REVISTA ECUATORIANA DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD PÚBLICA

CÓDIGO ISSN 2588-0551

DOI: 10.31790/inspilip.v9iEspecial Revisiones.841

Artículo de Revisión:

Identificación de manifestaciones dermatológicas según tipos de psoriasis. Revisión bibliográfica

Identification of dermatological manifestations according to types of psoriasis. Literature review

Acceso abierto

Citación

Villa M., Armijos J., Briones V., Martínez M., Identificación de manifestaciones dermatológicas según tipos de psoriasis. Revisión bibliografica**. INSPILIP 2025, Volumen 9 Número Especial Revisiones.**

URL: https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/841

Milexa Carolina, Villa Rodas [a], mvilla18@utmachala.edu.ec
Jennifer Cleotilde, Armijos Maldonado [a], jarmijos14@utmachala.edu.ec
Víctor Euclides, Briones Morales [b], vbriones@utmachala.edu.ec
María Mercedes, Martínez Guillen [c], martinezguillenmaria1@gmail.com

a. Estudiante. Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud carrera de Medicina, Universidad Técnica de Machala, Machala-Ecuador
b. Anestesiólogo Intensivista Emergenciólogo PHD. Docente Tutor. Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, Medicina, Universidad de Machala, Machala - Ecuador.
c. Médico general. Omni Hospital, Guayaquil, Ecuador.

***Correspondencia:** Milexa Carolina Villa Rodas; **Email:** mvilla18@utmachala.edu.ec

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores: Los autores declaran haber contribuido en idea original del trabajo y planificación del estudio (VR, AM, BM, MG), ejecución del estudio, análisis e interpretación de los resultados (VR, AM, MG,MM), redacción del artículo (VR, AM, MG), correcciones finales (VR).

Fecha de ingreso: 18/07/2024
Fecha de aprobacion: 29/09/2025
Fecha de publicacion: 05/11/2025

Revista Cientifica INSPILIP. Volumen 9, Número Especial Revisiones; Noviembre 2025

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pudiera representar un conflicto de intereses en relación con el artículo y haber respetado los principios éticos de la investigación, como haber solicitado autorización a la institución donde se realizó el estudio, permiso para el uso de los datos, consentimiento informado y, en el caso de estudios observacionales y ensayos clínicos, autorización de CEISH, ARCSA, Environment, entre otros, según la categoría. También tiene licencia para publicar imágenes de la(s) persona(s) que aparecen en el manuscrito. Por lo tanto, INSPILIP no se responsabiliza de ningún daño a terceros, ni tampoco INSPI, como entidad editora, ni el Editor. La responsabilidad de la publicación recae exclusivamente en los autores.

Patricio Vega Luzuriaga
EDITOR EN JEFE

Resumen

La psoriasis es una enfermedad cutánea crónica con diversas manifestaciones clínicas que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Esta revisión se justifica por la necesidad de comprender mejor las diferentes presentaciones dermatológicas de la psoriasis para mejorar su diagnóstico y manejo. El objetivo fue identificar y caracterizar las manifestaciones dermatológicas según los tipos de psoriasis mediante una revisión de la literatura.

La metodología empleada siguió un paradigma positivista con enfoque cuantitativo de tipo básico, diseño no experimental descriptivo y modo investigativo analítico-crítico. Los resultados identificaron cinco tipos principales de psoriasis: en placas, inversa, ungueal, pustulosa y eritrodérmica, cada una con características clínicas distintivas. La psoriasis en placas se caracteriza por lesiones escamosas en zonas extensoras, mientras que la inversa afecta pliegues cutáneos. La psoriasis ungueal presenta alteraciones en las uñas, la pustulosa se distingue por la formación de pústulas estériles, y la eritrodérmica por un eritema generalizado.

Se concluye que la diversidad de manifestaciones dermatológicas en la psoriasis requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico individualizado. El

reconocimiento preciso de cada subtipo es crucial para un manejo efectivo y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: artritis psoriásica, psoriasis, psoriasis pustular de palmas y plantas.

Abstract

Psoriasis is a chronic skin disease with diverse clinical manifestations that significantly affects the quality of life of patients. This review is justified by the need to better understand the different dermatologic presentations of psoriasis in order to improve its diagnosis and management. The objective was to identify and characterize the dermatologic manifestations according to the types of psoriasis through a review of the literature. A positivist paradigm with basic quantitative approach, descriptive non-experimental design and analytical-critical research mode was used. The results highlight five main types of psoriasis: plaque, inverse, ungual, pustular and erythrodermic, each with distinctive clinical features. Plaque psoriasis is characterized by scaly lesions in extensor areas, while inverse psoriasis affects skin folds. Ungual psoriasis presents nail changes, pustular psoriasis is distinguished by the formation of sterile pustules, and erythrodermic psoriasis by a generalized erythema. It is concluded that the diversity of dermatological manifestations in psoriasis requires an individualized diagnostic and therapeutic approach. Accurate recognition of each subtype is crucial for effective management and improvement of patients' quality of life.

Key words: *arthritis psoriatic, palmoplantaris pustulosis, psoriasis.*

Introducción

La psoriasis es una patología dermatológica crónica de origen inflamatorio, influenciada por factores genéticos como ambientales. A nivel mundial, su prevalencia oscila entre el 0,5 % y el 11,4 % en adultos, y entre el 0 % y el 1,4 % en población pediátrica (1). Esta enfermedad se caracteriza por una proliferación descontrolada de queratinocitos y una desregulación del sistema inmunológico, donde la interacción de las citocinas liberadas por las células dendríticas Th1, Th2 y Th17 desempeña un papel crucial en su patogénesis, dando lugar a las características manifestaciones fenotípicas (2).

