

# Psoriasis y estilos de vida saludables

Pablo Saz-Peiró

Recibido: 2/5/2017

Aceptado: 6/6/2017

## RESUMEN

Hoy día sigue siendo una necesidad para los pacientes de psoriasis recuperar la recomendación de estilos de vida saludables y del contacto con el medio ambiente a pesar de que, desde hace mucho tiempo, se sabe que la evidencia y efectividad para resolver el problema se encuentra en estas prácticas sencillas y en cambios de estilo de vida fundamentados en una buena dieta, y el contacto con el sol, el aire y el agua.

**Palabras clave:** Psoriasis, estilos de vida, hidroterapia, climatoterapia, helioterapia, talasoterapia, dieta vegetariana, ayuno.

## Psoriasis and healthy lifestyle

### ABSTRACT

Today it is still a necessity for psoriasis patients to recover the recommendation of healthy lifestyles and contact with the environment despite the fact that, for a long time, it is known that the evidence and effectiveness to solve the problem is found in these simple practices and lifestyle changes based on a good diet, and contact with the sun, air and water.

**Keywords:** Psoriasis, lifestyles, hydrotherapy, climatotherapy, heliotherapy, thalassotherapy, vegetarian diet, fasting.

56

A raíz de participar en un estudio con pacientes de psoriasis (1), he observado la cruda realidad de estas personas, a veces mal informadas sobre su enfermedad, desesperadas y lanzadas a la busca de una cura entre pomadas y medicamentos (que a veces alivian sus síntomas y otras ni siquiera estos, produciéndoles además efectos secundarios). Por otra parte, me he topado con la ausencia total de una recomendación de estilos de vida saludables (2) y del contacto con el medio ambiente, a pesar de que, desde hace mucho tiempo, se sabe la que mayor evidencia y efectividad para resolver el problema se encuentra en estas prácticas sencillas y en cambios de estilo de vida fundamentados en una buena dieta, y el contacto con el sol, el aire y el agua (3).

La psoriasis es un proceso inflamatorio crónico de la piel que se caracteriza por un diferenciación y proliferación aceleradas de la epidermis. Se observa erupción rojiza delimitada, a veces con placas cubiertas con escamas plateadas superpuestas y a veces

induración. Afecta al cuero cabelludo, zonas exteriores de extremidades (muñecas, codos, rodillas y tobillos), lugares de roces repetidos (fenómeno de Keebner) (4). Afecta al 2% de la población general. Es más habitual en las personas de raza blanca y presenta una aparición máxima entre los 20-30 años y entre los 50-60 años. La causa de la psoriasis es multifactorial, con componentes genéticos y ambientales. A veces hay antecedentes familiares. Se dice que cuando uno de los progenitores padece psoriasis, el riesgo de que un hijo presente este trastorno es del 14 %. Esta cifra asciende al 41% cuando lo padecen ambos progenitores. Incidiré en algún detalle: en una mujer que quede embarazada con brotes de psoriasis no sería aconsejable la medicación, y decir también que no es contagiosa en ningún momento.

Entre los factores que influyen en la Psoriasis está la mala absorción de proteínas, que hace que las bacterias intestinales creen aminoácidos tóxicos, poliaminas, como putrescina y cadaverina (si aumentan,

empeora la psoriasis, si se reducen en orina, mejora la psoriasis). Los enzimas que mejoran la digestión disminuyen las poliaminas. Las toxinas intestinales como *Candida albicans* y otras levaduras empeoran la psoriasis (5), su disminución con dieta rica en fibra o zarzaparrilla mejora la psoriasis (6).

La mejora de la función hepática repercute en la psoriasis. Así, la disminución del alcohol o la utilización del cardo mariano (7) mejorarán la psoriasis. El extracto acuoso de mate (*Momardica chantaria*) mejora la psoriasis (8).

El ayuno y las dietas sin gluten también han producido mejorías en pacientes psoriásicos (9). Se ha comprobado la relación entre el aumento de luz solar y la psoriasis y el aumento de calor: 42,5 °C.

Los factores desencadenantes de brotes pueden ser traumatismos físicos, agresiones sobre la piel (a esto se le llama fenómeno de Koebner), infecciones (faringitis estreptocócica), hipocalcemia, estrés y fármacos como litio, bloqueadores beta, antipalúdicos, interferón y reducciones rápidas de corticoides sistémicos. El efecto del embarazo sobre la psoriasis no es uniforme: la mitad de las mujeres con psoriasis experimenta un empeoramiento durante el embarazo y la otra mitad una mejoría.

