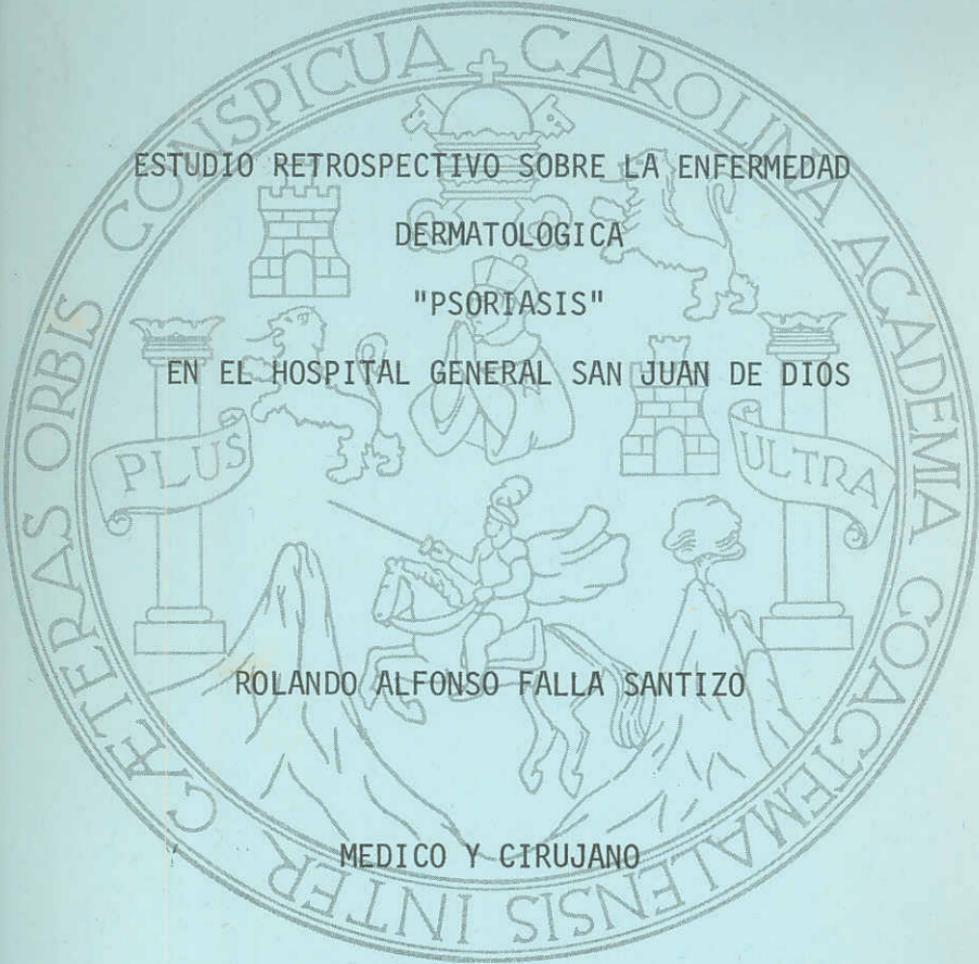


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance and a shield, with a banner draped behind him. The knight is flanked by two lions rampant. Above the knight is a crown with a cross on top. The entire scene is set within a circular border containing the Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA GOAGTEMALENSIS INTER". Two columns support a banner that reads "PLUS ULTRA".

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA ENFERMEDAD
DERMATOLOGICA
"PSORIASIS"
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

ROLANDO ALFONSO FALLA SANTIZO

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1980.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS	5
MATERIAL Y METODOS	6
REVISION DE LITERATURA	7
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	30
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFIA	50

INTRODUCCION

El propósito que me ha animado en la confección del presente trabajo ha sido reunir una copiosa y diseminada documentación, relativo a la enfermedad dermatologica "Psoriasis", la cual contempla varios parámetros:

- A. Conocer la incidencia de la enfermedad antes mencionada en el Hospital San Juan de Dios en los años comprendidos de 1,975 a 1,979.
- B. Determinar el tipo más frecuente, con respecto al sexo en la cual padece dicha enfermedad.
- C. Conocer los lugares más frecuentes de lesiones:
 - I. Lesiones encontradas en las prominencias oseas.
 - II. Lesiones en el conducto auditivo externo.
 - III. Palmas de las manos y plantas de los pies.
 - IV. Lesiones en las uñas.
 - V. Zonas intertriginosas:

- Perianal

- Vulvares

- Axilares

- Glándes

VI. Lesiones Generalizadas.

D. Determinar el tratamiento que fue usado en los pacientes que presentaban Psoriasis.

Hago constar que este trabajo se realizó en el Hospital San Juan de Dios, con pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS

A. Conocer la incidencia de la enfermedad dermatológica Psoriasis, en el Hospital San Juan de Dios, en los años de 1,975 a 1979.

B. Determinar la frecuencia de la enfermedad con respecto al sexo.

C. Conocer el lugar más frecuente de lesión:

1. Lesiones encontradas en prominencias oseas.

2. Lesiones del conducto auditivo externo.

3. Palmas de las manos y plantas de los pies.

4. Lesiones en las uñas.

5. Lesiones en zonas intertriginosas:

- i. Perianal
- ii. Vulvares
- iii. Axilares
- iv. Glande

6. Lesiones eritrodermicas y,

7. Lesiones generalizadas.

D. Determinar el tratamiento que fue usado en los pacientes que presentaron Psoriasis, al no responder con el tratamiento tópico.

HIPOTESIS:

- A. El sexo masculino es el que padece más frecuentemente Psoriasis.
- B. La mayor frecuencia de Psoriasis se observa entre las edades de 20 a 30 años.
- C. La mayoría de pacientes que son hospitalizados con el diagnóstico de Psoriasis, presentan lesiones generalizadas.
- D. El tratamiento recomendado es Methotrexto, al no responder el paciente al tratamiento tópico en el ámbito hospitalario.

MATERIAL Y METODOS:

Para la elaboración del presente trabajo se utilizará como material:

Papeletas de casos revisados con la enfermedad dermatológica PSORIASIS del año 1975 al año 1979.

Como Método:

Estudio retrospectivo de los años 1975 al año 1979, como revisión y análisis.

REVISION DE LITERATURA

HISTORIA:

La Psoriasis fue descrita clínicamente por primera vez, en el año de 1,808 por el médico inglés Robert Williams.

Esta enfermedad de la piel, fue confundida con la lepra, sífilis y tuberculosis; actualmente está clasificada entre las enfermedades máculo-pápulo-escamosas de la piel.

DEFINICION:

Es una enfermedad crónica de la piel, ocasionalmente aguda, caracterizada por presencia de pápulas planas pardorjizas, circunscritas, formando placas cubiertas de escamas de varios tamaños de color nacarado; por lo que se clasifican dentro del grupo de la dermatitis pápulo-escamosas-.

