

13
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PSORIASIS

Análisis de 130 casos en el Hospital Roosevelt y
Departamento de Dermatología
Años 1964-1969

TESIS

Presentada a la Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos

Por

LUIS ARTURO MONT MARTINEZ

en el Acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Junio de 1974

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV CONSIDERACIONES GENERALES
 1. Concepto
 2. Etiología
 3. Incidencia
 4. Cuadro Clínico
 - a) Sintomatología
 - b) Signos Físicos
 - c) Sitios de Predilección
 - d) Variedades Clínicas
 - e) Histología
 - f) Ultraestructura de la Lesión Psiorática
 - g) Bioquímica de la lesión
 - h) Auxiliares Diagnósticos
 - i) Diagnóstico Diferencial
 - j) Evolución
 - k) Tratamiento local y sistemático
- V RESULTADOS DEL ESTUDIO EFECTUADO
 1. Frecuencia por:
 - a) Edad
 - b) Sexo
 - c) Raza
 - d) Profesión u Oficio
 2. Tiempo de Evolución y Motivo de Consulta
 3. Antecedentes Importantes
 4. Exámen Clínico
 5. Exámenes Complementarios
 6. Tratamiento
 7. Evolución
 8. Complicaciones
- VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- VII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las enfermedades de la piel humana siempre han llamado la atención de los Médicos e investigadores, debido a su gran variedad y a que responden con un limitado número de reacciones. Con las investigaciones Dermatológicas se han controlado muchas de estas enfermedades, pero queda aún una gran variedad de ellas poco conocidas lo que ha llevado a los investigadores a profundizar en ellas y a lanzar un gran número de teorías que con el tiempo se han y se irán unificando para llegar a diagnósticos definitivos y a tratamientos específicos y efectivos.

La Psoriásis es una de estas enfermedades de la piel que ha tenido muchas investigaciones y de la que no se ha llegado a una conclusión respecto a su origen, desarrollo y un combate efectivo por lo que es un campo de investigación amplio. Durante mi práctica hospitalaria me llamó mucho la atención el campo que ocupa en la Medicina la Dermatología, con un interés especial por la Psoriásis y sus manifestaciones es así como decidí revisar los casos clínicos vistos en el Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt de 1964 a 1969, con el objeto de conocer hasta donde se había llegado, con respecto a investigación clínica, diagnóstico y tratamiento de la misma.

Durante el tiempo que le dediqué a este trabajo llegué a varias conclusiones sobre el tema, que expondré en el desarrollo de la presente tesis y espero sea de utilidad para las personas interesadas en la Medicina en general y en especial en el campo de la Dermatología.

II

OBJETIVOS

1. Tratar de ampliar lo que hasta el momento se conoce sobre Psoriasis.
2. Reunir y analizar los resultados obtenidos con los medicamentos hasta ahora usados.
3. Hacer una lista de dichos medicamentos y ordenarlos según su eficacia.
4. Ver cual de los tratamientos empleados en la Consulta Externa del Hospital Roosevelt dio mejores resultados.
5. Clasificar los métodos empleados para su diagnóstico.
6. Establecer la incidencia de la enfermedad en relación con los siguientes factores:
 - a) Edad
 - b) Sexo
 - c) Raza
 - d) Lugar de Origen
 - e) Profesión u Oficio
 - f) Comparación con la incidencia en otras latitudes

III

MATERIAL Y METODOS

Para llegar a realizar el presente trabajo de tesis, se utilizó el Archivo de Registros Médicos y la Sección de Estadística del Hospital Roosevelt, obteniéndose el listado de los expedientes clínicos codificados por estadística con el Diagnóstico de Psoriasis.

Con la información obtenida de los casos de Psoriasis, se procedió al análisis de cada caso en particular, incluyendo pacientes niños y adultos y de ambos sexos, abarcando un período de seis años, todos pacientes de Consulta Externa, comprendidos desde Enero de 1964 a Diciembre de 1969.

La revisión bibliográfica se basó en las publicaciones, más recientes y algunas de años anteriores, obtenidas de las Bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas, del Hospital Roosevelt y la particular del Dr. Rolando Vásquez.

El método utilizado consistió en el análisis de casos de Psoriasis tomando en cuenta su incidencia por edad, sexo, raza, lugar de origen, profesión u oficio, la sintomatología clínica y estudios de laboratorio, biopsia, el tratamiento, las enfermedades concomitantes, las complicaciones y su evolución además antecedentes importantes, tomándose en cuenta el volumen de pacientes que hacían sus visitas periódicamente y los que sólo acudían una sola vez.

IV

CONSIDERACIONES GENERALES

1. Concepto e historia:

Por primera vez en 1808 fué descrita clínicamente la Psoriasis, por el Médico Inglés Robert William, (10) antes de este fabuloso hallazgo, esta enfermedad de la piel, fué confundida por los estudiosos con la Lepra, Sífilis, Tuberculosis, y otras enfermedades de la piel.

Actualmente se le clasifica, dentro de las enfermedades Máculo-Pápulo-Escamosas de la piel de curso crónico y caracterizada especialmente por tener remisiones exacerbaciones.

En los últimos diez a quince años se han efectuado avanzados estudios para investigar el origen y los problemas de esta enfermedad de la piel, estudios que toman más interés por entender la anatomía y química de la lesión psoriásica, pero aún no tenemos una información exacta de la patógenesis de la Psoriasis, únicamente teorías sin conclusiones exactas.

2. Etiología:

La causa que produce esta enfermedad de la piel está aún desconocida, pero se han postulado un variado número de teorías fruto de numerosas investigaciones realizadas por Médicos especialistas en la materia entre los que se cuentan Hellgren, Church, Lomholt, Farber y Peterson, Forsman y muchos más que han estudiado gran número de pacientes de diferentes lugares

como Estados Unidos, Las Islas Faroe, en Nigeria, Sud América, etc., la mayoría de estas teorías no han llegado a una conclusión final. Mencionaremos algunas de las más importantes:

Que la Psoriásis sea de naturaleza Nerviosa o por trastornos Psicosomáticos, ésta teoría se refiere a que la lesión psoriásica se exagera en presencia de estados nerviosos. Hellgren encontró que de 255 pacientes con Psoriásis el 53% de los mismos presentaban exacerbaciones en presencia de Stres. (7)

Otra teoría es la de las estaciones del año y como influyen en la lesión psoriásica, estudiada esta teoría también por Hellgren quien en el mismo número de pacientes, encontrando que el 51% estaban afectados por la estación del año con un 22% más en la época de verano, pero en general es más frecuente en invierno.

Por alteraciones en el metabolismo de las grasas (Colesterol) aunque esta teoría ha sido refutada. Además en el metabolismo de los lípidos cutáneos pero no se ha llegado a ninguna conclusión.

Otra teoría que también ha sido estudiada por Norviland en 65 pacientes con Psoriásis y el 64% de los mismos dieron una historia de Infección Respiratoria Superior una a tres semanas antes de iniciar el cuadro agudo de psoriásis en el 56% de ellos tenían un elevado título de Antiestreptolisinas el más alto de 200 unidades. (7, 10, 16)

e) Otra teoría es la de la Psoriasis Latente, que se refiere a que existe un período en el cual pacientes con Psoriasis no la presentan clínicamente pero si la tienen latente. Por ejemplo se han reportado casos de pacientes con períodos de remisión completa por cinco años y que después han vuelto a presentar clínicamente la enfermedad. Church e investigadores encontraron que en 8% de sus pacientes tuvieron un período de cinco años de completa remisión (7, 13), también Lomholt y colaboradores reportaron un 16.7% de sus pacientes libres de síntomas por un período de 5 años y un 5.9% por un período de veinte años (7, 13). Estos períodos en los cuales no hay presencia de sintomatología clínica es a lo que se le llama el período de la Psoriasis Latente, la cual puede manifestarse clínicamente atendiendo a muchos factores entre los que se puede contar, el trauma físico de la piel, los rayos ultravioleta, el uso de terapia con corticosteroides, drogas antimaláricas, etc. Los factores que convierten la Psoriasis Latente en clínica están hasta ahora desconocidos.

f) Una teoría bastante estudiada es la que la Psoriasis es una enfermedad genéticamente transmitida, aunque muchos investigadores no están de acuerdo con la misma por el curso clínico que toma la enfermedad, es decir por sus períodos de remisiones y exacerbaciones y algunos más parecen relacionarla con la teoría de la Psoriasis Latente.

Algunas investigaciones han dado a conocer que la Psoriasis es poco común o rara en algunas poblaciones, posiblemente influenciadas por factores gené-

ticos. Por ejemplo, muy pocas personas con psoriásis fueron descubiertas en un exámen efectuado en un hospital de enseñanza en Nigeria y en los esquimales ésta enfermedad es reportada como rara, además es también raro verla en los indios del norte de los Estados Unidos y de Sud América. (7).

