

LA PSORIASIS Y SU TRATAMIENTO CRENO-HELIOTERÁPICO

Elvira RIVERO SÁNCHEZ COVISA*

RESUMEN

En este trabajo se presenta un caso llamativo de psoriasis inveterada como base para incidir sobre esta enfermedad y destacar la importancia que pueden tener las curas hidrotermales junto con la helioterapia en su tratamiento.

RESUMÉ

Dans ce travail on rapporté un cas curieux de psoriasis invétéré à fin de nous rappeler cette maladie et souligner l'importance des cures crénotherapiques et de l'héliothérapie dans son traitement.

SUMMARY

A remarkable case of inveterate psoriasis has been reported at this paper. We make a regret about this illness and emphasizes the usefulness of the mineralo-medical waters and the sun effect, in the treatment of those patients.

•

COMENTARIO PREVIO

La psoriasis sigue siendo en nuestros días una enfermedad dermatológica de extraordinaria importancia; importancia que en gran medida viene determinada por su frecuencia. En Estados Unidos la padecen de dos a ocho millones de personas, de las que aproximadamente 100.000 están afectadas de forma importante. El médico general no siempre se percató de que esta enfermedad puede ser causa de limitaciones en el mundo de relación laboral y personal del sujeto que la padece y, por tanto, fuente potencial de problemas psicológicos. (FITZPATRICK, T. B., 1989.)

Las pápulas eritematosas, exfoliativas, situadas sobre el cuero cabelludo y las superficies extensoras de brazos y piernas sugieren psoriasis. Las lesiones psoriásicas muchas veces se agravan en los sitios sometidos a traumatismo repetido como los codos y las rodillas. Las pápulas o placas de psoriasis con frecuencia contienen una escama blanca y plateada que se elimina fácilmente en capas. En la psoriasis aumenta extraordinariamente la cantidad de células basales de la epidermis. Este aumento reduce el tiempo de recambio de la epidermis de los veintisiete días normales a tres o cuatro días. Este acortamiento en la migración de las células epidérmicas desde la capa basal hasta la superficie de la piel se acompaña de alteraciones en la maduración y queratinización celular. Esta falta de maduración se refleja en gran número de alteraciones morfológicas y bioquímicas. Junto con la hiperplasia de células basales hay aumento en el metabolismo y aceleración en la síntesis y degradación de nucleoproteínas, dando como resultado una elevada excreción urinaria de metabolitos de ácidos nucleicos, como el ácido úrico. Además, hay proliferación de la vascularización subepidérmica necesaria para apoyar la mayor velocidad de división celular. Se sabe ahora que el gran número de alteraciones citológicas, histológicas, histológicas y bioquímicas, es el resultado más que la causa del proceso patológico. El único hecho fundamental, conocido hasta la fecha, acerca de la causa de la psoriasis, es que la predisposición a padecerla se transmite genéticamente. En este sentido, se ha visto que ciertas enfermedades están relacionadas con determinados antígenos HLA dentro de la población y la psoriasis se presenta con mayor frecuencia en sujetos Cw 6+, mientras que la artritis psoriásica central y periférica se relaciona con el HLA B 27 y Bw 38 (CARPENTER, Ch. B., 1989). Esto está vinculado al hecho de que se encuentre una incidencia familiar en un 31 por 100 de los casos (DUPERRAT, B., 1969).

La psoriasis es más frecuente en el sexo masculino, pero debuta más precozmente en el sexo femenino. La edad media de aparición de la enfermedad son los veintiséis años; ODDOZE, L., 1962.

Lo destacado de los factores neuropsíquicos en la aparición de la enfermedad ha sido estudiada por importantes autores y en particular por M. BOLGERT y cols. (1954).

* Médico Especialista en Hidrología.

DUPERRAT, B., observó que un 10 por 100 de los casos presentaban un peso claramente por encima de lo normal con tendencia a la obesidad y que un 5 por 100 tenían antecedentes familiares de diabetes.

El desconocimiento acerca de su etiología lleva a que no exista un tratamiento específico para esta enfermedad y aun los tratamientos más eficaces, en pocos casos erradican el problema y no están exentos de efectos secundarios. Precisamente esta inseguridad en la eficacia y el temor a los efectos secundarios presta mayor y mejor acogida a los procedimientos que como los crenoterápicos, talasoterápicos y helioterápicos, se pueden utilizar sin peligro alguno y ofrecen la posibilidad de ventajosos resultados (ARMIJO y SAN MARTÍN, 1984).

Las aguas cloruradas, las sulfuradas y las sulfurado-cloruradas, suelen dar buenos resultados en las formas de psoriasis evolutivas, poco extensas; pero también pueden ser ventajosas en las formas fijas estables (VIALA, J., 1973; GANAS, P., 1985; MANY, P., 1985 y FUENTES, A. y cols., 1984).