ETIOLOGIA:

La causa que produce esta enfermedad es desconocida, sin embargo, se supone que está determinada por varios factores; ninguno de ellos comprobado definitivamente. Entre estos factores tenemos:

1. Herencia
2. Disturbios metabólicos
3. Factores neurogénicos
4. Factores infecciosos
5. Exclusión de la luz solar

1 - HERENCIA:

Aunque todavía no se ha podido demostrar la herencia como factor determinante, se ha observado varias familias, en que el padecimiento ha estado presente en varias generaciones. Lerened; opinó que la enfermedad parece ser hereditaria y que probablemente está asociada a un rasgo de carácter dominante y regular. O'Leary; encontró la incidencia familiar en un 26%, lo que fue confirmado por Brunstrig y Bobitz. Lomholt; reportó, según el estudio realizado en las islas Faroe, en una población de 10,984 habitantes un total de 312 psoriáticos, o sea 2.84%. Farber; reportó la incidencia familiar de la Psoriasis en un estudio de 2,144 enfermos. Steingberg y asociados estudiaron 464 pacientes psoriáticos y encontraron que la frecuencia de psoriasis, entre los padres y los enfermos psoriáticos fue de 5.9%.

2 - DISTURBIOS METABOLICOS:

A este factor se le considera ser la causa de Psoriasis. Bobitz y Brunstrig, encontraron un aumento de ácido úrico en la sangre, en un porcentaje alto de un grupo de pacientes hospitalizados que tenían Psoriasis severa. Steingberg y col. encontraron: hiperuricemia en 48% de 98 varones y 27% de 69 mujeres Psoriáticas.

Schamberg reportó un caso de retención de nitrógeno. Gruetz y Buerger, reportaron un incremento en la concentración de líquidos en el plasma.

3 - FACTORES NEUROLOGICOS:

Entre éstos factores tenemos las emociones, shock, stres y otras condiciones neuróticas. Han sido informadas que contribuyen a la aparición de la enfermedad. Polotevnoff fué uno de los que postuló el origen nervioso de la psoriasis.

4 - FACTOR INFECCIOSO:

Se han reportado casos en los cuales la psoriasis siguió a una infección amigdalina; dentaria etc. algunos autores han demostrado aumento de las antiestreptolisinas en pacientes psoriáticos.

5 - EXCLUSION DE LA LUZ SOLAR:

Sugiere que la enfermedad puede estar influenciada por la falta de luz solar; la psoriasis es rara en las áreas descubiertas como las manos y la cara, aunque puede observarse a corta distancia de la línea del pelo cejas o barba. Se ha demostrado la afectividad de la luz, ya que se hacen tratamientos de psoriasis generalizada con exposición del cuerpo desnudo a luz solar con resultados benéficos. Se ha encontrado también que en los climas de invierno y fríos, la psoriasis es mucho más frecuente que durante las estaciones calientes y templadas.

EPIDEMIOLOGIA:

La enfermedad no respeta edades, pero hay pocos reportes de psoriasis en infantes y en personas de edad muy avanzada. Se ha visto que es más frecuente en jóvenes y adultos.

Esta enfermedad comprende más o menos el 4% de las enfermedades cutáneas reportadas en América; la enfermedad no es muy común en la raza negra, es más frecuente en la raza caucásica y sajona y se ve más afectada en el sexo masculino.

CUADRO CLINICO:

La psoriasis aparece en forma lenta y progresiva, a veces sin síntomas asociados; pero algunos pacientes se quejan de prurito leve o severo.

Las pápulas son de color rojizo eritematoso, posteriormente se cubren de escamas nacaradas o plateadas, secas, laminares y pueden confluír hasta formar placas grandes, sólidas que llegan a cubrir grandes extensiones de la piel.

La lesión primaria de la psoriasis se presenta como una pápula roja, similar a una cabeza de alfiler, de forma oval o redonda, bien definida y generalmente cubierta en forma parcial o total por escamas de color nacarado. La escama puede desprenderse fácilmente dando lugar al signo de Bujía, que es seguido por la aparición de una película desprendible que recubre la mácula eritematosa, que se levanta en bloque y es llamada membrana de Dunkan Bulkley seguida de la aparición de un punteado sangrante que constituye el clásico signo de Auspitz o rocío sangrante, que es bastante característico de la enfermedad.

Una característica interesante de la enfermedad de la psoriasis es la tendencia a que aparezcan nuevas lesiones en los sitios donde se traumatiza la piel normal (fenómeno de Koebner).

CLASIFICACION DE PSORIASIS SEGUN SU MORFOLOGIA:

1. Puntata
2. Gutata
3. Discoide o en placas
4. Circular
5. Folicular
6. Rupioides
7. Inveterada
8. Generalizada o universal

1 - PSORIASIS PUNTATA:

En forma de puntos.

2 - PSORIASIS GUTATA:

Se presenta en forma de gotas aisladas y por lo general en tronco y extremidades.

3 - PSORIASIS DISCOIDE O EN PLACAS:

Se presenta en forma de moneda o disco con lesiones bien delimitadas en sus bordes.

4 - PSORIASIS CIRCULAR:

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

5 - PSORIASIS FOLICULAR:

Estas lesiones invaden los orificios externos de las glándulas sebáceas y los folículos pilosos.

6 - PSORIASIS RUPIOIDE:

Se presentan en forma de costras escamosas gruesas superpuestas unas a otras y enmarcadas por anillos concéntricos en múltiples placas.

7 - PSORIASIS INVETERADA:

Se caracteriza por que la piel es profundamente infiltrada y amenudo fisurada y cubierta por es camas gruesas.

8 - PSORIASIS GENERALIZADA O UNIVERSAL:

Son placas de color rojo mate, grandes de forma irregular con escamas de tipo como de plata, muchas lesiones similares pequeñas o con descamación difusa, y el eritema abarca grandes porciones de la superficie del cuerpo.

En su forma característica primero comprenden los codos, las rodillas y el cuerpo cabelludo. Cuando participa la totalidad de la piel, todas las regiones se encuentran difusamente rojas con descamación universal grasosa.

En muchos pacientes las áreas psoriáticas parciales o totales desaparecen en verano para reaparecer en el invierno. Sin la influencia del clima o de cualquier otra causa desconocida, la enfermedad puede desaparecer total o parcialmente por meses o años y luego retornar.

En casos de fiebre o de otra enfermedad intercurrentes las placas de la psoriasis pueden disminuir o desaparecer temporalmente.

Las lesiones en la psoriasis son generalmente simétricas y se localizan preferentemente en las superficies de extensión de las extremidades en especial alrededor de codos y de rodillas. Después de estas localizaciones sigue la región sacro, el ombligo y los genitales; raramente pies.

En la cara las lesiones son muy raras y cuando aparecen son usualmente pequeñas en tamaño, disponiéndose sobre las mejillas, barba y nariz, principalmente cerca de los orificios naturales. En las áreas

genitales, son generalmente pequeñas e indistintivas y sobre el escroto la psoriasis es generalmente complicada por fisuras, ardor y amenudo evidencias de inflamación aguda.

Las manos y los pies y los dedos son poco involucrados lo mismo que las pantorrillas. En muchos casos las uñas son atacadas, apareciendo engrosadas, erosionadas en las puntas e irregularmente laminadas rígidas, gruesas y presentan color blanco amarillento sucio, además se encuentra punteado en bajo relieve.