Numerosos estudios en el pasado tienden a demostrarnos que hay una variable incidencia en el sexo pero se ha visto que es igual en mujeres y en hombres. (16)

Observaciones de la incidencia familiar de Psoriásis en Utah y Carolina del Norte en Estados Unidos revela una simple autosomía dominante con in completa penetración (7, 6). En el estudio de Carolina del Norte la penetración fué reducida a un 60%. Si este simple factor dominante paterno de herencia es aplicado a todas las familias afectadas con Psoriásis, es un punto muy importante. Algunos autores sugieren que esta mutación ocurre en más de un grupo de cromosomas. Steinberg y colaboradores postulan una herencia doble recesiva (7). Lomholt concluye de este estudio que la herencia es un factor dominante con in completa penetración o doble recesivo.

Lomholt hace los siguientes cálculos basado en su estudio en las Islas Faroe, y dice que si dos padres sin Psoriásis tienen un hijo con Psoriásis, hay un 17% de chances que los siguientes hijos tendrán la enfermedad.

Si uno de los padres tiene Psoriasis hay un 25 % de chances que los siguientes hijos tendrán la enfermedad y esto mismo se incrementa en un 31% si uno de los hijos está afectado. Si los dos padres tienen Psoriasis en los hijos esta enfermedad sube a un 60% y 75%. (7, 18).

Algunos investigadores han encontrado cambios en los cromosomas, pero otros no han encontrado cambios, o sea, que la mayoría de estas teorías no han llegado a conclusiones finales que nos orienten para saber la causa específica de la Psoriasis, pero si son caminos para poder llegar a descubrir la verdadera causa.

3. Incidencia:

Aunque la Psoriasis no es una enfermedad contagiosa, es bastante común, pero se ha visto que es rara en algunas poblaciones como en Nigeria y en los indios del Norte y Sud América, posiblemente influenciadas por factores de tipo genético. (7). Se ha visto que es más frecuente en los jóvenes o adultos que los niños menores de tres años, además se ha comprobado que es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, aunque por estudios hechos en Estados Unidos se ha visto que es igual en mujeres que en hombres. (16, 10, 2, 14, 7). Como vimos anteriormente sin ser hereditaria (hasta ahora no comprobado) tiene un carácter familiar.

Se estima que la frecuencia de Psoriasis en la población varía de un 2.5% a 8% aunque muchos de estos estudios fueron tomados de pacientes

hospitalizados y de consulta externa por lo tanto, es difícil estimar exactamente el porcentaje de incidencia de esta enfermedad en la población en general. Farber y Peterson (7) que han hecho muchos estudios sobre Psoriásis creen aproximadamente que la incidencia de esta enfermedad en los Estados Unidos es de 1% a 2%. Forsman(7) encontró una frecuencia de 1,4% en un grupo grande de población. Por lo que podemos observar que hacer una estadística exacta de la incidencia de la misma es bastante difícil, pero si podemos decir que es una enfermedad mundial común con una incidencia de 1% a 3%.

Cuadro Clínico:

Sintomatología. La Psoriásis en general aparece en forma lenta y progresiva, sin síntomas generales asociados ni prodrómicos, aunque algunos pacientes algunas veces se quejan de prurito leve o severo.

Signos Físicos. La Psoriásis está clasificada en el grupo de las dermatosis Pápulo-Escamosas. Este grupo de enfermedades tienen como común denominador el de una pápula escamosa como lesión primaria. Lo que ayuda a su diferenciación es la distribución de las lesiones y los sitios de predilección.

Estas pápulas de color rojo o eritematoso posteriormente se cubre de una escama nacarada o plateada, seca, laminar, estas lesiones primarias posteriormente pueden coalescer hasta for-

mar placas grandes sólidas, con bordes marcados que pueden variar desde el tamaño de una moneda hasta formas más extensas, que pueden llegar a cubrir grandes extensiones de piel como el tórax anterior o posterior. Las formas que adquieren son desiguales, irregulares, policíclicas. La simetría de localización es característica clínica de las lesiones.

Las escamas pueden superponerse y formar verdaderas elevaciones sobre la lesión y toman un color nacarado o amarillento sucio, aspecto que en conjunto varía con el mayor o menor número de escamas, si son escasas y delgadas predomina el color rosado al rojo vivo, si son abundantes y gruesas, prácticamente ocultan el color del eritema y la superficie es blanquecina o amarillenta de consistencia seca y que se desprenden fácilmente cayendo en profusión cuando el enfermo se desviste.

Existen tres signos clínicos que no son diagnóstico seguro pero si sugestivo de Psoriasis:

- I Signo de Auspitz, que consiste en que al desprender la escama en forma brusca, aparecen algunos puntos hemorrágicos.
- II Signo de Darier, que consiste en que al desprender la escama con la uña, ésta se deshace en un polvo fino y blanquecino.
- III El signo o fenómeno de Koebner o también llamado Respuesta Isomórfica, en 1887 Heinrich Koebner descubrió la peculiar reacción postrauma en los

pacientes con Psoriasis. La extensa variedad de estímulos traumáticos probablemente estimulan la aparición de Psoriasis en la piel previamente afectada, se pueden mencionar algunos ejemplos como rasguñaduras, venopunturas, laceraciones, etc. El tiempo aproximado entre el apareamiento de las lesiones de Psoriasis y el trauma es de 7 a 30 días. (7). La mayoría de los pacientes tienen lesiones características a las dos semanas. En la experiencia de Farber y Colaboradores (7) los pacientes en un estado florido de la enfermedad son más sensibles a tener el factor isomórfico responsable de que la enfermedad se queda estática o progresa o que tenga exacerbaciones reportando una incidencia de un 40%, Hellgren (7) reportó una incidencia de un 47% de factor isomórfico en un grupo de pacientes estudiados. Algunos investigadores han utilizado el factor de respuesta isomórfica como método experimental para determinar si la lesión de psoriasis se inicia en la dermis o en la epidermis. (16, 10, 7).

Otro signo clínico muy importante es el que se presenta en las uñas de los dedos de las manos y es la presencia de un minúsculo agujero o depresión que a menudo forma grupos, este signo es altamente característico de Psoriasis. Pueden verse a veces solitarios o como variante de post-trauma.

También es frecuente encontrar una decoloración amarillenta en las uñas de los dedos del pie que también pueden aparecer en las manos.

También puede existir una separación de la uña a pequeña distancia de su lecho, es común, otros cambios consisten en hiperqueratosis subungueal, también acanaladuras longitudinales y transversales que son poco específicas ya que pueden presentarse en casos de dermatitis, infección a hongos, insuficiencia vascular, etc.

Ocasionalmente uno encuentra pacientes con cambios típicos en las uñas sin tener cambios en la piel y es que posteriormente ellos desarrollan psoriasis aunque no tengan manifestaciones en la piel.

Sitios de Predilección. Como mencionamos anteriormente las lesiones de Psoriasis se caracterizan por su simetría, siendo la línea del pelo un sitio muy común, el borde de la frente, sienes y región retroauricular, otros sitios son los codos, las rodillas y la región presacra e interglútea, a menudo las placas pueden ocupar las extremidades y el tronco, estas persisten por años si no tienen tratamiento adecuado (Psoriasis Crónica). Las uñas de los dedos también son comúnmente afectadas, además las plantas de los pies y las palmas de las manos, y es característica que las lesiones en estos lugares sean largas placas eritematosas descamativas.

Las membranas mucosas son raramente afectadas pero pueden darse casos, como el glande y la vulva que son los lugares más frecuentes de las mucosas que pueden ser afectados, pero la

Psoriásis en los labios, el paladar y de la lengua pueden darse en muy raros casos.

d) Variedades Clínicas:

Psoriásis Seborreica

Es una variante clínica de la psoriásis, siendo las principales áreas afectadas, el cuero cabelludo, región retroauricular, oídos, región presternal, - región interescapular, porción central de la cara axilas, Este tipo de Psoriasis es comunmente - confundida con Dermatitis Seborreica, pero la presencia de lesiones características en la piel o cambios en las uñas ayuda a la diferenciación, de ambas, la Psoriásis en el cuero cabelludo usualmente forma placas aisladas cubiertas de es cama plateada y no como la dermatitis seborreica que es difusa y tiene una escama grasosa.

