

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ACTUALIZACION DE TRATAMIENTOS EN PSORIASIS "

TESIS

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

POR

EMILIO CALLEN HERNANDEZ

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. MATERIAL Y METODOS

IV. DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

A. Concepto e Historia

B. Etiología

C. Incidencia

D. Síntomas y Signos

E. Zonas de localización

F. Formas clínicas

G. Diagnóstico

H. Diagnóstico diferencial

I. Evolución

J. Tratamientos

K. Tratamientos usados en la sección
de Dermatología del Hospital Roo-
sevelt.

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

VII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La enfermedad de la piel es motivo de interés para médicos e investigadores por su variedad, y seguirá siendo un campo atractivo para su investigación.

En los estudios de pre-grado, la intención fue conocer esta rama tan interesante de la Medicina, y al elegir la práctica de electivo, opté por la sección de Dermatología del Hospital Roosevelt. En donde llamó particularmente la atención la Psoriasis, una enfermedad con características muy especiales; y por tal motivo enfoco en este trabajo de tesis el tratamiento de la misma, el cual proporciona al paciente mejoría transitoria en periodos variables.

El propósito de este trabajo es aportar a estudiantes y profesionales de la Medicina los avances que se han logrado hasta el momento, mencionando algunas drogas que dan nuevas esperanzas, ya que aún no se conoce la etiología de esta enfermedad, razón por la cual no tiene curación definitiva; pero sí es controlable por periodos de tiempo de duración variable en semanas, meses o años. La actividad en las lesiones depende de su intensidad, frecuencia y remisión; por factores múltiples tales como infecciones (virales y bacterianas), trastornos emocionales (stress), genéticos, autoinmunes, etc.

Enfoco también en este trabajo de tesis, las dificultades que se encuentran, y como justificación de los logros, los recursos valederos con que cuenta la sección de Dermatología del Hospital Roosevelt y el paciente, el uso adecuado de los medicamentos y la disponibilidad de los mismos por ambos (hospital-paciente).

OBJETIVOS

- 1.- Proporcionar a médicos y estudiantes in formación sobre los avances recientes - que se han hecho en el tratamiento de - esta enfermedad.
- 2.- Conocer los medicamentos que actualmente se usan en el tratamiento de la Psoriasis.
- 3.- Informar sobre la importancia que tiene la medicación tópica como parte del tra tamiento integral del paciente.
- 4.- Destacar la importancia que tiene una - buena comunicación (médico-paciente), - para obtener mejores resultados.
- 5.- Dar a conocer las dificultades que exis ten por falta de recursos económicos y- seguimiento de los casos.

MATERIAL Y METODOS

Se revisó literatura que se encuentra disponible en la Biblioteca del Hospital Roosevelt, del Departamento de Dermatología del mismo hospital, de la Biblioteca del INCAP, y de la Facultad de Medicina, también se analizó las hojas de trabajo de la consulta externa de Dermatología.

El método usado en la realización de este trabajo cubre los aspectos siguientes:

Descripción de la Enfermedad.

Se hizo el intento de hacer una revisión histórica de los medicamentos usados en Psoriasis, pero se optó por destacar los más importantes, luego se hace una descripción de los que se han mantenido vigentes.

Al actualizar los tratamientos nuevos (algunos en fase de experimentación porque todavía no se ha consumado el resultado obtenido después de algún tiempo), se enumeran algunos que ya se usan en nuestro medio y otros que aún no están disponibles para nosotros.

Se informa sobre los tratamientos usados en la consulta externa, en base a los escasos datos que existen en los expedientes y en las hojas de trabajo.

Se analizan algunas complicaciones - que pueden presentarse con estos tratamien-- tos.

Se menciona los recursos e instala-- ciones con que cuenta la sección de Dermato-- logía en el Hospital Roosevelt y las justifi-- caciones del manejo de pacientes afectados - con Psoriasis.

Se ilustra con fotografías algunas - formas clínicas.

DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

A. CONCEPTO E HISTORIA

La Psoriasis fue descrita clínicamente por primera vez, en el año 1808 por el médico in-- glés Robert Williams.

Esta enfermedad de la piel, inicialmente - fue confundida con la lepra, sífilis y tubercu-- losis. Actualmente está clasificada en las en-- fermedades Máculo-Pápulo-Escamosas de la piel, atendiendo a su morfología, es de curso cróni-- co y se caracteriza especialmente por tener re-- misiones y exacerbaciones de duración variable

B. ETIOLOGIA

La causa que produce esta enfermedad de la piel es desconocida, pero hay varias teorías - postuladas como producto de investigaciones; - mencionando algunas de ellas:

- Que la Psoriasis es de origen nervioso y/o por trastornos psicosomáticos. Esta teo-- ría confiere importancia al hecho de que - la lesión psoriasica se exagera cuando -- existen estados anímicos alterados, tales - como ansiedad, tensión, depresión, etc.

Hellgren encontró que de 225 pacientes con Psoriasis, el 53% de los mismos, presentó exa-- cerbaciones en presencia de stress. En 35 ca-- sos descritos por historias de pacientes psori--

sicos reportados por Romano (1,459), los siguientes factores impidieron que fuera exitoso el tratamiento: miedo, predisposición y cansancio.