Las aguas mineromedicinales de San Juan de la Font Santa, con un residuo seco de 25,4 g/L, los datos analíticos ofrecen la siguiente distribución de su contenido iónico:

Iones	mg/L	mEq/L	% mEq.	Atendiendo a estos mismos datos y la distribución porcentual, estas aguas son clorurado-sódicas-magnésicas y, en un segundo término sulfatado-cálcicas.
Sodio (Na^+)	5.838	253,9	69,1	
Potasio (K^+)	200	5,1	1,3	
Calcio (Ca^{++})	583	29,9	7,9	
Magnesio (Mg^{++})	964	79,2	21,5	
Cloruro (Cl^-)	11.556	325,9	89,2	
Bromuro (Br^-)	39	0,5	0,1	
Sulfato (SO_4^{--})	1.863	38,7	10,6	

La helioterapia actúa muy favorablemente sobre las lesiones y constituye un método de tratamiento. En 1974, es decir hace relativamente poco tiempo, se introdujo una nueva forma de tratamiento de la psoriasis denominado PUVA, que consiste en administrar psoralén por vía bucal, dos horas antes de la irradiación total del cuerpo con un sistema especial de luz que emite principalmente luz ultravioleta de onda larga, de 320 a 400 nm, longitud de onda que corresponde al ultravioleta A. Esta luz administrada por sí sola no causa eritema ni remisión de las lesiones psoriásicas; sin embargo, en presencia de alguno de los psoralenos se convierte en un agente fotoactivo potente, que produce

remisión de las lesiones psoriásicas después de varias exposiciones. Posiblemente su mecanismo de acción se relaciona en parte, con la unión del psoraleno al ADN por la acción del ultravioleta A.

Los estudios clínicos multicéntricos practicados en Estados Unidos y en Europa, que incluyen a más de 5.000 pacientes, han demostrado que la fotoquimioterapia por vía oral es muy eficaz en el control de la psoriasis intensa; en más del 80 por 100 de dichos pacientes se logra una remisión total de la psoriasis en tres o cuatro semanas de tratamiento empleando de dos a cuatro exposiciones por semana. Una vez que se logra la remisión se hacen exposiciones de sostén una vez por semana o con menor frecuencia. Sin embargo, el tratamiento con PUVA sólo se recomienda para pacientes con psoriasis minusvalidante, porque las secuelas a largo plazo abarcan envejecimiento prematuro de la piel, cataratas y cánceres cutáneos en personas susceptibles (con antecedentes de exposición a arsénico o radiación ionizante). En casos de gran minusvalía y pertinaces se puede combinar el PUVA o el UV-B (ultravioleta de onda media) con otras modalidades como metotrexato sistémico de manera secuencial o combinada. Todos estos datos fueron recogidos por Farber y Cox en 1981 del tercer Symposium Internacional de Psoriasis que se celebró en Estados Unidos.

La situación geográfica del Balneario de San Juan de la Font Santa facilita extraordinariamente las curas helioterápicas, toda vez que el promedio de horas diarias de soleamiento en el mes de agosto es de 10,5 horas y la temperatura media de 24, 4 °C. San Juan de la Font Santa se encuentra al sur de la isla Mallorca a 39° 21' de latitud N. y 2° 57' de longitud E.

Hechos los comentarios anteriores acerca de la psoriasis y los efectos terapéuticos de las curas hidrotermales y helioterápicas, destacaremos que según publicaciones anteriores de FUENTES y SAN MARTÍN, las curas mixtas en San Juan de la Font Santa pueden dar excelentes resultados en psoriasis evolutivos e inveterados, puesto que se han alcanzado efectos buenos (desaparición o reducción de la extensión primitiva más de un 50 por 100) en el 85,7 por 100 de los casos y regulares (mejoría objetiva y reducciones de la extensión inferior al 50 por 100) en el 14,3 por 100 de los casos.

En nuestra propia casuística los resultados han sido muy favorables, pero en este momento nos vamos a referir concretamente a un caso que consideramos de particular interés.

Se trata de un enfermo varón de setenta y cuatro años de edad, diabético insulín-dependiente, que acudió

al balneario el día 21 de julio de 1992. Presentaba lesiones eritemato-escamosas en forma de una gran placa que comenzaba en la región interescapular y se extendía en sentido caudal ocupando ambas regiones glúteas y el pliegue interglúteo y en sentido anterior ocupando los pliegues inguinales. Tenía también placas más pequeñas, a nivel de las regiones axilares, de los codos y de los pliegues del codo. Como sintomatología refería prurito, así como las alteraciones que representaban para él la apreciación del rechazo que producían sus lesiones a las personas que le rodeaban.