Psoriásis Eruptiva Aguda o Psoriásis en gotas

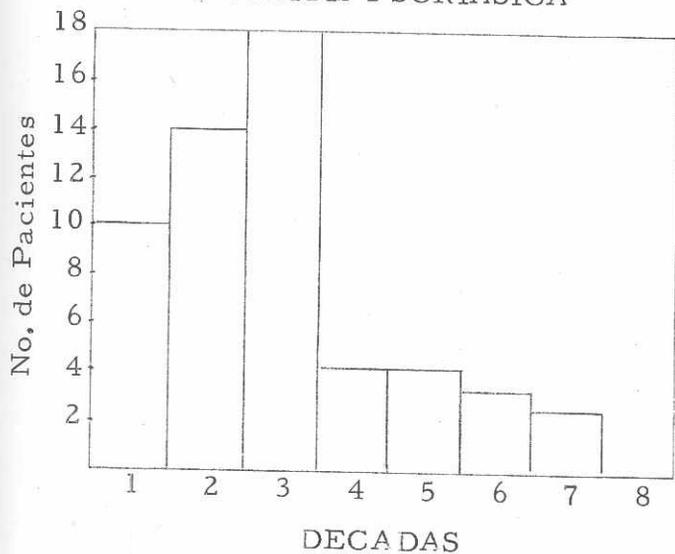
Es una forma que se presenta más en personas jóvenes y es una forma explosiva de erupción de pequeñas lesiones como gotas, predominantemente atrás del tronco aunque esta forma puede ser la primera manifestación de Psoriásis, puede aparecer en un paciente con lesiones preexistentes, esta forma de psoriásis la relacionan los investigadores con las infecciones a estreptococo beta principalmente en la garganta por lo que recomiendan el pronto tratamiento de estas infecciones en pacientes con psoriásis. El Promedio de edad de la Psoriásis eruptiva aguda fué de 28 años o sea que este tipo se presenta más en gente joven. (16).

recientes se ha visto más claro y se han hecho significativas diferencias entre la artritis reumatoidea y el tipo de poliartritis vista en los pacientes psoriásicos.

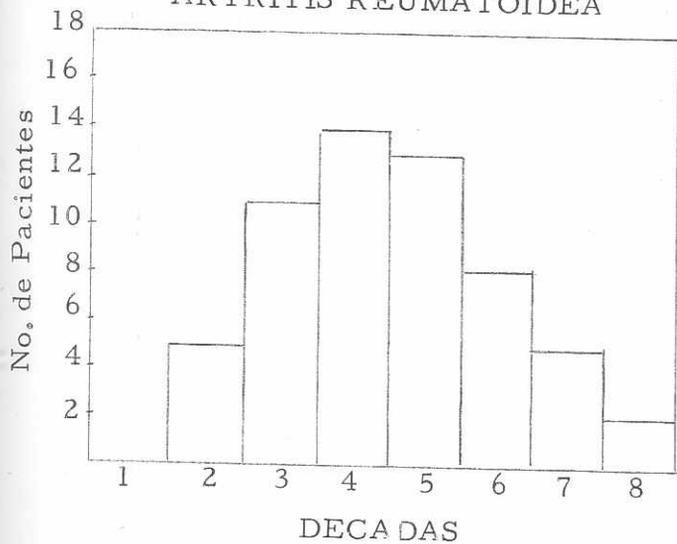
La clasificación de la poliartritis psoriásica fué hecha por Bollet y Turner (7, 1), por Reed y colaboradores (7) y por Bailer, Goldin y colaboradores (16) quienes establecieron los siguientes criterios:

- La artritis Psoriásica se presenta en un alto grado alrededor de los 30 años y la artritis reumatoidea de los 40 a 50 años.

ARTRITIS PSORIASICA



ARTRITIS REUMATOIDEA



Gráficas mostrando comparativamente las edades en que se presenta en mayor grado las Artritis Psoriásica y Artritis Reumatoidea. (1).

- La artritis psoriásica es simétrica, más a menúdo que la artritis reumatoidea.
 - Los nódulos reumatoideos están ausentes.
 - Los hombres la padecen más que las mujeres en una relación de 3 a 2 al contrario de la artritis reumatoidea.
 - Cambios en las uñas de los pacientes psoriáticos están presentes. Estos cambios ocurren en un 83% de los pacientes y un detalle muy especial es que la severidad de los cambios en las uñas está estrechamente relacionada con la severidad de la artritis, aunque no necesariamente con la artritis de las articulaciones interfalángicas distales de los dedos.
 - El test de Aglutinación del Factor Reumatoideo es negativo.
 - En la artritis psoriásica es típico que estén envueltas las articulaciones interfalángicas distales. En algunos casos severos puede verse dedos mutilados o lo que se llama artritis mutilante.
- Avila y colaboradores (7) notaron cinco signos de artritis en rayos X.
- Las lesiones artríticas envuelven predominantemente las articulaciones interfalángicas distales de los dedos de las manos y las mismas en los pies.
 - Anquilosis ósea en las articulaciones interfalángicas distales de las manos y lo pies dejando espacios anormales entre las articulaciones y con superficies óseas marcadamente lisas.
 - Destrucción de la articulación interfalángica distal del dedo gordo con proliferación ósea en la base de la falange distal

- Resorción de las crestas o salientes de las falanges distales de pies y manos.

A continuación presentamos un cuadro que demuestra las articulaciones que son más afectadas en la artritis Psoriásica en un estudio efectuado en 53 pacientes (16).

ARTICULACIONES AFECTADAS	No.	%
Pequeñas articulaciones de manos	37	70
Articulaciones interfalángicas terminales	15	29
Muñecas	16	30
Codos	16	30
Hombros	25	47
Caderas	4	7
Rodillas	19	36
Tobillos	14	26
Pequeñas articulaciones de los pies	44	83
Temporomaxilar	4	7
Esterno Clavicular	8	15
Acromio Clavicular	9	17

Baker y colaboradores (1) apuntan que 28% de las series de pacientes psoriásicos artríticos tenían sacroilitis. Kaplan y colaboradores (1) encontraron una fuerte incidencia de esclerosis en las apofisis, articulaciones apofisarias y además calcificación de los ligamentos anteriores de la columna,

aunque similares cambios se ven en la espondilitis reumatoidea.

A algunos investigadores les ha llamado la atención la similitud que hay entre la erupción cutánea y la forma de artritis de la Psoriasis con el Síndrome de Reiter (Artritis, Uretritis, Conjuntivitis y Queratodermia cutánea) se puede hacer esta comparación cuando el síndrome está en su desarrollo tardío. Aunque esto todavía no está comprobado se siguen efectuando estudios para ver si hay una estrecha relación como en el caso de Kahn y Hall (7) quienes siguieron a siete pacientes con Síndrome de Reiter encontrando posteriormente que presentaron las futuras características de una artritis psoriásica, lo mismo efectuaron Weinberger y colaboradores (7) pero ellos no hicieron mención de lesiones de Psoriasis en la piel de los pacientes con el síndrome seguidos en un promedio de 6 años. De un modo y otro el Síndrome de Reiter es considerado como una forma especial del estado de Psoriasis.

e) Histopatología. La lesión de Psoriasis es de índole hiperplásica, donde hay un incremento en la actividad mitótica y engrosamiento de la epidermis. Hellwig (7) describió a fondo los signos histopatológicos de la Psoriasis y Lever (7) presentó un grupo de signos siendo los siguientes:

- Hiperqueratosis
- Paraqueratosis
- Disminución o ausencia de la capa granular
- Acantosis uniforme del estrato de Malpighi de los clavos interpapilares.

- Adelgazamiento suprapapilar del estrato de Malpighi
- Edema y agrupamiento de las papilas dérmicas conteniendo vasos sanguíneos dilatados.
- Colección de leucocitos polimorfonucleares sub o intra corneales o sea los llamados micro abscesos de Munro.
- Infiltración de células mononucleares en la superficie de la dermis.
- Incremento de la actividad mitótica en las regiones bajas de la epidermis.

Algunos leucocitos polimorfonucleares y células monocíticas inflamatorias pueden ser encontradas regadas en todo el epitelio, con colección de leucocitos polimorfonucleares en las regiones suprapapilares, la capa granular es decreciente en grosor y desaparece en regiones de muchas paraqueratosis. La delgadez del epitelio cerca de las papilas dérmicas no es un constante signo pero cuando está presente es una verdadera causa de un positivo signo de Auspitz a causa de la proximidad de los vasos sanguíneos a la superficie. El edema y engrosamiento de las papilas dérmicas es debido a una proliferación de las células del estroma. Los vasos sanguíneos, en esta región están dilatados, tortuosos, u ocasionalmente muestran alguna proliferación en sus células endoteliales. El volumen de la infiltración dérmica está hecha de linfocitos e histiocitos en una localización perivascular. Algunos eosinófilos pueden estar presentes pero células plasmáticas son raras. El infiltrado no es denso

y no tiende a profundizar. A menudo hay áreas en la dermis donde el infiltrado es mínimo o ausente, esto sirve de bastante ayuda en la diferenciación de psoriasis de dermatitis crónica.

Cuando la lesión de psoriasis está activa contiene una pequeña cantidad de pigmento en la placa basal. El cuadro histopatológico de la psoriasis pustular muestra muchos de los signos antes mencionados encontrándose también una larga cadena de leucocitos polimorfonucleares en la cima de las capas de Malpighi, estas forman una pared de células reunidas en grupos y esto es a lo que se le llama Pustula Espongiforme de Kogoj, presumiblemente estas emigran hacia arriba y vienen a formar los micro-abscesos de Munro, a nivel de la placa cornea.

