

PSORIASIS

(Revisión de casos de psoriasis de 1969 a 1973 en los Servicios internos de Dermatología y Consulta externa en 1973 en el Hospital General San Juan de Dios).

Guatemala, Abril de 1974

PLAN DE TESIS

- I Introducción
- II Definición, etiología y epidemiología
- III Clínica y Patología
- IV Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial
- V Pronóstico y Tratamiento
- VI Revisión Estadística
- VII Conclusiones
- VIII Recomendaciones
- IX Bibliografía



I INTRODUCCION

El objetivo de la tesis debe ser además de dar a conocer la incidencia de la Psoriasis, ampliar el conocimiento de los estudiantes y médicos generales de la enfermedad, ya que por sus características puede ser confundida con numerosas otras afecciones dermatológicas; a través de cuadros estadísticos, elaborados con datos de los servicios internos de Dermatología del Hospital General San Juan de Dios; y del archivo del Ministerio de Salud Pública que es el que controla la consulta externa del mismo Hospital. Así mismo se consultaron los archivos de una clínica particular, para tener una idea de la frecuencia con que estos pacientes visitan al médico privado y formarse una idea de su incidencia en las clases económicamente pudientes.

La Psoriasis es una enfermedad que era conocida en la antigüedad, pues los dermatólogos modernos aseguran, por ejemplo; que la Lepra Bíblica (Zaraath) de la que curó Naaman en el sentido folklórico de Gehazi, de tal manera que "se retiró de su presencia como un leproso tan blanco como la nieve" en realidad se trataba de psoriasis. (5).

Esta enfermedad es prácticamente asintomática si no hay ninguna complicación, y de pronóstico benigno; pero la misma puede interferir en las actividades diarias del paciente evitando que lleve una vida social aceptable; lo que puede conllevar a que el paciente presente problemas psicológicos en su personalidad que únicamente lograrán agravar la enfermedad. Al confirmarse el diagnóstico de psoriasis, debe instituirse el tratamiento adecuado, el cual, al mismo tiempo que mejora los síntomas y el aspecto de las lesiones y aún la total desaparición de las mismas, que sin ser una curación definitiva,

contribuye a la reintegración emocional del paciente y su reincorporación a la vida activa.

Por todo lo anterior me he motivado a realizar el presente trabajo, esperando que cumpla su cometido para bien del paciente y satisfacción del médico tratante.

II DEFINICION, ETIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad crónica de la piel, ocasionalmente aguda; caracterizada por la presencia de pápulas planas pardo rojizas, circunscritas por placas o escamas de varios tamaños de color nacarado por lo que se le clasifica dentro del grupo de las "Dermatitis Pápulo Escamosas". (2).

La causa de la psoriasis es desconocida; el sexo, condición social, y ocupación no se consideran factores importantes en su aparición. La enfermedad es común y comprende alrededor del 4o/o de todas las afecciones cutáneas reportadas en América. Frecuentemente ocurre en la segunda y tercera década de la vida, pero ninguna edad está exenta; es poco usual que el primer ataque ocurra después de los 45 años de edad. La enfermedad no es común en la raza negra, es más frecuente en la raza caucásica y sajona y se ve más afectado el sexo masculino.

La etiología de la Psoriasis, está determinada por varios factores; pero ninguno de ellos se ha podido comprobar definitivamente. Dentro de estos tenemos:

a. La Herencia:

Aunque no se ha podido demostrar la herencia como factor determinante, se han observado varias familias en las que el desorden estuvo presente en varias generaciones. Lerner (9), expresó la opinión que la enfermedad semeja ser hereditaria y que probablemente está asociada a un rasgo de carácter dominante irregular. O'Leary (9), encontró que la incidencia familiar es de 26o/o lo que fue confirmado por Brunstrig y Bobitz (9). Steingberg y

asociados estudiaron 464 pacientes psoriásicos y encontraron que la frecuencia de la psoriasis entre los padres de éstos pacientes fué de 5.90/o. La frecuencia de ésta enfermedad, entre los pacientes cuando ninguno de los padres de éstos fueron psoriásicos fué de 2.450/o y de 90/o cuando un padre fué psoriásico. Estos investigadores concluyen que la psoriasis tiene un componente hereditario y que éste no es un sólo gen dominante con penetración incompleta sino se hace necesario considerar la presencia de un mínimo de genes, dando la explicación basada en dos genes autosómicos recesivos.

b. Disturbios Metabólicos:

A estos también se les ha considerado ser la causa de la psoriasis; atribuyendo la enfermedad a defectos de asimilación y eliminación, tales como se presentan en la gota, reumatismo y otros desórdenes artríticos. La incidencia relativamente alta de artritis en asociación con psoriasis, sugiere un origen común para ambas enfermedades.

Lobitz y Brunsting (9), encontraron un aumento en la concentración de ácido úrico en sangre, en un porcentaje relativamente alto de un grupo de pacientes hospitalizados que tenían psoriasis severa. Steimberg y Col (9), encontraron hiperuricemia en 480/o de 98 varones adultos; y 270/o de 69 mujeres psoriásicas.

Schamberg (9) reportó un caso de retención de nitrógeno, lo cual hace a él recetar una dieta baja en proteínas en casos de psoriasis. Gruetz y Buerger (9), reportaron un incremento en los lípidos del plasma en psoriasis; Libitz y Brunsting (9) en una serie de cien casos, encontraron un incremento en la concentración de lípidos del plasma de 60/o y una disminución en 60/o en los casos restantes, los valores para lípidos totales fué entre límites normales para la edad y peso de los pacientes. Sin embargo se pudo observar también, que hubo un incremento en la concentración de la lecitina en cerca de 170/o de casos. Concluyen que el incremento en la concentración de todos los lípidos en el plasma sanguíneo, no fue de significación

etiológica en la psoriasis. En paciente con concentración de dieta sin grasa animal, con o sin colina, parece tener poco efecto en la enfermedad. Gans (1) revisó la patogenesis de la psoriasis, estudiando sus cambios fisicoquímicos, incluyendo los disturbios del metabolismo de los lípidos, pero no llegó a ninguna conclusión definitiva.

La frecuencia de psoriasis en mujeres que se encuentran en la menopausia o próximas a la misma, hacen sospechar que ésta enfermedad tenga en ciertos casos un factor de carácter hormonal (6).

c. Factores Neurogénicos:

La enfermedad ha sido atribuida por ciertos autores a elementos neurogénicos; El susto, Shock y otras condiciones neuróticas han sido informadas como contribuyentes en la aparición de la enfermedad.

Polotebnoff (9), fué uno de los que postuló este origen nervioso de la psoriasis; expresó la opinión de que la psoriasis es uno de los múltiples síntomas de una neurosis vasomotora en la cual los disturbios en la circulación, tal como ocurre en varios órganos del cuerpo, muchas veces se extiende a la piel.

d. Origen Infeccioso.