La psoriasis muy raramente afecta las mucosas, las lesiones de psoriasis lingual hay que diferenciarlas de leucoplacia bucal, placas de fumador, enfermedad sifilítica y liquen plano.

Kaldeck, describió 11 casos de psoriasis ocular incluyendo la conjuntiva, pudiendo confundir con una conjuntivitis infecciosa o alérgica.

La cantidad de descamación varía gradualmente en diferentes personas y en el mismo individuo; ordinariamente las escamas pueden agruparse sobre pequeñas o grandes áreas; la fricción por la ropa o con los baños frecuentes pueden prevenir la acumulación de escamas, que de otra forma serían abundantes.

Cuando la piel es delicada las escamas son pocas; sobre superficies de flexión, en orificios naturales y en el dorso de la mano la descamación es menos abundante que en las superficies de extensión y otras regiones. La descamación es más pronunciada en personas de edad más avanzada, como regla las escamas están dispuestas sobre la placa entera extendiéndose débilmente a nivel del margen de un color blanco lustroso, las escamas pueden presentarse de un

profundo matiz amarillento y al principiar a imbricarse, pueden formar una barrera continua de epidermis exfoliada.

Cuando la erupción está desapareciendo las escamas faltan dejando una placa débilmente descolorida.

FORMAS CLINICAS.

PSORIASIS SEBORREICA.

Es una variedad de psoriasis que afecta áreas como cuero cabelludo, región retroauricular, oídos, región preesternal, región interescapular y axilar. Esta forma de psoriasis es confundida con dermatitis seborréica.

PSORIASIS DE TIPO PUSTULAR.

Es rara, se trata de un proceso que puede evolucionar con abscesos numerosos, diferentes a los que se encuentran en la forma corriente (microabscesos).

"Se reserva el nombre de Psoriasis de tipo Von Zumbueh" a la psoriasis que complica con pústulas asepticas miliares, de aparición aguda, acompañadas de gran compromiso general (escalofríos, fiebre, molestias articulares, tendencia a la eritrodermia) pudiendo ser mortal.

Barbe describió un tipo de psoriasis pustular que involucra palmas y plantas. El reforzaba la importancia de la distribución de las lesiones, opinando que el sitio de lesión principia en las eminencias tenares y además refiere que las placas principiaron como areas enrojecidas, en las cuales se presentaron pústulas intradérmicas en forma de cabeza de alfiler muchas de las cuales, se hacían confluentes, en la mayoría de éstas secándose in-situ para formar rápidamente costras cafés.

ARTRITIS PSORIATICA.

En la psoriasis hay ocasiones en que las pequeñas articulaciones (radiocarpianas y las interfalángicas) estan afectadas, otras veces afectan también las grandes articulaciones, siendo difícil distinguir las de otros procesos articulares. La incidencia de artritis en pacientes psoriaticos es de 6.7% y se presentan con más frecuencia alrededor de los 30 años y la artritis reumática entre los 40 a 50 años.

HISTOPATOLOGIA

El diagnóstico histopatológico de la psoriasis usualmente puede ser hecho, si una pápula bien desarrollada es seleccionada para biopsia.

Se presenta como característica común paraqueratosis con acantosis de las capas de células espinosas, junto con adelgazamiento de esa porción de la

capa epidérmica situada por encima de las papilas dérmicas. Existen microabscesos que contienen leucocitos en la epidermis (abscesos de Munro). La capa granulosa está disminuída o falta.

La microscopia electrónica revela disminución de las tonofibrillas, reducción y alteración del desarrollo de descamación de los gránulos queratohialinos y de los lisosomas.

Los cambios histopatológicos vistos en la psoriasis asociados con artritis (incluyendo artritis psoriática) y los tipos más severos de psoriasis pustular y exudativo, fueron microabscesos prominentes, encontrando edema de la epidermis e infiltración de la piel por leucocitos polimorfonucleares aumentados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Las lesiones grandes, secas, escamosas, no presentan dificultad para el diagnóstico; la dificultad radica en las pequeñas lesiones aisladas. Una acusiosa investigación de las placas características o participación de las rodillas y codos hacen con frecuencia el diagnóstico.

DERMATITIS SEBORREICA.

La dermatitis psoriática o seborréica puede parecerse una a la otra hasta el grado de hacerse im-

posible la diferenciación en tales casos, un nombre común ha sido dado al trastorno: Seborreasis. Estas lesiones usualmente comprenden cráneo, orejas y cara. La dermatitis seborréica clásica es menos escamosa, más aguda, puede tender hacer húmeda o exudativa y con frecuencia presenta inflamación. Esta dermatitis se presenta con especialidad en cráneo, zonas retroauriculares, cejas, parte media del esternón y ombligo.

LIQUEN SIMPLE CRONICO.

Este presenta lesiones locales, pruriginosas, engrosadas, unilaterales, con frecuencia únicas. No existe descamación.

ECZEMA NUMULAR.

Las lesiones vesiculares en forma de moneda o grandes vesículas que son pálidas y costrosas, consistentes, pruriginosas y simétricamente colocadas diferencian el eczema numular de la psoriasis.

INFECCIONES FUNGOSAS.

Las lesiones aisladas del cuerpo, cara, manos, pies o uñas, pueden todas parecerse a la psoriasis. El raspado de escamas con examen directo "Koh" y con

cultivo deben mostrar el microorganismo Dermatofito.

LIQUEN PLANO.

Una dermatitis que es muy pruriginosa, el liquen plano, muestra lesiones pápulosas planas y brillantes, y usualmente no comprende rodillas ni codos.

SIFILIS.

La sífilis secundaria puede producir el aspecto de psoriasis gutata aguda. La terapéutica local es ineficaz; la historia del chancro puede ser obtenida. Las pruebas serológicas para la sífilis son positivas.

PITIRIASIS ROSADA.

Los antecedentes de principio de la placa Herald inicial o lesiones precursoras, seguido por dermatitis generalizada son características y además son pequeñas lesiones máculo pápulo de color rosado.

TRATAMIENTO.

La conducta a seguir en el tratamiento de la

psoriasis queda expuesta en la forma siguiente:

- 1.- Ningún tratamiento debe producir traumatismo de la piel pues esto puede dar como resultado una nueva lesión.
- 2.- Las lesiones gruesas, de evolución lenta e inactivas deben ser tratadas agresivamente.
- 3.- Las lesiones agudas, recientes en plena extensión deben ser tratadas con gran suavidad.
- 4.- Los compuestos de alquitrán deben ser empleados con gran precaución en las zonas normales de flexión y las zonas anogenitales, en caso de que sean usados por su poder irritante.
- 5.- Los esteroides de orden tópico o local son empleados para iniciar la terapéutica, y al obtener la limpieza o desaparición del proceso psoriático, debe ser usada alguna precaución a base de brea o alquitrán o que contengan mercurio para mantener el efecto terapéutico y evitar el rebote que se observa después del empleo de la terapéutica por esteroides.

MEDICACION TOPICA

Las pomadas deben ser aplicadas cuando sea posible después de que el baño ha suprimido las escamas y así lograr su penetración.