La Pústula de Kogoj se encuentra también en la lesión queratodérmica del síndrome de Reiter - por lo que es otro punto a favor de la asociación de éste con psoriasis.

Se han hecho estudios sobre la dinámica del proceso de psoriasis comparado con la piel normal, entre los cuales se encuentran los de Van Scott y Ekel (7), Rothberg y colaboradores (7), Epstein y Maibach (7), quienes clasifican el tipo de hiperplasia de la lesión de psoriasis por el uso de numeración mitótica y medición de volúmenes, ellos determinan el volumen de la epidermis por unidad de área de piel, la cual en la psoriasis es aproximadamente cuatro veces más que la normal. El número de formas mitóticas por unidad

de área fueron 27 veces más que lo normal. De este dato ellos calculan que el tiempo que tarda una célula para progresar de la capa basal a la parte fuera del estrato corneo es de 96 horas o sea el tiempo que tarda una célula para renovarse. Para hacer esta medición usaron como medios la glicina y la timidina, marcadas con carbono y yodo R.- Este nivel acelerado de la psoriásis contrasta con el cambio celular mitótico de la piel, que dura de 26 a 27 días, hasta seis semanas, y es el de que una célula se mueva desde la placa basal hasta la granular. Estos estudios nos indican que hay un proceso rápido de mitosis celular y acelerada hiperplasia en la lesión de psoriásis.

Muchos de los cambios dinámicos en la lesión psoriásica no son específicos y ocurren en otros desórdenes en donde el epitelio de renueva rápidamente.

- f) Ultraestructura de la lesión Psoriásica. El microscopio electrónico nos ha demostrado en una vista de las lesiones psoriáticas, una reducción en la cantidad y densidad electrónica de tonofibrillas, una reducción progresiva en el número y desarrollo de los desmosomas, un engrandecimiento de los espacios intercelulares y disturbios de queratinización manifestados por la desaparición de un estrato granular bien definido, el cual es substituído por una más grande y número variable de placas celulares con gránulos queratohialinos defectuosos.

Se ha observado también que en el estrato que se

está descamando los desmosomas residuales permanecen apilados a una de las placas corneas en el caso de psoriásis. Recientemente ha llamado la atención la abundancia de queratosomas o cuerpos de Odland y el papel que ellos juegan probablemente en la queratinización de la piel y en la descamación de las diferentes condiciones normales y patológicas que han sido objeto de discusión.

) Bioquímica de la lesión Psoriásica. Numerosos investigadores han estudiado la bioquímica de la lesión de Psoriásis y es una de las cosas que más interés han tomado y por las investigaciones han encontrado lo siguiente:

Que la glicólisis aerobia y anaerobia están aumentadas.

Que hay elevaciones de una variedad de carbohidratos, lípidos proteínas y algunas enzimas.

Se ha encontrado también un número específico de diferencias cuantitativas en la composición de aminoácidos entre la capa psoriática y la normal.

Encontraron cambios en la producción de queratina tomando una proteína fibrosa en la placa psoriática para lo cual usaron técnicas de difracción, de rayos X midiendo así el diámetro de la proteína fibrosa en la placa psoriática y en la normal encontrando un valor de 70 a 100 unidades Amstrong en la capa psoriática comparada con las 25 unidades A. de la capa normal.

Se ha encontrado una inmuno-proteína en la placa psoriática no presente en la piel normal que también fue encontrada en un caso de eritrodermia no psoriática (7, 1).

Wheatley y Farber en 1961 (7) encontraron elevados niveles de núcleo proteína en la placa psoriática.

Halprin y Ohkawara (7) encontraron una elevación general de todas las enzimas en la placa psoriática con incremento desproporcionado de la Glucosa 6 Fosfato dehidrogenasa y 6 Fosfato dehidrogenasa. Desde que todas estas enzimas están envueltas en la transformación de Glucosa 6 Fosfato hasta llegar a la síntesis de ácido nucleico, el incremento de estas enzimas pueden representar un ejemplo de un defectuoso control de mecanismo.

Ha sido demostrado que hay un generalizado disturbio en la circulación cutánea con un aumento de la misma, encontrando estructuras capilares anormales no sólo en la placa psoriática sino también en la piel no afectada.

Se encontró una posible elevación del ácido Taurocólico, pero todavía no ha sido comprobado. Otros investigadores encontraron elevaciones de las inmunoglobulinas IGA e IGM en el paciente psoriático, pero esto todavía no está claro (7)

Elevaciones moderadas de Mucopolisacáridos e Hidroxiprolina han sido encontradas en la orina

de los pacientes psoriásicos, lo cual sugiere que el mesenquima está también afectado, aunque se ha visto que la hidroxiprolina está elevada en la orina de pacientes con otras dermatosis.

Bielicky y colaboradores (7) observaron que hay una elevación de la actividad del ciclo de las Pentosas en la sangre de estos pacientes.

Algunos investigadores han encontrado niveles elevados de Acido Úrico (14) en la sangre de los pacientes psoriásicos, algunos hacen una relación entre los niveles elevados y extensión de la piel afectada. Parecería que la elevación del ácido úrico del suero en los pacientes psoriáticos es simplemente un resultado de un incremento - pronunciado de la síntesis y degradación del ácido nucleico de la piel y que no es específico del proceso psoriático. Estudios recientes han demostrado que el Colesterol y otros lípidos de la sangre no se encuentran alterados. Entre los hallazgos más recientes que se han hecho son sobre el estudio de la relación que existe entre Psoriasis y el ciclo del AMP o Adenosin Monofosfato, Dibutiril adenosin 3'5' monofosfato e isoproterenol (17, 18, 19). Se ha visto que a una determinada cantidad producen una inhibición en la mitosis celular epidérmica. Previamente se mostró que el isoproterenol producía una inhibición mitótica en la epidermis estimulando la actividad de la adenil ciclasa en las células epidérmicas rotas y estimulaba la actividad del ciclo de AMP en la epidermis con células intactas, esto

nos dá una muestra de que el AMP es uno y probablemente el mayor mediador del control de la mitosis epidérmica. Todo esto explica lo siguiente que cuando hay un cambio anormal en el ciclo del AMP haya mayor acumulación de glicogeno y aumento de la rapidez de proliferación celular, como ocurre en la Psoriasis. Se ha comprobado que el metabolismo del glicogeno del hígado y de los músculos está controlado por el AMP, y el mismo en la piel está todavía en estudio. Todo esto ayuda a pensar que un aumento de la rapidez de proliferación celular y de glicogeno en la epidermis Psoriática puede deberse a un descontrol en la concentración intraepidérmica de AMP(17, 18, 19). Como podemos ver algunas de estas investigaciones todavía no han sido bien comprobadas y la mayoría siguen en estudio.

h) Auxiliares Diagnósticos

Historia

Exploración Física: muy importante.

Biopsia, es muy valiosa y por la cual pueden observarse cambios tisulares característicos que solo varían de acuerdo con el grado de intensidad y evolución de las lesiones.

i) Diagnóstico Diferencial. La Psoriasis debe distinguirse de Dermatitis Seborreica, Sífilis Secundaria, Liquen Plano, Pitiriasis Rosada, Onicomycosis cuando se presentan las lesiones ungueales, lupus Eritematoso diseminado, Dermatitis Exfoliatiu

va, Dermatitis por Medicamentos, Dermatomiositis.

El pronóstico de la Psoriasis es benigno.

j) Evolución. Esta enfermedad cambia de acuerdo con la variedad clínica y podemos ver la forma eritrodérmica se inicia en forma brusca y se disemina rápidamente llegando en poco tiempo a generalizarse, en cambio la forma crónica se inicia en forma lenta y progresiva, sin prodromos y sigue un curso recurrente con brotes de exacerbaciones durante las cuales pueden aparecer nuevas lesiones. En unos casos las lesiones son escasas y permanecen estacionadas por períodos muy largos, que pueden durar años, en ningún caso se observa la tendencia a la curación espontánea.

k) Tratamiento local y sistémico. El tratamiento de la Psoriasis puede tener éxito si el paciente está suficientemente motivado y coopera con el médico. Algunas medidas pueden dar resultados satisfactorios para la completa resolución de las lesiones, pero hay que tomar en cuenta que la enfermedad todavía está presente en forma latente y eventualmente podrá presentarse o ser clínicamente evidente.

Factores estresantes en el comportamiento, pero excesivo, enfermedades concurrentes, etc. deben ser controladas para que el tratamiento sea efectivo.

La terapia tópica es la esencia del tratamiento, en

tre los medicamentos más importantes encontramos los derivados del Alquitrán de Hulla, del mercurio amoniacal, Acido Salicílico también - los tópicos corticosteroides particularmente los potentes esteroides Fluorinados, todos han sido medicamentos efectivos.