Se han reportado casos en los cuales la psoriasis siguió a una infección amigdalina. Algunos autores han demostrado elevación de las antiestreptolisinas en pacientes psoriásicos; y la relación que existe entre la psoriasis y las infecciones del tracto respiratorio, así como también entre la psoriasis artropática y la poliartritis reumatoidea crónica. Wuifield (9), describió la psoriasis después de infecciones con estreptococo hemolítico.

e. Exclusión de Luz solar:

La distribución de las lesiones, sugiere que la enfermedad puede estar influenciada por la falta de luz solar. Es sumamente rara en áreas descubiertas como las manos y la cara aunque puede observarse a corta distancia de la línea del pelo, cejas o barba. Se ha demostrado la efectividad de los rayos solares, al exponer las áreas afectadas a la luz, y se hacen tratamientos de psoriasis generalizada con exposición del cuerpo desnudo a la luz solar con resultados benéficos. En invierno y en ciudades frías, la psoriasis es mucho más frecuente que durante estaciones calientes y templadas.

III CLINICA Y PATOLOGIA

En la evolución típica de la psoriasis, las lesiones se presentan en forma de pápulas y placas infiltradas, claramente elevadas y más o menos cubiertas de escamas de color blanco nacarado; las cuales se descaman en partículas muy pequeñas como basuritas. Al caer las escamas, las lesiones muestran una superficie rojo claro brillante; en lesiones antiguas éstas dejan al descubierto una superficie oscura; dichas escamas al desprenderse en partículas pequeñas tienen un aspecto transparente, dichas lesiones varían en forma, tamaño y distribución. La lesión primaria de la psoriasis se presenta como una pápula roja similar a una cabeza de alfiler, de forma oval o redonda, bien definida y generalmente cubierta en forma parcial o total por escamas de color nacarado. La escama se puede desprender fácilmente, observándose el clásico signo de Auspitz o punteado hemorrágico, que es bastante característico de la enfermedad. La lesión va creciendo en su periferie, se infiltran, se hacen más claras, elevadas y se cubren por escamas imbricadas, pero guardando sus características originales. Conforme progresa la enfermedad, las lesiones van creciendo en grandes áreas en forma aislada o bien coalesciendo con otras lesiones.

Una forma de describir las lesiones psoriásica es tomando en cuenta su tamaño y la forma como éstas se descaman, y así tenemos:

Psoriásis Puntata: describe la enfermedad en forma de escamas o puntos pequeños.

Psoriasis Gutata: en ésta las lesiones se presentan en forma de gotas,

aisladas por lo general diseminadas en tronco y extremidades.

Psoriasis Numular o Discoidea: las lesiones se presentan en forma de monedas o discos; con lesiones bien delimitadas en sus bordes, en placas pequeñas o grandes que a veces regresan en su parte central, dando lugar a lesiones figuradas, anulares, policíclicas y serpiginosas. Estos aspectos geográficos se observan en períodos de evolución prolongada, crónica en contraste con los grupos de lesiones que se presentan en la psoriasis Gutata, que por lo general tienen un carácter subagudo, con fases de intensificación o erupción, y fases de remisión.

Psoriasis Circular: Estos son parches que demuestran su actividad en la parte externa del círculo, el centro se ve libre y van extendiéndose por su periferia.

Psoriasis Folicular: En ésta las lesiones invaden las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos. La localización en el cuero cabelludo no determina ninguna perturbación en la formación del pelo que se presenta normal.

Psoriasis Rupioide: Se presentan en forma de costras escamosas cónicas superpuestas marcadas por anillos concéntricos en múltiples placas.

Psoriasis Inveterata: Esta se caracteriza porque la piel es profundamente infiltrada y a menudo fisurada y cubierta por escamas gruesas.

En ésta forma las lesiones pueden ser de tamaño uniforme, pero comúnmente la mayoría si son numerosas, exhiben diferentes grados de evolución o desarrollo pudiendo presentar cualquier grado de crecimiento, y persisten por muchos meses o años, como pápulas en anillos o placas grandes ya sea por extensión continuada o coalescencia y las áreas pueden cubrir regiones completas del cuerpo. Se han reportado casos en los cuales la superficie completa del

cuerpo ha sido cubierta, siendo difícil detectar áreas de piel normal.

El número y distribución de esas lesiones, durante el curso de la psoriasis puede variar grandemente. En los casos comunes las nuevas lesiones aparecen a través de semanas, meses o años. La enfermedad puede persistir por años con lesiones en formas de monedas en codos y rodillas. Ocasionalmente una placa o mancha simple puede persistir indefinidamente sin la aparición de otras. En otras circunstancias, pero principalmente en recaídas de la enfermedad un gran número de pápulas puntiadas puede aparecer dentro de unos pocos días ocasionalmente un ataque agudo puede ocurrir. En el mismo individuo el número, tamaño y distribución de las placas varía de vez en vez.

En muchos pacientes las áreas psoriásicas parcial o totalmente desaparecen en verano para reaparecer en el invierno. Sin la influencia del clima o de cualquier otra causa conocida la enfermedad puede desaparecer total o parcialmente por meses o años y luego retornar. En las recaídas de la enfermedad las lesiones no necesariamente corresponden en número, tamaño y distribución con el ataque temprano o inicial. En caso de fiebre aguda y otra enfermedad intercurrente los parches o placas de psoriasis pueden disminuir o desaparecer temporalmente.

La involución de las lesiones comienza generalmente por el centro; y se reconocen por la disminución en la hiperemia y en rascado; el proceso progresa lentamente hasta no dejar huella del desorden o patología inicial. La pigmentación residual puede permanecer semanas o meses, después de la desaparición de toda actividad de la enfermedad. Las lesiones en psoriasis son generalmente simétricas, pero pueden haber excepciones.

Se localizan preferentemente en las áreas extensoras de las extremidades, en especial alrededor de codo y rodillas. Después de estas localizaciones siguen en orden de frecuencia el cuero cabelludo, la región del sacro, el ombligo y los genitales; raramente manos y

pies. Sobre el cuero cabelludo las placas son de contorno bien definido, cubiertas con costras gruesas que pueden sacar el pelo al desprenderlas con fuerza y puede presentarse alopecia aunque muy raramente. A menudo un filete o banda de 1/2 a 1 pulgada, se proyecta sobre el borde del cuero cabelludo en la frente. Cuando el vertice del cráneo es calvo, las manchas o placas de psoriasis usualmente se alinean cerca de la base del pelo, a los lados de la cabeza proyectándose entonces a las regiones de calvicie.

En la cara las lesiones son muy raras y cuando aparecen son usualmente indistintas y pequeñas en tamaño, disponiéndose sobre las mejillas barba y nariz, principalmente cerca de los orificios mucosos. En las áreas genitales, son generalmente pequeñas e indistintas; y sobre el escroto la psoriasis es generalmente complicada por fisuras, ardor y a menudo evidencias de inflamación aguda.

Las manos, pies y dedos en general no son a menudo involucrados, lo mismo que las palmas y pantorrillas. En muchos casos las uñas son atacadas, apareciendo engrosadas, erosionadas en puntos e irregularmente laminadas, rígidas, gruesas y presentan color blanco amarillento sucio.

En las palmas y plantas, las lesiones pueden mostrar áreas circunscritas agudas, en las cuales la superficie córnea es más gruesa. Ocasionalmente las lesiones bulosas aparecen en estas regiones, aunque la ruptura y destrucción parcial de la masa córnea, y las placas pueden semejar un gusano pelado. (2).

La psoriasis muy raramente afecta las mucosas, las lesiones de psoriasis lingual son usualmente aquellas de leucoplasia bucal, placas de fumador, enfermedad sífilítica, liquen plano o epiteloma plano. Kaldeck (9) describió once casos de psoriasis ocular incluyendo la conjuntiva, en dos de estos casos la psoriasis se limitó únicamente a la conjuntiva, pudiéndose confundir con una conjuntivitis infecciosa o alérgica.