Debe darse durante 15 minutos diariamente, u n baño que contenga 2 cucharadas de solución de brea para media tina de agua. Posteriormente, se aplica una de las siguientes pomadas.

A.

Licor carbónico detergente (mezcla de alquitrán y jabón diluïdos e n espïritu de vino	10 por 100
Acido salicïlico	3 por 100
Mercurio amoniacal	3 por 100
Vaselina hidrïfila.	

Para las lesiones de las regiones intertrigino sas, la vulva, el glande y las regiones perianales , se emplea la aplicación de un compuesto de corticosteroides fluorinados (Triancinolona entre 0.05 y el 0.1% o la beta-metazona entre el 0.05 y el 0.1%). Estos medicamentos se aplican en capa delgada 3 veces al día.

Las pomadas de corticosteroides fluorinados, se emplean para las lesiones psoriáticas de párpados y oídos, aplicados en capa delgada 3 veces al día. Si n embargo las pomadas con esteroides fluorinados potentes, solo deben ser empleados por períodos breves al rededor de los ojos por su tendencia a aumentar l a presión ocular. Estos compuestos deben ser usados re gularmente durante algún tiempo hasta que en aparien cia han cedido las lesiones. Puede haber un rebote de la enfermedad psoriática durante el empleo de cor ticosteroides.

TERAPEUTICA OCLUSIVA.

La triamcinolona u otra crema para aplicación de adenocorticosteroides fluorinados, pueden ser aplicados bajo curación oclusiva por 24 horas. Se limpia la región una vez al día y vuelve a aplicarse la crema. El empleo de guantes plásticos oclusivos e s muy útil en el caso de lesiones psoriáticas en las manos; la gorra de caucho para el baño en regaderas puede ser empleada en caso de lesión en el cuero cabelludo. Las cubiertas de plástico pueden ser comple tamente oclusivas.

INYECCIONES INTRALESIONALES.

Para las lesiones tórpidas, la suspensión de triancinolona al título de 5 mgs. puede ser infiltrado dentro de las lesiones, en el caso de lesiones ún i cas.

TERAPEUTICA CON RAYOS ULTRAVIOLETA.

La exposición regular de los rayos ultravioleta sin llegar al grado que se produzca quemadura, resulta benéfica la exposición de una o 3 veces a la sema na es la más conveniente. Puede irse aumentando las dosis gradualmente, manteniendo por debajo del grado en que se produce eritema. Al ceder las lesiones, la frecuencia de las aplicaciones y reduce lentamente y

después se interrumpe.

Los siguientes 2 métodos son útiles para los pa-
cientes que se encuentran en el hospital.

TECNICA DE GOECKERMAN (Modificada)

El efecto fotosensibilizante de las pomadas con
brea o alquitrán, aplicadas con la asociación de los
rayos ultravioleta resulta muy benéfica, a pesar de
que es un tratamiento muy desagradable, es preferible
para la psoriasis pertináz que no responde a otro
tratamiento usual.

Se aplica una capa delgada al 1% o al 5% de un-
guento con alquitrán de hulla en vaselina hidrofili-
la y se deja durante varias horas, de preferencia du-
rante la noche entonces después de un baño, se admi-
nistra luz ultravioleta en las dosis de 5 a 10 minu-
tos al día. El paciente puede hacer esta curación du-
rante el día y el procedimiento se repite por la no-
che.

TECNICA DE INGRAM.

El curso del tratamiento de Ingram necesita a-
proximadamente de 15 a 20 días. Las etapas de que
están formados son los siguientes:

1.- Baño de alquitrán con licor carbónico de
tergente, 120 mls. para 80 lts. de agua diaria-
mente.

2.- Exposición a la luz ultravioleta con in-
cremento hasta un nivel de eritema mínimo.

3.- La pasta de ditranol aplicada a estas le-
siones en el tronco y extremidades en forma si-
guiente:

Ditranol	.1 por 100
Acido salicílico	.4 por 100
Pasta Lassar.	

Esta es la simplificación de la pomada de In-
gram; Puede irritar la piel normal.

4.- Aplíquese talco si es necesario.

5.- La zona debe quedar cubierta con un ro-
dillo de tela de algodón de mallas grandes.

6.- El quitar la pasta con algodón empapada
de aceite de Arakís antes de dar el baño de al-
quitrán diariamente. El aceite de Arakís es de
cacahuate.

TERAPEUTICA CON RAYOS X

La terapéutica convencional por medio de rayos X solo encuentra un lugar menor en el tratamiento de la psoriasis. Puede ser empleado bajo cuidadosa supervisión en el tratamiento de las complicaciones unguales resistentes, cuando las lesiones son de suficiente importancia para el paciente y de suficiente intensidad para justificarlo; pero solo cuando todos los aspectos de la terapéutica son considerados cuidadosamente y como último recurso. El efecto acumulativo, de radiaciones externas debe ser tomada en cuenta, en relación con la edad del paciente, la protección del mismo, la habilidad y la experiencia de quien aplica esta terapéutica y la necesidad que el paciente tiene en realidad de este tipo de terapéutica. Su uso en gran parte se limita a tratamiento de las uñas.

TERAPEUTICA POR VIA GENERAL CON ADRENOCORTICOIDES.

Los preparados de adrenocorticoides, poderosos agentes antiinflamatorios aclaran la psoriasis cuando se administra en dosis adecuadas. Sin embargo, habrá recaídas en la enfermedad cuando estos medicamentos son interrumpidos y el médico deberá valorar su efecto, lo mismo que los efectos colaterales y secundarios potenciales frente a los beneficios temporales en el caso de esta enfermedad.

La eritrodermia psoriática y las artritis que van acompañadas de psoriasis generalizadas son esta-

dos especiales que justifican el uso de esteroides.

METHOTREXATO

Con la introducción de los antimetabolitos, el methotrexato inició una nueva era en el tratamiento de esta enfermedad. Su uso produce regresión, y desaparición de las lesiones psoriáticas. Está indicado en tratamiento de psoriasis recidivante y se administra cuando no existe ninguna contraindicación. Deben efectuarse exámenes de laboratorio pre-terapéutica, entre éstos exámenes están: hematología completa, función renal, prueba de funcionamiento hepático.

El medicamento actúa como inhibidor del ácido fólico y el metabolismo general de las proteínas. Como la epidermis en proliferación es el tejido de mayor actividad metabólica, es inhibida en mayor grado que otros tejidos.

El methotrexato se absorbe rápidamente por vía digestiva y de inmediato se une a la albúmina del plasma., y es excretado por la orina.

El tratamiento varía de acuerdo a la respuesta del paciente, y se emplea en el siguiente esquema de administración:

- 1.- La dosis de 2.5 gmrs. diariamente durante 8 días, seguida por un período de descanso de 8 días.
- 2.- La dosis de 25 mgs. o 50mgs. intramuscular una vez por semana.

3.- La dosis de 12.5 mgs. administrada en una vez semanalmente con descanso de 8 a 10 días.