La psoriasis puede manifestarse, además de por medio de signos cutáneos, con anomalías en las uñas. La afectación de las articulaciones es cerca del 10% de los pacientes con psoriasis. Se piensa que hasta en el 55% de los pacientes afectados hay psoriasis ungueal. Sin embargo, en los que también tienen artritis psoriática, la incidencia de afectación en las uñas es del 86%.

La creencia general es que no hay curación definitiva, pero puede desaparecer durante largas temporadas e incluso años.

El tratamiento más convencional de hoy está alrededor de los fármacos, cada vez más agresivos y con más efectos secundarios.

## Fármacos de uso tópico

El ácido salicílico (2-10%), la urea (al 40% como máximo) y los alfa-hidroxiácidos (ácido glicólico y láctico), resultan útiles para disminuir el espesor de las placas psoriáticas. Además de proporcionar comodidad añadida, unas placas más delgadas permiten una mayor penetración de otros fármacos (10). Precauciones: el ácido salicílico no debe aplicarse extensamente sobre el cuerpo, sobre todo en los niños. La absorción

sistémica puede provocar salicilismo, que se caracteriza por acufenos, náuseas y vómitos.

La urea (11) o la orina del propio paciente es un buen regulador de la placa, hidratante y suavizante de la piel. En nuestra cultura además está bien vista su aplicación externa (12).

El alquitrán de hulla, que contiene 10.000 compuestos químicos diferentes, como hidrocarburos aromáticos policíclicos, fenoles y bases nitrogenadas, tiene actividades antiproliferantes y antiinflamatorias. A partir de la madera pueden obtenerse productos semejantes que contienen menos compuestos cancerígenos (13).

Se ha comprobado que el uso de alquitrán de hulla en los pacientes que también son tratados con radiación UV conlleva una mayor incidencia de cáncer de piel, aunque otros estudios posteriores lo dan como una práctica segura (14). Otros efectos secundarios son fototoxicidad, alergia de contacto, dermatitis irritativa y erupciones de acné.

Los corticoides poseen propiedades antiinflamatorias, inmunodepresoras y antiproliferativas. Estas actividades se encuentran mediadas por alteraciones de la transcripción génica. La eficacia de un corticoide tópico individual guarda relación con su potencia y capacidad de absorberse por la piel. Los corticoides tópicos se asocian a una disminución de la eficacia con su uso continuado. La combinación de corticoides tópicos con otros medicamentos tópicos reduce al mínimo este problema. Los efectos secundarios locales son más habituales. Consisten en atrofia cutánea, acné e hipertrichosis localizada. Con el uso frecuente o prolongado sobre zonas extensas puede producirse absorción sistémica, lo que provoca efectos secundarios semejantes a los de los corticoides orales (hiperglucemia, inhibición suprarrenal, etc).

## Fármacos de administración por vía oral

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico. Bloquea la formación de los elementos básicos necesarios para la síntesis de ADN, lo que da lugar a una detención del ciclo celular. También tiene efectos inmunodepresores. Por último, el metotrexato actúa como un antiinflamatorio y tiene numerosos efectos secundarios. El más frecuente es el malestar digestivo, y el más peligroso la disminución de elementos sanguíneos. Ambos pueden disminuirse agregando 1 mg diario de ácido fólico. Otros problemas importantes

son hepato-toxicidad, fibrosis pulmonar, inducción de neoplasia malignas y teratogenia.

La ciclosporina se aisló inicialmente a partir del hongo terrestre *Tolypocladium inflatum*. Es un inmunosupresor y entre los efectos secundarios posibles se encuentran disfunción renal, hipertensión arterial, hipertricosis, hiperplasia gingival, malestar digestivo, efectos neurológicos (cefalea, temblor, parestesias), desequilibrios electrolíticos y mielosupresión.

El acitretino es un retinoide oral con efectores anti-proliferativos y antiinflamatorios. Puede reducir la proliferación de los linfocitos y disminuir el metabolismo del ácido araquidónico, lo que da lugar a una disminución de la quimiotaxis de neutrófilos. El acitretino se ha mostrado especialmente útil en el control rápido de la psoriasis pustulosa, pero es sumamente teratogénico. Puede causar sequedad de piel y mucosas, producirse una disminución de la visión nocturna, así como pseudotumor cerebral (sobre todo cuando se administra acitretino con tetraciclinas). Otros posibles efectos secundarios son artralgias, mialgias, alteraciones óseas (hiperostosis), cicatrización deficiente de las heridas y síntomas digestivos.