Fenómeno de Koebner:

Este fenómeno consiste en que lesiones de psoriasis pueden desarrollarse en áreas de piel sana, la que es irritada por agentes, mecánicos, físicos o químicos (lesiones Isomorfas). Estas lesiones artificiales se desarrollan en las formas agudas de la enfermedad. En fases de estabilidad o en fase de remisión espontánea de la enfermedad, el fenómeno de Koebner no puede presentarse; ésta distinta situación puede explicar el beneficio de los tratamientos en un momento dado, su falta de efecto o incluso exacerbación de las lesiones en otros.

Crocker (9) describe una forma de psoriasis penetrante en la cual las lesiones, aunque numerosas están limitadas a los conductos sudoríparos y otra forma de psoriasis punteada en la cual las pápulas están situadas cerca de los folículos pilosos.

La cantidad de escamación varía grandemente en diferentes personas y en el mismo individuo; ordinariamente las escamas pueden agruparse sobre pequeñas o grandes áreas; la fricción por la ropa o con baños frecuentes puede prevenir la acumulación de escamas que de otra forma serían abundantes. Cuando la piel es delicada las escamas son pocas; sobre superficies de flexión, cerca de orificios mucosos y en dorso de mano, la descamación es menos abundante que en las superficies de extensión y otras regiones. La descamación es más pronunciada en personas de edad avanzada. Como regla las escamas están dispuestas sobre la placa entera, extendiéndose débilmente alrededor del margen, de un color blanco lustroso, las escamas pueden desplegar un profundo matiz amarillento y al principiar a imbricarse, pueden formar una barra continua de epidermis exfoliada. Cuando la erupción está desapareciendo, las escamas faltan dejando una placa débilmente descolorida como cicatriz.

La psoriasis es esencialmente crónica pero pueden presentarse exacerbaciones agudas y ocasionalmente principia como un proceso

agudo. En los estadios agudos los síntomas inflamatorios son más marcados; y las lesiones son de color rojo brillante, y no tan claramente definidas como en las formas ordinarias de la enfermedad. Las escamas son pocas en número, colocadas delicadamente y sensaciones de quemadura y prurito pueden ser severas; en el tipo agudo de psoriasis las pápulas son normalmente numerosas y punteadas y pueden aparecer en la cara. En otras instancias las placas pueden ser como pequeños platos de color rojo oscuro sobre el área sana, cubiertos por una escama transparente, que es una membrana delicada a través de la cual el reflejo rojo de la placa más profunda es visible. Esta condición puede verse también en personas jóvenes, a las que se les haya administrado arsénico para tratar la enfermedad, con la producción de efectos irritantes que pueden precipitar un ataque agudo, pero usualmente terminan en una forma de enfermedad crónica.

Psoriasis Artropática:

Este es un tipo de psoriasis, en la cual las lesiones cutáneas unas veces precede, otras aparecen más tarde o son de apareamiento simultáneo a las manifestaciones articulares. Esta asociación es discutida, si se tiene una individualidad frente a la enfermedad reumática crónica, poliartritis crónica primaria o artritis reumatoide.

Por lo común las lesiones cutáneas pueden ser escasas o bien numerosas, teniendo carácter exudativo, escamosas, con componente pustuloso muchas veces, que pueden afectar las uñas en gran número de casos y de gran resistencia a la medicación (6).

La artritis es poliarticular y puede involucrar articulaciones grandes y pequeñas que pueden semejar artritis reumatoidea u osteoartritis. La artritis psoriásica usualmente principia involucrando las falanges terminales (9). En un caso estudiado de tipo pustular las recurrencias fueron iniciadas, por síntomas constitucionales e incremento de las lesiones cutáneas y síntomas artríticos. Este tipo de psoriasis, ocasionalmente afecta a pacientes que han tenido una

forma mediana de psoriasis.

Lobunty y Brunstrig (9) encontraron que la artritis psoriásica estuvo presente en 140/o de una serie de 500 casos reportados de psoriasis relativamente severa. En un simposio sobre psoriasis Ayres (9) reportó que la artritis asociada estuvo presente en 120/o, Becker en 130/o; Chargin y Everett Fox (9) en menos de 10/o; Madden que incluyó todos los tipos de artritis reportó que en 250/o.

En la psoriasis usualmente se presenta prurito delicado pero ocasionalmente severo; en casos agudo el escozor está presente. En casos excepcionales, las sensaciones subjetivas interfieren con el sueño y el descanso, por otro lado la enfermedad no afecta la salud general del paciente.

Formas atípicas y complicadas de psoriasis ocurren, en las que el carácter de la lesión se modifica considerablemente. Raramente las escamas pueden colocarse amontonadas en el centro en forma de ostra o concha, produciéndose lo que es llamado como psoriasis rupioide o psoriasis ostracea; en pocos casos las escamas acumuladas, asumen la apariencia de un cuerno cutáneo, raramente el suficiente espesamiento de las escamas puede dar la apariencia de verruga, estos casos son llamados psoriasis verrucosa ó verrugosa.

Las escamas pueden ser grasosas con cubierta brillante, mostrando un trazo húmedo, el diagnóstico es difícil entre psoriasis y dermatitis seborreica, aunque puede presentarse el caso en que estas dos condiciones estén asociadas.

En la piel de los niños ya sea por humedad, por un efecto de irritación local o infección, las placas pueden ser agudamente inflamadas e indistinguibles de un eczema ordinario; en estos casos puede haber prurito, infiltración de la piel, con vesículas y otras lesiones que recuerdan la psoriasis. Kesmeyer (9) recordó el caso en que un paciente presentó erupción generalizada de ampollas flácidas

purulentas, cuando estas lesiones involucionaron asumieron el carácter típico de lesiones psoriásicas.

Psoriásis Pustular:

Esta variante de psoriasis, no es una infección piogena secundaria implantada sobre la enfermedad, pero sí indica una forma en la cual un tipo particular de pustulas ocurre como una parte esencial del proceso. Este tipo de lesión puede desarrollarse en una psoriasis ordinaria y solamente en ciertas placas, o bien puede ser que se presenten desde el principio de la enfermedad. Las pustulas cercanamente recuerdan aquellas que se presentan en la acrodermatitis y a veces se tiene que la distinción entre ambas es difícil. (6). Barbe (9) describió un tipo de psoriasis pustular que involucra las palmas y plantas. El reforzaba la importancia de la distribución de las lesiones, opinando que el sitio de predilección principia en las eminencias tenar y en el interior de los empeines refiriendo que las placas principiaron como áreas enrojecidas, en las cuales se presentaron pustulas intradérmicas en forma de cabezas de alfiler, muchas de las cuales se hacían confluentes, la mayoría de éstas secándose in situ para formar rápidas costras café. Las pustulas estériles asociadas a la ausencia de uñas se citan como formas distintivas. En cuatro casos reportados por Barker (9) de psoriasis pustulosa se vieron precedidos por infección de amígdalas.