El methotrexato no debe ser administrado en mujeres de edad gestacional que tengan cualquier posibilidad de embarazo, ni en personas de más de 70 años.

REACCIONES ADVERSAS AL METHOTREXATO

LOCALES:

Estomatitis ulcerativas, alopecia, erupción cutánea.

GENERALES:

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

SANGRE:

Depresión de la médula ósea, leucopenia, anemia trombocitopénica, hipogamaglobulinemia.

GASTROINTESTINALES:

Gingivitis, enteritis, úlcera gástrica, atrofia aguda del hígado, necrosis hepática, degenera-

ción grasa, fibrosis periportal y cirrosis y además esclerasis hepática.

SISTEMA UROGENITAL:

Azoemia, hematuria microscópica, cistitis, oligospermia transitoria, espermatogénesis defectuosa, disfunción menstrual y nefropatía.

SISTEMA NERVIOSO:

Depresión aguda, decaimiento, cefalea, desmayos y psicosis.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

En el presente trabajo se obtuvieron los resultados siguientes, de acuerdo a los objetivos e hipótesis presentadas anteriormente;

I. Incidencia de Psoriasis durante los años de 1,975 a 1,979.

Durante estos cinco años en el hospital S a n Juan de Dios en las salas de hombres y mujeres (Dermatología) fueron hospitalizados 64 casos; siendo la incidencia por año de la manera sig:

En el año de 1975 se obtuvo una incidencia de 25 casos dando un porcentaje de 39.06%.

En 1,976 se obtuvo una incidencia de 14 casos haciendo un porcentaje de 21.87%.

En 1,977, se obtuvo una incidencia de 6 casos, dando un porcentaje de 9.37%.

En 1,978, se obtuvo una incidencia de 12 casos dando un porcentaje de 18.75%.

En 1,979, se obtuvo una incidencia de 7 casos, dando un porcentaje de 10.93%.

Ver cuadro 1, gráfica 1.

El total de pacientes que fueron reingresados, en los cinco años de este estudio fue de 7 casos.

Con respecto al promedio de reconsultas se puede mencionar lo siguiente:

De 64 paciente que fueron ingresados y tratados durante esos cinco años de estudio, solo 29 pacientes regresaron a la cita de reconsulta; obteniendo un total de 71 reconsultas dado un promedio de 2.2 consultas a 29 pacientes.

Con respecto al tiempo en que fueron hospitalizados los pacientes que presentaban psoriasis, se encontró un promedio de 2 meses a cada paciente aproximadamente.

En lo que respecta a la enfermedad dermatológica llamada Psoriasis; la cobertura alcanzada en 5 años fue de 5.46%.

Fórmula de cobertura = $\frac{\text{Población atendida en el Depto. de Dermatología con la enfermedad Psoriasis.}}{\text{Población total de Dermatología}} \times 100$

$$\text{Cobertura de Psoriasis} = \frac{64}{1172} \times 100 = 5.46\%$$

En conclusión a este parámetro se encontró:

A. La incidencia de la enfermedad dermatológica llamada Psoriasis durante los años 1975 a 1979 fue de 64 casos.

B. De los 64 casos solo 7 casos fueron ingresados nuevamente.

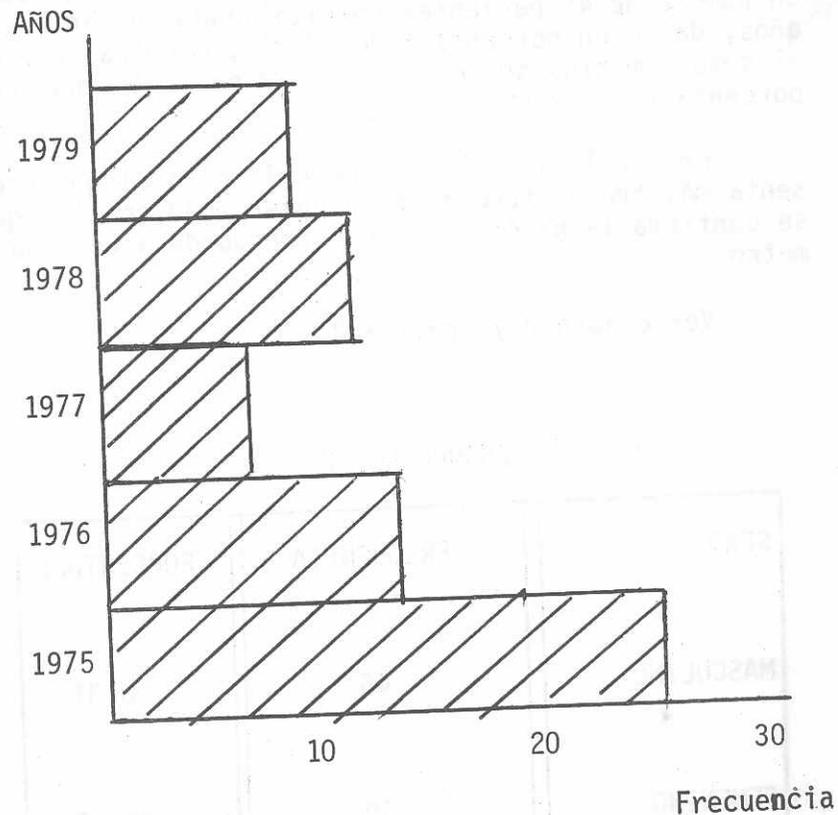
C. De los 64 casos solo 29 pacientes regresaron a su cita de reconsulta, dado un promedio de 2.2 consultas a 29 pacientes.

D. El nivel de cobertura que se alcanzó durante los años 1975 - 1979 fue de 5.46% (pacientes hospitalizados).

E. En resumen nos damos cuenta por estos datos que la enfermedad llamada Psoriasis se presenta en 5.46%, de todas las enfermedades dermatológicas, y además es una enfermedad m u y crónica; y es por eso que casi siempre encontramos pacientes en la sala de Dermatología con esta enfermedad.

CUADRO No. 1

AÑOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1975	25	39.06
1976	14	21.87
1977	6	9.37
1978	12	18.75
1979	7	10.93
TOTAL	64	100.00



GRAFICA No. 1

II. SEXO:

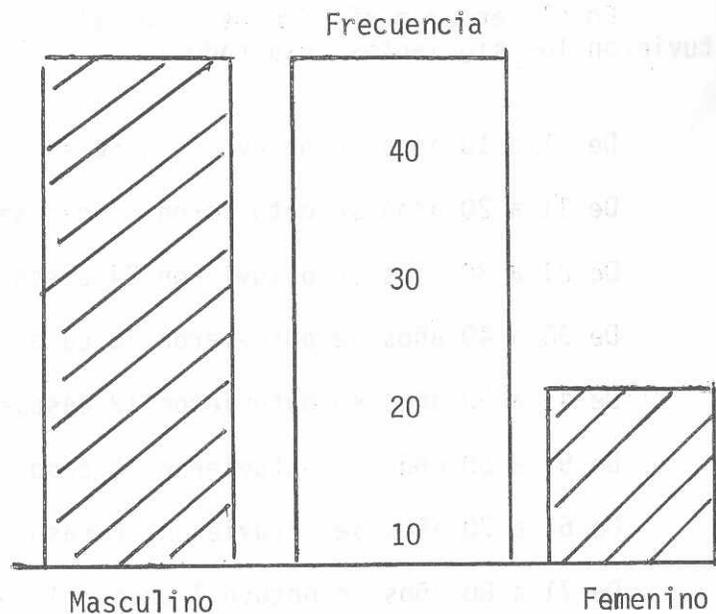
Es el segundo parámetro que encierra este trabajo; en este estudio retrospectivo se encontró la mayor frecuencia de pacientes en el sexo masculino con un número de 45 pacientes hospitalizados durante 5 años, dando un porcentaje de 70.31%, mientras que en el sexo femenino se encontraron 19 pacientes dando un porcentaje de 29.69%.

