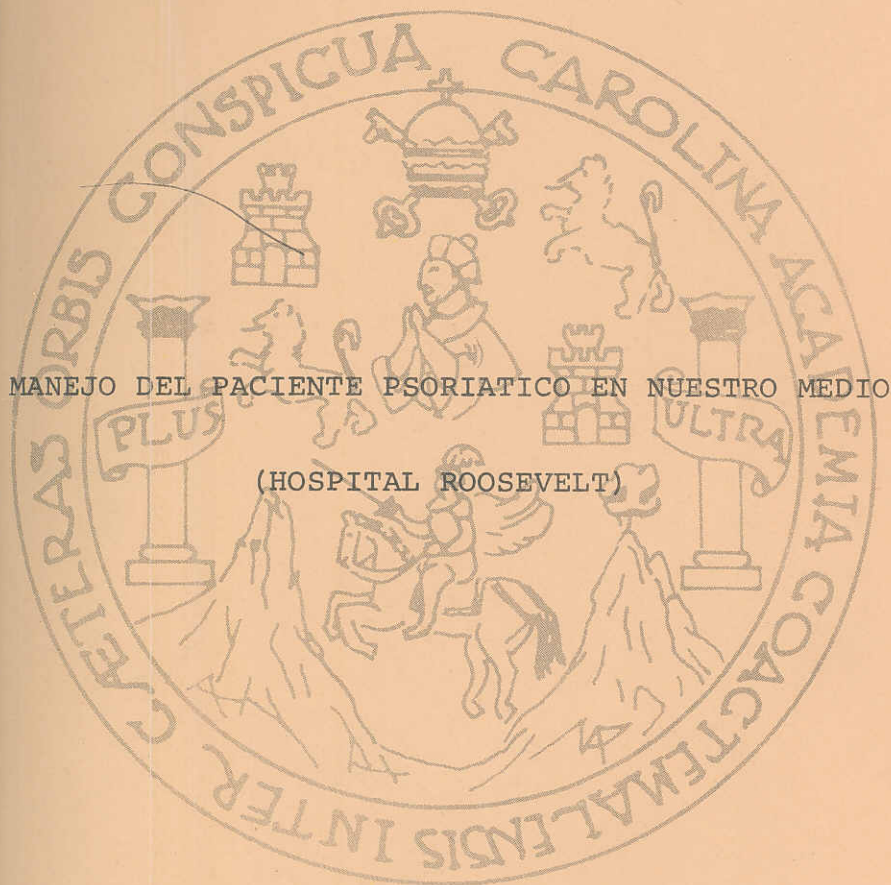
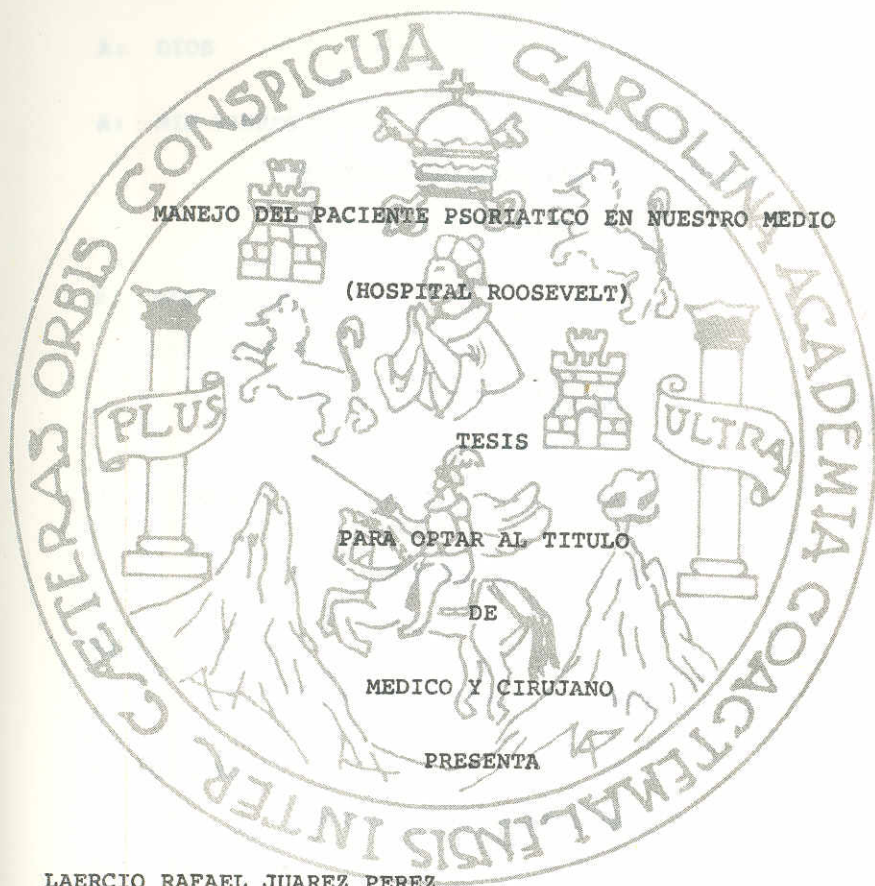