## El tratamiento más natural

58

Es fundamental cuidar la piel. El cuidado suave de la piel ayuda a reducir al mínimo el prurito y el traumatismo cutáneo, con lo que se previene el fenómeno de Koebner en las lesiones psoriáticas. Una medida útil consiste en bañarse en agua fría o tibia con jabones suaves. Asimismo, la aplicación frecuente y periódica de emolientes —especialmente mientras la piel aún está húmeda— ayuda a mantener suave y más controlable la piel psoriásica. La avena coloidal, la harina de avena (15) o las infusiones de manzanilla (16) en forma de emoliente o baño también ayudan a calmar el prurito y la irritación relacionados con la psoriasis. También es recomendable la aplicación de aceite de oliva.

Con la aplicación del baño de sol o la cura solar con adaptación progresiva se ha demostrado que la psoriasis mejora normalmente durante los meses de verano (cuando hay una mayor exposición a la radiación ultravioleta) y esto se ha aprovechado durante muchos años (17).

La radiación ultravioleta B (UVB) tiene una longitud de onda entre 290 y 320 nm. Se sabe que disminuye la síntesis de ADN y tiene efectos inmunorreguladores. Hoy se conocen varios de los mecanismos en los que interviene la acción de la luz regulando este sistema inmune implicado en psoriasis.

## Dosis

La radiación ultravioleta es mucho más eficaz cuando se combina con un fotosensibilizador tóxico o sistémico (como un psoraleno). Entonces se convierte en un instrumento potente de tratamiento de la psoriasis (PUVA). Los psoralenos son furocumarinas y están presentes en las familias de Leguminosas, Moráceas, Meliáceas, Compuestas y Solanáceas. Su mayor ocurrencia se presenta en las Rutáceas y en las Umbelíferas o Apiáceas (alimentos conocidos como lima, perejil, higos y apio).

Los efectos biológicos de las furanocumarinas se conocen hace más de 3.000 años. En el libro sagrado de los hindúes, Atarva Veda, y en un manuscrito budista, se menciona el tratamiento de la leucoderma por medio de la aplicación de extracto de un vegetal clasificado ahora como *Psoralea Corylifolia* (18).

## Nutrición. Dieta vegetariana

El consumo alto de ácidos grasos omega-3, el ayuno, las dietas bajas en calorías y vegetarianas muestran efectos beneficiosos (19). Algunos pacientes que tienen intolerancia al gluten mejoran después de una dieta libre de gluten (20). El calcitriol se utiliza en el tratamiento tóxico. El uso de alcohol puede exacerbar la enfermedad.

### Consideraciones importantes

Que la dieta vegetariana (21) sea rica en ácidos grasos esenciales omega-3 (por ejemplo, semillas de linaza).

Ácido fólico (espinaca, col, hoja de nabo, lechuga, todas las hojas verdes en general).

Vitamina A (jugos abundantes en carotenos: zanahoria, col, melón, tomate).

Vitamina E (semillas).

Zinc (perejil, zanahoria, pipas de calabaza, semillas).

Selenio (acelga, ajo, naranja, aceite de linaza, de onagra).

Enzimas (piña (bromelaina), papaya (papaína), favorecen la digestión de las proteínas).

Alimentos ricos en psoralenos para asociar a la fototerapia (higos, perejil, ruda).

## Plantas medicinales (22,23)

— Aloe Vera. Parece que el extracto tóxico de aloe vera reduce la descamación, el eritema y la infiltración que acompañan a las placas psoriásicas (24).

- Cardo mariano (*Silybum marianum*). Aunque directamente no se ha indicado que tenga utilidad en el tratamiento de la psoriasis, se ha propuesto que protege contra la hepatotoxicidad observada con el metotrexato. Silimarina: cardo mariano: decocción de 70-210 mg.
- Mate (*Momordica charantia*) (8) 50 a 100 g de zumo recién hecho.
- Zarparrilla: raíz desecada y decocción.
- *Mahonia achifolium* 1D (25).
- *Polipodio leucotomo*. Calaguala (26).
- *Helicrisum italicum*. Antiinflamatorio (27).

### Técnicas mente-cuerpo

El hecho de que los pacientes con psoriasis experimentan un mayor estrés como consecuencia de su enfermedad es bien conocido. Una encuesta extensa a miembros de la National Psoriasis Foundation documentó que el hecho de padecer psoriasis tiene profundos efectos emocionales, sociales y físicos sobre la calidad de vida. Asimismo, se ha comprobado que los factores emocionales, especialmente el estrés, presentan una correlación firme con el inicio y la exacerbación de la psoriasis (28).

El mecanismo de acción del efecto que tiene el estrés sobre la psoriasis está empezando a conocerse; el estrés psicológico podría modificar el grado de tolerancia de agresiones físicas o prolongar el tiempo de recuperación epidérmica.