Además de las manifestaciones cutáneas, la psoriasis se asocia con diversas comorbilidades sistémicas. La artritis psoriásica afecta tanto a las pequeñas como a las grandes articulaciones en aproximadamente el 30 % de los pacientes. Asimismo, se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, como infartos de miocardio, diabetes mellitus, trastornos depresivos, ansiedad, ciertos tipos de neoplasias malignas y obesidad. Estas comorbilidades subrayan la importancia de un enfoque integral en el manejo de los pacientes con psoriasis (3).

La psoriasis se clasifica en seis tipos principales: psoriasis en placas o vulgar, psoriasis guttata o en gotas, psoriasis inversa, psoriasis pustulosa, psoriasis eritrodérmica y psoriasis ungueal. Esta clasificación no solo permite un diagnóstico más preciso, sino que también facilita una mejor orientación terapéutica para cada subtipo, optimizando así el manejo de esta compleja enfermedad (1).

La presente revisión de la literatura tiene como objetivo identificar las diferentes manifestaciones según los tipos de psoriasis. Al proporcionar una descripción detallada de las características clínicas de cada subtipo, este trabajo busca mejorar la comprensión de la enfermedad y contribuir a un manejo más efectivo y una mejor calidad de vida para los pacientes que sufren esta afección crónica y multifacética.

Metodología

Criterios de elegibilidad

Mediante la elaboración de criterios de inclusión y exclusión se agruparon las investigaciones para su síntesis.

Criterios de inclusión

Artículos publicados en los últimos 5 años sobre las manifestaciones dermatológicas características en cada tipo de psoriasis.

Artículos publicados sobre las complicaciones de las lesiones dermatológicas en la psoriasis

Criterios de exclusión

Artículos con más de 5 años de publicación. Artículos con resultados no disponibles

Artículos que no abordan el tema de investigación, no concluyentes o fútiles

Fuentes de información

Mediante una búsqueda en bases de datos como PubMed. UpToDate, Elsevier y en revistas como Springer Nature, JAMA Medical News, ACTAS Dermo-sifiliográficas, National Center for Biotechnology Information, Dermatology Review.

Estrategia de búsqueda

Como estrategia de búsqueda se utilizó la identificación de manifestaciones dermatológicas según tipos de psoriasis en el idioma inglés y español en las bases de datos mencionados. Se empleó un paradigma positivista con enfoque cuantitativo de tipo básico, diseño no experimental descriptivo y modo investigativo analítico-crítico. Se utilizó la línea de investigación con la metodología DQP/ CEA. Las palabras claves se las ha escogido de los descriptores Tesauro MeSH. El propósito del presente trabajo está planteado bajo el método EDREPA.

Proceso de selección de estudios

Se escogieron 30 de los artículos que cumplieron con la elegibilidad provenientes de estudios observacionales no aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis.

Resultados

Psoriasis en placas.- La psoriasis presenta sus manifestaciones debido a una desregulación del sistema inmunológico innato y adaptativo, la función de los queratinocitos y la estructura vascular, por lo que es necesario conocer sus características clínicas (4).

El 90 % de los pacientes presentan psoriasis en placas, lo que la convierte en la forma más común. Un grupo de dermatólogos asiáticos describe que aparecen manchas rojas, elevadas e inflamadas cubiertas con escamas de color blanco plateado (5).

Conocer la gravedad de la psoriasis según sus manifestaciones representa un beneficio para el paciente y su tratamiento. Existen varias escalas que valoran la gravedad: el Área de Superficie Corporal (BSA), que mide visualmente la superficie corporal afectada considerando que la palma del paciente que se evalúa supone el 1 % (6); la Evaluación Global del médico (PGA), que usa el eritema, la induración y la descamación como medidas de gravedad; el Índice de gravedad y área de la psoriasis (PASI), que evalúa la gravedad y área de extensión de las lesiones; el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) (5).

Un estudio con pacientes ambulatorios de varios hospitales ubicados en China, en donde valoró el riesgo de desarrollar artritis psoriásica en pacientes con psoriasis en placa, reveló que las manifestaciones más comunes se relacionan con la afectación ungueal, donde se pueden encontrar picaduras, leuconiquia, lúnula eritematosa, onicorrexis, onicolisis, hiperqueratosis subungueal, hemorragias en astilla y afectación del cuero cabelludo (7).

Mediante un análisis integral de revisiones sistémicas y metaanálisis, una investigación señala que las características clínicas de psoriasis en placa incluyen manchas rojas bien definidas que pican y tienen escamas plateadas. Las placas son capaces de fusionarse y extenderse por áreas del tronco, extremidades y cuero cabelludo (8).

La psoriasis en placas crónica puede asociarse con comorbilidades que comúnmente se caracterizan por inflamación sistémica, como artritis psoriásica, ateroesclerosis, síndrome metabólico y obesidad (9).

