



Clínica cotidiana

Psoriasis: la importancia de su control al ser generadora de patologías cardiovasculares

Jorge Luis Orihuela de la Cal^{a,*}, Nuris Vega Ulloa^b, Yamila Santana Artiles^b

^aCentro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana, Gran Canaria. ^bCentro de Salud de Maspalomas. Gran Canaria.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Psoriasis

Ictus

Atención primaria

R E S U M E N

La psoriasis es una afección inflamatoria crónica, sistémica e inmunomediada que comparte mecanismos inflamatorios con enfermedades cardiovasculares (ECV), lo cual incrementa el riesgo de infartos, ictus, arterioesclerosis, etc. Esta enfermedad constituye un riesgo independiente de ECV y el incremento de la mortalidad está vinculado con patologías cardiovasculares. Se presenta un paciente afectado de psoriasis vulgar pero con numerosos factores de riesgos. El diagnóstico de esta patología es clínico estando el médico de familia capacitado para su diagnóstico y conducta inicial. No todos los casos necesitan derivación al segundo nivel de atención. El enfermo, a pesar de evolucionar adecuadamente las lesiones cutáneas con el tratamiento tópico indicado, sufrió como complicación un ictus isquémico. Debe tenerse en cuenta que ante un caso de psoriasis valorado en atención primaria donde existan dudas diagnósticas, evolución tórpida con el tratamiento y presencia de complicaciones, es fundamental la derivación inmediata.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Psoriasis: the importance of its control as a cause of cardiovascular pathologies

A B S T R A C T

Psoriasis is a chronic, systemic, immune-mediated inflammatory condition that shares inflammatory mechanisms with cardiovascular diseases (CVD), which increases the risk of heart attacks, strokes, arteriosclerosis, etc. This disease constitutes an independent risk factor for CVD, and increased mortality is linked to cardiovascular diseases. This patient is presented with psoriasis vulgaris but numerous risk factors. The diagnosis of this condition is clinical, and the family physician is trained in its diagnosis and initial management. Not all cases require referral to a secondary level of care. The patient, despite adequate skin lesions with the prescribed topical treatment, suffered an ischemic stroke as a complica-

Keywords:

Psoriasis

Stroke

Primary care

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgeorihu1969@gmail.com (J.L. Orihuela de la Cal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.017>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

tion. It should be noted that in a case of psoriasis evaluated in primary care where there are diagnostic uncertainties, a torpid course with treatment, and complications, immediate referral is essential.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Se trata de un paciente varón de 56 años, trabajador en el sector de la hostelería, que acude a consulta en atención primaria debido a lesiones cutáneas pruriginosas de varios meses de evolución. Las lesiones han ido extendiéndose por diversas áreas del cuerpo, y actualmente presenta fisuras dolorosas en las palmas de las manos y las plantas de los pies, lo que le genera limitaciones en sus actividades diarias. La condición le provoca nerviosismo, angustia y trastornos del sueño. No ha experimentado mejoría significativa con el uso de varias cremas tópicas prescritas en distintas ocasiones, como ketoconazol, lactourea y metilprednisolona aceponato.

En relación con los antecedentes personales, el paciente presenta hipertensión arterial (HTA) y dislipemia mixta (DLP), con un cumplimiento irregular de las indicaciones médicas. En cuanto a los hábitos tóxicos, fuma desde los 18 años, con un Índice Paquete/Año de 20 paq/año, y se encuentra en fase de pre-contemplación para dejar el hábito. Además, consume alcohol de forma moderada, con un promedio de consumo inferior a 2 UBE/día, sin que este patrón sea considerado de riesgo.

En la exploración física, a nivel del tronco, se observan lesiones redondeadas, algunas de las cuales confluyen formando placas eritemato-descamativas, bien delimitadas, simétricas y de tamaño variable, que generan prurito ocasional. También presenta lesiones similares en las palmas de las manos y las plantas de los pies, acompañadas de sequedad cutánea y fisuras dolorosas. Algunas áreas han sido modificadas por tratamientos previos. La exploración cardiopulmonar es normal, aunque se ausculta un estertor seco aislado tras la tos. La tensión arterial es elevada (140/90 mmHg), confirmada en dos mediciones realizadas en diferentes momentos. El perímetro abdominal está aumentado (104 cm) y el índice de masa corporal es 32, lo que clasifica al paciente en la categoría de obesidad grado I.