También se ha confirmado que el grado de estrés influye en los resultados terapéuticos. Los pacientes del grupo de alto grado de preocupación lograron la remisión 19 días después (1,8 veces más lenta) que los del grupo de bajo grado de preocupación (29).

### Meditación

Un pequeño estudio reveló que los pacientes que escucharon una cinta para reducir el estrés basada en meditación atenta durante el tratamiento con PUVA o UVB de la psoriasis, presentaron una mejoría significativamente más rápida que los que no tuvieron acceso a la cinta. La remisión se produjo 1 mes antes en el grupo de pacientes que recibieron UVB más la cinta de relajación que en el de UVB en exclusiva, y 6 semanas antes en el grupo de PUVA más cinta de relajación que en el de PUVA exclusivo (30).

### Medicina china tradicional

Preparados tópicos. Se recomiendan combinaciones que hacen hincapié en pomadas no irritantes suaves que se utilizan para disminuir las escamas y el espesor de las placas psoriásicas. No obstante, se dispone de una abundancia de preparados de MCT de tópicos combinados. Muchos contienen corticoides, lo que explicaría su eficacia. Asimismo, hay casos de contaminación con metales pesados, toxinas y otros productos farmacéuticos. La no notificación de la composición de algunos de estos productos le ha creado mala fama a la fitoterapia china (31).

Una revisión de los ensayos clínicos publicados entre 1966 y 2001 en la bibliografía inglesa y china relacionados con el uso de productos fitoterápicos chinos para tratar la psoriasis, identificó más de 174 plantas diferentes empleadas en estos ensayos. Especificó 10 que se encontraron con frecuencia y explicó sus posibles mecanismos de acción. Se trató de: *Rehmannia glutinosa* (raíz seca), *Angelica sinensis* (raíz), *Salvia miltiorrhiza* (raíz), *Dictamnus dasycarpus* (corteza de la raíz), *Smilax glabra* (tallo subterráneo), *Oldenlandia diffusa* (planta completa), *Lithospermum erythrorhizon* (raíz), *Paenia lactiflora* (raíz), *Carthamus tinctorius* (flor) y *Glycyrrhiza uralensis* (raíz) (32).

### Homeopatía

Al igual que la MTC, la homeopatía considera que la psoriasis es la expresión local de un trastorno sistémico. A cada paciente se le evalúa de forma individual y los tratamientos se administran basándose en la *estrategia constitucional*. (33) Dado que se considera que cada paciente tiene un desequilibrio único, el remedio concreto elegido depende en gran medida de la persona (34).

### Estrategias preventivas

No hay ninguna manera de prevenir la psoriasis. Aunque se conocen algunas situaciones que agravan la psoriasis, los brotes son, con frecuencia, imprevisibles. Lo mejor que se puede hacer es:

- Mantener un modo de vida equilibrado.
- Reducir al mínimo el estrés.
- Mantener un peso estable.
- Evitar el consumo excesivo de alcohol.
- Evitar el tabaco.
- Seguir una alimentación bien equilibrada.

- Tratar precozmente las infecciones cutáneas.
- Evitar los fármacos que agravan la psoriasis (por ejemplo litio, bloqueadores betaadrenérgicos, antipalúdicos, interferón y reducciones graduales rápidas de las dosis de corticoides sistémicos).

## Balneoterapia en la psoriasis

Se ha propuesto que la climatoterapia del Mar Muerto resulta beneficiosa en los pacientes con psoriasis. Estas personas visitan centros ubicados en la masa de agua durante 2 a 4 semanas y se exponen al agua y al sol. Un estudio con 740 pacientes alemanes tratados en el Mar Muerto reveló una remisión completa de los síntomas del 70% después de 4 semanas en una de estas clínicas (35). Y no solo el Mar Muerto, sino que cada una de las playas marinas es una oportunidad para tratar la psoriasis. Entre las técnicas más utilizadas se encuentran las siguientes:

### Talasoterapia

- Baños de mar.
- Helioterapia. Posiblemente la parte más importante (36).
- Algas marinas aplicadas y añadidas a la dieta.
- Aplicación de limos marinos.
- Psammoterapia entre 40-60°C. Es una envoltura con arena marina caliente y reposo durante 20 minutos o hasta conseguir sudoración.