El enfermo acudió a la consulta con una psoriasis permanente o inveterada que debutó a los treinta años de edad, y seguía tratamiento con alquitrán de hulla.

El hecho de que nuestro enfermo fuese diabético podría estar en relación con las observaciones de DUPERRAT, citadas anteriormente, sobre una mayor frecuencia de psoriasis en los enfermos diabéticos. Esta peculiaridad no permitía un tratamiento con psoralen por vía oral previo a la exposición a las radiaciones ultravioletas A y por lo tanto, no permitía un tratamiento con PUVA, ya que la administración de psoralen está contraindicada en la diabetes mellitus, cuando el pa-

ciente tiene enfermedades hepáticas o cuadros clínicos que conduzcan a fotosensibilización, tales como lupus eritematoso generalizado o porfiria. Se trataba de un varón, lo cual está relacionado con la mayor frecuencia de psoriasis en los adultos en el sexo masculino.

El enfermo presentaba una imposibilidad de desplazarse desde el Balneario hasta las playas cercanas, con lo cual no pudo realizarse un tratamiento talasotérapico, quedando limitado el tratamiento a la creno y helioterapia.

La *pauta* que se siguió fue la siguiente: Se administró un baño a 39 °C entre las 9 y las 10 de la mañana de treinta minutos de duración, comenzando el tratamiento con un baño de diez minutos de duración los primeros días, que fueron aumentados progresivamente hasta llegar a un baño de treinta minutos de duración. Posteriormente se realizó una aplicación de chorro sobre las lesiones, seguido de reposo en cama y con suficiente abrigo de treinta minutos a una hora. Después de esto el enfermo procedía, aproximadamente a las 11 de la mañana, a una exposición corporal total a los rayos solares con protección cefálica y en movimiento, es decir, mientras paseaba por las inmediaciones del bal-



neario. La exposición a los rayos solares se realizó en sesiones progresivas de quince a ciento veinte minutos de duración y a pleno aire. Esto se llevó a cabo siguiendo las indicaciones ofrecidas ya, en un estudio previo realizado en dicho balneario y presentado en 1986 por el doctor *Fuentes-Castells*, antiguo médico-director del Balneario y por la doctora San Martín Bacaicoa, catedrática de Hidrología Médica. Se siguió la pauta marcada acerca del tiempo y horas de administración del baño y chorro y del soleamiento.

RESULTADO

El tratamiento en total duró quince días y durante los primeros días, en los cuales el prurito era intenso y la descamación abundante, se aplicó también Manto ácido-Urea CPI. Con este simple tratamiento se consiguió una remisión de las lesiones que puede evidenciarse en las siguientes fotografías y que como puede verse consistió en un blanqueamiento de las mismas. En la actualidad se sigue realizando un seguimiento del enfermo, si bien desde que concluyó el tratamiento no ha vuelto a repetir la cura por sus circunstancias personales. Este enfermo presentaba también ligeras alteraciones psíquicas que muchos autores han señalado están en relación con la psoriasis.

Simplemente aprovechamos esta ocasión para señalar la utilidad de las curas crenoterápicas en el tratamiento de alteraciones dermatológicas pertinaces,

que no remiten con los tratamientos habituales; curas que resultan, por otro lado, tratamientos agradables de realizar para el enfermo y con pocos o ningún efecto secundario negativo. Este hecho ha sido aceptado por muchos dermatólogos, incluso de centros importantes del país, como por ejemplo, «La Paz» o la «Clínica Puerta de Hierro» de Madrid, desde hace bastante tiempo.

Debemos finalmente hacer mención especial, a que en muchas ocasiones la psoriasis es una manifestación de otra enfermedad de base y no sólo una enfermedad por sí misma y esto hay que tenerlo en cuenta; por ejemplo, en el síndrome del glucagonoma se presentan lesiones psoriasiformes en la cara, en el cuadrante inferior del abdomen, nalgas, ingles, periné y muslos. Las lesiones pueden ser muy parecidas a las de una psoriasis subaguda, pero con frecuencia aparece necrosis en el centro de las placas; también hay estomatitis, anemia y pérdida importante de peso; puede haber hiperglucemia y al eliminar el tumor pancreático secretor de glucagón la erupción desaparece rápidamente.

Las lesiones psoriasiformes se observan también en el síndrome de Reiter o queratodermia blenorragica, en la micosis fungoide, en la dermatitis eczematosa numular, en la parapsoriasis, en ciertas reacciones a fármacos y en la dermatofitosis. Por lo tanto, siempre que se presente un enfermo con psoriasis habrá que descartar que no tenga alguno de los procesos de base que hemos citado previamente, antes de iniciar un tratamiento sintomático del cuadro psoriásico en sí.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ARMÍJO, M. y SAN MARTÍN, J. (1981): «*La salud por las aguas termales*». Ed. EDAP.