Las pruebas complementarias muestran niveles elevados de lípidos, tanto en colesterol total como en colesterol LDL. La eritrosedimentación y la proteína C reactiva presentan valores ligeramente elevados. Las serologías para enfermedades de transmisión sexual resultan negativas. El electrocardiograma revela un patrón de sobrecarga ventricular. La espirometría muestra un patrón obstructivo ($FEV1/FVC < 70\%$), con una prueba broncodilatadora negativa. Tras la exploración y el resultado de todas las pruebas complementarias, se le diagnostica de psoriasis vulgar asociada a hipertensión arterial grado I, dislipemia mixta y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

El paciente ha requerido baja médica debido a la severidad de las lesiones, y se ha implementado un enfoque integral que valora los factores de riesgo modificables y el control de las enfermedades crónicas. La intervención incluye la participación del equipo de enfermería, con un énfasis en la deshabitación tabáquica, el control del peso y la reducción del perímetro abdominal mediante una dieta cardiosaludable, preferentemente mediterránea, y el inicio gradual de ejercicios físicos una vez que el paciente esté estabilizado. Además, se hace hincapié en la importancia de la higiene del sueño y el manejo de los síntomas relacionados con su salud mental, promoviendo el fortalecimiento de la autoconfianza y el empoderamiento del paciente para favorecer la adherencia terapéutica. El apoyo familiar también es un componente clave en su recuperación.

Tras la revisión del tratamiento, se implementan algunos ajustes y nuevas prescripciones. Se indica el uso de una crema compuesta por calcipotriol y betametasona, con instrucciones claras sobre su aplicación correcta, y se establece un seguimiento periódico para evaluar la evolución. Los fármacos antihipertensivos se ajustan, asociando un diurético al enalapril, y se introduce ezetimiba junto con la estatina. Además, se inicia tratamiento con furoato de fluticasona y vilanterol (1 inhalación diaria) y se prescribe aceite esencial de lavanda oral, con orientación para la aplicación de técnicas de relajación como el mindfulness y la meditación.

En cuanto a la evolución clínica, el paciente experimenta una mejoría notable de las lesiones en pocas semanas (figuras 1 y 2). Sin embargo, dos meses después, el paciente sufre un ictus isquémico, con hemiparesia en el hemicuerpo izquierdo, lo que requiere valoración y tratamiento por parte de los servicios de Neurología y Rehabilitación. Tras un año de incapacidad temporal en atención primaria, el paciente pasa a ser controlado por el INSS. No ha sido necesario remitirlo a Dermatología para seguimiento adicional.

Comentario

La psoriasis constituye una enfermedad inflamatoria crónica, de etiología incierta, multifactorial, no contagiosa y pudiendo llegar a ser incapacitante. Con una prevalencia estimada del 2,3 % en España, sin relevantes diferencias por sexos, aunque más frecuente en climas más fríos y secos¹. Puede afectar la piel y anejos como las uñas, pero también a nivel sistémico asociado a patologías con perfil inmunológico parecido (artritis, enfermedad inflamatoria intestinal, celiacía, entre otras); con incremento del riesgo cardiovascular²⁻⁴. Constituye un motivo



Figura 1 – Lesiones de psoriasis vulgar en tronco antes del inicio del tratamiento con calcipotriol/ betametasona crema y varias semanas después.



Figura 2 – Lesiones de psoriasis vulgar en planta de los pies al inicio del tratamiento con calcipotriol/ betametasona crema y varias semanas después.

frecuente de visita en atención primaria (AP). Sin embargo, no siempre se realiza un diagnóstico precoz y terapéutica acertada⁵.

El diagnóstico de la psoriasis es clínico y su tratamiento individualizado^{4,5,6,7} deben valorarse antecedentes, características clínicas con signos típicos, debiendo tenerse en cuenta las variadas formas clínicas que existen. Las lesiones cutáneas pueden propagarse de forma generalizada o universales que llegan a ser graves; así como las presentaciones a nivel sistémico^{2,3}.

