *Acta Dermatovenereologica*, 100(3), 87–93.
5. Badri, T., Kumar, P., & Oakley, A. M. (2023). *Plaque Psoriasis*. StatPearls Publishing.
6. Blakemore, E. (2024). Qué es el cortisol, para qué sirve y por qué deberíamos prestarle más atención. *National Geographic*. <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2024/03/cortisol-que-es-para-que-sirve-importancia>
7. Burlando, M., Herzum, A., Carmisciano, L., Cozzani, E., & Parodi, A. (2020). Biological therapy in genital psoriasis in women. *Dermatologic Therapy*, 33(1). <https://doi.org/10.1111/dth.13110>

8. Choon, S. E., Navarini, A. A., & Pinter, A. (2022). Clinical course and characteristics of generalized pustular psoriasis. *American Journal of Clinical Dermatology*, 23(S1), 21–29.
9. Das, S. (2023). Psoriasis. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-dermatológicos/psoriasis-y-enfermedades-descamativas/psoriasis>
10. De Gabriel, J. R. (2021, July 30). La psoriasis y su relación con el síndrome metabólico. Blog Salud MAPFRE. <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/dermatologicas/la-psoriasis-y-su-relacion-con-el-sindrome-metabolico/>
11. Duffin, K. C., Hwang, S. T., & Krueger, J. G. (2023). Advances and controversies in our understanding of guttate and plaque psoriasis. *The Journal of Rheumatology*, 50(Suppl 2), 4–7.
12. Fernández-Armenteros, J. M., Gómez-Arbonés, X., Buti-Solé, M., Betriu-Bars, A., Sanmartin-Novell, V., Ortega-Bravo, M., Martínez-Alonso, M., & Casanova-Seuma, J. M. (2019). Epidemiology of psoriasis. A population-based study. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 110(5), 385–392.
13. Gisondi, P., Bellinato, F., Girolomoni, G., & Albanesi, C. (2020). Pathogenesis of chronic plaque psoriasis and its intersection with cardio-metabolic comorbidities. *Frontiers in Pharmacology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00117>
14. Griffiths, C. E. M., Armstrong, A. W., Gudjonsson, J. E., & Barker, J. N. W. N. (2021). Psoriasis. *Lancet*, 397(10281), 1301–1315.
15. Guttate psoriasis. (2021, November 8). <https://emedicine.medscape.com/article/1107850-overview>
16. Hadeler, E., Mosca, M., Hong, J., Brownstone, N., Bhutani, T., & Liao, W. (2021). Nail psoriasis: A review of effective therapies and recommendations for management. *Dermatology and Therapy*, 11(3), 799–831.
17. Hallab, Stitou, O., Boudi, O., Frikh, R., Hjira, N., & Boui, M. (2022). An isolated genital psoriasis: Uncommon location that make the diagnostic difficult. *Saudi Journal of Pathology and Microbiology*, 7(5), 225–227.
18. Hecht, M. (2022, June 28). Psoriasis, ¿hay un vínculo genético? Healthline. <https://www.healthline.com/health/es/la-psoriasis-es-hereditaria>

19. Hidalgo Solís, M. J., Viquez Redondo, K. F., & Meneses Carvajal, M. (2021). Psoriasis: visión general. *Revista Medica Sinergia*, 6(11), e732.
20. Ibad, S., Heibel, H. D., & Cockerell, C. J. (2021). Specificity of the histopathologic diagnosis of psoriasis. *The American Journal of Dermatopathology*, 43(9), 678–678.
21. Inverse psoriasis. (n.d.). Cleveland Clinic. Retrieved June 29, 2024, from <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22852-inverse-psoriasis>
22. Kaeley, G. S., Eder, L., Aydin, S. Z., Rich, P., & Bakewell, C. J. (2021). Nail psoriasis: Diagnosis, assessment, treatment options, and unmet clinical needs. *The Journal of Rheumatology*, 48(8), 1208–1220.
23. Kamiya, K., Kishimoto, M., Sugai, J., Komine, M., & Ohtsuki, M. (2019). Risk factors for the development of psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(18), 4347.
24. Knabel, M., & Mudaliar, K. (2022). Histopathologic features of inverse psoriasis. *Journal of Cutaneous Pathology*, 49(3), 246–251.
25. Korman, N. J. (2020). Management of psoriasis as a systemic disease: what is the evidence? *The British Journal of Dermatology*, 182(4), 840–848.
26. Leung, A. K. C., Barankin, B., Lam, J. M., & Leong, K. F. (2023). Childhood guttate psoriasis: an updated review. *Drugs in Context*, 12, 1–20.
27. Lo, Y., & Tsai, T.-F. (2021). Updates on the treatment of erythrodermic psoriasis. *Psoriasis (Auckland, N.Z.)*, 11, 59–73.
28. López, N., Tablada, M., Jacas, A., Baltazar, A., & González, L. (2019). Factores de riesgo y comorbilidades en pacientes con psoriasis. *MEDISAN*, 23(3), 435.
29. Luna Cerón, E., Flores Camargo, A. A., Bonilla Hernández, R., Vichi Lima, L. J., & Gómez Gutiérrez, A. K. (2020). Abordaje diagnóstico y manejo de psoriasis en atención primaria. *Atención Familiar*, 28(1), 54.
30. Marrakchi, S., & Puig, L. (2022). Pathophysiology of generalized pustular psoriasis. *American Journal of Clinical Dermatology*, 23(S1), 13–19.
31. Menter, A., Van Voorhees, A. S., & Hsu, S. (2021). Pustular psoriasis: A narrative review of recent developments in pathophysiology and therapeutic options. *Dermatology and Therapy*, 11(6), 1917–1929.