Según una revisión de 2020 de la Asociación Médica Americana, la psoriasis en placa se caracteriza por la aparición de manchas rojizas bien delimitadas y con descamación en diferentes zonas del cuerpo, especialmente cuero cabelludo, tronco, pliegue glúteo, codos y rodillas. Las lesiones pueden variar desde pequeñas pápulas hasta grandes placas gruesas y escamosas, siendo a menudo simétricas y pueden aparecer nuevas lesiones en zonas de traumatismo previo (3).

Al retirar las escamas, puede producirse un leve sangrado puntiforme, presentando así el signo de Auspitz. Los pacientes pueden experimentar picor intenso, dependiendo de la gravedad. La psoriasis en placas tiene un mayor impacto en la calidad de vida cuando afecta cara, manos, pies, uñas o zonas de pliegues cutáneos. En estas últimas no presenta descamación típica y puede confundirse con infecciones fúngicas. En palmas y plantas puede generar placas gruesas, escamosas y dolorosas que limitan la funcionalidad. Las uñas pueden presentar picaduras, desprendimiento y distrofia (3).

Psoriasis invertida.- La psoriasis inversa, también conocida como psoriasis flexural o intertriginosa, es una de las variantes de la psoriasis. Se denomina “inversa” porque, a diferencia de la psoriasis en placas, no se manifiesta en superficies extensoras. Este tipo se caracteriza por afectar principalmente las áreas de pliegues en el cuerpo humano. Las zonas

más comúnmente comprometidas son las axilas, perineal, genital, ombligo e inframamaria (1).

Se distingue por la presencia de parches enrojecidos y bien delimitados. Las lesiones que afectan a los genitales externos también se consideran parte de esta variante. Si bien en algunos casos la psoriasis inversa puede ser la única manifestación, con mayor frecuencia coexiste con las lesiones típicas en placas de la psoriasis vulgaris localizadas en otras regiones corporales (10).

A diferencia de la psoriasis en placas, en esta modalidad las escamas blanquecinas suelen ser mínimas o estar ausentes, presentando las lesiones una superficie húmeda, lisa y brillante. En lactantes, suele manifestarse como placas ligeramente elevadas, eritematosas y bien definidas en el área del pañal, afectando típicamente los pliegues inguinales. Dado el ambiente húmedo propicio, es común que se produzcan sobreinfecciones bacterianas y fúngicas principalmente por Cándida. A su vez, la colonización microbiana en las zonas pliegues puede favorecer la aparición de brotes o reagudizaciones en esta variante (10).

Las lesiones aparecen en forma de parches lisos y empeoran con la sudoración y fricción, además suelen desencadenarse por infecciones fúngicas (11). Aunque en la mayoría de los casos la psoriasis inversa coexiste con lesiones típicas de psoriasis en placas en otras zonas corporales, en raras ocasiones puede presentarse exclusivamente en las regiones de pliegues cutáneos (12).

Tabla 1. Tipos de psoriasis y sus características

Tipos de psoriasis	Características
Psoriasis en placa	Picor, sequedad, cubierto de escamas
Psoriasis ungueal	Crecimiento anormal de las uñas y decoloración
Psoriasis guttata	Manchas descamativas por todo el tronco y brazo
Psoriasis inversa	Piel inflamada en parches lisos
Psoriasis eritrodermica	Forma descamativa de la erupción
Psoriasis pustulosa	Ampollas con pus
Artritis psorisica	Artritis asociada

Fuente: Traducido y adaptado de Dhabale, et al. Types of Psoriasis and Their Effects on the Immune System. Cureus. 2022.

Este tipo puede no ser clínicamente evidente ya que, a diferencia de las lesiones cutáneas descamativas, las de psoriasis inversa suelen tener un aspecto lisa y brillante debido al ambiente húmedo en el que se desarrollan. Las áreas intertriginosas afectadas son especialmente propensas a la irritación por fricción, humedad y la propia sensibilidad de la piel en esos pliegues, favoreciendo la colonización de bacterias y hongos (12).

Psoriasis ungueal.- Entre las diferentes formas clínicas de psoriasis, la afectación ungueal se considera una de las más complicadas de tratar y constituye una fuente de frustración tanto para el dermatólogo como para los pacientes. La psoriasis que afecta las uñas presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas inespecíficas. Los signos se pueden diferenciar dos categorías: aquellos asociados a lesiones que comprometen la matriz ungueal, como manchas en forma de dedal, líneas horizontales de Beau y engrosamiento de la superficie ungueal; y aquellos vinculados al lecho ungueal, tales como desprendimiento distal de la lámina ungueal, manchas de coloración salmón, acumulación de hiperqueratosis por debajo de la uña y hemorragias en forma de astillas o "llamas" (13).

La psoriasis ungueal suele relacionarse con un deterioro en la calidad de vida y limitación funcional, generando dolor y dificultad para realizar movimientos finos con las manos. Es importante destacar que la afectación ungueal psoriásica se considera un factor que puede reducir la respuesta cutánea a las terapias biológicas (13,14).

Psoriasis Pustulosa.- La psoriasis pustulosa es una entidad cutánea poco frecuente, representando un porcentaje muy pequeño del total de casos de psoriasis. Esta enfermedad se presenta de forma heterogénea a nivel clínico debido a sus diferentes fenotipos y subtipos. La característica común que posee este grupo de enfermedades es la presencia de pústulas asépticas o estériles ricas en neutrófilos, de ahí su denominación "psoriasis pustulosa" (15).