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



LAERCIO RAFAEL JUAREZ PEREZ
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

1981

INTRODUCCION

La Psoriasis es una enfermedad de la piel, que a pesar de que se le ha estudiado tanto, no se sabe aún cual es el origen desarrollo y tratamiento específico . (1, 2, 4,)

Por lo que me interesó realizar un estudio sobre el manejo de estos pacientes en nuestro medio (Hospital Roosevelt) analizando las fichas clínicas de pacientes psoriáticos, en una revisión retrospectiva de 6 años 1975-1980.

Y así llegar a conocer la forma en que se maneja a estos - pacientes para poder brindarles un tratamiento más efectivo,

Teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes mejoran sus lesiones con el tratamiento administrado, pero ninguno de -- estos ha llegado a su curación definitiva.

Con el fin de conocer hasta donde se ha llegado, con respecto al manejo del paciente psoriático se revisará literatura tanto de autores Guatemaltecos como extranjeros.

ANTECEDENTES

Entre los trabajos realizados anteriormente se encuentra la tesis efectuada por el Doctor Luiz Arturo Mont Martínez, sobre Psoriásis en el año 1974. Títulado "ANÁLISIS DE 130 CASOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT Y DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA AÑOS 1964-1969.

En el cual hace mención de que el examen clínico de los pacientes es lo más importante para efectuar el diagnóstico ya que pudo observar que en un 95% de los casos presentaron las características clínicas de la psoriásis. (4)

Y que a todos los pacientes se les pidió exámenes complementarios entre ellos hematología, heces y orina.

A muy pocos se les efectuó exámenes especiales como biopsias de piel, solo a ocho, esto porque el diagnóstico es en el 95% de los casos clínico.

Con respecto al tratamiento según el estudio efectuado el más usado y con el que se observó mejor resultado fue el siguiente:

Ácido salicílico, Mercurio amoniacal, Vaselina, Vitamina D2 y A, Complejo B y pomadas con esteroides. Lo que se relacionará con el estudio actual.

En el cual trato además, de demostrar la forma en que se maneja al paciente psoriático, desde su primera consulta al Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt, hasta la evolución final (última cita) en los últimos seis años.

OBJETIVOS

GENERALES

- 1- Conocer el manejo del paciente psoriático en nuestro medio (HOSPITAL ROOSEVELT)
- 2- Conocer la evolución del paciente psoriático, con el manejo empleado en nuestro medio.

ESPECIFICOS.

- 1- Conocer el tratamiento más efectivo administrado a - estos pacientes en el Hospital Roosevelt.
- 2- Conocer los medicamentos más empleados para el tratamiento de los pacientes psoriáticos en el hospital -- Roosevelt.
- 3- Conocer que porcentaje de estos pacientes mejoran con el tratamiento administrado.