En la Clínica se observan enfermos con psoriasis pustular que desde sus primeras manifestaciones clínicas cutáneas, presentan zonas de enrojecimiento más o menos extensas, sobre las cuales aparece de manera abrupta una erupción de lesiones pustulosas, blanquecinas o ligeramente amarillentas, de aspecto frágil aparentemente y que persisten durante algún tiempo. Estas lesiones se acompañan por lo común de manifestaciones generales como cansancio, agotamiento, reacción febril intensa, con escalofríos y con alteraciones hemáticas, siendo las más constantes un marcado aumento en la velocidad de Sedimentación y una leucocitosis que en algunos pacientes alcanza cifras altas. Estas lesiones de psoriasis pueden estar limitadas a una

sola parte del cuerpo.

Las Secuelas de la psoriasis son como regla, nada más que pigmentación transitoria, pero se han reportado casos en los cuales la involución de las lesiones, ha sido seguida por escamas superficiales, por formación de queloides, persistente pigmentación profunda y crónica; en algunos casos estas secuelas fueron debidas indudablemente al tratamiento (6).

Se han reportado casos de epitelomas que han sido seguidos por lesiones verrugosas, las cuales se desarrollaron sobre placas psoriásicas, muchos o posiblemente todos estos cambios fueron debidos como sugirió Hartzell (9) al previo uso largo y continuado de arsénico para la psoriasis.

Pueden presentarse también dermatitis exfoliativas generalizadas en el curso de la psoriasis, las que pueden estar precipitadas por el uso de arsénico o por aplicaciones locales irritativas.

HISTOPATOLOGIA:

El diagnóstico histopatológico de psoriasis, usualmente puede ser hecho, si una papula bien desarrollada es seleccionada para la biopsia. La psoriasis está caracterizada por una combinación de paraqueratosis uniforme, disminución o ausencia del estrato granuloso, figuras mitóticas regulares ocasionales en las capas basal y de células espinosas, papilomatosis uniforme y regular con placas suprapapilares delgadas, agrupamiento de los cuerpos papilares, dilatación y tortuosidad de los vasos capilares y un infiltrado perivascular medio compuesto de linfocitos y otras células mononucleares en la piel superior con migración de leucocitos polimorfonucleares a través de la epidermis para formar microabscesos.

Los cambios histopatológicos de la psoriasis han sido estudiados por muchos años; y así tenemos que unos autores creen que el primer



cambio ocurre en la epidermis, mientras que otros creen que el primer cambio ocurrió en la papila y que la enfermedad tiene una base vascular.

Burcks (9) efectuó una revisión de casos y literatura y concluyó que los cambios tempranos en la psoriasis consisten en leve hiperqueratosis, paraqueratosis con o sin la formación de abscesos, papilomatosis y acantosis, con proliferación semejante de los cuerpos papilares, lo cual resulta en abombamiento de las puntas de los cuerpos papilares y adelgazamiento de las capas Suprapilares de la epidermis, tanto que después puedan consistir solamente de pocas capas de células paraqueratósicas, que puede ser demostrado fácilmente por puntos de sangramiento al desprender las escamas (signo de Auspitz). Hay acantosis regular y uniforme con un incremento en la mitosis en las células basales y ocasionalmente en las células espinosas adyacentes.

Hay edema intracelular y compresión del núcleo, en muchos casos se presenta un pequeño edema intercelular o espongirosis. La formación de microabscesos resulta de la migración de leucocitos a través de la epidermis, de los capilares a las puntas de las papilas (6). El infiltrado de la piel es usualmente delgado en cantidad y está compuesto preponderantemente de linfocitos y de otras células mononucleares; fragmentos de leucocitos polimorfonucleares degenerados, núcleos destruidos de células espinosas que muchas veces han sido confundidos con cuerpos de inclusión. En los estadios tempranos, los capilares muestran edema y proliferación del endotelio, tardíamente, aparecen tortuosos, dilatados y largos, rígidos con eritrocitos, sus células endoteliales son anchas y comprimidas. Cambios hialinos aparecen en el tejido colágeno de las paredes de los vasos y entre los cuerpos papilares el colágeno es edematoso. El tejido elástico queda inalterado. El infiltrado usualmente queda limitado a la dermis, puede contener linfocitos, monocitos, y mastocitos, eosinófilos son raramente encontrados.

Puede ser que no se encuentre microabscesos a pesar de hacerse

secciones seriadas; y el diagnóstico histopatológico de psoriasis puede depender de su identificación.

En psoriasis temprana, áreas alternas de hiperqueratosis y paraqueratosis son vistas junto con un incremento del estrato granuloso, paraqueratosis representando períodos de actividad e hiperqueratosis representando períodos de remisión parcial involución. Hay disminución de la cantidad de pigmento melánico en la epidermis durante la agudeza del proceso, con fagocitosis del pigmento por cromatóforos en la piel. Cuando principia la involución, hay un incremento de pigmento en la periferia de las lesiones.

Quando se efectuó tratamiento con el método de Goekerman (9) (alquitrán de hulla), la respuesta histológica fue paralela a la severidad clínica de la enfermedad. En el principio del tratamiento, hay un aumento del infiltrado de la piel; la paraqueratosis desaparece primero y luego fué seguida por la hiperqueratosis moderada. Algunos autores han encontrado cambios histopatológicos sugestivos de psoriasis en piel aparentemente normal de pacientes que tuvieron psoriasis.

Los cambios histopatológicos vistos en psoriasis asociada con artritis (incluyendo artritis psoriásica), y los tipos más severos de psoriasis, tal como dermatitis exfoliativa y los tipos de psoriasis pustuloso y exudativo, fueron microabscesos prominentes, edema en la epidermis e infiltración de la piel por leucocitos polimorfonucleares aumentados.

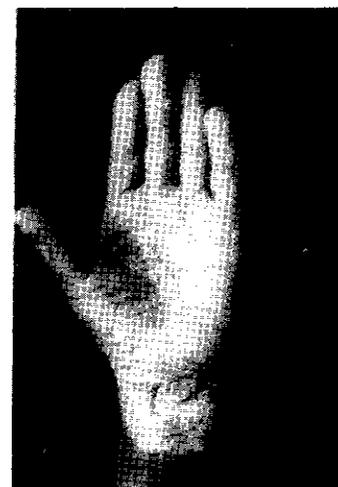
Ocasionalmente puede haber más edema intercelular, con desarrollo de porciones de espongirosis y ocasionalmente vesiculación.

Treinta y cinco casos de psoriasis pustular fueron estudiados, en la mayoría de los cuales las lesiones fueron limitadas a regiones palmar y plantar aunque muchos pacientes tuvieron lesiones

psoriásicas típicas en cualquier parte (9). Los microabscesos fueron muy prominentes y muchas veces ocuparon una gran porción de capas de células espinosas y también se lograron extender dentro del estrato córneo. La paraqueratosis no fué tan prominente como en psoriasis ordinaria. Porciones de espongirosis y vesiculación, pueden a veces ser vistos y el tejido elástico muchas veces roto, o destruido. En algunos casos se ha hecho diagnóstico de pustula bacteriana, pero no se ha podido demostrar bacterias ni hongos; estas lesiones respondieron bien al tratamiento psoriásico.

Los cambios histopatológicos en psoriasis pueden ser simulados por neurodermatitis localizadas; muchas formas de eczema atípico, dermatitis seborreica y sifiloderma psoriasiforme son distinguibles bajo las descripciones patológicas de estas últimas enfermedades (6). La psoriasis prácticamente nunca conlleva cambio maligno. La mayoría de eipiteliomas asociados con psoriasis han sido de origen arsenical en pacientes que lo habían recibido en varias formas de psoriasis; y casi siempre fueron independientes de una placa de psoriasis (6).