### Balnearios

La psoriasis es una de las enfermedades dermatológicas que más frecuentemente se tratan en los balnearios. Los resultados muestran resultados clínicos positivos, se le atribuyen beneficios en el tratamiento de las lesiones de la piel y a nivel psicológico debido a que se trata de lugares agradables, lejos de las actividades estresantes de la vida diaria y un entorno favorable para relacionarse con otras personas de la misma patología. Los mecanismos del tratamiento de la enfermedad no se conocen completamente, pero se considera que tiene efectos químicos, termales, mecánicos e inmunológicos.

### Agua sulfurada

Además de las aguas cloruradas y el clima marítimo se ha utilizado también el agua sulfurada (37).

### Efectos químicos

La actividad de los sulfuros parece estar relacionada con la interacción con cisteína y sus catabolitos, tienen una acción antiinflamatoria, queratolítica, queratoplástica y antiprurítica, y de forma indirecta por combinación con los radicales de oxígeno, antibacteriana y antifúngica.

### Efectos termales

La estimulación termal se asocia a una vasodilatación, aumentando la circulación sanguínea y disminuyendo la presión arterial. La hipertermia se emplea para aliviar el dolor, ya que aumenta la secreción de norepinefrina, cortisol y hormonas del crecimiento y produce un efecto inmunosupresor disminuyendo la masa de tejido linfático y la respuesta inmune mediada por células y humoral. La hipertermia también tiene un efecto antiinflamatorio, que se atribuye al aumento de secreción de cortisol y catecolaminas inducidas por el estrés termal. Además tiene efectos importantes en la movilidad de los granulocitos y actividad fagocítica, microbiana y enzimática. Otros efectos beneficiosos de la estimulación termal son el aumento de la extensibilidad de los tejidos ricos en colágeno (aumentando el rango de movimiento de las articulaciones) y la disminución de la viscosidad del líquido sinovial.

### Efectos mecánicos

Se observan efectos a nivel del tono muscular, movilidad articular e intensidad de dolor. También se producen cambios fisiológicos como aumento de la diuresis, natriuresis, hemodilatación, aumento del rendimiento cardíaco y reducción de los niveles de plasma. El rendimiento y ritmo cardíaco aumentan y la respiración se hace más profunda.

### Aspectos inmunológicos

Parece que las aguas sulfuradas juegan un papel en la inmunorregulación de la piel. También se atribuyen al descanso los efectos beneficiosos en el sistema inmunológico.

## El sulfuro en las aguas mineromedicinales

El sulfuro es un elemento químico que puede estar presente en las aguas sulfuradas como ion libre o combinado. El SH<sub>2</sub> atraviesa rápidamente la capa córnea y tras aproximadamente 20 segundos y a una concentración de 10 mg/l en el agua del baño, produce

un eritema visible por dilatación de capilares cutáneos y liberación de sustancias vasoactivas. El gas SH<sub>2</sub> libre penetra rápidamente a través de la piel destruyendo el oxígeno activo y los radicales del oxígeno, y oxidándose en su totalidad.

El principal efecto de los baños con hidrógeno sulfurado viene derivado de su capacidad reductora, antioxidante. Las aguas sulfuradas tienen efectos antiinflamatorios y, debido a la transformación del sulfuro e hidrógeno sulfurado en las capas profundas de la epidermis en ácido pentatiónico, tienen capacidad antifúngica, antibacteriana y antipruriginosa.

### Técnicas de aplicación de Balneoterapia

- Aplicación de peloides de baregina o glerinas de agua sulfurada. Método egipcio. Se pincela la piel y se mantiene durante 1 hora.
- Lavar con baño caliente, 42 °C, de 15 a 30 minutos y después chorro de agua caliente o ducha filiforme, chorros de 0'1 mm con 6-13 atmósferas de presión a 30 cm de la piel del paciente. Acción descamante y antipruriginosa, a 42° de temperatura y durante 2-3 minutos.
- Cura de Ingran (38), baño caliente de 10 minutos a 40-42 °C y toma de sol.

### Otros recursos

“Pez dermatólogo” es el nombre popular que se le da a dos especies de pez: *Garra rufa* y *Cyprinion macrostomus*, que viven en algunas piscinas al aire libre en Turquía y se alimentan de la piel muerta de los pacientes con psoriasis. Los peces dejan la piel sana limpia y, por tanto, tienen propiedades de sanación. Los peces-dermatólogo se han convertido en una franquicia mundial y se han vuelto muy famosos en Japón.

*Garra rufa* vive en los ríos de Turquía, Siria, Iraq e Irán. En Turquía, debido a su reciente popularidad dermatológica, es una especie protegida para evitar su sobreexplotación (39), que se puede criar en casa aunque no parece que el comportamiento de morder la piel se manifieste en esas circunstancias ya que, normalmente, en los acuarios domésticos ya están alimentados. Para cebarse en la piel necesita pasar hambre.