-- Otra teoría es la relacionada con las "Estaciones del año". Existe la creencia de que la Psoriasis es más activa en invierno y tiende a desistir en verano. Si está asociado con la fiebre del heno (catarro anual de la nariz y los ojos) su activación es mayor en la estación del polen; el clima cálido no parece influir en el brote de la Psoriasis.

-- Es la Psoriasis desencadenada por infecciones? o interviene en sus brotes una infección previa? Esta teoría está basada únicamente en observaciones clínicas. Es probable que la inmunología y en estudios de microscopía electrónica puedan encontrarse argumentos que la hagan más valdera.

-- Una teoría que ha sido estudiada por Norviland en 65 pacientes con Psoriasis y en el 64% de los mismos, tienen historia de infección respiratoria superior, de una a tres semanas antes de iniciarse el cuadro agudo de Psoriasis. El 56% tenía elevado título de antiestreptolisinas.

-- Por alteraciones en el metabolismo de las grasas (colesterol), y en el metabolismo de los lípidos subcutáneos. Esta teoría-

ha sido refutada pero no se ha llegado a ninguna conclusión.

-- Otra teoría es de que la Psoriasis es Latente. Se supone que existe un período en el cual los pacientes no la presentan clínicamente, pero sí esta Latente. Este ejemplo y por reportes de remisión completa por 5 y 20 años en varios casos, es lo que refuerza esta teoría. La Psoriasis Latente se manifiesta clínicamente por factores como: El trauma físico en la piel (erosiones), rayos ultravioleta, terapia con corticosteroides, antimaláricos, etc. La relación que existe en la Psoriasis Latente con estos factores es aún desconocida.

-- Una teoría que ha sido estudiada, supone que la Psoriasis es una enfermedad transmitida genéticamente, por observaciones de la incidencia familiar de Psoriasis en Utah y Carolina del Norte, en Estados Unidos. Unicamente revela autosomía dominante con incompleta penetración (7,6). Lomholt concluye por este estudio que la herencia es un factor dominante con incompleta penetración o doble recesivo.

C. INCIDENCIA

La enfermedad no respeta edad, pero hay pocos reportes de Psoriasis en los infantes, y de primeras erupciones en personas de edad muy avanzada. Se ha visto --

que es más frecuente en los jóvenes y -- adultos que en los niños. Según el estudio realizado por el Doctor Arturo Mont-Martínez (1,974), la Psoriasis se presenta en Guatemala con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida. Respecto a la raza, el Doctor Mont-Martínez llegó a la conclusión de que la Psoriasis se presenta tanto en la indígena como en la ladina y en mestizos.

Se ha comprobado también que la incidencia es mayor en el sexo masculino que en el femenino. Muestreos grandes de pacientes asistidos en consulta externa -- por enfermedades de la piel, dan porcentajes diferentes cuando se analiza condición social, profesión u oficio, medio ambiente, raza, etc., pero en términos generales la población puede estar afectada en un 4.5%.

D. SINTOMAS Y SIGNOS

La Psoriasis aparece en forma lenta y progresiva, a veces sin síntomas asociados; pero algunos pacientes se quejan de prurito leve o severo. Está clasificada en el grupo de las dermatosis Pápulo-Escamosas, que tienen como común denominador una Pápula escamosa con lesión primaria.

Estas pápulas son de color rojo y aspecto eritematoso; posteriormente se cu-

bren de escama nacarada o plateada, seca, laminar, y pueden confluir hasta formar -- placas grandes, sólidas, que llegan a cubrir grandes extensiones en la piel. La simetría de su localización es una característica de las lesiones, que clínicamente hace el diagnóstico de la enfermedad; -- así como otros signos que nos permiten -- confirmarla, tales como:

-- "Fenómeno del Rocío Hemorrágico", llamado signo de Auspitz, que consiste en una hemorragia de pequeños vasos del cuerpo papilar, después de la cuidadosa separación de las escamas.

-- El "Fenómeno de la Vela", conocido como -- signo de Darier, consiste en que las escamas arañadas de la Psoriasis, tienen el -- aspecto de una vela.

-- El "Fenómeno de Kobner", frecuente en el estadio eruptivo, con la aparición de -- nuevos brotos de Psoriasis en el punto de -- irritación o traumatismo por agentes externos. El tiempo aproximado entre el -- aparecimiento de las lesiones de Psoriasis y el trauma es de 7 a 30 días.

-- Otro signo importante se presenta en las -- uñas de los dedos de las manos y es un -- agujero minúsculo o depresión que a menudo se agrupa; y es característicos de Psoriasis.

Es frecuente, encontrar decoloración amarillenta en las uñas de los artejos con o sin separación de la uña y su lecho.

E. ZONAS DE LOCALIZACION

La Psoriasis es una dermatosis que puede estar localizada, diseminada o generalizada -universal-. Puede afectar -cabeza, con predominio en cuero cabelludo sin causar alopecia, el borde de la frente, las sienes y en región retroauricular, en miembros superiores: los codos preferentemente, aunque pueden existir lesiones en brazos, antebrazos y dorso de las manos; en miembros inferiores: ambas rodillas y tobillos; tronco: afecta preferentemente el dorso con lesiones extensas o agrupadas en región lumbosacra.

Tiene como característica que sus lesiones son simétricas y hay localizaciones especiales en uñas, genitales y articulaciones interfalángicas.