HIPOTESIS

El tratamiento efectuado al paciente Psoriático actualmente en el Hospital Roosevelt, proporciona una mejoría satisfactoria al 100% de pacientes.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

Para la elaboración del presente trabajo se contó con lo siguiente:

Las fichas clínicas de los pacientes psoriáticos que se han presentado en el Hospital Roosevelt durante los años 1975-1980.

Informes de Biopsia de Piel.

METODOS

El método empleado fué el deductivo, pues se analizaron varias papeletas, tomando en cuenta el manejo, tratamiento y evolución de los pacientes.

RECURSOS

HUMANOS

Personal médico del Departamento de Dermatología y Personal de Archivo del Hospital Roosevelt.

FISICOS

- El local del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt.
- El archivo de registros médicos del Hospital Roosevelt.
- Fichas clínicas de los pacientes.
- Hojas de diagnóstico de los pacientes.
- Bibliotecas del Hospital Roosevelt y U.S.A.C.

DEFINICION DE TERMINOS

Psoriásis: Es una enfermedad eritematosa, crónica, inflamatoria con pápulas o placas acompañada de escamas blancas plateadas. (1, 2, 6,)

CONCEPTO E HISTORIA: Por primera vez en 1808, fué descrita clínicamente la Psoriásis, por el médico inglés Robert William (5) antes de este fabuloso hallazgo, esta enfermedad de la piel, fué confundido por los estudiosos con la Lepra, Sífilis, Tuberculosis. (1, 2, 6,)

La causa que produce esta enfermedad es aún desconocida; y -- para explicar su origen, se han descrito muchas teorías, entre las más aceptadas se encuentran:

- 1- NORVILAND estudió 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 se encontró un elevado título de Antiestreptolisina y el más alto de 200 Unidades (5) por lo que se cree que sea una enfermedad de origen infeccioso, achacándose al Estreptococo como el agente causal. (1, 2, 4)
- 2- Otra teoría es, que sea por causa alérgica producida por agentes externos, pero aun no han llegado a comprobar la presencia de anticuerpos específicos. (1, 2, 4)
- 3- Que la Psoriásis sea por causa nerviosa.

Esta teoría se basa en que la Psoriásis se exagera en presen-

cia de estados nerviosos. (1, 2, 4)

HELLGREN encontró en un grupo de 255 pacientes con Psoriasis que en el 53% de los mismos se presentaba en presencia de estrés (4)

- También se cree que sea una genodermatosis, por su alto porcentaje de ocurrencia familiar (20 a 70%) (1), y transmisión hereditaria por genes de caracter autosómico, dominante e irregular, aunque se ha observado en pocos casos su transmisión recesiva. (1, 2, 4)

- Que sea por alteraciones metabólicas con un exceso de proteínas o grasas en la piel; teoría que se basa en la desaparición de la Psoriasis, en los enfermos sometidos a dietas sin grasas ni proteínas. (1, 2, 4)

también han observado como causas que contribuyen a la aparición de esta enfermedad las siguientes:

a) Los hábitos sedentarios, b) El abuso de alimentos grasosos, -- La falta de una vida al aire libre, d) Las estaciones frías del año, así como los trabajos rudos.

INCIDENCIA:

Aunque la Psoriasis no es una enfermedad contagiosa, si es bastante común, pero se ha observado que en algunos países es rara, como en China y en indios de Norte y Sud América, lo que se cree que sea influencia de un factor de tipo genético. (4, 6, 9)

Así también se ha podido comprobar que es más frecuente en el

sexo masculino que en el femenino, aunque por estudios efectuados en Estados Unidos se ha observado que es igual en mujeres y hombres (4)

El Doctor Luis A. Month (4) realizó un estudio en 130 casos con Psoriásis en el Hospital Roosevelt encontrando un solo caso con Psoriásis que refirió tener 4 de sus hijos con la misma enfermedad. Comprobándose con esto aunque no estadísticamente la característica hereditaria familiar de la Psoriásis en nuestra población.

CUADRO CLINICO:

Se describen dos formas diferentes de Psoriásis; la crónica y la aguda.