Fiedberg (7) postuló que el Acido Salicílico y el Mercurio Amoniacal interfieren con el RNA (Acido ribonucleico) para causar una disminución de la síntesis de proteínas, aunque esto aún no está aceptado. Krebs y Schaltegger (7) mostraron que el Ditranol o Antralina que es un derivado del Alquitrán de Hulla causó una clara disminución en la actividad de la glucosa 6 fosfato dehidrogenasa, tanto como una reducción de las figuras mitóticas de la epidermis (debe recordarse que esta enzima se ha relacionado con un posible defectuoso mecanismo de control de la síntesis de ácido nucleico en la lesión psoriática).

Se ha observado una rápida reducción del grueso de la placa de células que se comienzan a enfermar a los tres días de tratamiento con Ditranol pero ha llamado la atención la persistencia de las anomalías de la inflamación capilar y paraqueratosis.

El uso de esteroides Fluorinados con cubiertas oclusivas mantenidas sobre la lesión por un período de 12 a 24 horas ha sido un tratamiento efectivo. Aparentemente se forma un depósito de esteroides en las regiones más bajas del estrato corneo el cual puede persistir tanto como un pe-

ríodo de dos semanas difundiéndose en la piel, este tipo de tratamiento es más indicado para áreas pequeñas ya que cuando éstas capas oclusivas son aplicadas sobre grandes áreas de piel inflamada, los corticosteroides pueden producir una considerable depresión del eje pituitariadrenal. Sin embargo Scoggins y Klinam (15,7) mostraron que diez gramos de Acetonido de Flucinolona al 0.01% (crema) pueden ser aplicados dos veces diarias en capas oclusivas en las áreas afectadas hasta en un 20% de la superficie de la piel sin producir considerables efectos sistémicos.

Una de las complicaciones que pueden ocurrir con el uso de este tipo de tratamiento es una A-trofia estriada de la piel y cuando es aplicado en áreas intertriginosas puede dar Miliaria y mace-ración de la piel especialmente con este tipo de esteroides. En personas ancianas con severa en-fermedad vascular periférica puede causar ulce-raciones en las extremidades inferiores.

También se puede usar el Licor Carbónico De-tergente en una concentración del 5% al 10%, este es un derivado del Alquitrán de Hulla se usa con una base de agua y es aplicable cosmetica-mente, barato, especialmente emplearlo en áreas que tienen pelo.

El Acido Salicílico al 3% o 5% puede agregarse a la preparación anterior en caso que sea inad-e-cuada para algunos pacientes puede entonces u-sarse Mercurio Amoniacal al 2% o 5% como subs

tituto del licor carbónico detergente pero se ha visto que es menos efectivo, y hay peligro de absorción y nefrotoxicidad.

Los baños de Alquitrán de Hulla, usando su derivado del licor carbónico detergente en cantidad de dos cucharadas en el agua de baño y posteriormente exponerse a la luz solar siempre instruyendo al paciente que la exposición debe ser gradual porque el Alquitrán de Hulla es fotosensible y puede causar dificultad en algunos pacientes.

También debe tenerse cuidado con el mercurio amoniacal ya que este se absorbe sistémicamente, recomendando que no debe ser usados en pacientes de menos de cinco años de edad o en mujeres embarazadas y que estos preparados deben ser limitados en pacientes con historia de nefritis o de deterioro en el funcionamiento renal o que haya presencia de albuminuria. También se debe tener cuidado con el uso de ácido salicílico ya que este también se absorbe y se han visto casos de salicilismo agudo durante este tratamiento especialmente cuando es aplicado a grandes extensiones de piel.

Cuando alguno de los medicamentos anteriores quiere ser usado debe excluirse la sensibilidad a los mismos, aplicando 24 horas antes del tratamiento, el medicamento en pequeñas áreas de la piel.

La Psoriasis en ciertas áreas del cuerpo demanda un cuidado especial como en el caso de las áreas intertriginosas que no toleran el tratamiento tópico con preparaciones de Alquitrán y responden

mejor con esteroides tópicos. El cuero cabelludo puede ser tratado con shampoos a base de Alquitrán o sus derivados como el licor carbonado detergente al 10% en tintura de jabón verde, hay que tomar en cuenta que los preparados con Alquitrán decoloran el pelo pero no en todos los casos.

El aceite mineral aplicado con una toalla caliente a menudo ayuda a remover las placas de Psoriasis. Las lociones que contienen corticosteroides aplicadas en capas oclusivas, durante la noche pueden ser efectivas.

También está el Regimen de Löeckerman el cual consiste en aplicarse Alquitrán de Hulla al 1% con óxido de Zinc 30 gr. y Petrolato 120 gr. cada dos horas durante el día, posteriormente darse un baño de aceite de alquitrán y en seguida hacerse aplicaciones de luz ultravioleta, el tiempo que según cada paciente soporte y a cierta distancia según cada paciente, la misma debe ser gradual e ir aumentando de cinco en cinco segundos cada día hasta que el paciente lo tolere. Debe tenerse cuidado de no quemar al paciente ya que puede ocurrir el fenómeno de Koebner. Otra cosa que es muy importante es que altas concentraciones de Alquitrán de Hulla pueden producir una foliculitis química estéril en las regiones pobladas de pelo.

También se usa el Antralin que es un medicamento que en 1916 fué introducido en Europa como un agente tópico efectivo en el tratamiento de Psoriasis especialmente la del cuero cabelludo usando

pequeñas concentraciones del tipo de 0,1% a 1,0% tomando en cuenta que es irritante para la piel. El exacto mecanismo de acción de la droga está en controversia Swanbeck y Thyresson (6) demostraron una interacción entre el DNA (ácido desoxiribonucleico) y el Antralin. Produciendo una inhibición en la síntesis de proteínas. Pero todo esto está aún en discusión. El Antralin al 0,2% al 0,8% más Acido Salicílico al 0,4% en una base hecha de pasta Lasar y Parafina puede ser usada especialmente para las lesiones individuales.

Otro método es el uso de una suspensión de Triamcinolona inyectándola periódicamente en la lesión provocando rápida involución de las lesiones, usando una concentración de dos a cuatro mgr. por cc. Dosis más grandes provocan una respuesta más rápida pero puede producir atrofia de la piel que puede ser temporal. También se han usado los rayos X en dosis de 75 rads pero no se aconsejan por la naturaleza recidivante crónica de la enfermedad.

Cuando se trata de la enfermedad en su período agudo, debe de ser tratada con mucho cuidado, generalmente es mejor evitar los agentes específicamente activos y usar cremas emolientes o ungentos tal como la crema Eucerin o el unguento hidrofílico. Los tópicos de esteroides fluorinados pueden ser usados (Fluocinolone, Flurandrenolona, Triamsinolona). Los corticoides sistémicos no deben ser usados en este tipo de psoriasis por el peligro de recaídas o de una eritro-

dermia exfoliativa si estos se descontinúan o se disminuye la dosis. Cuando se trata de una psoriasis tipo exfoliativa generalizada en primer lugar estos pacientes deben ser hospitalizados y debe darse un tratamiento tópico suave, la terapia vitamínica vale la pena y como la infección es una complicación frecuente manifestada por celulitis, abscesos subcutáneos y linfangitis, entonces debe hacerse apropiados cultivos seguidos de terapia vigorosa con antibioticos. Algunas veces se usan esteroides sistémicos pero en muy contados casos y se da Prednisona por cortos períodos, en dosis que fluctúan entre 40 mg. a 60 mg. o Triamcinolona en dosis entre 32 mg. a 48 mg. por día y gradualmente ir disminuyendo la dosis.

En caso de Psoriasis pustular y la ungueal, las capas oclusivas son efectivas además con el uso de antibióticos.

Terapia Sistémica: el uso de corticosteroides fué el primero en usarse con gran éxito, que siguió en desuso porque aparecieron además de serios efectos a largo plazo y fenómenos de rebote nuevas áreas de psoriasis. Como se han mencionado anteriormente estos deben usarse sólo en casos severos, no obstante no sin peligro de rebote.

El Arsénico Orgánico fué empleado por décadas pero entró en desuso por sus efectos carcinogénicos. No hay alguna indicación para el uso de vitaminas pero en estudios realizados por Sned-

don (10) el placebo efectivo fué la vitamina B-12 produciendo mejoría.

Con la introducción de los antimetabolitos como la Amentoperina en 1951 y posteriormente del Metrotexate en el tratamiento de la Psoriásis una verdadera era científica comenzó en la pelea contra esta dermatosis.

El uso de estas drogas producen un fuerte regresión y aún la desaparición clínica de las lesiones de Psoriásis.