Es polimorfa, pudiendo presentar lesiones únicas o múltiples, agrupadas en pequeños o grandes grupos, de formas diversas, tamaños variables desde 1-2 mm. hasta ocupar un segmento en su totalidad o en su mayor parte. El color puede ir desde el rojo vinoso o rosado pálido hasta formar lesiones costrosas, con escamas numerosas, que sangran al desprenderse

se y que en lesiones extensas pueden dar el aspecto de paquidermia por crecimiento acelerado de la capa córnea.- El polimorfismo de las pápulas y/o placas escamosas le da característica que la distinguen en formas clínicas por la morfología de la lesión: Gutata, Gírata, Circinada, etc. En las uñas puede existir punteado fino (Psoriasis Ungueal). La Psoriasis en las palmas y las plantas, ofrece dificultades y como diagnóstico diferencial hay que pensar en micosis.

Los bordes de las lesiones son netos, pueden existir síntomas subjetivos como prurito, calor local, ardor en la fase eritrodérmica; la evolución es crónica.

Las pequeñas y grandes articulaciones, y las membranas mucosas son raramente afectadas, y cuando ocurre, las articulaciones interfalángicas, el glande y la vulva, son los sitios que pueden ser afectados.

F.

FORMAS CLINICAS.

-- PSORIASIS SEBOREICA:

Es una variedad de Psoriasis que afecta áreas como el cuero cabelludo, región retroauricular, oídos, región preesternal, región interescapular y axilar. Esta forma de Psoriasis es --

confundida con Dermatitis Seborreica. La Psoriasis del cuero cabelludo forma capas aisladas cubiertas de escama plateada y la Dermatitis Seborreica es difusa y tiene una escama grasosa.

-- PSORIASIS TIPO PUSTULAR

Es rara, se trata de un proceso - que puede evolucionar con absesos numerosos, diferentes a los que se encuentran en las formas corrientes (Microabsesos). "Se reserva el nombre de Psoriasis tipo-Von Zumbush a Psoriasis que complica con pústulas asépticas aproximadamente miliares, de aparición aguda, acompañadas de gran compromiso general (escalofríos, -- fiebres, molestias artríticas, tendencia a la eritrodermia); pudiendo ser mortal, y como acroforma que no afecta el estado general (forma benigna), tipo Konigsbeck-Barber, (pústulas situadas simétricamente en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, pero no confluentes, sobre piel rojiza no escamativa). Se reconocen de la enfermedad, subordinadas, -- bien a la falta de alteraciones generales (forma benigna), bien a la posición-circinada de las pústulas, (forma circinada residivante), o a la localización -- acral (Psoriasis pustulosa palmoplantar)

La presencia de cambios sutiles en -- las uñas, es de gran valor para hacer el diagnóstico clínico de estos casos. She

lley (7,8) reporta exacerbaciones con el uso de salicilatos, sulfas y fenotícidias.

-- PSORIASIS EN GOTAS

Se presenta en gente joven con mayor frecuencia, es una forma explosiva de erupción de pequeñas lesiones -- como gotas, que predominan en dorso y en región lumbosacra, y se ha relacionado con infecciones a estreptococos-Beta; (principalmente en orofaringe). Se recomienda hacer tratamiento inmediato de estas infecciones. El promedio de edad de Psoriasis en gotas es de 28 años.

-- PSORIASIS CRONICA

Es localizada con lesiones escasas y limitadas al cuero cabelludo, codos y rodillas. Se inicia en forma lenta y progresiva y sigue curso recurrente con brites y exacerbaciones, en otros casos las escasas lesiones permanecen fijas por período largos, pudiendo durar años.

-- ARTRITIS PSORIASICA

En la Psoriasis hay ocasiones en -- que las pequeñas articulaciones (radiocarpianas e interfalángicas), están afectadas, otras veces se afectan

también las grandes. Los brotes repetidos deforman o anquilosan las articulaciones, siendo difícil distinguirla de otros procesos articulares. La incidencia de artritis en pacientes con Psoriasis es de un 6.7% (7,1) y se presenta con más frecuencia, alrededor de los 30 años, y la Artritis Reumática entre los 40 y 50 años. Bollet Turner y col. - (7,1).

A continuación se exponen las siguientes fotografías para una mejor ilustración de las formas clínicas. (Ver fotos).

G. DIAGNOSTICO

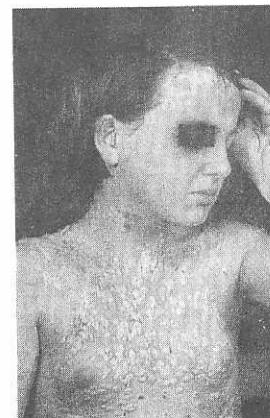
-- Historia Completa, con investigación cuidadosa de los antecedentes familiares y/o infecciosos.

-- Exploración física

-- Biopsia para confirmar el diagnóstico clínico. Los cambios que se observan microscópicamente varían con el grado de intensidad de las lesiones, y son los más frecuentes: Paraqueratosis, acantosis, papilomatosis, reacción inflamatoria en el corion superior con exostosis etc.

H. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

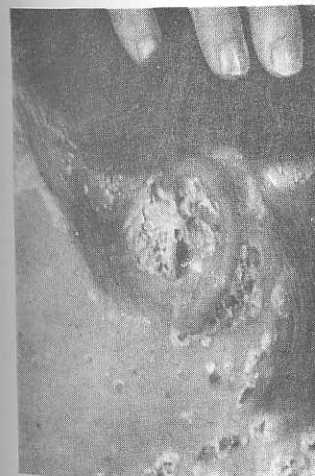
Debe distinguirse la Psoriasis de la Dermatitis Seborreica, Liquen plano, Der



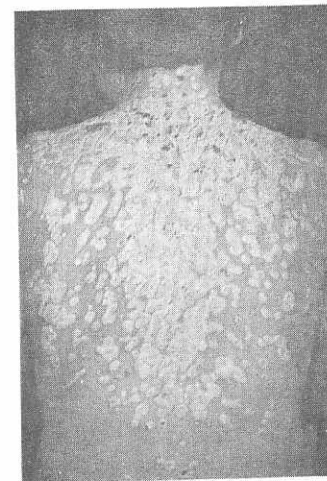
82

82, 83 and 84 Psoriasis

Widespread, sharply circumscribed, discrete and coalescent patches with typical dry, silvery white thick scales; also early, small, salmon-red scaling papules.



83

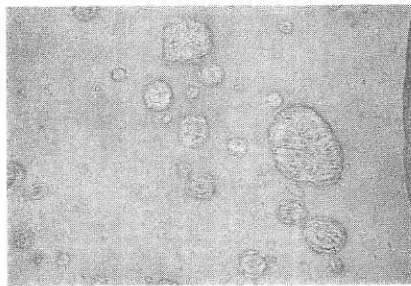


84



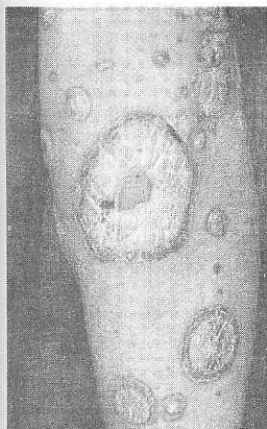
85 Psoriasis

Sharply margined lesions of the scalp, forehead, and ears with thick white scales.



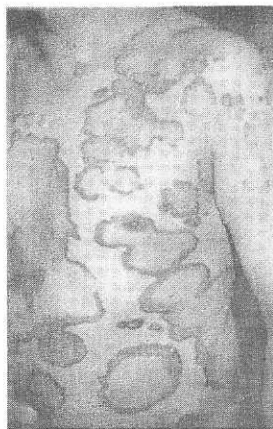
86 Psoriasis

Punctate, guttate, and nummular lesions of the back.



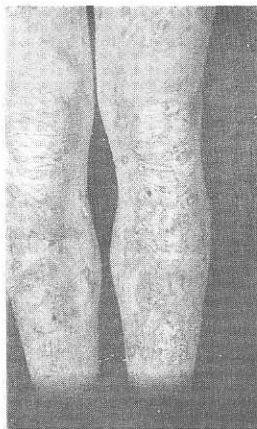
87 Psoriasis

Annular psoriasis of the leg with heavy scaling and clear center.



88 Psoriasis

Figurate psoriasis of the trunk with active border and clear, slightly hyperpigmented center.

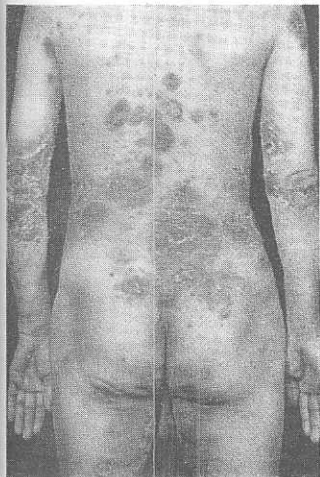


89 Psoriasis

Typical areas of predilection on extensor surfaces of the legs, particularly on the knees.



100 Arthropathic psoriasis
Deformity and ankylosis of the small joints, associated with typical skin lesions.



101



102

101 and 102 Psoriasis; pustular type (VON ZUMBUSCH)

Erythematousquamous patches studded with many small pustules. Severe constitutional symptoms.

matitis exfoliativa, Micosis superficial, Sífilis secundaria, Dermatomiositis, LES, Dermatitis por medicamentos.

I. EVOLUCION

Es variable según la forma clínica. La forma aritrodérmica tiene un inicio brusco y disemina muy rápido, puede generalizarse bruscamente, lo que no sucede en la forma crónica, - porque se inicia lenta y progresivamente, sin prodromos y tiene un curso recurrente con brotes y exacerbaciones donde aparecen nuevas lesiones. En otros casos las lesiones -- son escasas y permanecen en el mismo lugar por períodos largos de tiempo, pudiendo durar años. En ningún caso hay tendencia a la curación espontánea.

J. TRATAMIENTO

El tratamiento de la Psoriasis tiene éxito si el paciente es bien motivado y coopera con el médico. Hay -- factores predisponentes: miedo, cansancio, infecciones, etc. que pueden interrumpir un adecuado tratamiento; -- también los factores estresantes deben ser controlados, para que su tratamiento sea efectivo.

TERAPIA LOCAL

Es la más importante del tratamiento, y entre los medicamentos más usados están el Alquitrán de Hulla, del Mercurio Amoniacal, el Acido Salicílico, y los corticosteroides para uso tópico, especialmente los fluorinados; todos ellos han demostrado ser efectivos. Krebs y Schal Tegger (7), mostraron que la Antralina (Dithranol-Cignolin), derivado del Alquitrán de Hulla, fue introducida en 1,916 por Galewsky como agente tópico en el tratamiento de la Psoriasis. Produce una disminución en la actividad de la glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, y disminución de las figuras mitóticas de la epidermis, esta enzima se ha relacionado con un posible mecanismo defectuoso del control en la síntesis de ácido nucleico de la lesión psoriática. Se ha observado rápida reducción del grosor de la placa de células que comienzan a enfermar a los 3 días de tratamiento con Dithranol.