FORMA CRONICA:

Es la más frecuente y común, la cual aparece en forma lenta y progresiva, sin asociación de síntomas generales, la lesión puede iniciarse con una o varias pápulas de color rojo, estas tienden a crecer hacia la periferia formando placas de tamaño variable y superficiales, con sus bordes bien definidos y la superficie se recubre de escamas plateadas, secas laminares y poco adheridas de ahí que cuando los pacientes se desvisten las escamas caen en abundancia (1,2,6,7). A medida que crece la lesión puede invadir una sola región o varias a la vez; adquiriendo formas desiguales e irregulares así se puede observar: pápulas coniformes o aplanadas, placas en forma oval, numular y puntata, como gotas de estearina o gutata y otras más (1, 2, 4)

Cuando las escamas se superponen, forman una elevación en la le-

estas nace la forma numular y rupiodes. (1, 2, 4)

También se ha observado en algunos casos, que a las lesiones se les asocian pústulas asépticas por lo que se le denomina -- Psoriásis Pustulosa. En los casos en los que la lesión se extiende a todo el cuerpo se le llama Psoriásis Diseminada o Universal. Y se le denomina Psoriásis Localizada cuando las lesiones son escasas y limitadas al cuero cabelludo, codos y rodillas, pudiendo invadir la palma de las manos y planta de los pies, así como las uñas de ambas extremidades; se podría decir que esta forma de Psoriásis es la más frecuente en nuestro medio. (1, 2, 4)

De mucha importancia, para hacer el diagnóstico de esta enfermedad se han descrito los siguientes signos:

- a) EL SIGNO DE LA MANCHA DE BUJIA O DE DESCAMACION (Darier) el cual consiste en que el despegar la escama con la uña, esta se deshace en un polvo fino de color blanquecino.
- b) EL SIGNO DE ROCIO SANGRIENTO O DE AUSPITZ, Que consiste en que al desprender la escama por raspado mecánico aparece en la superficie una hemorragia en forma de puntitos.
- c) El fenómeno de KOEBNER, el cual se refiere a la tendencia de la piel, a reaccionar con la aparición de lesiones psoriásicas cuando el pigmento cutáneo sufre un traumatismo ya sea por agentes físicos o químicos.

FORMA AGUDA: Esta forma se ha observado muy raramente, es de aparición brusca y espontanea, pudiendo ser causa de una fuerte afección, o por el uso de drogas como la Penicilina, Quinacrina, etc.. también se ha observado algunos casos debidos al tratamien

caracteriza principalmente porque la lesión tiende a generalizarse a todo el organismo y la piel la podemos observar seca, lisa y brillante tomando un aspecto eritrodérmico muy semejante a la dermatitis exfoliativa, sus límites no están definidos, hay una exfoliación constante, con diseminación en toda la extensión de la piel y áreas vellosas, por lo que se le da el nombre de Psoriasis Eritrodérmica, esta se asocia con fiebre irregular, cefalea, mialgias, caída de las uñas, Linfadenopatía múltiple y artropatía de las pequeñas articulaciones. Cuando la enfermedad involuciona y la eritrodermia tiende a desaparecer, la artropatía siempre persiste en forma crónica, con deformación articular por lo que se le ha denominado Psoriasis Artropática. (1, 2, 4)

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Entre los exámenes más importantes para confirmar el diagnóstico de la Psoriasis, tenemos el histopatológico, el cual exige las siguientes características: (7)

- . Paraqueratosis.
- . Acantosis
- . Alargamiento de los clavos interpapilares y papilas dérmicas.
- . Algunos microabscesos epidérmicos con leucocitos polimorfonucleares.
- . Edema en masa o clava (ensanchamiento de la porción superior de las papilas dérmicas)
- . Capilares rectos y dilatados en las papilas dérmicas.