En conclusión el sexo masculino es el que presenta más frecuentemente esta enfermedad, con lo que se confirma la hipótesis que corresponde a este parámetro.

Ver cuadro 2 y Gráfica 2.

CUADRO No. 2

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	45	70.31
FEMENINO	19	29.69
TOTAL	64	100.00



GRAFICA No. 2

III. EDAD:

En el tercer parámetro de este estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

De 1 a 10 años se obtuvo un caso = 1.56%

De 11 a 20 años se obtuvieron 7 casos=10.93%

De 21 a 30 años se obtuvieron 24 casos=37.5%

De 30 a 40 años se obtuvieron 8 casos=12.5%

De 41 a 50 años se obtuvieron 12 casos=18.75%

De 51 a 60 años se obtuvieron 5 casos= 7.81%

De 61 a 70 años se obtuvieron 6 casos= 9.38%

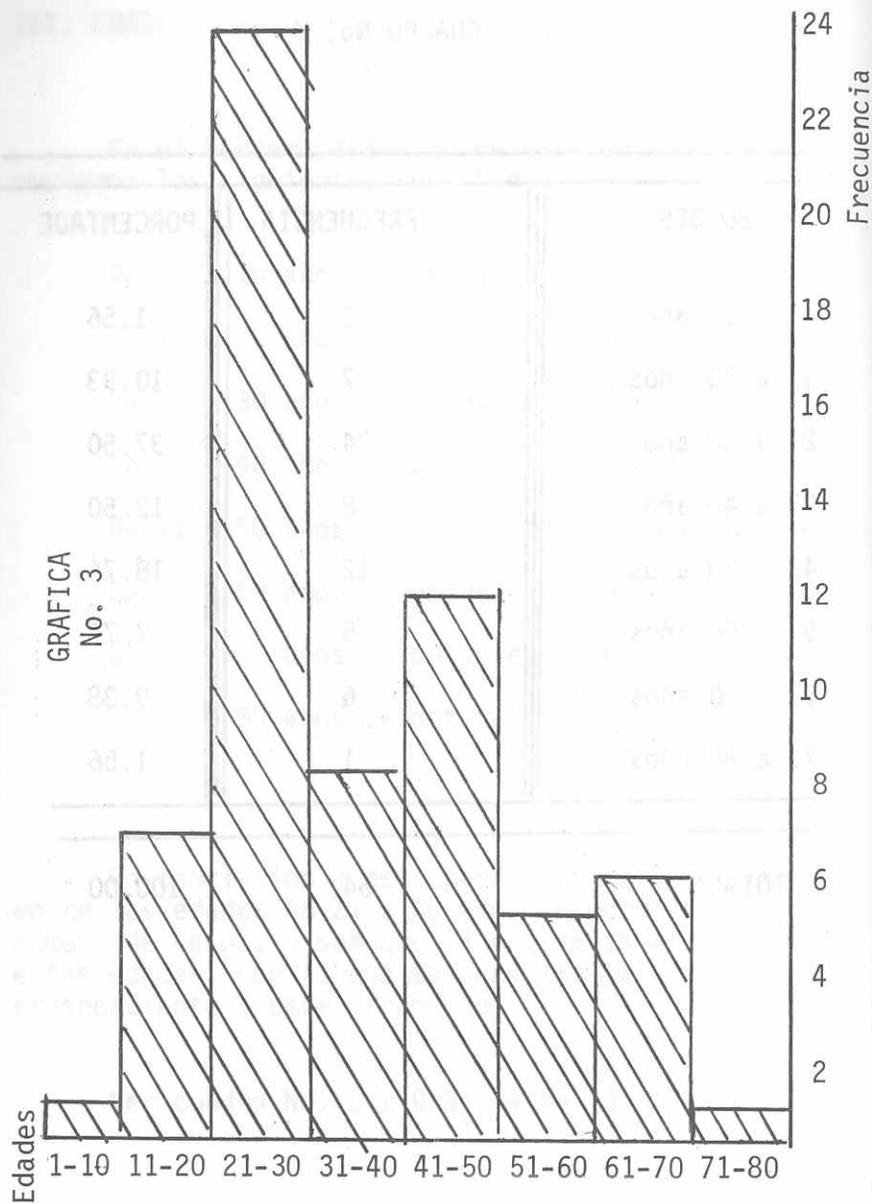
De 71 a 80 años se obtuvo 1 caso = 1.56%

En conclusión a este parámetro se encontró que entre las edades de 21 a 30 años se observa el mayor número de casos, o sea que la psoriasis afecta más a estas edades, con lo que se confirma la hipótesis correspondiente a este parámetro.

Ver cuadro No. 3 y Gráfica No. 3.

CUADRO No. 3

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 10 años	1	1.56
11 a 20 años	7	10.93
21 a 30 años	24	37.50
31 a 40 años	8	12.50
41 a 50 años	12	18.75
51 a 60 años	5	7.75
61 a 70 años	6	9.38
71 a 80 años	1	1.56
TOTAL	64	100.00



IV. LUGAR DE LESION.

En lo que respecta a este parámetro, que encierra la mayor frecuencia de la localización de la lesión, según el lugar topográfico del cuerpo humano; basándose solo en pacientes que fueron hospitalizados durante los años de 1,975 - 79, se encontraron los siguientes resultados:

En las prominencias óseas se obtuvieron 26 casos, dando un porcentaje de 19.4%. Entre las prominencias óseas más afectadas se encontraron: rodillas, codos, hombros y nudillos de los dedos.

En lo que se refiere a las lesiones del conducto auditivo externo se obtuvieron 4 casos, dando un porcentaje de 2.98%.

En lesiones de palmas de las manos se obtuvieron 11 casos, con un porcentaje de 8.2%.

En las lesiones de las plantas de los pies, se obtuvieron 12 casos, dando un porcentaje de 8.9%.

En lo que respecta a lesiones de las uñas se obtuvieron 4 casos, dando un porcentaje de 2.98%.

Correspondiente a las lesiones intertriginosas se obtuvieron 11 casos dando un porcentaje de 8.20%. Entre éstas se encontraron más comunmente afectadas las siguientes: región perianal, región vulvar, región axilar, y glande.

En el cuero cabelludo, se encontraron 24 casos dando un porcentaje de 17.91%.