La Antralina es aplicada en concentraciones de 0.1 - 0.8% para que no cause irritaciones en la piel y decoloración en la misma, así como decoloración en el pelo y en las uñas.

Bajas concentraciones de 0.01-0.05% -- han sido utilizadas en Suecia por Eskeltuna para minimizar el trauma en la piel. En resumen, ellos la utilizan en una pasta cuyo vehículo es el petrolato blanco, las concentraciones siguientes:

Para el tronco y miembros: Antralina del 0.01-0.05%; Acido Salicílico al 10% para aplicar cubriendo con gasa.

Para el cuero cabelludo: Antralina 0.03%, Acido Salicílico al 4% en grasa natural.

Para las uñas: Antralina al 0.03% y Acido Salicílico al 10%.

Los resultados obtenidos en períodos de 4 1/2 a 14 1/2 meses fueron: 50% libres de lesiones, casi libre de lesiones 16%, lo que eleve a más o menos 66% los buenos resultados obtenidos.

Es un adelanto en Dermatología la introducción de las envolturas de plástico (polietileno), para curas oclusivas de las lesiones cutáneas, con cremas que contienen corticosteroides que se aplican durante 12, 24, 48, 72 horas. El contacto íntimo y prolongado macera la piel, y la humedad que produce, permite penetración mayor de la sustancia activa a través de la epidermis.

Este procedimiento se emplea en las dermatosis rebeldes a los tratamientos conservadores, como ocurre a veces en la Psoriasis. Las complicaciones que puede tener el uso de este tratamiento es atrofia o estrías en la piel, y cuando es aplicado en áreas intertriginosas de miliaria. La maceración de la piel permite que sea atacada por bacterias, levaduras, dermatofitos, etc.

También se ha usado el Licor Carbónico Detergente del 5% al 10%, es un derivado del Alquitrán de Hulla que se usa en pasta al agua, se aplica como cosmético, es de bajo costo, para aplicar especialmente en áreas que tienen pelo. El Acido Salicílico del 3% al 5%, puede agregarse a la preparación anterior, y en caso que no sea adecuada para algunos pacientes, se usa el Mercurio Amoniacal del 2 al 5% como sustituto del Licor Carbónico Detergente, pero es menos efectivo y hay peligro de absorción y nefrotoxicidad.

Los baños de Alquitrán de Hulla o usando su derivado Licor Carbónico Detergente, dos cucharadas en el agua del baño y exposición posterior a la luz solar, con indicaciones al paciente de que la exposición debe ser gradual, ya que el Alquitrán de Hulla es fotosensible y puede causarle problemas al paciente.

Con el mercurio Amoniacal debe tenerse cuidado porque se absorbe sistémicamente y no se recomienda el uso en pacientes menores de 5 años de edad y en mujeres embarazadas.

El Acido Salicílico si es aplicado en grandes extensiones de la piel se absorbe y puede producir salicilismo agudo.

La Psoriasis en ciertas áreas del cuerpo como las intertriginosas, responden mejor con esteroides tópicos en solución. El cue-

ro cabelludo es tratado con Shampoo a base de Alquitrán, Azufre y Resorcina; el Aceite Mineral aplicado con una toalla caliente ayuda a remover las placas de Psoriasis.

El régimen de Loeckerman, consiste en aplicarse Alquitrán de Hulla al 1% con Oxido de Zinc 30 gr. y Petrolato 120 gr. cada dos horas durante el día, seguidamente hay que darse un baño de Aceite de Alquitrán y después exponerse a la luz ultravioleta en forma gradual, aumentando 5 segundos cada día hasta que es tolerado por el paciente.

Otro método es el uso de suspensión de Triamcinolona, inyectada cada dos o tres semanas en forma intralesional en cantidad de 1 a 5 mg. diluidos en Xilocaína o agua destilada de acuerdo con el tamaño de la lesión o cuando son aisladas o si se quiere tener mejor resultado cosmético. La involución es rápida; puede haber atrofia de la piel con dosis mayores y se funde el tejido celular subcutáneo. Si no es usada adecuadamente la técnica intralesional, queda una depresión antiestética, que tarda muchos meses en recuperarse.

Se han usado rayos X en dosis de 75 rads, hay que tener cuidado en la dosificación por quedar lesiones residuales.

Cuando se trata de Psoriasis Exfoliativa generalizada, estos pacientes deben ser hospitalizados y se debe usar tratamiento tópico suave, se recomiendan vitaminas (Complejo B,

vitamina C, Vitamina D₂) -Maynard-Incedagui-Ottenstein.

TERAPIA SISTEMICA

Se usan esteroides sistémicos en casos seleccionados, tales como la Prednisona en períodos cortos, a dosis de 40 a 60 mg. o Triamcinolona a dosis de 4-12 mg. diarios e ir disminuyendo gradualmente la dosis. Tienen que seleccionarse los casos por los efectos secundarios y por el fenómeno de rebote con aparición de nuevas lesiones y más numerosas.