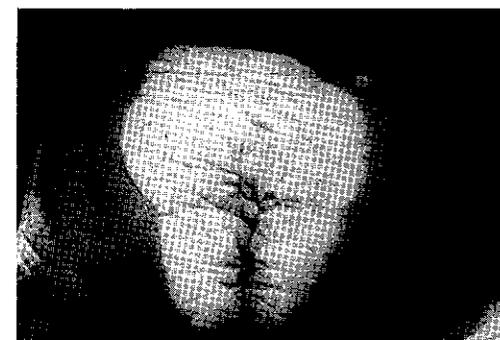
CASOS TIPICOS DE PSORIASIS



Psoriasis en mano



Psoriasis en piernas



Psoriasis en región sacra

IV DIAGNOSTICO, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El reconocimiento de un caso ordinario de psoriasis, es hecho con facilidad. Como siempre son las formas atípicas de la enfermedad las que hacen dudar el diagnóstico. Las formas diagnósticas del tipo común fueron presentadas en el capítulo II. Sin embargo deben recordarse los siguientes signos de valor clínico: a) Signo de la Mancha de bujía o de descamación (Darier) y consiste en que al desprender la escama con la uña, ésta se deshace en un polvo fino, blanquecino y micáceo; (2); c) El fenómeno de Koebner, descrito anteriormente (2).

La distinción entre psoriasis pustular, acrodermatitis continua o dermatitis repens, y bacteride pustular es extremadamente difícil cuando las lesiones están limitadas a las manos y a los pies. Andrews (9) agrupó estas tres entidades bajo el encabezado de Erupciones pustulares recalcitrantes de las manos y pies, enfatizando la dificultad de separar éstas dentro de diferentes entidades. La Dermatitis Répens y especialmente la acrodermatitis continua, no tienden a limitarse a las palmas y plantas e histológicamente, cocos son realmente demostrados en la epidermis en cultivo. Los abscesos en la psoriasis pustular y en la mayoría, si no en todos los casos de "bacteride pustular" son estériles. La psoriasis pustular, histológicamente muestra la figura de psoriasis pero con muchos micro-abscesos, los cuales aparecen visibles clínicamente. En algunos casos hay un cierto grado de espongiosis y eczematización secundaria. Esta es la última forma que puede hacer que la enfermedad se confunda con la pustular Bacterid. Andrews (9) la distinguió de la psoriasis por el hecho, de que afecta adultos que no han tenido psoriasis; y que usualmente tienen focos de infección en sus amígdalas, dientes y senos; histológicamente grandes pustulas estan situadas

profundamente en la epidermis, y están rodeados por muy pequeños o ninguna inflamación. La bacteride pustular usualmente tiene involución después de eliminar los focos de infección. Según la experiencia de ciertos autores, la diferenciación clínica es frecuentemente imposible, y que en muchos de los casos en los cuales el diagnóstico fué dudoso se concluyó en psoriasis pustular.

Las llamadas erupciones pustulares recalcitrantes, también deben distinguirse de dihidrosis o penfigo de las palmas y las plantas, tiña y dermatitis eczematoide infecciosa en base de hallazgos concomitantes.

La distinción entre psoriasis y eczema escamoso seco, puede ser hecho en la base de la falta de definición exacta de las placas de eczema, la adherencia de las escamas y ausencia de Signo de Auspitz. La dermatitis atópica tiende a involucrar superficies flexoras y raramente envuelve los codos y las rodillas. La cara frecuentemente es afectada en el eczema, y solamente la frente y las orejas, en la psoriasis.

En dermatitis seborreica, las escamas son pequeñas, grasosas y menos abundantes; la superficie es lisa, húmeda o aceitosa, no muestra puntos de sangrado y es menos enrojecida que en la psoriasis. Las lesiones son más numerosas sobre el cuero cabelludo, sobre el esternón y entre las escapulas y son raramente encontradas en rodillas y codos; del cuero cabelludo la enfermedad principia a descender entre las orejas y sobre la frente; una franja puede formarse, similar a lo que ocurre en la psoriasis. La dermatitis seborreica o eczema, en estado exfoliativo generalizado puede ser distinguida de la psoriasis, tomando como base las diferencias en los hallazgos histopatológicos. La psoriasis como Seborrea, y la dermatitis seborreica como psoriasis pueden ser difíciles para diagnóstico. Un período de observación y evaluación de los resultados del tratamiento son necesarios para el diagnóstico correcto. Sifiloderma papulo-escamosas semeja psoriasis. Historia de un chancro, evidencia de placas mucosas, detección de Treponema

Pallidum por campo obscuro y una reacción serológica positiva son de valor para hacer el diagnóstico. Las placas sifilíticas son menos simétricas que aquéllas de la psoriasis, son más elevadas en el borde, y las escamas con que ellas están cubiertas son pocas, pequeñas de color amarillento sucio más que lustroso; ellas parecen formar un collar alrededor de la base de la lesión en lugar de ocurrir en forma imbricada sobre el margen; la línea circular es muchas veces rota de manera abrupta, por lagunas produciendo segmentos cortos de forma semilunar. En sífilis la erupción es menos generalizada y porciones con otros sifilodermas de matices café y púrpura en pie brillante; la base de la lesión sifilítica es indurada. Las escamas de los sifilides que recuerdan psoriasis, toman forma de costras comenzando a aglutinarse por la exudación de las placas. Ellas son ocasionalmente escamosas como lo son en psoriasis. Los sifilodermas escamosos de palmas y plantas usualmente están limitados a éstas, mientras en la psoriasis uno encuentra lesiones en cualquier parte. La psoriasis cuando está limitada a las palmas y plantas, usualmente ocurre como psoriasis pustular, la cual no presenta la configuración arciforme que la sífilis terciaria tiene. Un círculo psoriasiforme limitado a la región de la boca, nariz o barbilla usualmente puede ser sifilítico.

En la pitiriasis rosada, las placas ocurren más comunmente en el tronco y prácticamente nunca en el cuero cabelludo, las placas tienden a ser ovals siguiendo las líneas de unión de la piel y tienen finas escamas con centros claros. Hay muchas veces una placa madre que es la primera en aparecer y también conocida como parche heráldico. Los centros de las placas son usualmente morenos o color salmón. La involución usualmente ocurre en pocas semanas.

El liquen plano es realmente fácil de distinguir por papulas violáceas, planas, características con o sin la presencia de estrías de Wickham, por el sitio de la lesión en las superficies de flexión y en la mucosa bucal, y por la ausencia de lesiones en los sitios usuales para psoriasis como rodillas y codos, hay también tendencia a tomar colocación lineal.

Lesiones de liquen simple crónico (neurodermatitis localizada) cuando se sitúan en la superficie extensora de las extremidades han sido confundidas con psoriasis. A las placas de neurodermatitis localizada les falta escamas, pero muestran evidencia de liquenificación y una excoiación eventual en sus lesiones.

En la Pitiriasis Rubra Pilaris: hay papulas finas, como escamas, predominante con carácter folicular, no se alargan perifericamente pero muchas papulas pequeñas pueden coalescer hasta formar largas lesiones. Muchas de las papulas pueden ser demostradas en los bordes de las grandes placas.