Desde el punto de vista inmunológico, la respuesta inflamatoria característica de esta enfermedad es la formación de pústulas, las cuales se han relacionado con la activación de la señalización de citocinas IL-1 e IL-36. Aunque este factor también se produce en la psoriasis en placas, en la pustulosa se expresa con un aumento aproximado de 10 veces y con menor participación de la respuesta provocada por la IL-17. Por esta razón, este tipo de psoriasis se asocia principalmente con la dominancia de respuestas inmunitarias innatas, que provocan una infiltración

neutrofílica y resultan en la formación característica formación de acumulaciones neutrofílicas estériles epidérmicas o subcórneas, clínicamente visibles por su tamaño macroscópico (16).

A pesar de esta patogenia predominantemente común, la psoriasis pustulosa se subdivide según su presentación clínica en varios subtipos, pudiendo desarrollarse como una forma independiente o asociada a una psoriasis preexistente (17).

Actualmente, el Consenso Europeo sobre los Fenotipos de Psoriasis Pustulosa (ERASPEN) ha clasificado esta patología en cinco fenotipos, entre los que se encuentran la psoriasis pustulosa generalizada (PPG), la acrodermatitis continua de Hallopeau y la pustulosis palmoplantar. Estas dos últimas también se denominan psoriasis pustulosa localizada debido a su presentación específica en palmas, plantas y dedos (18,19).

Psoriasis Pustulosa Generalizada.- La principal característica de este subtipo de psoriasis pustulosa es la aparición de erupciones pustulosas estériles neutrofílicas dolorosas de 2-3 mm, que se manifiestan en episodios repentinos con una localización generalizada o sistémica, con mayor prevalencia en sitios flexurales, crurales y acrales (20). Las lesiones son eritematosas, cubiertas de pústulas asépticas que, al resolverse, lo hacen con descamación y presencia de collarines de escamas, lo que finalmente conduce a una hiperpigmentación (21).

Estas lesiones se presentan acompañadas de otros síntomas sistémicos como fiebre alta, malestar general, fatiga y edematización incapacitante. Además, puede cursar con manifestaciones clínicas extracutáneas como artritis, uveítis y colangitis neutrofílica. En casos graves, pueden presentarse complicaciones potencialmente mortales como sepsis, insuficiencia renal, insuficiencia hepática por colangitis neutrofílica, insuficiencia respiratoria por neumonitis neutrofílica e insuficiencia cardíaca (17).

Entre las anomalías de laboratorio destacables en este trastorno, se evidencia la presencia de leucocitosis y neutrofilia, acompañadas de velocidad de sedimentación globular elevada, proteína C reactiva elevada, hipocalcemia, hipoalbuminemia y pruebas de función hepática anormales (22).

Basándose en su morfología e historia natural, la psoriasis pustulosa generalizada se divide en dos subtipos: psoriasis pustulosa generalizada aguda y psoriasis pustulosa anular o circinada subaguda. Según la edad y los factores precipitantes de manifestación, se clasifican en psoriasis pustulosa generalizada aguda en el embarazo o impétigo herpetiforme, y psoriasis pustulosa generalizada infantil y juvenil (16).

Psoriasis Pustulosa Generalizada Aguda (GPP aguda de von Zumbusch).- Se caracteriza por una presentación de inicio rápido, de aproximadamente 7 días o menos, con un brote pustular generalizado. Representa el 90 % de los casos de GPP, siendo la presentación más grave (23).

Psoriasis Pustulosa Anular.- Esta variante se considera de carácter más benigno debido a su respuesta ante agentes tópicos y su sintomatología más leve. Su inicio es subagudo, desarrollándose entre 7 días y 3 meses (23).

A pesar de su subclasificación oficial, algunos autores proponen que la GPP puede manifestarse en 4 formas o categorías según la aparición de los brotes. Esta subclasificación incluye la GPP acral crónica, caracterizada por brotes pustulares generalizados que perduran más de 3 meses y tienen una mayor distribución acral en extremidades, extendiéndose hasta hacerse generalizada; y la GPP mixta, que incluye a pacientes con características asociadas a más de un subtipo (23).

Psoriasis Pustulosa del Embarazo – Impétigo Herpetiforme.- Es una variante extremadamente inusual de psoriasis pustulosa que generalmente ocurre durante el embarazo y puede ser ocasionada por este. Aunque puede presentarse en cualquier momento de la gestación, tiene mayor prevalencia en el tercer trimestre.

Se manifiesta mediante placas eritematosas simétricas con protuberancias en la periferia y pústulas estériles en patrón de anillo. Las extremidades y el tronco suelen ser las zonas más afectadas, con un comienzo en las zonas de flexión que se va propagando, sin afectar manos, pies o cara. A diferencia de otras dermatosis del embarazo, generalmente no presenta prurito, y predominan los síntomas sistémicos y alteraciones en las pruebas de laboratorio características de la psoriasis pustulosa (24). Esta variante puede ser mortal tanto para el feto como para la madre, presentando una alta tasa de mortalidad fetal y abortos espontáneos, posiblemente debido a efectos de la insuficiencia placentaria (21).

Psoriasis Pustulosa en Niños.- La psoriasis pustulosa es una variante rara en población pediátrica que puede tener repercusiones graves. Se caracteriza por la presencia de pústulas estériles

con alta probabilidad de infectarse secundariamente. Las pústulas evolucionan hasta formar costras, y los pacientes con la enfermedad en fase aguda pueden progresar hacia una eritrodermia generalizada con exfoliación. La psoriasis pustulosa generalizada aguda frecuentemente requiere hospitalización debido a alteraciones en la regulación de la temperatura y la estabilidad cardiovascular (25).