La evolución cambia de acuerdo a la forma clínica, así podemos observar que la forma eritrodérmica, inicia en forma brusca diseminándose rápidamente y generalizándose en poco tiempo, esta forma se asocia con prurito de variable intensidad, en ocasiones con malestar general, fiebre, dolores musculares y lesiones articulares diseminadas y luego tiende a involucionar pudiendo tardar de uno a cuatro meses. (1)

La forma crónica, es en cambio de inicio lento y progresiva. Sinpodremos, su curso es recurrente, caprichoso y con brotes de exacerbación durante los cuales aparecen nuevas lesiones, persistiendo así en forma indefinida. Es importante además hacer mención de que las lesiones crónicas mejoran en climas cálidos o durante las épocas de calor y empeoran con el frío, pues en esta época los síntomas se hacen intolerables. (1)

COMPLICACIONES

Estas son muy raras, y entre las complicaciones más frecuentes de las formas crónicas y agudas se mencionan las siguientes: "Dermatitis de Contacto" por el uso de medicamentos muy irritantes; la infección piógena secundaria al rascado; la dificultad de movimientos por el dolor y hemorragia de las grietas que se hacen en las lesiones, y trastornos de la personalidad por la cronicidad, y falta de alivio. (1, 2, 4)

DIAGNOSTICO

agnóstico a primera vista, como en la forma eritrodérmica, la se se puede confundir con la Dermatítis Exfoliatriz de la Leu-
mia; con la Mícosis Fungoide, con la Dermatítis por medicamen-
s y con la Dermatomiositis. (1, 2, 4, 6, 9, 7)

En cambio la forma crónica, por su típica morfología, resulta
cho más fácil orientarse hacia su diagnósitco, pero también
bemos distinguirla de la Dermatitis Seborreica, cuando se en-
entra en el cuero cabelludo, del mal del Pinto, en su variedad
pintidéz psoriasiforme, de las que se diferencia por su distri-
ción topográfica, evolución, discromía, examen histológico y --
rología positiva. (1, 2, 6, 7)

Además debemos diferenciarla de algunas Tricofítias del cuero
belludo y tronco, del Lupus Eritematoso Diseminado de la Piti-
sis Rosada y con menos frecuencia de ciertas variantes clíni-
s de la Lepra Tuberculoide. Diferenciandose de todas ellas por
s típicas lesiones papulo escamosas, distribución topográfica y
emás por la presencia de los signos de Auspitz y otros menciona-
s anteriormente, así como también por la falta de síntomas gene-
les. (1, 2, 6, 9)

TRATAMIENTO

Se ha estado usando una gran variedad de medicamentos para tra-
r en mejor forma las lesiones Psoriáticas.

Entre los medicamentos más usados y aceptados para ambas formas
ínicas tenemos los siguientes:

Para uso local, en la forma eritrodérmica y fase aguda de la

co, pero cuando ésta se acompaña de fiebre es recomendable
s baños de inmersión con agua glicerínada al 5 por 1,000 -
n usar jabón, luego se aplicarán medicamentos no irritantes
con el uso de un vehículo emoliente, como la pasta de Lassar,
el unguento de Bioformo al 10 2%, solo o con antiprurífticos
ociendolo con medicamentos de acción interna hasta que obser_
mos que ha pasado la fase aguda de la Psoriásis.

En la forma crónica trataremos de eliminar las escamas y cos_
as con el baño diario de inmersión, solo o agregandole licor
rbónico detergente al 1 por 10,000, más el uso de jabón.

Luego se recomendará el uso de un compuesto exfoliante como
ácido Salicílico del 5 al 10%, el mercurio amoniacal al 5% se
ce constar que este último ya no se recomienda por riesgo de -
oducir NEFRITIS; Resorcina del 1 al 3%; todos estos medicamen-
s pueden usarse individualmente o combinados entre sí, dando -
enos resultados; estos medicamentos si se considera necesario
mbién podrán combinarse con medicamentos reductores como el Al_
itrán de Hulla del 1 al 5%, este podra usarse solo o disuelto
agua destilada; el aceite de cade, Pirogalol y también Crisa-
obina del 1 al 2% (1, 2, 4,)

También se ha obtenido buenos resultados con el uso del unguen-
de Antralin o Ditranol, pero estos requieren usarse con mucho
idado por tener una acción irritativa y además tienen una acción
colorante del cabello, así como también produce con mucha facili_
d Conjuntivitis Medicamentosa (1, 4, 6)

Cuando la enfermedad se presenta en el cuero cabelludo, se recomienda el uso de vehículos no grasosos como el Cordalbase.