Las características lesiones circulares y escamas típicas de la psoriasis faltan. Hay muchas veces un queratoma difuso y enrojecimiento de las palmas y plantas y papulas foliculares que pueden encontrarse en el dorso de las falanges. Cuando el estado de dermatitis exfoliativa se encuentra, puede ser necesario hacer examen histológico para diagnóstico. El Queratoderma de las plantas y palmas, puede ser hereditario o debido a otros tipos de dermatosis tal como eczema, queratoderma blenorragico, queratoderma climatérico e ictiosis; usualmente puede ser distinguido en las bases de hallazgos concomitantes aunque estudios histopatológicos y varios de laboratorio puedan ser necesarios.

En tiña corporis hay usualmente pocas placas, son circulares, muestran aclaramiento del centro y un borde activo suavemente elevado papulo vesicular. Las demostraciones del organismo causante al exámen microscópico con aclaramiento por hidróxido de potasio, establece el diagnóstico.

Favus del cuero cabelludo puede confundirse con psoriasis, pero la ocurrencia de coloración de azufre, costras en forma de copas; el aspecto del cabello y la presencia de placas irregulares de alopecia o de tejido escarado, enrojecido, con posible historia de contagio y finalmente, la demostración del Achorion Schönleini, hará el diagnóstico de Favus.

V TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

En esta enfermedad, a pesar de innumerables estudios, no se cuenta con un tratamiento específico.

Las lesiones de la psoriasis pueden ser temporalmente removidas; pero ellas comúnmente retornan, de tal manera que un método que es exitoso en un caso dado, puede fallar en otro; o bien puede fallar en subsiguientes ataques en el mismo caso. La involución de la lesión bajo tratamiento es como regla, lenta, y cualquier método de tratamiento seleccionado debe ser continuado hasta que haya sido dado un ensayo completo.

Los pacientes con psoriasis responden de manera diferente a los tratamientos, dependiendo de si la psoriasis es leve, moderada, severa o exfoliativa, aguda a crónica.

El tratamiento dependerá también de si el paciente puede ser hospitalizado o si su ocupación le permite a él, el uso de soluciones como brea, azufre, chrysarobina o bien ciertas preparaciones que resultarán en pigmentación de las partes expuestas del cuerpo.

El tratamiento de la artritis asociada a la psoriasis o de la psoriasis Artropática incluirá fisioterapia y de otros métodos dirigidos para el manejo del paciente. El carbón breado crudo de Goeckerman (9) y el régimen de luz ultravioleta, es el tratamiento comúnmente usado en éste tipo de complicación psoriásica.

Resultados favorables, han sido reportados con el uso de cortisona y corticotropina (ACTH) que causan mejoramiento temporal en la artritis psoriásica, acortando el tiempo del régimen de

Goeckerman (9) en el tratamiento de la psoriasis acompañante.

Tratamiento Local:

El tratamiento local de la psoriasis varía de acuerdo al tipo y extensión de la erupción. En fases agudas y exfoliativas puede ser corto al principio usando sólo la mitad de la concentración de las preparaciones, tales como 30/o de ictiol en óxido de zinc, y rápidamente uno puede recurrir a aplicaciones más fuertes conteniendo chrysarobina o brea, mercurio amoniacal salicilado, que son los más comúnmente usados. Remojándose en una tina de agua caliente, por espacio de media a una hora haciéndose baño de harina de avena; es un método efectivo para remover las escamas.

La chrysarobina, puede ser aplicada variando de dos a cuarenta gramos (0.13 a 2.6 gm) a una onza (30 cc) de unguento, pomada, collodión o pasta. Comúnmente produce dermatitis la cual desaparece en pocos días, el plan seguido por nosotros (*) es de aplicar chrysarobina diariamente, hasta que un eritema sea detectado dentro de la decoloración café que se produce por la aplicación. En muchos casos la aplicación puede repetirse en cinco días sucesivos y en otros casos sólo una aplicación produce una reacción mientras que en otro no la produce.

Cuando el paciente puede hospitalizarse estando bajo supervisión directa por un período de tres semanas (9).

La brea probablemente le sigue al chrysarobina en el tratamiento de la psoriasis teniendo habilidad para producir reacciones indebidas en pieles susceptibles; y es bueno para emplearle de primero en una relativamente pequeña porción de la superficie afectada. Es necesario mantener la preparación por varias horas ya que la brea no produce reacciones inmediatas.

(*) Olyver S. Ormsby, M.D. and Hamilton Montgomery, M.D., M.S. Diseases of the Skin.

El ácido salicílico, mercurio amoniacal, azufre y resorcina son empleados en casos o en áreas donde la chrysarobina o la brea están contraindicados.

Para las lesiones del cuero cabelludo se recomienda mercurio amoniacal del 5 al 10o/o cloruro de mercurio o unguento de ácido salicílico al 3 ó al 5o/o, ya que el chrysarobina y la brea no pueden ser empleados como una regla en ésta situación. Ocasionalmente azufre o resorcina, pueden ser sustituidos especialmente cuando las lesiones son de tipo seborréico. Frecuentemente el uso de ácido salicílico en unguento por unos pocos días en combinación con baños alcalinos, sugieren ser de valor como una medida preliminar antes de la chrysarobina.

La radioterapia es un método claro, eficiente y de mucho valor para el tratamiento local; en la mayoría de los casos la psoriasis desaparece con más seguridad y rapidez con rayos X que con cualquier otra medida local. Los rayos deben ser usados con mucha precaución para no inducir una radiodermatitis algunas exposiciones de moderada intensidad son suficientes. Las telangectasias aparecen en áreas en que una dermatitis activa ha sido inducida. La recurrencia de las lesiones toma lugar después de la radioterapia, como de cualquier otro método.

Gran cuidado es necesario para tratar una serie de recurrencias, especialmente si éstas ocupan área previamente afectada. La radioterapia no es recomendada en psoriasis del cráneo debido a la alopecia resultante; y debe ser el método de elección sólo en casos seleccionados.

La luz ultravioleta no es tan eficiente como la radioterapia, pero es de valor. La combinación del carbón de hulla crudo y la luz ultravioleta que fuere recomendada primero por Goeckerman es el método más satisfactorio para tratar la psoriasis extensa.

Es importante tomar atención a los detalles del régimen de

Goeckerman para obtener resultados satisfactorios.

La brea usada es un combustible casero especial y debe ser negro grisáceo y no café o negro. El ungüento es el aconsejado por White, para eczema infantil y consiste en carbón de hulla crudo del 2 al 4o/o, 2o/o de óxido de zinc y 50o/o de almidón de maíz en petrolatum. Downing (1) y asociados recomendaron la incorporación del carbón de hulla crudo en estearato diglicol en 5o/o y 95o/o de petrolatum más que los ungüentos y pastas usuales las cuales son difíciles de remover de la superficie corporal. También enfatizaron que el carbón de hulla crudo no necesita ser de color negro y que cuando es mezclado apropiadamente con óxido de zinc como una base, un color gris o verde grisáceo resulta dependiendo de la naturaleza del carbón de hulla usado.