La actividad biológica del Metrotexate un agente antimetabolito con estructura similar a la del ácido folico, es una droga que interfiere con la hidrogenación bioquímica del Acido Dihidrofólico, con la formación del ácido tetrahidrofólico activo previniendo la formación del ácido nucleico, esencialmente en la síntesis de DNA (ácido desoxiribonucleico). Los tejidos con alto grado de actividad mitotica, incluyendo la epidermis Psoriática son muy sensitivos a interferir con la síntesis del ácido nucleico y talvéz más susceptible a los efectos del metrotexate por su rápido metabolismo. La reposición de la epidermis normal dura aproximadamente 27 días y la epidermis hiperplásica en la Psoriásis en 3 o 4 días, esta rápida división celular tiene más alta sensibilidad a los efectos de estas drogas. Este factor es muy importante para emplear el uso de este tipo de drogas.

El metratexate está indicado para el tratamiento de Psoriásis recidibante y debe darse cuando el

diagnóstico está bien establecido clínicamente y por biopsia.

A continuación enumeramos los casos en que está indicado y contraindicado:

INDICACIONES (17)

- A-Eritrodermia Psoriásica
- B-Artritis Psoriásica
- C-Psoriásis Pustular
- D-Psoriásis Pustular Localizada
- E-Psoriásis Extensa
- F-Psoriásis que no responde a otro tratamiento

CONTRAINDICACIONES (17)

- A-Anormalidades en la función Renal
- B-Anormalidades en la función Hepática
- C-Embarazo
- D-Edad Fertil en Hombres y Mujeres
- E-Hepatitis activa o reciente
- F-Cirrosis del Hígado
- G-Anemia Severa, Leucopenia, Trombocitopenia
- H-Ulcera Peptica activa
- J-Consumo excesivo de alcohol
- K-Enfermedades infecciosas activas.

Exámenes que deben hacerse antes de la terapia (16, 17).

1. Hematología: Hb, Recuento de leucocitos, Recuento de Plaquetas (Cuantitativa).
2. Funciones Renales: Orina, Creatinina del Suero y en Orina de 24 H.

3. Estudios Hepáticos: Los de rutina incluyendo los siguientes: Transaminasas Piruvica y Oxalacetica, Fosfatasa Alcalina y Bromo Sulfonaleina opcional.

4. Biopsia Hepática

5. Rayos X de Tórax

Además deben hacerse estos exámenes periódicamente durante y después del tratamiento. Ver el siguiente esquema:

1. Hematología: Hemoglobina tres veces en cuatro meses

Recuento de Leucocitos) Semanalmente los primeros dos meses y luego cada cuatro semanas dependiendo de cada paciente y de la dosis.

2. Estudios Renales: Análisis de Orina tres veces cada cuatro meses Creatinina del Suero tres veces cada cuatro meses.
Creatinina en orina de 24 horas anualmente.

3. Estudios Hepáticos: Rutina y Transaminasas tres veces cada cuatro meses

4. Biopsia Hepática: Para efectuarla hay que tener en cuenta si hay un funcionamiento hepático normal y que el paciente esté en buenas condiciones.

nes generales. El hacerla o nó, es decisión del médico considerando cada caso en particular teniendo en cuenta el riesgo que se toma.

A continuación se dá la clasificación de los cambios hallados en biopsia hepática, numerándolos por grados (17).

BIOPSIA	RESULTADOS
Grado I	Normal
Grado II	Moderada infiltración grasa nuclear
Grado III	Severa infiltración grasa Inflamación periportal, necrosis focal.
Grado IV	Fibrosis Portal
Grado V	Cirrosis

Tomando en cuenta el cuadro anterior, según como sean los resultados de la biopsia debe o no discontinuarse el Tratamiento con Metrotexate. Seguidamente damos una gráfica en la cual se expone cuando debe o nó continuarse el Tx. según el resultado de la biopsia, inicial o antes del Tratamiento y después del mismo (16, 17).

B I O P S I A

Grado	Inicial	Después del Tratamiento	Recomendaciones
"	I	I	Continuar Trat.
"	I	II	Continuar Trat.
"	I	III	Continuar Trat.
"	I	IV	Descontinuar Tratamiento y Biopsia en 6 meses
"	I	V	Descontinuar Tratamiento y Biopsia en 6 meses
"	II	I	Continuar Trat.
"	II	II	Continuar Trat.
"	II	III	Continuar Trat.
"	II	IV	Descontinuar Tratamiento y Biopsia en 6 meses
"	II	V	Descontinuar Tratamiento y Biopsia en 6 meses
"	III	I	Continuar Trat.
"	III	II	Continuar Trat.
"	III	III	Continuar Trat.
"	III	IV	Descontinuar Tratamiento y Biopsia en 6 meses

No se encontró bibliografía donde reportaran casos de cirrosis hepática post. tratamiento.

Rayos X de Tórax cada año

Presentación:

Oral - Tabletetas 2.5mgr.
Intra Muscular 2.5mgr/ml
Intra Venoso 2.5mgr/ml

En cuando a los esquemas de dosificación mencionaremos algunos:

1. 2.5mgr. de Metrotexate diariamente por 7 días, omitiéndolo por una semana y así sucesivamente pero es bastante tóxica dada en esta forma.
2. 25 mgr. como dosis única semanal que es poco tóxica.
3. 7.5 mgr. por 3 cada 12 horas hay menos toxicidad

Cuando se presentan síntomas de Toxicidad se administra como antídoto el Leucovonin Calcio y la dosis de éste, debe ser igual o mayor que la dosis de Metrotexate que se ha administrado, las vías usuales son la intramuscular.

Reacciones adversas del Metrotexate

Locales: Estomatitis Ulcerativa, Leucopenia, dolor abdominal, nausea, si hay exposición a la luz ultravioleta las lesiones de Psoriásis pueden agravarse.

Generales: Malestar, escalofríos, fiebre, fatiga, desmayos, disminución de la resistencia a las infecciones necrosis a vascular de la cabeza del fémur.

RESULTADOS DEL ESTUDIO EFECTUADO

los años de 1964 a 1969, se encontraron un total de 130 casos de Psoriasis, los cuales se analizaron de la forma siguiente:

CUADRO No. 1

Psoriasis: Frecuencia por edad

<u>Edad en años:</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
- 9	7	5.3
- 19	19	14.6
- 29	23	17.6
- 39	38	29.2
- 49	18	13.8
- 59	12	9.2
- más	13	10.0

durante los años revisados, se encontró que la mayor incidencia fue en la tercera y cuarta década de la vida.

El paciente menor en años fué un niño de ocho meses de edad y el mayor en edad fue una mujer de 72 años.

Incidencia de Psoriasis en Población Hospitalaria Total

<u>Casos</u>	<u>No. de Pacientes</u>	<u>Pacientes</u>	<u>Incidencia %</u>
	<u>Totales :</u>	<u>Psoriásicos</u>	
	248279	130	0.05

Incidencia de Psoriasis en Consultá Externa Dermatología

<u>Casos</u>	<u>No. de Pacientes</u>	<u>Pacientes</u>	<u>Incidencia %</u>
	<u>Totales:</u>	<u>Psoriásicos:</u>	
	2,533	130	5.1

no podemos ver la incidencia de Psoriasis en la población hospitalaria (Hospital Roosevelt) es de un 0,05 comparado con estudios estadísticos hechos en otros países es bastante baja, ya que se ha reportado que es del 1% a 3%.

CUADRO No. 2
Psoriasis: Frecuencia por Sexo

<u>Sexo</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
F	45	34,6
M	85	65,3

Podemos observar que la enfermedad fué más frecuente en el sexo masculino que en el femenino en una relación de 2 a 1 y ésta relación concuerda con datos estadísticos hechos en Estados Unidos, aunque algunos investigadores han encontrado que la incidencia es igual para hombres como mujeres.

CUADRO No. 3
Psoriasis: Frecuencia por Raza

<u>Raza:</u>	<u>Pacientes Hospit.</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
	<u>Totales:</u>	<u>Psoriásicos:</u>	
Indígena	1,550	5	0,3
Latino	246,729	125	0,5

En el cuadro anterior podemos observar que la psoriasis se presenta tanto en la raza indígena como en la latina, ya que la relación de 0,3% y 0,5% es relativa al número de pacientes vistos, ya sea latinos o indígenas que acuden al hospital.

Es muy importante hacer ver que estos datos no son tan exactos porque, cada médico tiene su propio criterio para catalogar quien es o no indígena. Además generalmente el indígena acude con muy poca frecuencia al hospital.

CUADRO No. 5

Psoriasis: Frecuencia por Ocupación en Adultos

<u>Ocupación</u>	<u>No. de Casos</u>
Agricultor	11
Oficios Domésticos	25
Albañil	3
Sastre	7
Mensajero	1
Oficinista	6
Piloto	5
Estudiante	7
Zapatero	2
Telegrafista	1
Barbero	1
Profesional	4
Carpintero	4
Mecánico	5
Comerciante	2

En relación a la ocupación podemos ver que entre los agricultores y las personas que se dedican a oficios domésticos en su totalidad de sexo femenino, fue la incidencia más alta, pero se presentó en casi todas las ocupaciones en mayor o menor grado.