Es una enfermedad que tiene gran repercusión en la calidad de vida de las personas que la padecen; produciendo una afectación tanto física como emocional y social con agravamiento de la vida diaria con gran impacto socio- económico. Pueden llegar a ser lesiones dolorosas sobre todo a nivel de pliegues y palmoplantares, dificultándose actividades tan cotidianas como sujetar un objeto o caminar^{1,8}.

El diagnóstico diferencial en relación con las lesiones del tronco incluye condiciones como el secundarismo sífilítico, dermatitis numular, tiña corporis, pitiriasis rosada de Gibert y linfoma cutáneo de células T, entre otras⁵. Para las lesiones en las palmas y plantas, se debe considerar la posibilidad de eccema dishidrótico, dermatitis de contacto, tiña manuum y pedis, queratodermia palmoplantar, lúes secundario y psoriasis pustulosa, entre otras entidades⁶.

En conclusión, en estos pacientes es muy importante controlar factores desencadenantes y de riesgos (obesidad, tabaquismo, estrés, etc.), también patologías de base y la salud mental. Es fundamental cumplir medidas higiénico-dietéticas básicas como: alimentación saludable, aseo personal, hidratación óptima tanto oral como cutánea, pueden ser efectivos los baños de sol y playa en algunos casos, etc. El médico de familia está capacitado para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, aunque debe derivarse oportunamente ante dudas, evolución desfavorable y complicaciones. No en todos los casos es imprescindible realizar estudio histopatológico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrascosa JM, de la Cueva P, Alfonso S. No todas las psoriasis son iguales, el reto de la personalización. *Acción Psoriasis. Academia Española de Dermatología y Venereología* [Internet]; 2023. [Consultado 21 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.avancesenppg.com/arxiu/imatgesbutlleti/No-todas-las-psoriasis-son-iguales-el-reto-de-la-personalizacioon.pdf>
2. Melero Lloret J, Mahiques Santos L, Soriano Navarro CJ, García Palomar C, Beliver Navarro A, Domínguez Mafé E, et al. Psoriasis como factor de riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiología*. 2014;67 Suppl1:279. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-congresos-sec-2014-el-congreso-de-las-enfermeda->

- des-13-sesion-marcadores-de-riesgo-1130-comunicacion-psoriasis-como-factor-de-riesgo-cardiova-12018
3. Salzberg S. La psoriasis: ¿Puede generar enfermedad cardiovascular?. SIAC. [Internet]. 2022 (Consultado 09 Mar 2025). Disponible en: <https://www.siacardio.com/editoriales/prevencion-cardiovascular/siacprevent/psoriasis/>
 4. del Castillo Carnevali A. Psoriasis: ¿aumenta el riesgo de sufrir un evento cardiovascular? [Internet]; 2021. [Consultado 21 Jul 2025]. Disponible en: <https://atencionprimaria.almirallmed.es/actualizaciones/psoriasis-aumenta-el-riesgo-de-sufrir-un-evento-cardiovascular/>
 5. Ramírez García Y. Lesiones eritematosas y escamosas de la piel. En: García Velasco G, Aldecoa Landesa S, Castro Gómez JA, Dazza Asumendi P, Espinás Boquet J, Fluixá Carrascosa C, et al, editores. Guía de Actuación en Atención Primaria. Vol I, 5ª ed. Barcelona: semFYC; 2023. p. 799-811.
 6. Lechuga Domínguez MJ, Monteagudo Sánchez B, Mosquera Fernández A. Psoriasis pustulosa palmoplantar. A propósito de un caso. *Rev Esp Podol.* 2017;28(1):53-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.repod.2016.11.003>
 7. Psoriasis leve-moderada (afectación hasta el 10 % de la superficie cutánea). *AMF* 2024;20(5):559. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/AMF.200559>
 8. Graells Turu C, Roca Figueras G. Doctora: ¡La podóloga ya no sabe que hacer!. *AMF* 2024;20(1):3493. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/AMF.S200105>