Cuando las lesiones son leves, puede usarse solo el shampoo de Alquitran "Zetar" o el Licor de Wright con el 0.1% de Metilprednisolona. (1, 2, 4)

Otro método con el que se ha obtenido buenos resultados es el de Goeckerman el cual se ha venido usando desde hace mucho tiempo y actualmente aún se sigue usando, aunque con unas ligeras variantes, este consiste en

1. Aplicar por la noche pomada o unguento de Alquitran al 5% asociado con Acido Salicílico al 3% o sin el.

2. Por la mañana siguiente, se deberá tomar un baño caliente de inmersión, si se considera conveniente podemos agregarle Licor Carbónico Detergente o con Alquitran soluble Balnetar Politar, etc. Y luego trataremos de remover las escamas.

3. Seguidamente deberá secarse y aplicar todos los días una dosis progresiva de rayos ultravioleta, o en su defecto de Helioterapia. (1, 2)

Otro método con el que también se ha obtenido buenos resultados es, usando localmente el Acido Retinoico en pomada al 0.1% y deberá usarse de preferencia con cura oclusiva; la acción de este medicamento es tratar de inhibir la actividad mitótica de la epidermis psoriásica. (1, 2, 4)

Para el tratamiento general se han usado los siguientes medicamentos:

1. Corticoesteroides como la Prednisolona y Metilprednisolona;

consecutivas a su uso pues al suspender el tratamiento la enfermedad reaparece con más intensidad "Fenomeno de Rebote". Así que se pueden usar por un corto tiempo y con precaución en la forma aguda, asociada o no con Artropatías. (1, 2, 4, 6)

2. Vitaminoterapia, no existe indicación para usar vitaminas en el tratamiento de la Psoriasis, pero en estudios realizados por Swddan (4) observó que el placebo efectivo era la Vitamina "B12" produciendo mejoras.

También se ha recomendado la Vitamina "A" a dosis de 50,000 a 1,000 Unidades diarias.

3. Antimetabolitos, el uso de los antimetabolitos como el Metrotexate y Aminopterina han dado buenos resultados, ya sea por vía oral o I.M., aunque es preferible administrarlos por la boca; el más usado de estos medicamentos es el Metrotexate a la dosis de 2.5. a 5 mg. diarios por 8 a 10 días, luego deberá descansarse un periodo de más o menos 4 a 6 días. En los adultos la dosis total más usada por ser relativamente atóxica, es de 25 mg. por sesión (8 a 10 días), con dosis mayores hay mayor efectividad, pero son mucho más tóxicas. (4)

Con el uso de este medicamento se ha observado que las lesiones cutaneas involucionan en forma favorable, pero reaparecen al suspender su uso y es por esta razón que se recomienda buscar una dosis mínima y con ella mantener el tratamiento por un tiempo prolongado siempre y cuando el riñon, higado y sistema hematopoyético -

10-
El Metrotexate esta indicado usarlo cuando las lesiones psoriásicas son recidivantes y se recomienda administrarlo cuando el diagnóstico este bien establecido tanto clinicamente como por biópsia. (4)

INDICACIONES DE USO METROTEXATE (4)

1. Eritrodermia psoriásica.
2. Artritis Psoriásica.
3. Psoriasis Pustular.
4. Psoriasis Pustular localizada.
5. Psoriasis Extensa
6. Psoriasis que no responde a otro medicamento.

CONTRAINDICACIONES DE USO DE METROTEXATE (4)

1. Anormalidades de la función renal.
2. Anormalidades de la función hepática.
3. Embarazo.
4. Edad fértil en hombres y mujeres
5. Hepatitis activa o reciente
6. Cirrosis del hígado.
7. Anemia severa, Leucopenia y Trombocitopenia.
8. Úlcera Péptica Activa.
9. Consumo excesivo de Alcohol.
10. Enfermedades Infecciosas Activas.