32. Micali, G., Verzi, A. E., Giuffrida, G., Panebianco, E., Musumeci, M. L., & Lacarrubba, F. (2020). Inverse psoriasis: From diagnosis to current treatment options. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 12, 953–959.
33. Mihiu, C., Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, Neag, M. A., Bocșan, I. C., Melincovici, C. S., Vesa, Ș. C., Ionescu, C., Baican, A. L., Lisencu, L.-A., Buzoianu, A.-D., Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, Department of Histology, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, 5th Surgical Department, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, Department of Dermatology, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, Department of Oncology Surgery and Gynecological Oncology, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, & Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania. (2022). Novel concepts in psoriasis: histopathology and markers related to modern treatment approaches. *Revue Roumaine de Morphologie et Embryologie [Romanian Journal of Morphology and Embryology]*, 62(4), 897–906.
34. Misiak-Galazka, M., Zozula, J., & Rudnicka, L. (2020). Palmoplantar pustulosis: Recent advances in etiopathogenesis and emerging treatments. *American Journal of Clinical Dermatology*, 21(3), 355–370.
35. Muneer, H., Sathe, N. C., & Masood, S. (2024). *Nail Psoriasis*. StatPearls Publishing.
36. Noe, M. H., Wan, M. T., Mostaghimi, A., Gelfand, J. M., Agnihothri, R., Armstrong, A. W., Bhutani, T., Bridges, A., Brownstone, N., Butt, M., Duffin, K. P. C., Carr, C., Creadore, A., DeNiro, K. L., Desai, S., Dominguez, A. R., Duffy, E. K., Fairley, J. A., Femia, A., ... Pustular Psoriasis in the US Research Group. (2022). Evaluation of a case series of patients with palmoplantar pustulosis in the United States. *JAMA Dermatology (Chicago, Ill.)*, 158(1), 68.

37. Oji, V., & Luger, T. A. (2015). The skin in psoriasis: assessment and challenges. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 33(5 Suppl 93), S14-9.
38. Otero, R. A. T., Cuesta, C. D. P., Llangary, G. M. V., & Reyes, B. E. M. (2021). Factores de Riesgo y desencadenantes de la Psoriasis: estudio de revisión. *Journal of American Health*. <https://doi.org/10.37958/jah.v0i0.87>
39. Patel, D. A., & Raval, D. N. (2020). Histopathological spectrum of skin lesion-100 Cases study report. *International Journal of Clinical and Diagnostic Pathology*, 3(4), 36–38.
40. Plaque psoriasis. (2023, December 21). <https://emedicine.medscape.com/article/1108072-overview>
41. Potestio, L., Camela, E., Cacciapuoti, S., Fornaro, L., Ruggiero, A., Martora, F., Battista, T., & Megna, M. (2023). Biologics for the management of erythrodermic psoriasis: An updated review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 16, 2045–2059.
42. Poueriet, L., & Marianni, M. (2022). RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y PSORIASIS EN PACIENTES DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DOMINICANO Y CIRUGÍA DE PIEL DOCTOR. HUBERTO BOGAERT DÍAZ, MAYO - AGOSTO, 2022 [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/4955/Relación>
43. Psoriasis. (n.d.). Cleveland Clinic. Retrieved June 29, 2024, from <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/6866-psoriasis>
44. Raharja, A., Mahil, S. K., & Barker, J. N. (2021). Psoriasis: a brief overview. *Clinical Medicine (London, England)*, 21(3), 170–173.
45. Reich, A., Adamski, Z., Chodorowska, G., Kaszuba, A., Krasowska, D., Lesiak, A., Maj, J., Narbutt, J., Osmola-Mańkowska, A. J., Owczarczyk-Saczonek, A., Owczarek, W., Placek, W. J., Rudnicka, L., & Szepietowski, J. (2020). Psoriasis. Diagnostic and therapeutic recommendations of the Polish Dermatological Society. Part 1. *Przegląd Dermatologiczny*, 107(2), 92–108.
46. Sánchez, M. C. (2021, February 16). Revisión exhaustiva de la relación de enfermedad cardiovascular y la psoriasis. *Medicina y Salud Pública*. <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/investigacion/revision-exhaustiva-de-la-relacion-de-enfermedad-cardiovascular-y-la-psoriasis/12896>

47. Sebopsoriasis. (2023, October 26). DermNet®; DermNet. <https://dermnetnz.org/topics/sebopsoriasis>
48. Síntomas de estrés: consecuencias en tu cuerpo y en tu conducta. (2023). MayoClinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-symptoms/art-20050987>
49. Spain, V. V. (2022, May 31). Dejar de fumar reduce también el riesgo de padecer diabetes y psoriasis. Vademecum. https://www.vademecum.es/noticia-220531-dejar+de+fumar+reduce+tambi+eacute+n+el+riesgo+de+padecer+diabetes+y+psoriasis_16517
50. Thurrott, S. (2023). Medicamentos que pueden desencadenar brotes de psoriasis. Banner Health. <https://www.bannerhealth.com/es/healthcareblog/teach-me/drugs-that-can-trigger-psoriasis-flares>
51. Waghmare, D. R., Parameshwar, D. V., Kavishwar, D. V., & Nayak, D. C. (2020). Histopathological study of psoriasis: A prospective cum retrospective study at a tertiary care centre. *Saudi Journal of Pathology and Microbiology*, 05(05), 233–238.
52. Wu, M., & Fischer, G. (2024). Adult genital psoriasis: An updated review for clinicians. *The Australasian Journal of Dermatology*, 65(3). <https://doi.org/10.1111/ajd.14227>

© 2024 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).