En psoriasis exfoliativa se comienza con 1o/o del ungüento de hulla. El ungüento es aplicado espesamente y removido la siguiente mañana con aceite de oliva o aceite mineral. Debe cuidarse de poner una capa delgada de brea y aceite en la piel. Tratamientos con luz ultravioleta son dados entonces, comenzando con una exposición de un minuto a una distancia de 30 pulgadas (76.2 cms.) e incremento la cantidad y disminuyendo la distancia cada día hasta mantener la piel en un estado de eritema medio. Después del tratamiento con luz ultravioleta el paciente toma un baño de jabón y agua o harina de avena y soda, y se sumerge en la tina de media a dos horas y las escamas pueden removerse. Los resultados de la autohemoterapia son negativos.

El tratamiento en el cuero cabelludo ha consistido en el uso de un ungüento conteniendo de 5 a 20o/o de mercurio amoniacal, con o sin la adición de 3 a 5o/o de ácido salicílico. El mercurio amoniacal pueden incorporarse en una base de alcanfor lo que hace fácil el shampoo del cuero cabelludo, el shampoo es dado una o dos veces por semana.

Tratamiento Sistémico:

La epidermis normalmente se reproduce en un término medio de 25 a 28 días, según estudios hechos por medio de Glycina con C14 y su actividad mitótica media es de 8.6. La epidermis afectada por psoriasis se remueve en 3 a 4 días, lo que significa una actividad 6 a 8 veces mayor que la piel normal con mitosis que son 27 veces más frecuentes que en la piel normal. Numerosos productos se han descrito demostrando ser efectivos en controlar la actividad mitótica de las células. Los que nos interesan son los llamados antimetabolitos, que principiaron a utilizarse en la psoriasis en 1951. Estas drogas llamadas también agentes antifólicos deberán ser usadas cuando se trate de casos con psoriasis generalizada con o sin artropatía; la que ha sido resistente a otras formas de terapia.

Dos son los principales elementos antifólicos con similares efectos biológicos: El Aminopterín y el Methrotexate.

El Methrotexate, cuya fórmula química es el ácido 4-amino N 10 Metiliteroyl Glutámico, conocido también como Amenopterín es un antimetabolito que actúa interfiriendo la conversión del ácido Fólico en ácido folínico o factor citrovórico, con lo cual bloquea indirectamente al síntesis de varias coenzimas, tales como la Thimidina, que son componentes importantes del ácido Dexylribonucléico (DNA) del núcleo, elemento indispensable para la división celular. Provocando alteración del proceso mitótico necesaria para la reproducción celular, detiene ésta y consecuentemente para los procesos dependientes de la misma. Parece ser que la eficacia de los antagonistas del ácido fólico es directamente proporcional al grado de actividad mitótica de los tejidos, la cual varía de unos a otros. Así vemos que la piel normal se reemplaza en 26 a 28 días, el intestino delgado en 2, y la matriz del pelo en solamente 24 horas. La piel psoriásica se reemplaza en 3 a 4 días.

El Methrotexate se presenta en tabletas de 2.5mlg. y su dosificación actual es de 2.4mlg. cada 12 horas por tres dosis y si se



hace necesario se repite a la semana aumentando 5 ó 7.5mlg. c/dosis, se presentarán menos efectos tóxicos. Ya que se han efectuado estudios en los que se comprobó por biopsia hepática, mayor número de pacientes psoriásicos con cirrosis y fibrosis hepática cuando se administraron dosis pequeñas frecuentes que cuando se dieron dosis grandes en forma intermitente, (3).

Consecutiva a la administración oral de la droga, ésta aparece en la sangre media hora después y alcanza su mayor concentración aproximadamente a las dos horas, desapareciendo después de 6 horas. La rapidez de absorción se ve disminuída cuando se ingiere el medicamento después de haber comido y ésto tiene importancia práctica ya que su lenta absorción provoca una mayor permanencia del producto en la sangre, lo que está directamente relacionado con la aparición y desarrollo de manifestaciones tóxicas o de sensibilidad. Las manifestaciones tóxicas del Methrotexate aparecen como anorexia, náuseas, úlceras de la mucosa oral y el tracto digestivo, eritema o sensación de quemadura de la piel, hipersensibilidad, alteraciones del funcionamiento hepático ligera caída del cabello, leucopenia y trombocitopenia. Afortunadamente las manifestaciones son en general ligeras y tienen carácter reversible. El antídoto del Methrotexate es el factor citrovórico o leucoverín, que deberá utilizarse en todos los casos en los por cualquier razón se haya sobre dosificado la droga.

El Methrotexate está contraindicado en todos los casos de desnutrición, marcada debilidad, leucopenia, úlcera péptica, mal funcionamiento hepático o renal. Una contraindicación absoluta para su uso es la presencia de embarazo y en general no debe administrarse en ninguna mujer en edad reproductiva y algunos autores consideran que no debe utilizarse, o hacerlo con mucha precaución, en personas de edad avanzada. Antes de iniciarse la administración de Methrotexate deben hacerse: Hematología celular, pruebas de funcionamiento hepático (Cefalina-colesterol, bromo-sulfaleína, turbidez del timol) y examen de orina.

Estudios alrededor del mundo han sido llevados a cabo por 20 años y han demostrado que cuando se usan los antimetabolitos con cuidado y con criterio propio, éstos tienen un margen de seguridad más aceptable. (1).

Pronóstico:

El pronóstico es bueno en relación a la vida, pero siempre debe ser reservado en referencia al curso de la enfermedad en sí; ya que aunque se logra en la mayoría de los casos beneficio con su tratamiento bien llevado; las alteraciones pueden recurrir con mucha facilidad.

Con frecuencia es preferible dejar persistir unas cuantas lesiones, que hacer tratamiento sistémicos o locales o locales fuertes que moleste o ponga en peligro la vida del paciente.

V REVISION ESTADISTICA

Cuadro No. 1

Casos de psoriasis presentados en Consulta externa
en el año 1973

Edades	Frecuencia	o/o	Masc.	o/o	Fem.	o/o
11-20	13	14.12	9	12.68	4	19.05
21-30	14	15.22	10	14.08	4	19.05
31-40	24	26.09	19	26.76	5	23.80
41-50	10	10.87	7	9.86	3	14.29
51-60	8	8.70	4	5.63	4	19.05
61-70	9	9.78	9	12.68	0	00.00
71-80	12	13.04	11	15.50	1	4.76
81-90	2	2.18	2	2.81	0	0.00
91-100	00	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTALES	92	100.00	71	100.00	21	100.00

Observando el cuadro anterior, podremos darnos cuenta de que el porcentaje más alto de frecuencia de psoriasis en los dos sexos, estuvo comprendido entre las edades de 31 a 40 años, siendo más frecuente la enfermedad en el sexo masculino.

Cuadro No. 2

Casos de psoriasis presentados en consulta externa
agrupados por meses en 1973.

Casos Dermatológicos	Psoriasis	Porcentaje o/o
Enero	205	21 22.82
Febrero	174	8 8.69
Marzo	220	10 10.87
Abril	150	16 17.39
Mayo	217	9 9.78
Junio	162	1 1.09
Julio	140	2 2.18
Agosto	137	6 6.53
Sept.	47	4 4.35
Oct.	160	8 8.69
Nov.	120	3 3.26
Dic.	91	4 4.35
TOTALES	1823	92 100.00

Este cuadro nos demuestra, que las consultas dermatológicas, fueron más numerosas en el mes de marzo; y el mayor número de casos de psoriasis fueron diagnosticados en el mes de Enero. El total de consultas dermatológicas fué de 1823 dentro de las cuales se presentaron 92 casos de psoriasis con un porcentaje de 5.04o/o.