Este pequeño pez comenzó a usarse en Turquía debido a su hábito de comer células epidérmicas del estrato córneo (las llamadas “células muertas”). Allí comenzó a utilizarse como tratamiento paliativo en enfermos de psoriasis y otras enfermedades dermatoproliferativas.

En 2006 se abrió en Japón el primer establecimiento que usaba los “servicios” del Garra rufa y, como suele ocurrir en el país del sol naciente, rápidamente se desató una fiebre que se ha extendido a China y a Corea del Sur. Otra especie utilizada es *Cyprinion macrostomus*.

Los manantiales turcos donde se realiza esta terapia, fueron descubiertos por primera vez alrededor de 1800. Hacia 1917 se construyeron las primeras piscinas. En los 60, la administración local se hizo cargo de los manantiales y se edificaron alojamientos. Las termas de Kangal son únicas en todo el mundo debido al uso de los peces y su alto poder curativo de enfermedades de la piel, como la psoriasis entre las más destacadas. El *Cyprinion macrostomus*, que habita las aguas termales a una temperatura de 36-37 °C se “encarga” del paciente, que tarda unos 2/3 días en acostumbrarse al tratamiento ya que el pez (de entre 2-10 cm de largo) morderla la piel y puede causar cierto “dolor” al principio, pero este remite en breve, convirtiéndose en una agradable sensación de micromasaje (40).

En China usan esta técnica del pez devorador en algunos spas y lo conocen como Chinchin Yu pero no es el genuino pez dermatólogo (*Garra rufa*) sino una *Tilapia* “amaestrada”.

En Alhama de Aragón es sabido que las truchas se acercan a morder los pies de los pacientes que se sumergen en la laguna.

### Acupuntura

En la última revisión realizada se concluía que la acupuntura para la psoriasis es un tratamiento simple, conveniente y eficaz, con efectos terapéuticos de larga duración, sin efectos secundarios ni toxicidad (41).

En pleno brote, para aliviar el picor y la angustia, un punto utilizado con frecuencia en digitopuntura es el punto 20 Vaso Gobernador, entre los pabellones auriculares, en lo más alto de la cabeza. Y puntos locales alrededor de la lesión.