El antídoto de este medicamento es el LEUCOVONIN CALCIO por vía

DATOS OBTENIDOS EN LA PRESENTE INVESTIGACION

Haciendo una revisión retrospectiva de 6 años 1975-1980, encontré un total de 108 casos de pacientes Psoriáticos los cuales se manejan en la consulta externa del departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en la forma siguiente:

- 1- Se toman datos generales al paciente como: nombre, edad sexo, y lugar de origen.
- 2- Se le efectúa una resumida historia clínica en la que se incluye antecedentes personales y familiares.
- 3- Se examina la lesión y se toma biopsia si hay duda en su diagnóstico, de los 108 casos estudiados se tomó biopsia a 4 pacientes de los cuales 2 reportó positivo para Pso-riásis y 2 reportó positivo para hifas.
- 4- A todos los pacientes les fue efectuado exámenes de: He-matología, Orina y Heces excepto a 8, estos en su totali-dad se reportaron normales.
- 5- En la mayoría de los casos es evidente el diagnóstico por presentar las lesiones características típicas de psoriásis y por tanto se prescribe de una vez el tratamiento.
- 6- Los medicamentos y dosis más empleados son:

GRUPO 1

Medicamento	Dosis
Vitamina "A"	50,000 U. diarias
Vitamina B 12	1,000 mg. diarios
Sulfato de Zinc	20 mg. tid

COMPUESTOS

Medicamento	Dosis
Acido Salicílico	3 Grs.
Alquitran de Hulla	3 Grs.
Petrolatum	100 Grs.
Vaselina y/o lanolina	Como vehículo.

Esta composición es la más usada, dando buenos resultados en el tratamiento de la Psoriasis, comprobado porque en la mayoría de los pacientes se observó mejoría de las lesiones.

Entr otros compuestos usados estan:

GRUPO 11 A

Acido Salicílico	3%
Alquitran de Hulla	2%
Metilprednisolona	4%

GRUPO 11 B

Mercurio Amoniacaal	5 grs.
Acido Bórico	5 grs.
Vaselina	50 grs.
Lanolina	50 grs.

Estos compuestos se usan poco pero con buenos resultados. Además se hace constar que algunos medicamentos del grupo se pueden combinar con algunos del grupo 11, obteniendose

Hubo un caso que mejoró administrándole Eritromicina 500 mg. P.O. por 8 días, la cual se agregó por que el paciente presentó infección en las lesiones, después de un mes y medio de haber descontinuado el tratamiento con medicamentos del grupo 1.

También se usa el Metrotexate, habiendolo usado solamente en dos casos de los estudiados, obteniendo buenos resultados (poco usado por su alta toxicidad)

- 7- Se le indica al paciente la forma en que debe emplear los medicamentos prescritos.
- 8- Se les deja cita de 15 a 30 días, a veces hasta de 2 meses a pacientes que viven muy distantes.

olución de 108 pacientes psoriáticos.

	No. de Casos	%
siones mejoradas	98	90.74
caídas agudas	• 1	.93
terrupieron		
tratamiento	6	5.55
controlados	3	2.78
TAL	- 100	100

En el cuadro anterior nos damos cuenta que la mayoría de pacientes, el 90.74% mejoraron sus lesiones, especialmente con la asociación de los medicamentos anotados en el 1er. Grupo.

En un paciente se observó una recaída aguda haciendo el .93% la cual se atribuyó al uso de un esteroide local, no se especifica por no encontrar en la papeleta del paciente cual fue el esteroide local empleado. Este paciente inicia mejoría de sus lesiones empleando una combinación de algunos medicamentos del 1er. grupo y algunos otros del 2do. grupo.