La psoriasis pustulosa es una entidad clínica compleja y heterogénea que presenta diversas manifestaciones cutáneas y sistémicas. Su clasificación en diferentes subtipos resulta esencial para establecer un diagnóstico preciso y un abordaje terapéutico adecuado. A pesar de ser menos frecuente que otras formas de psoriasis, su potencial gravedad y riesgo de complicaciones hacen necesario un manejo multidisciplinario y un seguimiento estrecho de los pacientes afectados.

Psoriasis Pustulosa Localizada: Acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH).- Conocida también como acrodermatitis perstans, la ACH es una forma rara de psoriasis pustulosa localizada que se observa con mayor frecuencia en mujeres. Se caracteriza por afectar principalmente los dedos distales de las manos y los pies, con una prevalencia más alta en los dedos de las manos. Esta afección suele manifestarse en los pliegues ungueales y el lecho ungueal. Las lesiones cutáneas consisten en pústulas estériles que forman un lago característico de pus y pueden afectar la uña. Estas pústulas generalmente se localizan cerca de las yemas de los dedos y las uñas, a menudo en el sitio de una lesión o infección previa, y siempre se acompañan de afectación ungueal (17,26).

A medida que la enfermedad progresa, puede extenderse a otros dedos y avanzar proximalmente hacia la mano, el antebrazo o el pie. La afectación crónica del lecho ungueal y la matriz puede llevar a onicodistrofia y anoniquia (17).

Psoriasis pustulosa palmoplantar (PPP).- La pustulosis palmoplantar es una entidad controvertida con una relación debatida con la psoriasis. Aunque se asocia frecuentemente con la psoriasis, también puede presentarse de forma aislada. El tabaquismo está fuertemente vinculado a la pustulosis palmoplantar, con hasta un 95 % de los pacientes que presentan antecedentes de tabaquismo. Esta afección se caracteriza por grupos de pústulas estériles de color blanco a amarillo-marrón, eritema y escamas en las palmas de las manos y las plantas de los pies (17,27).

Tabla 2. Tipos de psoriasis pustulosa y sus características.

Tipo de Psoriasis Pustulosa	Características clínicas
Psoriasis Pustulosa Generalizada (PPG)	• Erupciones pustulosas de 2-3 mm • Estériles • Neutrofílicas • Dolorosas • Episodios repentinos • Localización generalizada o sistémica • Mayor prevalencia en sitios flexurales, crurales y acrales • Lesiones eritematosas • Al resolverse dejan descamación, collarines de escamas e hiperpigmentación • Síntomas sistémicos • Posibles manifestaciones extracutáneas: artritis, uveítis, colangitis neutrofílica • Riesgo de complicaciones graves: sepsis, insuficiencia renal/hepática, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca
Psoriasis Pustulosa Generalizada Aguda (GPP aguda de von Zumbusch)	• Inicio rápido (≤7 días) • Brote pustular generalizado • Presentación más grave
Psoriasis Pustulosa Anular	• Carácter más benigno • Inicio subagudo (7 días a 3 meses) • Responde mejor a agentes tópicos • Variante inusual en el embarazo • Mayor prevalencia en el tercer trimestre • Placas eritematosas simétricas con protuberancias en la periferia • Pústulas estériles en patrón de anillo • Afectación de extremidades y tronco • Sin prurito • Alto riesgo de mortalidad fetal y abortos espontáneos
Psoriasis Pustulosa en Niños	• Forma rara en población pediátrica • Pústulas estériles que pueden infectarse fácilmente • Evolución a costras y posible eritrodermia generalizada • Alteraciones en la regulación de la temperatura y estabilidad cardiovascular
Acrodermatitis Continua de Hallopeau (ACH)	• Afectación principalmente de dedos distales de manos y pies, • Lesiones: pústulas estériles que forman "lago de pus" y pueden arrastrar la uña • Progresión a otros dedos y extensión proximal • Onicodistrofia y anoniquia por afectación crónica del lecho ungueal
Psoriasis Pustulosa Palmoplantar (PPP)	• Grupos de pústulas estériles de color blanco a amarillo-marrón, eritema y escamas en palmas y plantas • Fuerte asociación con tabaquismo (hasta 95% de pacientes)

Fuente: Elaboración propia.

Psoriasis eritrodérmica.- La psoriasis eritrodérmica es una forma grave y rara de psoriasis que se caracteriza por un enrojecimiento generalizado de la piel. Los pacientes con este tipo de psoriasis presentan un eritema que cubre más del 75 % de la superficie corporal, acompañado de escamas, pústulas o exfoliación de la piel. Es crucial identificar esta forma potencialmente mortal de psoriasis mediante una historia clínica detallada y una evaluación exhaustiva para diferenciarla de otras afecciones similares.

La psoriasis eritrodérmica se distingue por un eritema extenso y confluente que puede desarrollarse rápidamente en pocos días o de manera gradual en semanas. La extensión del eritema varía, afectando entre el 75 % y más del 90 % de la superficie corporal. La descamación y exfoliación de la piel suelen aparecer pocos días después del inicio del eritema, y a menudo se asocia con queratodermia palmoplantar.