Una web excelente de asociación de pacientes es [www.acciopsoriasis.org](http://www.acciopsoriasis.org)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gálvez Galve JJ, Saz Peiró P, Ortíz Lucas M, Hernández Torres A, Simal Gil E, Bernal Pérez M. *Quality of life and assessment after local application of sulphurous water in the home environment in patients with psoriasis vulgaris: A randomised placebo-controlled pilot study*. European Journal of Integrative Medicine, vol 4 n° 2 (Junio 2012) e213-e218.
2. Fleming P. *Lifestyle intervention in psoriasis: a new avenue for treatment?* Am J Clin Nutr. 2016 Aug;104(2):241-2.
3. Wahl AK, Langeland E, Larsen MH, Robinson HS, Osborne RH, Krogstad AL. *Positive changes in self-management and disease severity following climate therapy in people with psoriasis*. Acta Derm Venereol. 2015 Mar;95(3):317-21.
4. Naldi L, Gambini D. *The clinical spectrum of psoriasis*. Clinics in Dermatology 2007;25:510-8.
5. Taheri Sarvatin M, Shokohi T, Hajheydari Z, Yazdani J, Hedayati MT. *Evaluation of candidal colonization and specific humoral responses against Candida albicans in patients with psoriasis*. Int J Dermatol. 2014 Dec;53(12):e555-60
6. Vijayalakshmi A, Ravichandiran V, Malarkodi V, Nirmala S, Jayakumari S. *Screening of flavonoid "quercetin" from the rhizome of Smilax china Linn. for anti-psoriatic activity*. Asian Pac J Trop Biomed. 2012 Apr;2(4):269-75.
7. No authors listed] *Silybum marianum (milk thistle)*. Altern Med Rev. 1999 Aug;4(4):272-4.
8. Grover JK, Yadav SP. *Pharmacological actions and potential uses of Momordica charantia: a review*. J Ethnopharmacol. 2004 Jul;93(1):123-32.
9. Wolters M. *[The significance of diet and associated factors in psoriasis]*. Hautarzt. 2006 Nov;57(11):999-1004.
10. Ma S, Gobis K, Swindell WR, Chaudhuri R, Bojanowski R, Bojanowski K. *Synthesis and activity of the salicylic acid ester of bakuchiol in psoriasis-surrogate keratinocytes and skin substitutes*. Clin Exp Dermatol. 2017 Apr;42(3):251-60.
11. Friedman AJ, von Grote EC, Meckfessel MH. *Urea: A Clinically Oriented Overview from Bench to Bedside*. J Drugs Dermatol. 2016 May 1;15(5):633-9.
12. Pan M, Heinecke G, Bernardo S, Tsui C, Levitt J. *Urea: a comprehensive review of the clinical literature*. Dermatol Online J. 2013 Nov 15;19(11):20392.
13. Barnes TM, Greive KA. *Topical pine tar: History, properties and use as a treatment for common skin conditions*. Australas J Dermatol. 2017 May;58(2): 80-5.
14. Roelofzen JH, Aben KK, Oldenhof UT, Coenraads PJ, Alkemade HA, van de Kerkhof PC, van der Valk PG, Kiemeneij LA. *No increased risk of cancer after coal tar treatment in patients with psoriasis or eczema*. J Invest Dermatol. 2010 Apr;130(4): 953-61.
15. Cerio R, Dohil M, Jeanine D, Magina S, Mahé E, Stratigos AJ. *Mechanism of action and clinical benefits of colloidal oatmeal for dermatologic practice*. J Drugs Dermatol. 2010 Sep;9(9):1116-20.
16. Hörmann HP, Korting HC. *Evidence for the efficacy and safety of topical herbal drugs in dermatology: Part I: Anti-inflammatory agents*. Phytomedicine. 1994 Sep;1(2):161-71.
17. Karppinen T, Laine JP, Kautiainen H, Pasterneck R, Reunala T, Snellman E. *Empowering Heliotherapy in Psoriasis and Atopic Dermatitis: An Observational Study of 186 Subjects*. Acta Derm Venereol. 2017 Feb 8;97(2):255-7.
18. Ali J, Akhtar N, Sultana Y, Baboota S, Ahuja A. *Antipsoriatic microemulsion gel formulations for topical drug delivery of babchi oil (Psoralea corylifolia)*. Methods Find Exp Clin Pharmacol. 2008 May;30(4):277-85.
19. Affi L, Danesh MJ, Lee KM, Beroukhim K, Farahnik B, Ahn RS, Yan D, Singh RK, Nakamura M, Koo J, Liao W. *Dietary Behaviors in Psoriasis: Patient-Reported Outcomes from a U.S. National Survey*. Dermatol Ther (Heidelb). 2017 May 19. doi: 10.1007/s13555-017-0183-4.
20. Wolters M. *[The significance of diet and associated factors in psoriasis]*. Hautarzt. 2006 Nov;57(11):999-1004.
21. Lithell H, Bruce A, Gustafsson IB, Höglund NJ, Karlström B, Ljunghall K, Sjölin K, Venge P, Werner I, Vessby B. *A fasting and vegetarian diet treatment trial on chronic inflammatory disorders*. Acta Derm Venereol. 1983;63(5):397-403.
22. Farahnik B, Sharma D, Alban J, Sivamani RK. *Topical Botanical Agents for the Treatment of Psoriasis: A Systematic Review*. Am J Clin Dermatol. 2017 Mar 13. doi: 10.1007/s40257-017-0266-0.
23. Deng S, May BH, Zhang AL, Lu C, Xue CC. *Plant extracts for the topical management of psoriasis: a systematic review and meta-analysis*. Br J Dermatol. 2013 Oct;169(4):769-82.
24. Miroddi M, Navarra M, Calapai F, Mancari F, Giorfrè SV, Gangemi S, Calapai G. *Review of Clinical*

*Pharmacology of Aloe vera L. in the Treatment of Psoriasis*. *Phytother Res*. 2015 May;29(5):648-55.

25. Bernstein S, Donsky H, Gulliver W, Hamilton D, Nobel S, Norman R. *Treatment of mild to moderate psoriasis with Reliéva, a Mahonia aquifolium extract-a double-blind, placebo-controlled study*. *Am J Ther*. 2006 Mar-Apr;13(2):121-6.

26. Vasänge-Tuominen M, Perera-Ivarsson P, Shen J, Bohlin L, Rolfsen W. *The fern Polypodium decumanum, used in the treatment of psoriasis, and its fatty acid constituents as inhibitors of leukotriene B4 formation*. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. 1994 May;50(5):279-84.

27. Biagini E, Guidi IF [*Elicrysium italicum in the treatment for psoriasis*]. *Soc Ital Dermatol Sifilogr Sezioni Interprov Soc Ital Dermatol Sifilogr*. 1955 Jan-Mar;(1):2.

28. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. *Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions*. *Dermatol Clin*. 2005 Oct;23(4):681-94.

29. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Markham T, Rogers S, Main CJ, Griffiths CE. *Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy*. *Arch Dermatol*. 2003 Jun;139(6):752-6.

30. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley TG, Hosmer D, Bernhard JD. *Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA)*. *Psychosom Med*. 1998 Sep-Oct;60(5):625-32.

31. Zhang CS, Yu JJ, Parker S, Zhang AL, May B, Lu C, Xue CC. *Oral Chinese herbal medicine combined with pharmacotherapy for psoriasis vulgaris: a systematic review*. *Int J Dermatol*. 2014 Nov;53(11):1305-18.

32. Deng S, May BH, Zhang AL, Lu C, Xue CC. *Phytotherapy in the management of psoriasis: a review of the efficacy and safety of oral interventions and the pharmacological actions of the main plants*. *Arch Dermatol Res*. 2014 Apr;306(3):211-29.

33. Itamura R. *Effect of homeopathic treatment of 60 Japanese patients with chronic skin disease*. *Complement Ther Med*. 2007 Jun;15(2):115-20.

34. Witt CM, Lüdtke R, Willich SN. *Homeopathic treatment of patients with psoriasis-a prospective observational study with 2 years follow-up*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 May;23(5):538-43.

35. Cohen AD, Van-Dijk D, Naggan L, Vardy DA. *Effectiveness of climatotherapy at the Dead Sea for psoriasis vulgaris: A community-oriented study introducing the 'Beer Sheva Psoriasis Severity Score'*. *J Dermatolog Treat*. 2005;16(5-6):308-13.

36. Jarrett P, Scragg R. *A short history of phototherapy, vitamin D and skin disease*. *Photochem Photobiol Sci*. 2017 Mar 16;16(3):283-90.

37. Carbajo JM; Maraver F. *Sulphurous Mineral Waters: New Applications for Health: Evidence-based Complementary & Alternative Medicine (eCAM)*. 4/6/2017, p1-11. 11p. 3.

38. Youn JI, Kim BK, Suh DH. *The effectiveness of modified Ingram therapy compared with severity of psoriasis*. *J Dermatol*. 1998 Feb;25(2):112-7.

39. Özçelik S, Polat HH, Akyol M, Yalçın AN, Özçelik D, Marufihah M. *Kangal hot spring with fish and psoriasis treatment*. *J Dermatol*. 2000 Jun;27(6):386-90.

40. Grassberger M, Hoch W. *Ichthyotherapy como alternativa de tratamiento para los pacientes con psoriasis: un estudio piloto*. *Evid Based Complemento Alternat Med*. 2006 Dec; 3 (4): 483-8.

41. Xiang Y, Wu X, Lu C, Wang K. *An overview of acupuncture for psoriasis vulgaris, 2009-2014*. *J Dermatolog Treat*. 2017 May;28(3):221-8.





# Selección Bibliográfica



## COMER PARA NO MORIR

**Michael Greger y Gene Stone. Ed Paidós.**

Analiza las quince primeras causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, diabetes, enfermedad de Parkinson o hipertensión arterial, entre otras) y explica cómo algunos cambios en la alimentación y el estilo de vida pueden ser más eficaces que las pastillas u otros tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, y de este modo vivir una vida más saludable. Importante la indicación de la dieta vegetariana que el libro define como una dieta rica en vegetales, y con abundantes reseñas bibliográficas. Un libro muy bien documentado.

## EL APRENDIZAJE DE LAS CICATRICES

**Antonio Renom Arboix. Alienta Editorial**

64

Me gusta que tenga por lema el viento de levante, el cual, por mucho que se enoje en el mediterráneo, siempre te lleva a buen puerto. Es un planteamiento del estoicismo moderno, que bien podría haber sido escrito por Platón. No le teme al viento ni a la enfermedad ni al infortunio. Los encara si aprende a ser infeliz y feliz con ellos.



## GRAFOLOGÍA ANALÍTICA

**Moreno Manuel J.**

En la consulta médica pocas veces hago escribir a los enfermos; solo a veces; cuando tengo sospecha de parkinson, porque el templo y las esquinas de la letra me ayuda a confirmarlo. Después de leer este libro creo que voy a pedir más de alguna vez a los pacientes que me escriban a mano.

## BIKRAM YOGA

**Bikram Choudhury. Obelisco Ediciones.**

Conocido por el yoga que se practica en ambiente caliente y te hace sudar, en este libro se centra en explicar con detalle y buen hacer las posturas básicas de hata yoga, al mismo tiempo que nos presenta todo el aspecto integral del yoga más allá de las posturas, como base de estilo de vida saludable.