El 5.55% de los pacientes interrumpieron el tratamiento posiblemente por haber observado mejoría en sus lesiones con el primer tratamiento o por vivir muy distantes a esta capital, por lo cual no asisten a las citas dadas por el médico o por que no se les estimula a llevar en forma adecuada el tratamiento, exagerando la naturaleza de su enfermedad para que acepten el trata-

Y un 2.78% de pacientes a los que no se les pudo controlar por su incumplimiento a la cita dada por el Dermatólogo, lo -- cual viene a contribuir a una desmejoría de las lesiones.

CONCLUSIONES

1. El 98.74% de los pacientes mejoraron con el tratamiento administrado.
2. El 5.55% de los pacientes estudiados, interrumpieron el tratamiento.
3. El 2.78% de los pacientes no se les pudo controlar.
4. El .93% de los pacientes estudiados recayeron.
5. Actualmente no se conoce el medicamento específico para el tratamiento de la Psoriásis.
6. Los medicamentos más usados y con mejores resultados son 1 que pertenecen al grupo # 1
7. El medicamento menos usado fue el Metrotexate, con buenos resultados.
8. El tratamiento actualmente sigue siendo paliativo.

RECOMENDACIONES

1. Explicar a los pacientes la importancia de llevar a cabo el tratamiento sin interrupción.
2. Hacer conciencia en el paciente sobre su enfermedad.
3. Debe insistirse porque se hagan historias clínicas más completas.

BIBLIOGRAFIA

- Cordero C.F.A. Dermatología Médico Quirúrgica. 4a. Edición. Guatemala, C.A. Impresión Litográfica Impcolor, 1976. Vol. 11, Cap. 20, p.p. 475 a 482.
- Cordero C.F.A. Manual de Dermatología, la de Impreso en los talleres de Unión Tipográfica, Guatemala, C.A. 1961, p.p. 249 a 252.
- Harrison. Medicina Interna. 4a. Edición. Trad. por Carolina A. de F., Alejandra C.D.L., Roberto C. Silvia de B., Cecilia M. C. Sadi de B. Cali Colombia 1973m Tomo 11, Cap. 400, p.p. 2226a 2227.
- Mont, Martínez Luis A. Tesis. Análisis de 130 casos En el Hospital Roosevelt y Departamento de Dermatología, sobre Psoriasis. Años 1964 a 1969. Guatemala. Año 1, 1974.
- Nelson. Pediatría. 6a. Edición. Salvat S.A. México D.F. 1971 Tomo 11 Cap. p.p. 1442 a 1443.
- Prieto, José. Dermatología, 5a. ed. España, Editorial Científica, 1961, Barcelona, Cap. 20 p.p. 554 a 565.
- Robins. Patología Estructural y Funcional. 1a. Edición, Trad. por Alberto Folch Pi, Homero V., Treviño, Interamericana S.A. México D.F. 1975. Cap. 30, p.p. 1, 331 a 1331.
- Sobral F. DA. cruz Revista 4, Dermatología Iberoamericana, publicada, con -A- Colavorao de Schering- Corporation.
- Redactao e Administrao: AN. Da Liberdade. 9)- lo Lisboa, 2o. Portugal, 1976, p.p. 389- 395

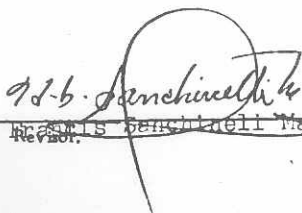
9. Stewart D.M. Dermatología. 2a. Ed. Traducida al español por Méndez A. Luis, S.A. México, D.F. Interamericana, Cap 30 p.p. 302, Cap. 31 y p.p. 310- 319

Br.


Laercio Rafael Juárez Pérez

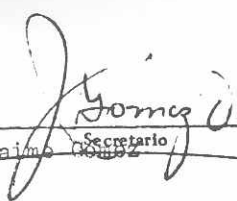

Eduardo Lechen.
Asesor.

Dr.

91-6. 
Mary Francis Benchinelli Maza
Revisor.


Carlos Waldelm
Director de Fases III

Dr.


Jaime Gómez
Secretario

Dr.


Carlos Waldelm
Decano.