La piel puede ser dolorosa y pruriginosa, especialmente en áreas con descamación significativa. También puede haber fotosensibilidad, fiebre, escalofríos, malestar general, taquicardia, artralgias y linfadenopatía. Las anomalías de laboratorio pueden incluir leucocitosis, eosinofilia y anemia. La psoriasis eritrodérmica frecuentemente presenta pústulas, similar a la psoriasis pustulosa, afectando comúnmente las extremidades. En una serie de 50 pacientes, el 28 % presentaban pústulas, lo que muestra la superposición entre la psoriasis eritrodérmica y la pustulosa generalizada (28).

Psoriasis guttata o en gotas.- La psoriasis guttata se caracteriza por la aparición súbita de numerosas pápulas y placas pequeñas, generalmente de menos de 1 cm de diámetro, que dan la apariencia de gotas. Estas lesiones eritematosas afectan principalmente el tronco y las extremidades proximales. La psoriasis guttata suele presentarse como una erupción aguda en niños o adultos jóvenes sin antecedentes previos de psoriasis, aunque también puede ocurrir en personas con psoriasis preexistente. Esta condición está fuertemente asociada con infecciones recientes, especialmente faringitis estreptocócica. Las lesiones individuales suelen medir entre 2 y 15 mm de diámetro y pueden causar prurito e hiperpigmentación (29).

Esta patología puede tener una resolución espontánea sin dejar cicatrices, manifestada en una evolución de 3 a 4 meses, y con una recurrencia periódica en el 40 % - 50 % de los casos (30).

Discusión

La relación de la literatura ha permitido identificar caracterizar las manifestaciones dermatológicas distintivas de los principales tipos de psoriasis, revelando la complejidad y diversidad de esta enfermedad cutánea crónica. Los hallazgos subrayan la importancia de un enfoque individualizado en el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis.

La psoriasis en placas, siendo la forma más común, se distingue por sus lesiones bien delimitadas y escamosas, afectando predominantemente zonas extensoras como codos, rodillas y cuero cabelludo. La presencia de eritema, induración y descamación como medidas de gravedad en la Evaluación Global del Médico (PGA) resalta la importancia de estos signos clínicos en la evaluación de la enfermedad. Además, la asociación de la psoriasis en placas crónica con comorbilidades como artritis psoriásica, ateroesclerosis y síndrome metabólico subraya la naturaleza sistémica de esta condición y la necesidad de un abordaje multidisciplinario.

Por el contrario, la psoriasis inversa muestra una predilección por los pliegues cutánea, con lesiones eritematosas y húmedas, lo que subraya la importancia de considerar la localización anatómica en el diagnostico diferencial. La ausencia de escamas típicas y la posible confusión con infección fúngicas en estas áreas demuestran la necesidad de una evaluación clínica cuidadosa. Incluso las lesiones típicas que se encuentran en la psoriasis en placas pueden coexistir con la psoriasis inversa; esto demuestra la naturaleza heterogénea de la enfermedad.

La calidad de vida y el pronóstico terapéutico de las complicaciones importantes en la psoriasis ungueal pueden ser bien manejados reconociendo las manifestaciones asociadas a la matriz ungueal y al lecho ungueal. Su asociación con una menor respuesta a terapias biológicas sugiere la necesidad de estrategias de tratamiento específicas para este subtipo. La psoriasis pustulosa, con sus diversas manifestaciones (generalizada, localizada, y variantes como la del embarazo), representa un desafío clínico debido a su potencial gravedad y complicaciones sistémicas. La identificación de subtipos como la psoriasis pustulosa generalizada aguda de Von Zumbusch y la forma anular es esencial; pueden diferenciarse por el tiempo de inicio, debido a que la primera es de inicio rápido de siete días o

menos, y la segunda se desarrolla entre siete días y tres meses. La relación entre la formación de pústulas y la activación de la señalización de citocinas IL-1 e IL-36 ofrece nuevas perspectivas sobre la patogénesis de esta variante y sugiere posibles dianas terapéuticas.

Es notable la relación entre ciertos factores desencadenantes y tipos específicos de psoriasis. Por ejemplo, la fuerte asociación entre el tabaquismo y la pustulosis palmoplantar, con hasta un 95 % de los pacientes mostrando antecedentes de tabaquismo, sugiere la importancia de fatores ambientales en la patogénesis de la enfermedad. De manera similar, la relación entre infecciones estreptocócicas y la psoriasis guttata resalta la interacción compleja entre factores genéticos y ambientales en la manifestación de la enfermedad.

La psoriasis eritrodérmica se destaca como una forma potencialmente mortal, enfatizando la necesidad de un reconocimiento tempano y un manejo agresivo. Su superposición con la psoriasis pustulosa generalizada, evidenciada por la presencia de pústulas en el 28 % de los casos en una serie de pacientes, ilustra la complejidad de las presentaciones clínicas y la importancia de un abordaje individualizado.

La psoriasis guttata, con su aparición súbita y su asociación con infecciones previas, especialmente en niños y adultos jóvenes, presenta un perfil clínico distinto. Su tendencia a la resolución espontanea en algunos casos, contrastada con la posibilidad de evolucionar a psoriasis en placas crónicas en otros, resalta la importancia del seguimiento a largo plazo y la consideración de intervenciones tempranas en casos seleccionados.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de una evaluación clínica minuciosa y un enfoque terapéutico personalizado en el manejo de la psoriasis. La variabilidad en las manifestaciones clínicas no solo afecta el diagnostico, sino que también influye en la elección del tratamiento y el pronóstico. La coexistencia de diferentes subtipos en un mismo paciente y la posibilidad de transición entre formas subrayan la naturaleza dinámica de la enfermedad.