Tiempo de Evolución y Motivo de Consulta:

De los 130 casos estudiados un 90% de los mismos

consultaron por la presencia de lesiones desca-
mativas de color blanquecino o plateado brillan-
te. Solamente en 55 casos se presentó el Pru-
rito o sea un 42,3%. Del total de pacientes, en 3.
0% de los casos el hallazgo de Psoriasis fué oca-
sional, ya que los pacientes consultaban por o-
tros síntomas.

En cuanto al tiempo de Evolución observamos el
cuadro siguiente:

CUADRO No. 6

<u>Tiempo de Evolución</u>		<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
1 mes	11 meses	41	31,5
1 año	4 años	58	44,6
5 años	9 años	15	11,5
10 años	14 años	10	7,6
15 años	19 años	5	3,0
20 años	29 años	1	0,7

Podemos observar que el 44,6% casos presenta-
ron una evolución entre un año y 4 años o sea que
podría decirse que estos casos presentaban la
forma crónica de la enfermedad. 31,5% de los
casos presentaron una evolución de un mes a on-
ce meses, o sea más rápido, aquí podría hablar-
se de la forma aguda de la psoriasis ya que esta
se presenta en un período más corto.

El menor tiempo de evolución fué de un mes, y el
mayor fué de 25 años. En realidad no es tanto el

tiempo de evolución en algunos casos, sino que se debe a que los pacientes consultan al médico especialista cuando ya no les es posible tolerarla o que estéticamente les es desagradable y no están concientes de consultar en cuanto aparecen las primeras lesiones.

Antecedentes Importantes:

CUADRO No. 7

<u>Antecedentes:</u>	<u>No. de Casos:</u>	<u>%</u>
Amigdalitis	31	23.9
Paludismo	30	23.0
Parasitismo	21	16.1
Mal Nutrición	18	13.9
Gonorrea	13	10.0
Reumatismo	9	6.9
Alergia	7	5.3
Sífilis	6	4.6
IRS	4	3.0
Diabetis M.	3	2.3

Observando el Cuadro anterior es muy interesante ver que entre los antecedentes más frecuentes están el Paludismo, Amigdalitis, Parasitismo, Mal Nutrición, de éstos, los dos primeros han sido estudiados por muchos investigadores encontrando que pacientes que han tenido paludismo y han sido tratados con antipalúdicos han presentado exacerbaciones en la psoriasis, lo mismo sucede con las enfermedades de las vías respiratorias y de la garganta de las cuales se observó que se agravaba la psoriasis en pacientes que las presentaban frecuentemente.

Hay que hacer notar que la gran mayoría de historias clínicas revisadas están mal investigadas es decir que han sido mal interrogados los pacientes, y los mismos han dado pocos o ningún antecedente, o sea que los datos anteriores están basados en lo poco que se logró encontrar de antecedentes en las historias clínicas revisadas por lo que no se pueden tomar como datos satisfactorios para una estadística completa.

Es muy interesante hacer notar que uno sólo de los casos reportados con psoriasis refirió tener cuatro de sus hijos con la enfermedad. Esto comprueba, aunque no estadísticamente en nuestra población, la característica hereditaria familiar de la psoriasis.

Exámen Clínico:

Como se pudo observar la mayoría de pacientes con psoriasis se diagnosticaron solamente por el exámen clínico, ya que podríamos decir que el 95% presentaban las características clínicas de la psoriasis en cuanto a su forma de aparecer, las características de las placas y su localización, con esto vemos que la clínica es lo más importante para el Dx.

Algunos casos presentaban enfermedades concomitantes dermatológicas como Eczema (4), Piodermatitis (1), Dermatitis Actinica (4), Dermatitis Seborreica (11), Neurodermatitis (4), Verrugas (2), Vitiligo (2), ya que algunas de estas se encuentran

entre los que forman el diagnóstico diferencial con psoriasis por lo que debe tenerse mucho cuidado en el examen clínico y hacer bien la diferencia - ción.

En lo que se refiere a la localización de las lesiones de psoriasis se encontró que la mayoría de los pacientes presentaban lesiones en tres o cuatro regiones del cuerpo a la vez, encontrándose - que los lugares más frecuentes fueron, el Cuero Cabelludo, Miembros Superiores, Miembros Infe - riores, Tórax Anterior, Codos y Rodillas.

En los genitales se observaron un número de o - cho casos y se ha visto en observaciones anterio - res que en esta región es raro que se presente.

Casos de Psoriasis generalizada solo se vieron 7 o sea el 5.3%, los cuales sólo a uno se le hospita - lizó.

Podemos comprobar de esta forma que la psoriá - sis sigue un curso simétrico en cuanto a su loca - lización, esto aunándolo a investigaciones anterio - res.

CUADRO No. 8
Psoriasis: Localización

<u>Localización:</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
Cuero Cabelludo	34	41.5
Miembros Inferiores	32	24.6
Codos	27	20.7
Miembros Superiores	24	18.4
Tórax Anterior	21	16.1

<u>Localización:</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
Rodillas	17	13.0
Genitales	8	6.1
Cara	6	4.6
Lumbo Sacra	5	3.8
Dedos de la Mano	4	3.0
Dedos del Pié	3	2.3
Abdomen y Cuello	3	2.3
Axilas	2	1.5
Mentón	1	0.7
Uñas	0	0.0

5. Exámenes Complementarios:

De los 130 pacientes, excepto a 10, a todos se les efectuó exámenes de rutina como son: Hematología, Heces y Orina y en la totalidad fueron reportados como normales, salvo en un caso que fueron reportados Quistes de Lamblias.

Entre los exámenes especiales, a once casos de los pacientes estudiados se les efectuó VDRL, de los cuales solamente uno fué positivo.

La Biopsia que representa un examen complementario importante en estos casos, sólo se le efectuó a ocho pacientes, de los cuales dos fueron informadas como positivas para psoriasis y seis de ellas fueron reportadas como Dermatitis no específica.

Podemos observar que prácticamente no se efectúa la biopsia en estos pacientes a pesar de que

sabemos que es un exámen complementario importante para el diagnóstico, acompañado por supuesto de la clínica. Pero hay que tomar en cuenta que la biopsia puede ser perjudicial en algunos **pacientes** o no tolerada, y si con la clínica es evidente solamente sería como estudio complementario.

CUADRO No. 9

Psoriásis: Exámenes Complementarios

<u>Exámenes</u>	<u>No. de Casos:</u>	<u>Resultados:</u>
Hematología	120	Normal
Orina	120	Normal
Heces	120	un positivo para Lam- bias, resto normal
VDRL	11	Un positivo
Biopsia	8	Dos positivos, Seis Dermatitis inespecífica

Tratamiento:

Según el estudio efectuado, en la Consulta de Dermatología del Hospital Roosevelt se usa una gran variedad de medicamentos para el mejor tratamiento de la psoriásis. Entre ellos se encuentran compuestos vitaminados, pomadas con esteroides, compuestos de Alquitrán de Hulla, Acido Salicílico, Mercurio Amoniaco, y en muy pocos

casos Metrotexate.

Se mencionará una lista de los medicamentos más usados y de varias de las diversas composiciones usadas aclarando de antemano que tanto unas se asocian con otras para lograr un mejor resultado, como por ejemplo compuestos vitamínicos asociados a pomadas conteniendo algunas hasta dos o tres ingredientes.

En algunos casos sólo se usaban las pomadas o sólo compuestos vitamínicos y daban buenos resultados.

A continuación daremos el listado de Medicamentos y Dosis:

Vitamina B 12	1000 mgr c/24 h.
Vitamina A	50000 unidades diarias
Complejo B	1 cc. IM c/24 h.
Pomadas con esteroides	Aplicación 3 veces al día.

Compuestos:

Salicílico (ácido)	2.5%
Mercurio Amoniacal	2.5%
Como vehículo	Vaselina

Esta composición fué la más usada y la que mejores resultados dió en el tratamiento para la psoriasis, comprobado porque la mayoría de los pacientes que la usaron presentaron franca mejoría en la involución de las lesiones.

Entre otros compuestos usados están:

Acido Salicílico	3%
Alquitrán de Hulla	3%
Vehículo	Vaselina
Acido Salicílico	2.5%
Azufre precipitado	3%
Vehículo	Vaselina

Estas composiciones fueron poco usadas pero tam bien dieron buenos resultados.

Las pomadas con Esteroides fueron también usadas, combinándolas con los compuestos vitamínicos o con los compuestos antes mencionados. De las vitaminas las que más se usaron fueron la B12 y el Complejo B, en realidad hasta donde sean efectivas no se sabe ya que muchos investigadores, han observado que su función es más que todo de placebos porque no se ha comprobado aún que sea a causa de una deficiencia vitamínica la causa de la psoriásis.