En lo que respecta a las lesiones eritrodérmicas, se encontraron 13 casos dando un porcentaje de 9.7%.

Y por último las lesiones generalizadas, que se encontraron en 39 pacientes hospitalizados, dando un porcentaje de 29.1%.

En conclusión podemos afirmar, que la mayoría de pacientes que son hospitalizados con psoriasis - presentan lesiones generalizadas; con lo que se confirma la hipótesis correspondiente a este punto.

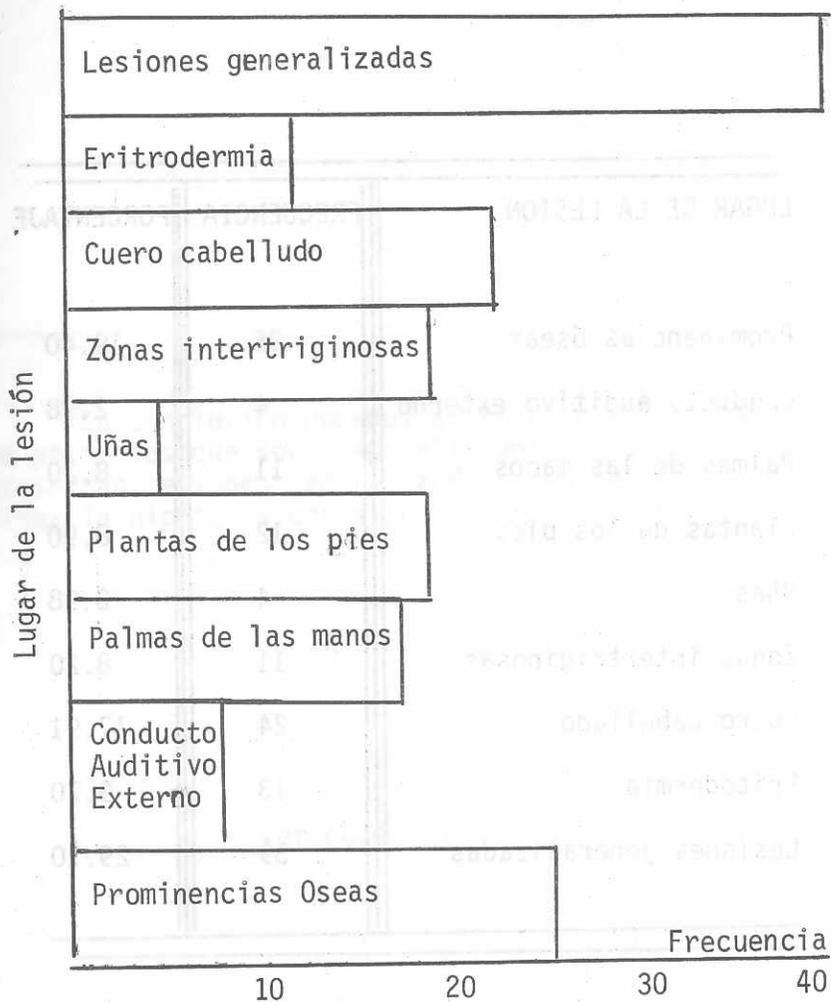
Ver cuadro 4

y

gráfica 4.

CUADRO No. 4

LUGAR DE LA LESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Prominencias óseas	26	19.40
Conducto auditivo externo	4	2.98
Palmas de las manos	11	8.20
Plantas de los pies	12	8.90
Uñas	4	2.98
Zonas intertriginosas	11	8.20
Cuero cabelludo	24	17.91
Eritodermia	13	9.70
Lesiones generalizadas	39	29.10



GRAFICA No. 4

V. TRATAMIENTO.

Con respecto a este último parámetro se encontraron los siguientes resultados:

Las fórmulas se encontraron aplicadas a todos los pacientes, con excepción de uno, (pidió su egreso al día siguiente) o sea, que dicho tratamiento se aplicó a 63 pacientes, dado un porcentaje de 98.43%, correspondiente a todos los pacientes.

El uso del antimetabolito Methotrexato se aplicó a 38 pacientes, dando un porcentaje, según el total de pacientes de 59.37%.

El uso del antihistamínico se encontró a 16 pacientes dando un porcentaje de 25%, del número total de pacientes.

El uso de vitamina A, se encontró a 8 pacientes, dando un porcentaje de 12.5% del total de pacientes.

Con lo que respecta a los baños de sol, que también entran como tratamiento para la psoriasis, se encontró en 18 pacientes, dando un porcentaje de 28.12% al total de pacientes.

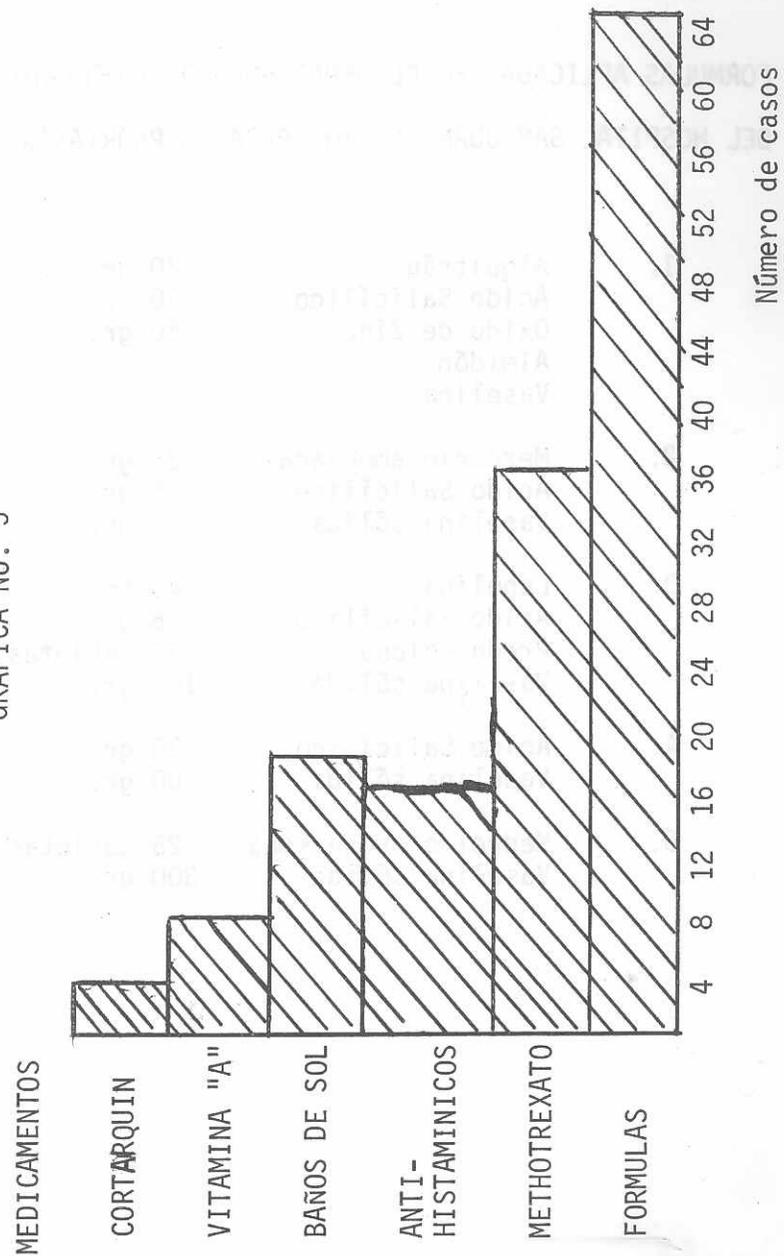
Y por último el uso del medicamento llamado cortáquin* se usó a 2 pacientes, dando un porcentaje de 3.12% del número total de pacientes. *(Hidrocortisona, brea de hulla, diyodohidroxiquinoleina).