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad dermatológica compleja y multifacética que se presenta en diversos subtipos, cada uno con manifestaciones clínicas distintivas. Esta revisión ha identificado y caracterizado las principales formas de psoriasis, incluyendo la psoriasis en placas, inversa, ungueal, pustulosa, eritrodérmica y guttata.

La psoriasis en placas, siendo la forma más común, se caracteriza por lesiones escamosas bien definidas en zonas extensoras. La psoriasis inversa afecta los pliegues cutáneos con lesiones eritematosas y húmedas, mientras que la psoriasis ungueal presenta alteraciones características en las uñas. La psoriasis pustulosa, con sus variantes generalizadas y localizadas, se distingue por la formación de pústulas estériles y puede asociarse con manifestaciones sistémicas graves. La forma eritrodérmica representa una variante potencialmente mortal que requiere atención médica inmediata. La psoriasis guttata, por su parte, se asocia frecuentemente con infecciones previas y puede ser autolimitada.

La variabilidad en las presentaciones clínicas subraya la importancia de un enfoque diagnóstico y terapéutico individualizado. La coexistencia de diferentes subtipos en un mismo paciente y la posibilidad de transición entre formas resaltan la naturaleza dinámica de la enfermedad. Además, la asociación de ciertos subtipos con factores desencadenantes específicos, como el tabaquismo en la pustulosis palmoplantar, sugiere la relevancia de factores ambientales en su patogénesis.

Esta revisión enfatiza la necesidad de una evaluación clínica minuciosa y un manejo personalizado de la psoriasis, considerando no solo las manifestaciones cutáneas sino también las posibles comorbilidades asociadas. Para futuros estudios, se recomienda investigar más a fondo los mecanismos moleculares específicos que subyacen en cada subtipo de psoriasis, lo que podría conducir a terapias más dirigidas y eficaces. Además, se deberían realizar más estudios longitudinales para comprender mejor la evolución de los diferentes tipos de psoriasis y los factores que influyen en su progresión o remisión.

Registro y protocolo

La revisión sistemática no ha sido registrada o enviada a otra revista para su publicación o consideración.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Fuentes de financiamiento

Se trabajó con recursos propios de los autores.

Disponibilidad de datos

Todos los datos están disponibles con el DOI, página web de las bases de datos y revistas consultadas o

con el autor de correspondencia.

Revisión por pares

El manuscrito fue revisado por pares ciegos y fue aprobado oportunamente por el Equipo Editorial de la revista INSPILIP.

Contribución de los autores

Las distintas fases de la investigación fueron realizadas por los autores, que contribuyeron de igual forma en todo el proceso.

Referencias Bibliográficas

1. Feldman S. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1

2. Singh R, Koppu S, Perche PO, Feldman SR. The Cytokine Mediated Molecular Pathophysiology of Psoriasis and Its Clinical Implications. Int J Mol Sci [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 2 de julio de 2024];22(23). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34884596/

3. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. JAMA [Internet]. 19 de mayo de 2020 [citado 2 de julio de 2024];323(19):1945-60. Disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766169

4. Blauvelt A, Ehst B. Pathophysiology of plaque psoriasis - UpToDate [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-of-plaque-psoriasis?search=plaque %20psoriasis&topicRef=5664&source=see_link#H12219750

5. Imafuku S, Zheng M, Tada Y, Zhang X, Theng C, Thevarajah S, et al. Asian consensus on assessment and management of mild to moderate plaque psoriasis with topical therapy. J Dermatol [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 2 de julio de 2024];45(7):805. Disponible en: /pmc/articles/PMC6055873/

6.Reolid A, Servitje O, Ginarte M, Pérez-Ferriols A, Vélez A, Aragües M, et al. Validación del método de cuantificación del área corporal afectada por la psoriasis mediante lápiz óptico. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 2 de julio de 2024];111(2):143-8. Disponible en: http://www.actasdermo.org/es-validacion-del-metodo-cuantificacion-del-articulo-S000173101930314X

7. Liu P, Kuang Y, Ye L, Peng C, Chen W, Shen M, et al. Predicting the Risk of Psoriatic Arthritis in Plaque Psoriasis Patients: Development and Assessment of a New Predictive Nomogram. Front Immunol [Internet]. 20 de enero de 2022 [citado 2 de julio de 2024];12:1. Disponible en: /pmc/articles/PMC8810526/

8. Bunjaj A, Brandao L, Siracuse K, Soti V. Platelet-Rich Plasma for the Treatment of Plaque Psoriasis: A Systematic Review. Cureus [Internet]. 12 de diciembre de 2023 [citado 2 de julio de 2024];15(12). Disponible en: /pmc/articles/PMC10713448/

9. Gisondi P, Talamonti M, Chiricozzi A, Piaserico S, Amerio P, Balato A, et al. Treat-to-Target Approach for the Management of Patients with Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: Consensus Recommendations. Dermatol Ther (Heidelb) [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 2 de julio de 2024];11(1):235. Disponible en: /pmc/articles/PMC7859133/

10. Micali G, Verzì AE, Giuffrida G, Panebianco E, Musumeci ML, Lacarrubba F. Inverse psoriasis: From diagnosis to current treatment options. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2019;12:953-9.