Con la introducción de los Antimetabolitos, el Metotrexate inició una nueva era en el tratamiento de esta enfermedad. Su uso produce regresión, y desaparición de las lesiones psoriásicas. Está indicado en el tratamiento de la Psoriasis recidivante y se da cuando no existe ninguna de sus contraindicaciones. Deben efectuarse exámenes pre y postterapia (Hematología completa, Función renal, Pruebas de funcionamiento Hepático y Rx. de Tórax), viene en tabletas de 2.5 mg. y parenteral, para uso intramuscular y endovenoso de 5-50 mg. Hay varios esquemas de dosificación:

- 2.5 mg. de Metotrexate diariamente por 7-días, y se omite 7 días, dándole en esta forma alternada es tóxico.

- 2.5 mg. como dosis única semanal, es poco tóxica.
- 7.5 mg. por 3 veces cada doce horas, -- existe relativa toxicidad.
- 2.5 mg. cada 12 horas por 3-5 días, 5 -- días de descanso y seguirlo usando en -- forma alternada de acuerdo con la respuesta clínica.

Reacciones adversas del Metotrexate.

- Locales: Estomatitis ulcerativa, Leucopenia, dolor abdominal, náusea, si se expone a luz ultravioleta las lesiones de -- Psoriasis pueden agravarse.
- Generales: Malestar, escalofríos, fiebre, fatiga, desmayos, disminución de la resistencia a las infecciones, necrosis -- vascular de la cabeza del fémur.
- Sangre: Depresión de la médula ósea, Leucopenia, anemia trombocitopenia, hipogamma, gammaglobulinemia.
- Gastrointestinal: Gingivitis, enteritis, úlcera gástrica, atrofia aguda del hígado, necrosis hepática, metamorfosis grasa, fibrosis periportal, cirrosis.
- Sistema Urogenital: Azoemia, hematuria-

microscópica, cistitis, oligospermia transitoria, espermatogénesis defectuosa, disfunción menstrual, nefropatía.

-- Sistema Nervioso: Depresión aguda, decaimiento, cefalea, desmayos, psicosis.

Debe tenerse especial cuidado al usar -- Metotrexate con las siguientes drogas: Sulfas, Tetraciclinas, Acido aminobenzoico, Difetil Hidantoina, Salicilatos, Cloranfenicol, ya que éstos aumentan considerablemente su toxicidad.

Retinoides en Dermatología:

En la Psoriasis y en otras entidades como la enfermedad de Darier, Ictiosis, Liquen plano, Nevus Verrucoso, etc. Hay desórdenes severos en la queratinización del epitelio.

Se descubrió la influencia beneficiosa que tienen los retinoides por vía oral: Son derivados sintéticos de la vitamina A y su metabolito la vitamina A ácida, da excelentes resultados clínicos de mejoría, baja toxicidad, administración fácil, etc., principalmente en placas persistentes y las formas eritrodérmica y pustular. Se usa a dosis de 1 mg. por kg. de peso diario.

Puva:

Es un procedimiento usado en el tratamiento de la Psoriasis, incluyendo a niños,

conocido con ese nombre -- es una fotoquimioterapia -- porque usa el Psoralen por vía oral -- (8 methoxypsoralen-methoxsalen-) con luz ultravioleta y consiste en una irradiación total con alta intensidad en una banda estrecha de 320 - 400 mánómetros, después de la administración oral de 8 Methoxypsoralen (methoxsalen). El mecanismo por el cual PUVA produce efectos terapéuticos con buenos resultados es a través de la formación de Psoralen-DNA, la fotoquimioterapia decrece la replicación en la epidermis, causa mutaciones en las células de los mamíferos en vitro y produce daños en los cromosomas en vivo. Estos cambios experimentalmente han provocado teratogénesis y carcinogénesis. Los cambios en la estructura del colágeno provoca efectos deletéreos como cataratas prematuramente.

Vitamina C:

Se ha preconizado el uso en el tratamiento de la Psoriasis usando vitamina C, por vía endovenosa en dosis de 5 gr. diarios por 3 semanas, obteniendo remisión en 40 a 60% de los casos reportados. Farber y col. (1,5).

OTROS TRATAMIENTOS:

Hay otros medicamentos usados que a la fecha no están a la disposición de los dermatólogos en todas las latitudes. Entre ellos, -- derivados del Podofilino por vía oral, los Retinoides --ya mencionado--, y se ha aprovechado las ventajas que representan las combinacio--

nes cuando se suman los beneficios de algunos grupos de medicamentos. Ejemplo:

- Puva + tratamiento tópico con Alquitrán de Hulla
- Puva + Antralina
- Puva + reductores como el ácido pirógalico o crisarobina
- Esteroides tópicos y con infiltraciones intralesionales en placas pequeñas o antiestéticas.
- Esteroides tópicos + reductores como ácido y Alquitrán de Hulla.
- Esteroides por vía oral + reductores (ácido salicílico) y Alquitrán de Hulla, y en ocasiones ha sido utilizada la Urea al 10%.

K. TRATAMIENTOS USADOS EN LA SECCION DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT

- Descripción de tipo de pacientes
- Descripción de instalaciones en la sección de Dermatología del Hospital Roosevelt.
- Recursos a. del paciente
 b. del hospital
- Manejo del paciente

DESCRIPCION DEL TIPO DE PACIENTES

El Hospital Roosevelt atiende en consulta externa a pacientes de las zonas 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15; a los Municipios de Santa Catarina Pinula, San Pedro Sacatepéquez, San Raymundo, Villa Canales, y cubre los Departamentos de Petén, Quiché, Sacatepéquez, Chimaltenango, Sololá,

Santa Rosa, Retalhuleu y Suchitepéquez.