En cuanto al uso de los antimetabolitos se puede ver en el estudio efectuado que no tuvieron mucho uso para el tratamiento probablemente porque no todos los casos lo ameritaban. En el estudio realizado se encontró que solamente en un caso de psoriásis se dio como tratamiento Metrotexate en dosis de 7.5 mg. cada 12 horas por tres dosis y los resultados fueron satisfactorios.

En realidad el tratamiento empleado ha sido bien

orientado usando los medicamentos que hasta ahora se conocen para llevar a una mejor resolución clínica las lesiones de psoriasis, ya que hasta ahora no se conoce un medicamento específico que la cure en su totalidad.

9. Evolución

CUADRO No. 10
Psoriasis: Evolución

	<u>No. de Casos:</u>	<u>%</u>
Lesiones mejoradas	97	74.6
Descontinuó tratamiento	30	23.0
No controladas	3	2.3

Según el cuadro anterior podemos observar que la mayoría de los pacientes un 74.6% mejoraron con uno u otro tratamiento especialmente en el que se usó la asociación de Vitamina B 12, Complejo B, y el compuesto de Acido Salicílico-Mercurio Amoniaco-Vaselina.

Es bastante interesante ver que gran mayoría de los pacientes descontinúan el tratamiento, probablemente porque no están concientes de la enfermedad que padecen o que no se les estimula a decuadamente para que lleven en mejor forma el tratamiento y lo acepten. Se vieron casos que casi no asistían a sus citas con el Dermatólogo, aún unos pacientes que no volvían a consultar al médico o sea que todos estos factores contribuyen a que el tratamiento sea o no efectivo.

8. Complicaciones:

De los 130 casos estudiados en ninguno se comprobó alguna complicación que se debiera exclusivamente a la Psoriásis, sólo se encontraron complicaciones secundarias a enfermedades concomitantes que tenían los pacientes como Insuficiencia Cardíaca, Cirrosis, GECA, hubo un caso en que se reportó Artritis Psoriásica pero en la historia clínica no refieren bajo qué parámetros la clasificaron así, ni tampoco hay datos de radiografías que se le hubiesen tomado.

Está claro que la Psoriásis es una enfermedad que se presenta en gente sana por lo que se le ha llamado la Enfermedad de los sanos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. -Se estudiaron 130 pacientes Psoriásicos vistos en Consulta Externa de Dermatología del Hospital Roosevelt que corresponden al 0,05% del total de los pacientes que acuden al Hospital.
2. En los pacientes estudiados la Psoriasis se presentó en más alto grado entre la tercera y la cuarta década, correspondiéndoles a un 29,2% y un 17,6% a cada una.
3. El 65,3% de los pacientes estudiados fueron de sexo masculino.
4. La Psoriasis se presentó en un 0,3% en la raza indígena y en un 0,5% en la raza ladina.
5. En el 100% de los pacientes estudiados la enfermedad fue hallazgo clínico.
6. El tiempo de evolución de la enfermedad fué de uno a cuatro años en un 44,6% y de uno a once meses en un 31,5% de los pacientes estudiados.
7. Entre los antecedentes que referían los pacientes en la historia clínica el 23,9% correspondió a Amigdalitis y el 23,0% a Paludismo.
8. Un 41,5% de los pacientes presentaron lesiones de Psoriasis en el cuero cabelludo.
9. El 0% de los pacientes no presentaron lesiones ungueales.
10. En el 100% de los pacientes la Psoriasis presentó un curso de localización simétrico.
11. De los 130 pacientes estudiados solamente a diez no se les efectuaron exámenes de rutina (Hematología, Orina, Heces.)
12. De los pacientes estudiados solamente a ocho se les efectuó Biopsia de piel, siendo de los ocho, únicamente dos positivas.

3. Del tratamiento empleado en la Consulta Externa de Dermatología del Hospital Roosevelt, el Acido Salicílico y el Mercurio Amioniacal dieron los mejores resultados.
4. De los placebos usados el Complejo B y la Vitamina B 12 dieron buenos resultados.
5. Unicamente a uno de los pacientes estudiados se le dió tratamiento con antimetabolitos (Metrotexate), obteniendo buenos resultados.
6. El 74.6% de los pacientes estudiados egresaron con las lesiones mejoradas.
7. El 23.0% de los pacientes descontinuaron al tratamiento.
8. En el 100% de los pacientes no hubo ninguna complicación excepto por las enfermedades concomitantes que presentaban algunos.
9. Solamente uno de los pacientes presentó Artritis Psoriásica aunque no fué comprobada radiológicamente.
0. Los Antimetabolitos (Metrotexate), únicamente deben usarse para casos de Psoriásis que no respondan a ninguna otra clase de tratamiento.
1. Cuando se usen Antimetabolitos en el tratamiento deben hacerse los exámenes que estrictamente estan indicados en estos casos, para que así se eviten posteriores complicaciones.
2. La Biopsia Hepática en los casos que se están tratando con antimetabolitos sólo debe efectuarse en los casos que se ameriten y si el paciente la tolera o está en condiciones de que se le practique.
3. La Biopsia de Piel sólo debe hacerse en los casos en que el exámen clínico no sea evidente la enfermedad, o se tenga duda y si el paciente la tolera.

24. Debe insistirse en efectuar historias clínicas más completas.
25. Cuando se le dá egreso al paciente es conveniente orientarlo respecto a su enfermedad para hacer conciencia en él.
26. Además del tratamiento médico, debe de darse un tratamiento psicológico para que el paciente se adapte en mejor forma a la enfermedad por ser ésta de tipo crónico.

BIBLIOGRAFIA

1. Baker, H., Goldin, D.N. and Thompson M. Psoriásis and arthritis. *Annals of Internal Medicine*, 58 (6): 909-924, June, 1963.
2. Cordero, C., Fernando A. Manual de dermatología. Guatemala, Tipografía Nacional, 1964. 326-p.
3. Duell, Elizabeth A., etc. al. Isoproterenol-sensitive-adenyl-cy-clase in a particulate fraction of epidermis. *Archives of Dermatology* 104 (6): 601-610, December, 1971.
4. Duell, Elizabeth A., et al. Psoriásis as possible defect of the adenyl-cyclase-cyclic AMP Cascade. *Archives of Dermatology* 104 (4): 352-358, October, 1971.
5. Duell Elizabeth A., et al. Beta Adrenergic stimulation of endogenous epidermal cyclic AMP formation. *Archives of Dermatology* 104 (4): 359- 365, October, 1971.
6. Felman, Yehudi M. and Frank, Lawrence, Anthralin (dithranol) ointment and oil) - obsolete or useful therapy for psoriásis?. *Cutis* 6 (4): 417- 420, April, 1970.
7. Farber, Eugene M. and McClintock, Richard P. A current review of psoriásis, medical progress, *California Medicine* 108: 440-457, June 1968.

8. Laymon, C. W. Pustular Psoriásis. The Urologic and Cutaneous Review 38 (5): 3-8, 1934 (reprint).
9. Laymon, C. W. and Peterson, SR., W. C. Methotrexate: oral use in psoriásis. Dermatology Digest 6: 45-48, November, 1967.
10. Lewis, George M. Practical dermatology for medical students and general practitioners. Philadelphia, W. B. Saunders, 1952. 328, p.
11. Methotrexate for Psoriásis. JAMA 225 (4): 412, July 23, 1973
12. Methotrexate and Psoriásis. JAMA 209 (12): 1898, Sept. 22, 1969.
13. Mom, Arturo M., et al. Structural and metabolic changes in psoriásis. Dermat Ib Lat Am (engl. Edit.) 3: 213-233, 1968.
14. Robinson, Harry M., Jr. Dermatología Clínica. Ed. en español dirigida por Homero Vela. México, Interamericana, 1960 243 p.
15. Sternberg, Thomas H. and Newcomer, Víctor D. Modern dermatologic therapy. New York Mcgraw Hill Book, 1969. 328. p.
16. University of Miami Investigator. New methotrexate schedule aids psoriatics. JAMA 215 (6): 869, Feb. 8, 1971.

17. Use of methotrexate in psoriasis. Archives of Dermatology 105 (3): 363-365, March, 1972.
18. Voorhees, John, et al. Evidence second messenger (AMP) may have role in psoriasis. JAMA 220 (7): 907-908, May, 15, 1972.
19. Voorhees, John, et al. Dibutyryl cyclic AMP inhibition of epidermal cell division. Archives of Dermatology 105 (3): 384-386, March, 1972.


BR. Luis Arturo Mont Martínez


Dr. Rolando Vázquez
Asesor.


Dr. Julio de León M.
Revisor.


Dr. Julio de León M.
Director de Fase III.


Dr. Francisco Sáenz Bran
Secretario.

Vo. Bo

Dr. Carlos Armándo Soto
Decano.