BAILLET, P. (1964): «*Le traitement de psoriasis a la Roche-Posay*». Presse Therm. Clim. 101, 191.

BRAVERMAN, I. (1981): «*Skin Signs of Systemic Disease*». Philadelphia. Saunders.

EVERS, A. (1962): «*Hautleiden*», cap. XXVX-13 en W. AMELUNG y A. EVERS «*Handbuch der Bäder und Klimahelkunde*». Schatauer-Verlag. Stuttgart.

FARBER, E. M.; COX, A. J. (eds.) (1981): «*Psoriasis: Proceedings of the Third International Symposium*». New York, Yorke Medical.

FITZPATRICK, T. B.; BERNHARD, J. D. (1987): «*The structure of skin lesions and fundamentals of diagnosis*», in *Dermatology in General Medicine*, 3d ed., T. B. Fitzpatrick et al. (eds.). New York, McGraw Hill.

FUENTES, A.; ARMÍJO, M. y SAN MARTÍN, J. (1984): «*Asociación de la cura heliomarina a la hidromineral en el tratamiento de la Psoriasis*», Comunicación a «II Jornadas de Estudios de Talasología y Talasoterapia». Las Palmas de Gran Canaria.

GANAS, P. (1985): «*Traitement thermal dermatologique a Uriage les-Bains*». Presse Therm. Clim. 122, 85.

GUALTIEROTTI, R. (1981): «*Medicina Termale*». Lucisano Ed. Milano-Italia.

GUICHARD DES AGES, P. (1985): «*Le traitement des dermatoses par la cure thermale de la Roche-Posay*». Presse Therm. Clim. 122, 83.

HAGER, F., cit. por EVERS, A. (loc. 3).

HENSELER et al. (1981): «*Oral R-methoxypsoralen photochemotherapy of psoriasis*». Lancet, 1: 853.

HONIGSMANN, H. et al. (1907): «*Oral photochemotherapy with psoralens and UVA (PUVA): Principles and practice*», in *Dermatology in General Medicine*, 3d ed., T. B. Fitzpatrick et al. (eds.). New York, McGraw-Hill.

KARAGOUNIS, M. y SCHUBERT, E. (1984): «*Traitement moderne du psoriasis vulgaris à partir de l'eau de mer, du soleil et des bains thermaux*». Presse Therm. Clim. 121, 166.

MANY, P.; HARDY, P. y HARDY, J. L. (1985): *Traitement thermal des affections dermatologiques à Saint-Gervais*. Presse Therm. Clim. 122, 96.

MASSOTTI LITTEI, A. I. (1951): «Las aguas clorurado sódicas en la terapéutica hidromineral de las afecciones de la piel». Bol. Esp. Hidrol: Med. Clim. Vol. II, 5, 9.

MESCHTSCHERSKIJ, cit. por EVERS, A. (loc. 3).

NITSCH, K. y GRUNINGER, U. (1962): «Erkrankungen im Kindesalter», cap. XVII-15 en W. AMELUNG y A. EVERS «Handbuch der Bäder und Klimaheilkunde». Schatauer-Verlag. Stuttgart.

ODDOZE, L. (1962): «Une méthode efficace et peu connue du blanchiment du psoriasis: La cure héliothermale à La Roche-Posay». Presse Therm. Clim. 110, 82.

PARRISH, J. A. et al. (1974): «Photochemotherapy of psoriasis with oral methoxsalen and longwave ultraviolet light». N. Engl. J. Med. 291: 1.207.

VIALA, J. (1973): «Quelques réflexions sur le traitement thermal du psoriasis». Presse Therm. Clim. 110, 82.

WEHSARG, F. (1955): «La Balnéotherapie des Dermatoses». Deutscher Bäderverband E. V. Bonn.



MANANTIAL CAPUCHINA

Afecciones de hígado y vías biliares

MANANTIAL SAN VICENTE

Afecciones renales y de vías urinarias

MANANTIAL EL SALADO

*Afecciones de aparato locomotor
y aparato respiratorio*

SERVICIO DE BALNEOTERAPIA:
Baños, baños de burbujas y carbogaseosos
Duchas y masajes subacuáticos

INSTALACIONES:
Nebulizaciones y Aerosoles

MECANOTERAPIA Y ELECTROTHERAPIA:
Masajes vibratorios, tracciones, onda corta

INSTALACIONES DEPORTIVAS:
Tenis, Frontón, Badminton
Parques infantiles

TEMPORADA OFICIAL: 1.º JUNIO AL 31 DE OCTUBRE
SIERRA NEVADA (Granada). A 50 kms. de Granada, 135 de Almería y 146 de Málaga.
INFORMES: Aguas de Lanjarón, S.A.
Teléfs.: 77 01 37/62 • Télex: 78408 ALGRA • Lanjarón (Granada)