En conclusión podemos decir que el methotrexato es usado más en la mitad de los pacientes, al no responder al tratamiento tópico. (Hago constar que el methotrexato fue usado únicamente en pacientes hospitalizados).

CUADRO No. 5

MEDICAMENTO	FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO	PORCENTAJE SEGUN EL TOTAL DE PACIENTES
FORMULAS	63	98.43
METHOTREXATO	38	59.37
ANTI-HISTAMINICOS	16	25.00
VITAMINA "A"	8	12.50
CORTARQUIN	2	3.12
BAÑOS DE SOL	18	28.12

GRAFICA No. 5



FORMULAS APLICADAS EN EL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PARA LA PSORIASIS.

1.	Alquitrán	20 gr.
	Acido Salicílico	20 gr.
	Oxido de Zinc	50 gr.
	Almidón	
	Vaselina	
2.	Mercurio amoniaca	25 gr.
	Acido Salicílico	15 gr.
	Vaselina sólida	500 gr.
3.	Lanolina	40 gr.
	Acido Salicílico	6 gr.
	Prednisolona	10 tabletas
	Vaselina sólida	160 gr.
4.	Acido Salicílico	50 gr.
	Vaselina sólida	500 gr.
5.	Medrol o prednisona	25 tabletas
	Vaselina sólida	300 gr.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el estudio realizado sobre Psoriasis, en el hospital nacional San Juan de Dios, durante los años revisados de 1975 a 1979 se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La incidencia obtenida durante 5 años (1975-1979) sobre la enfermedad dermatológica llamada Psoriasis fue de 64 casos.
2. El total de pacientes reingresados durante los cinco años de estudio fue de 7 casos.
3. De los 64 pacientes que fueron ingresados y tratados durante los años de nuestro estudio solo 29 pacientes regresaron a su cita de reconsulta, obteniendo éstos un total de 71 reconsultas y dando un promedio de 2.2 consultas a 29 pacientes.
4. Con lo que respecta al promedio de hospitalización del enfermo psoriático, fue de 2 meses aproximadamente a cada paciente.
5. La cobertura alcanzada de esta enfermedad fue de 5.46% en los 5 años de estudio.

Como nos damos cuenta por las conclusiones anteriores la Psoriasis es una enfermedad común, a nivel hospitalario y además crónica, por lo que siempre encontramos pacientes en las salas de dermatología.

6. En este estudio se encontró que el sexo masculino es el más susceptible a presentar Psoriasis.

7. En las edades de 21 a 30 años fue donde más frecuentemente se encontró esta enfermedad.

8. La mayoría de pacientes que son hospitalizados, con el diagnóstico de Psoriasis presentan lesiones generalizadas.

9. El medicamento llamado methotrexato fue usado al no responder al tratamiento tópico para pacientes que se encontraban hospitalizados en las salas de dermatología del Hospital San Juan de Dios.

RECOMENDACIONES

1. Considero necesario que el encargado de los pacientes anote en forma clara y completa todas las evoluciones, tratamientos y procedimientos que se efectúan al paciente; ya que hubo ocasiones en que los datos los escribían en una forma muy vaga.

2. Continuar el estudio de esta enfermedad, ya como un estudio comparativo entre los hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, para tener datos más fidedignos de Psoriasis en nuestra población.

3. Dar a conocer a nuestra población las enfermedades dermatológicas que se padece en nuestro país, para que así le tomen interés a las lesiones cutáneas.

4. Prevenir a los pacientes de no tomar o aplicar medicamentos no recetados por facultativos, para no complicar las lesiones y no esconder los cuadros nosológicos.

5. Recomendar a los pacientes que padecen Psoriasis los climas soleados, pues parece ejercer un efecto favorable en estos enfermos.

6. Recomendar a todos los facultativos a inspirar confianza al paciente, ya que éstos tienden a desanimarse por todas las dificultades del tratamiento y cronicidad de las lesiones.

BIBLIOGRAFIA

1. CALLEN HERNANDEZ EMILIO. Tesis actualización de tratamiento de Psoriasis en el hospital Roosevelt y departamento de dermatología. Universidad de San Carlos de Guatemala 1,979.
2. CORDERO FERNANDO. Manual de Dermatología. Primera edición. Noviembre 1,961 Pag. 249/252.
3. FIGUEROA Y SOSA. Manual de Histología. Sexta edición. Guatemala 1,972 Pag. 461/481.
4. LITTER MANUEL. Compendio de Farmacología. Sexta Edición. Mayo 1,975. Pag. 683/688.
5. MARTINEZ MONT LUIS ARTURO. Psoriasis. Análisis de 130 casos del departamento de dermatología, en el hospital Roosevelt. Años 1,964 - 1,969. Tesis de graduación. Universidad de San Carlos de Guatemala 1,974.
6. STEWART, DANTO Y MADDIN. Dermatología. Segunda Edición. Páginas 310/319.

Br.


Br. ROLANDO A. FALLA .


Asesor.

r. HAROLDO SOTO.

Dr.

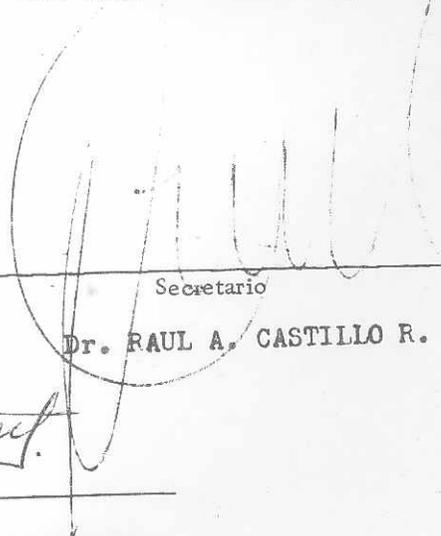

Revisor.

Dr. ARTURO GARCIA V.


Director de Fase III

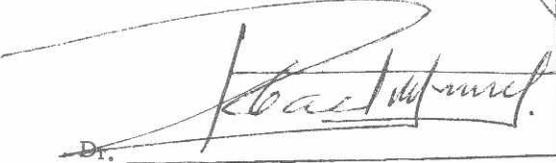
r. HECTOR NUILA

Dr.


Secretario

Dr. RAUL A. CASTILLO R.

Dr.


Decano.

Dr. ROLANDO CASTILLO M.