Cuadro No. 3

Revisión de Casos de Psoriasis en los Servicios de
Dermatología de Hombres y Mujeres, del Hospital
General San Juan de Dios durante los años de 1969
a 1973

Edades en años	frecuencia	o/o	Masc	o/o	Fem.	o/o	PM DH
11-20	4	8.70	0	0.0	4	25.00	83.0
21-30	4	8.70	4	13.33	0	0.0	91.5
31-40	14	30.43	11	36.67	3	18.75	84.2
41-50	8	17.39	5	16.67	3	18.75	53.0
51-60	10	21.74	7	23.33	3	18.75	63.6
61-70	5	10.87	3	10.00	2	12.50	67.4
71-80	0	0.0	0	0.00	0	0.0	0.0
81-90	1	2.17	0	0.0	1	6.25	69.0
90-100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0
TOTALES	46	100.00	0	100.00	16	100.00	73.1

Observando este cuadro, podemos deducir de que el porcentaje más alto de frecuencia de psoriasis, estuvo entre las edades de 31 a 40 años en el sexo masculino en el que hubo más incidencia de esta enfermedad; y de 11 a 20 años en el sexo femenino. Asimismo de que el promedio de días de hospitalización fue de 73.1.

Cuadro No. 4

Muestra de casos de psoriasis presentados en clínica particular en dos años (1973, 1967) tomados al azar.
1967

Edades en años	Frecuencia	o/o	Masc.	o/o	Fem.	o/o
0-10	1	5	1	6.25	0.0	0.0
11-20						
21-30	3	15	3	18.75	0.0	0.0
31-40	6	30	3	18.75	3	75.
41-50	5	25	4	25.00	1	25.
51-60	3	15	3	18.75	0	0.0
61-70	2	10	2	12.50	0	0.0
71-80						
81-90						
TOTALES	20	100o/o	16	100.00	4	

El total de primeras consultas en 1967 fué de 1097, de las cuales 20 fueron de psoriasis que dan un porcentaje de 1.8o/o

1973

Edades en años	frecuencia	o/o	Masc.	o/o	Fem.	o/o
0-10						
11-20	2	20o/o	2	25o/o	0	0
21-30						
31-40	1	10o/o	1	12.50	0	0
41-50	4	40o/o	3	37.50	1	50o/o
51-60	2	20o/o	1	12.50	1	50o/o
61-70	1	10o/o	1	12.50		
71-80						
81-90						
TOTALES	10	100o/o	8	100o/o	2	100o/o

El total de pimeras consultas en este año fué de 1021 de las cuales 10 fueron psoriasis dando un porcentaje de 0.9o/o.

VII CONCLUSIONES

- 1.- La etiología de la psoriasis es desconocida, sin embargo se consideran como factores causantes la herencia, trastornos metabólicos, factores neurogénicos, origen infeccioso y exclusión de la luz solar.
- 2.- Es una enfermedad que pertenece al grupo de las dermatopatías pápulos-escamosas.
- 3.- Se presenta entre los 31 y 40 años de edad, aunque ninguna edad está exenta.
- 4.- Tiene preferencia por el sexo masculino.
- 5.- Hay mayor incidencia en la raza blanca.
- 6.- Es menos frecuente en épocas calurosas, las que favorecen su tratamiento.
- 7.- Los casos hospitalizados eran de psoriasis generalizada o eritrodérmica.
- 8.- Su incidencia fue mayor en los meses de clima frío.
- 9.- La enfermedad es crónica aunque ocasionalmente puede ser aguda.
- 10.- La enfermedad es de naturaleza benigna, aunque en ciertas ocasiones puede ser severa.

- 11.- Es una de las enfermedades que acusan mayor número de días de hospitalización.
- 12.- El método de Goeckerman continúa teniendo gran valor terapéutico.
- 13.- El methotrexate o los antagonistas del ácido fólico han dado buenos resultados en la terapéutica con el régimen de 3 dosis pequeñas cada doce horas.

VIII RECOMENDACIONES

- a) La enfermedad puede mejorar permanentemente, sin embargo no se debe predecir en ningún caso mejoría absoluta, ni curación.
- b) El tratamiento debe continuarse hasta que las lesiones se aclaren ya que son frecuentes las recaídas.
- c) Tratar de estandarizar una hoja estadística para el control de la morbilidad en consulta externa, que arroje datos fidedignos y no como ocurre actualmente.
- d) Que el archivo del Ministerio de Salud Pública que controla la consulta externa sea dirigido por una persona con conocimientos en medicina, de manera que las enfermedades sean agrupadas por especialidades, tomando la edad y sexo del paciente, ya que de ésta manera se obtendrá un control más o menos aceptable de la morbilidad anual, y no como ocurre actualmente que sólo toman como dato importante del paciente la edad. Por lo que a mí no me fué posible realizar una revisión de 5 años, ya que los cuadros estadísticos están incompletos.
- e) Continuar la investigación y los estudios a fin de acercarse más a encontrar la etiología de esta enfermedad y de esta manera poder establecer un tratamiento específico.

BIBLIOGRAFIA

1. Cerutti, P., M. de Luca and A. Rossi. Antifolic therapy of psoriasis. Nápoles, University, Dermatologic Clinic, 1972. 6 p. (ID No. 7201013SUM) (Fotocopia)
2. Cordero C., Fernando A. Dermatología médico-quirúrgica. 3 ed. Guatemala, Litografía Impcolor, 1972. pp. 475-480.
3. Dahl, M.G.C., M.M. Gregory and P.J. Schener. Methotrexate hepatotoxicity in psoriasis; comparison of different dose regimens. Brit Med J 1:654-656, March 11, 1972.
4. García Valdés, Arturo, Jorge Close de León y C. Aparicio González. Antimetabolitos en psoriasis. Revista del Colegio Médico de Guatemala 15(2):57-63, junio 1964.
5. Garrison, F.H. Historia de la medicina. Trad. por Luis Augusto Méndez. 4 ed. México, Interamericana, 1966. pp. 43.
6. Gómez Orbaneja, J. Dermatología. 3 ed. Barcelona, Aguilar, 1972. pp. 421-430.
7. Hanusova, S. psoriasis in the surface picture. Arch Klin Exp Derm 210:227-251, 1960.
8. Lashinsky, A.M. Lichen planus occurring in psoriasis. Arch Dermat (Chicago) 84:508-509, September 1961.
9. Oliver, S. and M. Hamilton. Diseases of the skin. 8 ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1954. pp. 304-328.

10. Rees, R.B. and Bennett, J.H. Methotrexate vs. aminopterin for psoriasis. Arch Dermat (Chicago) 83:970-972, Jun 1961.
11. Waisman, M. Interdigital psoriasis ("white psoriasis"). Arch Dermat (Chicago) 84:733-740, Nov. 1961.
12. Weinstein, Gerald D. and P. Frost. Methotrexate for psoriasis; a new therapeutic schedule. Arch Derm (Chicago) 103(1):33-38, Jan 1969.

Vo. B.

Bibliotecaria

Br. Edgar Estrada Roy

Asesor

Dr. Jorge E. Close De León

Revisor

Dr. Arturo García Valdez

Director de Fase III

Dr. Julio De León

Secretario

Dr. Francisco Sáenz Bran

Vo. Bo.

Decano

Dr. Carlos Armando Soto Gómez