Cada paciente antes de ser visto en la sección de Dermatología, pasa por la clínica de clasificación y al ser documentado, se le pone cita para primera consulta.

Como en todo Hospital Gubernamental, la mayor parte de estos pacientes son de modestos y/o muy escasos recursos, y hay la dificultad a veces de lograr una comunicación adecuada por analfabetismo, pacientes indígenas que no comprenden el castellano, personas con tiempo limitado por tener que aprovechar éste, para intentar mejorar sus ingresos, etc.

Los oficios de los mismos, son los más frecuentes en orden de frecuencia:

Amas de casa, estudiantes de secundaria y escolares, niños de segunda edad, primera edad y adultos varones.

En las hojas de estadística, de la sección de Dermatología, no llevan casillas donde conste profesión u oficio, lugar de origen, raza y tratamientos. (Ver adjunta la hoja de estadística).

En las reconsultas no siempre son atendidas sus citas por domicilios, municipios y cabeceras departamentales lejanas, problemas socioeconómicos y a veces, por comunicación inadecuada, y en ocasiones se prolonga el tiempo de reconsulta por exceso de pacientes, con poco personal especializado.

DESCRIPCION DE INSTALACIONES EN LA SECCION -
DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

A. La sección de Dermatología del Hospital Roosevelt consta de dos clínicas para exámenes, una de ellas con capacidad para dos mesas de examen, un cubículo para la enfermera auxiliar (encargada de pasar pacientes, anotar citas futuras y labores de enfermería). Unicamente posee: un refrigerador para vacunas y material para pruebas cutáneas, un microscopio y una lámpara de luz de Wood, jeringas y agujas para pruebas cutáneas e hipodermia, un carrito para curaciones y un equipo de pequeña cirugía dermatológica.

RECURSOS

Se cuenta con el auxilio de los departamentos de: Anatomía Patológica, de Laboratorio clínico Bacteriológico y Micológico, con la oportunidad de interconsultas, Rayos X y Terapia superficial, servicio de farmacia con productos de patente y preparaciones magistrales, y encamamiento cuando es necesario.

La sección de Dermatología es atendida por dos médicos en entrenamiento, no hay residentes, ni médicos practicantes internos, ni externos.

Sin embargo hay limitaciones por falta de reactivos para pruebas comunes, cultivos y otros procedimientos como citología, cariogra

mas, pruebas de inmunofluorescencia y en las preparaciones magistrales por falta de ingredientes que carece la farmacia por razones presupuestarias.

MANEJO DEL PACIENTE

El manejo del paciente tiene muchos inconvenientes por el volumen de los mismos, la entrevista en primera consulta es rápida y sin mayores investigaciones, se procede al tratamiento que consiste en la mayoría de veces en medicación tópica a base de Acido Salicílico del 2 al 5%, Alquitrán de Hulla del 1 al 2%, vitaminoterapia, y el uso de Ataráxicos, los más usados son la Benzodiazepina de 2, 5 y 10 mg. bid o tid, y Meprobamato de 200 a 400 mg. bid o tid.

Habitualmente el Acido Salicílico y el Alquitrán de Hulla se usan en vehículos a base de Petrolato blanco, Vaselina, Cold cream, a veces con el agregado de Óxido de zinc y agua destilada o agua de rosas para hacerlas más fluidas; o pastas al agua cuando se usan en pliegues cutáneos. También pueden incorporarse otros ingredientes como prednisona, mentol, alcohol, etc.

No se usan esteroides P.O ni Metotrexate por la condición ambulatoria del paciente, porque representa un gran riesgo si no son atendidas las indicaciones y las reacciones adversas de este tipo de medicamentos.

Ocasionalmente por factores cosméticos se usa cura oclusiva con esteroides fluorinados y/o infiltraciones intralesionales de Triamcinolona. El control de los mismos está sujeto al cupo de pacientes en cada ciclo de consultas, debido al poco personal médico especializado y otro tipo de pacientes que necesitan citas para controles periódicos más cortos como Piodermitis, cuadros reaccionales, etc.

Se debe tomar en cuenta el impacto moral y la naturaleza de las lesiones, para dedicarle citas más cortas y explicar alguno de los factores que puedan estar influyendo en la enfermedad, detalles que muchas veces no son utilizados por el médico o no se ha hecho una buena comunicación o interpretación de estos argumentos.

Estos inconvenientes hacen difícil el manejo de pacientes, se prolonga la remisión de las lesiones, el control es inadecuado y el tratamiento es únicamente sintomático.

Incluso, la clasificación clínica no se hace para observación estadística tomando datos de verdadero interés como grupos etáreos, sexo, ocupación, procedencia, estudios socioeconómicos, etc. que nos informarían de la prevalencia, incidencia, morbilidad, etc.

HOSPITAL ROOSEVELT
GUATEMALA, C.A.