11. Dhabale A, Nagpure S, Dhabale A, Nagpure S. Types of Psoriasis and Their Effects on the Immune System. Cureus [Internet]. 24 de septiembre de 2022 [citado 2 de julio de 2024];14(9). Disponible en: https://www.cureus.com/articles/110675-types-of-psoriasis-and-their-effects-on-the-immune-system

12. Reynolds KA, Pithadia DJ, Lee EB, Wu JJ. Treatments for inverse psoriasis: a systematic review. Journal of Dermatological Treatment [Internet]. 16 de noviembre de 2020 [citado 2 de julio de 2024];31(8):786-93. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09546634.2019.1620912

13. Villani AP, Dehavay F, Richert B. Psoriasis unguéal : diagnostic et prise en charge thérapeutique. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie - FMC. enero de 2021;1(1):29-34.

14. Rodríguez-Saa S, Camardella IR. Utilidad de

la dermatoscopia en la psoriasis ungueal. Medicina Cutánea ILA [Internet]. 11 de abril de 2024 [citado 2 de julio de 2024];52(1):018-25. Disponible en: https://www.medicinacutaneaila.com/frame_esp.php?id=132

15. Bachelez H. Pustular Psoriasis: The Dawn of a New Era. Acta Derm Venereol [Internet]. 2020 [citado 2 de julio de 2024];100(3):87-92. Disponible en: /pmc/articles/PMC9128889/

16. Uppala R, Tsoi LC, Harms PW, Wang B, Billi AC, Maverakis E, et al. "Autoinflammatory psoriasis"—genetics and biology of pustular psoriasis. Cell Mol Immunol [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 2 de julio de 2024];18(2):307. Disponible en: /pmc/articles/PMC8027616/

17. Kalb R. Pustular psoriasis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pustular-psoriasis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis %20pustulosa&source=search_result&selectedTitle=2 %7E39&usage_type=default&display_rank=2

18. Boehringer Ingelheim. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y TERMINOLOGÍA DE LA PSORIASIS PUSTULOSA. 2024 [citado 2 de julio de 2024]; Disponible en: https://www.avancesenppg.com/actualizacion-cientifica_guias-recomendaciones_ERASPEN

19. Vasudevan B, Das P, Bhatt S. Pustular psoriasis: A distinct aetiopathogenic and clinical entity. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 1 de enero de 2024 [citado 2 de julio de 2024];90(1):19-29. Disponible en: https://www.ijdvl.com/pustular-psoriasis-a-distinct-aetiopathogenic-and-clinical-entity/

20. Schadt C. Neutrophilic dermatoses - UpToDate [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/neutrophilic-dermatoses?search=dermatitis %20neutrofilicas&source=search_result&selectedTitle=5 %7E150&usage_type=default&display_rank=5

21. Sussman M, Napodano A, Huang S, Are A, Hsu S, Motaparthi K. Pustular Psoriasis and Acute Generalized Exanthematous Pustulosis. Medicina 2021, Vol 57, Page 1004 [Internet]. 23 de septiembre de 2021 [citado 2 de julio de 2024];57(10):1004. Disponible en: https://www.mdpi.com/1648-9144/57/10/1004/htm

22. Choon SE, Navarini AA, Pinter A. Clinical Course and Characteristics of Generalized Pustular Psoriasis. Am J Clin Dermatol [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 2 de julio de 2024];23(1):21-9. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s40257-021-00654-z

23. Zheng M, Jullien D, Eyerich K. The Prevalence and Disease Characteristics of Generalized Pustular Psoriasis. Am J Clin Dermatol [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 2 de julio de 2024];23(1):5-12. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s40257-021-00664-x

24. Pomeranz M. Dermatoses of pregnancy - UpToDate [Internet]. 2023 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/dermatoses-of-pregnancy?search=dermatitis %20embarazo&source=search_result&selectedTitle=1 %7E150&usage_type=default&display_rank=1

25. Paller A, Lund E. Psoriasis in children: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-in-children-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis %20ni %C3 %B1os&source=search_result&selectedTitle=2 %7E150&usage_type=default&display_rank=1

26. Nowowiejska J, Baran A, Krahel JA, Flisiak I. Acrodermatitis continua Hallopeau. Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2024];108(1):52-8. Disponible en: https://doi.org/10.5114/dr.2021.105894

27. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. Clinical Medicine [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 2 de julio de 2024];21(3):170. Disponible en: /pmc/articles/PMC8140694/

28. Hawkes J, Callis K. Erythrodermic psoriasis in adults - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/erythrodermic-psoriasis-in-adults?search=psoriasis %20eritrodermica&source=search_result&selectedTitle=1 %7E12&usage_type=default&display_rank=1

29. Mehlis S. Guttate psoriasis - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/guttate-psoriasis?search=psoriasis %20guttata&source=search_result&selectedTitle=1 %7E15&usage_type=default&display_rank=1

30. Alvarado R, Jimbo Y, Choez Y, Padilla R,

Cango A. Vista de Psoriasis Guttata. Reporte de Caso. Ciencia Latina Internacional [Internet]. 2024 [citado 10 de julio de 2024];8(2). Disponible en: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10628/15647