C O N S U L T A E X T E R N A

MES DE: _____

CLINICA: _____ DR. _____

DR. _____

[illegible]

V. CONCLUSIONES

1. En la revisión histórica el concepto multifactorial etiológico de la enfermedad - no ha cambiado, por lo que los avances, - únicamente han tenido logros en nuevos esquemas de tratamientos y nuevas drogas -- que están en fase de experimentación.
2. En nuestro medio no se ha determinado - que la aparición de la enfermedad sea por infecciones previas, por stress, o por -- otros factores.
3. No se hacen en el Hospital Roosevelt investigaciones completas en los pacientes, por falta de recursos técnicos y de equipo.
4. La incidencia observada en los casos del presente estudio, fue mayor en mujeres, - en contraposición al concepto actual que es más frecuente en hombres. La explicación es porque el sexo femenino consulta en mayor número que el masculino, por el horario de trabajo.
5. No se determinó el tiempo transcurrido en la remisión y/o mejoría de las lesiones.
6. El tratamiento sintomático (reductores, cura oclusiva, infiltraciones ocasionales de Triamcinolona), ha sido un recurso que ha controlado parcialmente a estos enfermos.

VI. RECOMENDACIONES

1. Las hojas estadísticas y de trabajo de la consulta externa en la sección de Dermatología, debieran contar con casillas que indiquen: profesión u oficio, lugar de origen, raza y tratamientos.
2. Deben integrarse en forma más adecuada la relación con otros departamentos, y contar con los medios suficientes para proporcionar al paciente mejor atención y recursos terapéuticos completos.
3. Por el volúmen de pacientes atendidos en consulta externa en la sección de Dermatología del Hospital Roosevelt, debería completarse equipo mínimo de asistencia, tanto médicos especializados, así como médicos en entrenamiento, residente de medicina interna y practicantes de internado rotatorio.
4. Se debe gestionar y atender la adjudicación de encamamiento para ambos sexos en las salas de medicina del hospital, así como en pediatría.
5. Se debe proveer medios diagnósticos adecuados, para hacer un estudio completo de los pacientes Psoriáticos y otras enfermedades de la piel.

6. Hay que mejorar, por incompleto, el servicio de farmacia por falta de vehículos adecuados y medicamentos incluidos en -- las preparaciones magistrales.
7. Debe tenerse en existencia, suficientes medios de cultivo bacteriológicos, micológicos, reactivos para exámenes clínicos, necesarios para un estudio integral del paciente.

VII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Weiner, Kurt M.D. Systemic Associations and Treatment of Skin Diseases. Dermatologist, Mount Sinai Hospital, Milwaukee, Wisconsin the C.V. Mosby Company. St.- Luis 1,955 p.p. 229-242.
- 2.- Andrews, George Clinton. Diseases of the Skin for Practitioners and Students. Fourth Edition W.B. Saunders Company. Philadelphia and London. p.p. 175-183.
- 3.- Kimming, Joseph M.D. Janner, Michael M. D. Atlas de Dermatología y Venereología. 1a. Edición española de la obra Atlas der Haut-Und Geschlechtskrankheiten de Frieboes, W. y Schonfeld, W. p.p. 19-26
- 4.- Kimming, Joseph M.D. Janner, Michael Et -Al. Color atlas of Dermatology W.B. Saunders Company. Philadelphia and London. p.p. 28-33.
- 5.- Castelló Pardo, V. Dermatología y Sifilografía. 3a. Edición, Cultural S.A.- La Habana, Cuba. p.p. 203-221.
- 6.- Farber, Eugene M. M.D. Et-Al. International Psoriasis Bulletin, vol. 5, No.- 4, 1,978. Editorial Board (Stanford, California, USA). Published under a Grant from Schering Corporation. p.p. 1-5.

- 7.- Mont Martínez, Luis Arturo. Psoriasis, - análisis de 130 casos en el Hospital Roosevelt y Depto. de Dermatología años 1964-1969. Tesis. USAC, 1974.
- 8.- Umbert, Pablo Dr., Gómez Orbaneja, José - Dr. XI Congreso Centroamericano de Dermatología, Libro de Resúmenes, 24-29 Nov., - San José Costa Rica, 1978.
- 9.- Baker, H. Sampaio, S.A.P. Swan Beck, G. - XV Congreso Internacional de Dermatología. Compendio, 16-21 de Oct. México 1978.
- 10.- Photochemotherapy in Psoriasis. (Editorial) Med. J Aust (1). 10-1, 13 Jan 1979.
- 11.- Hannuksela M, Et-Al. Br. J Dermatol 99 -- (6). 703-7. Trioxalen bath Plus PUVA effective and safe in the Treatment of Psoriasis. Dec. 1978.
- 12.- Brody I. Lakartidningen 76 (9). 730-2, 28 Feb. 79 (Eng. Abstrc.) A New Method of - Local Treatment of Psoriasis.
- 13.- Bjellrup M, et-Al. Acta derm Venerol - (stockh) 59 (1). 73-5. Antinuclear Antibodies during PUVA therapy.
- 14.- Palmeiro B, et-al. Arzneimittel Forsch 27 (12) 240-6 1977. Clinical Investigation of halopredone acetate, a new topical steroid, in dermatology controlled study.

- 15.- Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas - de la Terapéutica Nueva. Quinta Edición, Editorial Interamericana S.A. México, -- 1978.

Br.

Emilio Callén Hernández

Asesor,

Dr. Neftalí G. Villarueva V.
MEDICO y C. R. JANO

ALVARO
ME.

GUERO
JANO

CELEST # 1583

Dr.

Director de Fase III

Julio De León M.

Dr.

Secretario

Dr. Raúl A. Castillo R.

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo M.