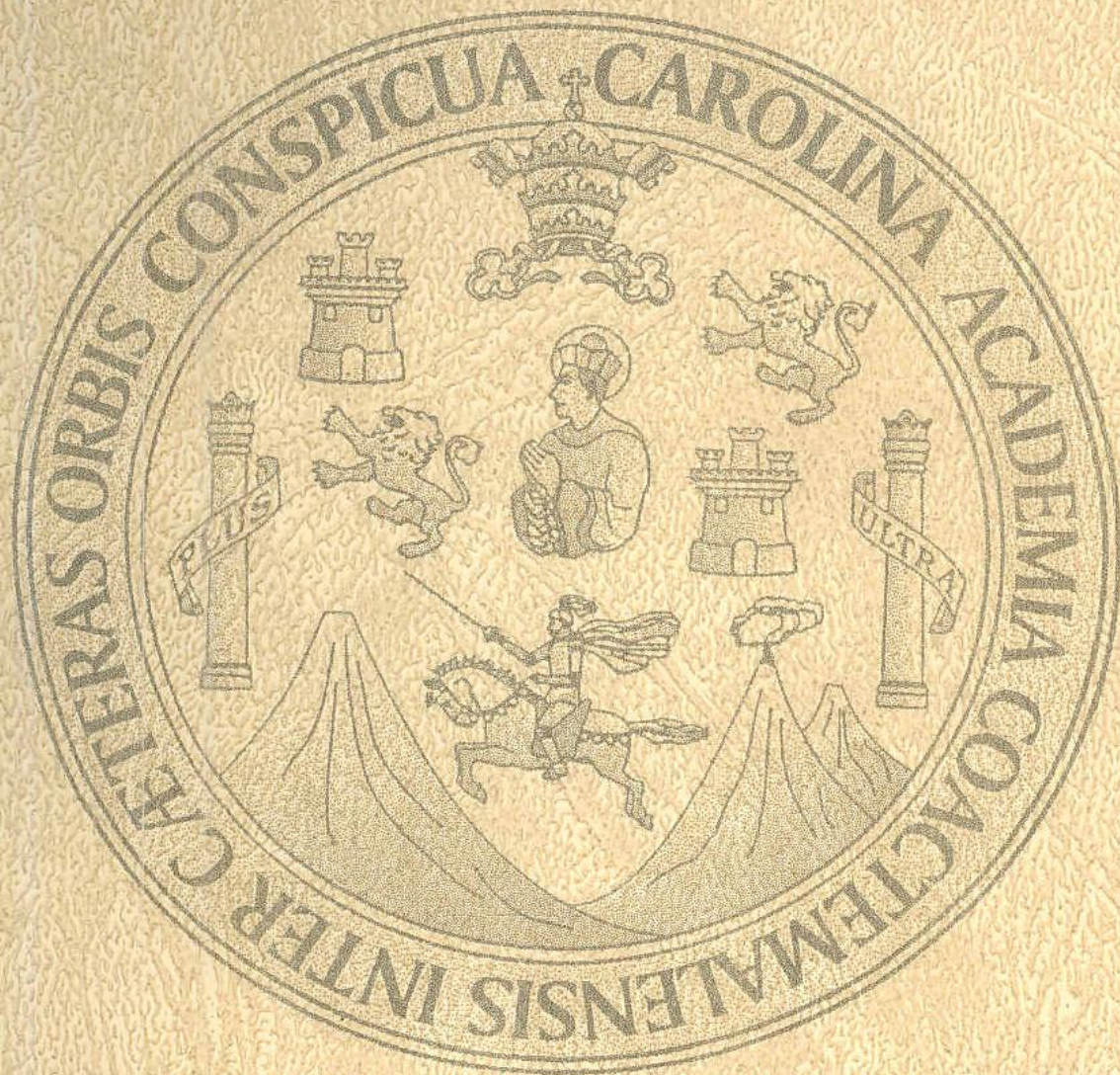


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**MONOGRAFÍA DE PSORIASIS Y SU CARACTERIZACIÓN
EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA**



KARIN SOFÍA WOLMERS EGGER

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	MARCO TEORICO	8
	A. ESTRUCTURAS Y FUNCIONES DE LA PIEL	8
	B. CAPAS DE LA PIEL	8
	1. EPIDERMIS	9
	2. CAPA BASAL	10
	3. CAPA ESPINOSA	11
	4. CAPA GRANULOSA	12
	5. CAPA CORNEA	12
	6. CAPA LUCIDA	14
	C. REGULACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN EPIDÉRMICA Y DIFERENCIACIÓN	14
	1. DERMIS	15
	2. TEJIDO CONECTIVO	15
	3. TEJIDO COLÁGENO	15
	4. TEJIDO ELÁSTICO	16
	5. HIPODERMIS	17
	D. PSORIASIS	18
	1. HISTORIA	18
	2. DEFINICION	18
	3. EPIDEMIOLOGIA	19
	4. ETIOLOGIA Y PATOGENESIS	20
	5. CONSIDERACIONES HISTOLOGICAS	21
	6. CONSIDERACIONES BIOQUIMICAS	23
	7. CINETICA CELULAR	23
	8. NEUCLOTIDOS CÍCLICOS Y PROSTAGLANDINAS	23
	9. INMUNOLOGIA	24
	E. CUADRO CLÍNICO	26
	F. TIPOS DE PSORIASIS	27
	G. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES	29
	H. METODOS DIAGNÓSTICOS	30
	I. TRATAMIENTO	31
VI.	MARCO METODOLOGICO	37
	A. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	37
	B. VARIABLES	37
VII.	MARCO OPERATIVO	40
	A. RECURSOS	41
VIII.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
IX.	CONCLUSIONES	54
X.	RECOMENDACIONES	55
XI.	RESUMEN	56
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
XIII.	ANEXOS	61

I. INTRODUCCION

En todos los países se presentan las enfermedades dermatológicas, en su mayoría la etiología de las mismas es atribuida a factores externos. Otras enfermedades crónicas, como la psoriasis se consideran hereditarias y/o familiares. La psoriasis se presenta con áreas de eritema y descamación en forma circular con bordes regulares y localizada en una región del cuerpo o diseminada en el mismo. En ocasiones es tan severa que no respeta palmas, plantas o genitales, siendo necesaria la hospitalización del paciente.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivos presentar una revisión bibliográfica amplia y actualizada así como la caracterización clínica y epidemiológica de la psoriasis. Para cumplir con este último objetivo se revisaron un total de 992 expedientes de los pacientes que han consultado al Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel en los últimos 5 años con diagnóstico de psoriasis.

El sexo más afectado por la psoriasis es el masculino con un 52.6%, las edades más afectadas según los datos obtenidos son de 31-40 años (20.5%), 21 – 30 años (18.4%) y 41 –50 años (17.2%), lo cual representa a la población económicamente activa y como consecuencia existen pérdidas económicas por ausencia laboral.

El tipo de psoriasis más frecuente es la psoriasis vulgar con un 42.2%, y la psoriasis en placas con 25.0%, en tercer lugar se presenta la psoriasis del cuero cabelludo con 18.6%, todos los otros tipos de psoriasis se presentan en menor frecuencia. Las áreas más afectadas corresponden al cuero cabelludo, tronco y extremidades. En menor porcentaje se afectan los pliegues, palmas, plantas, genitales y uñas.

A pesar que la psoriasis está descrita como una enfermedad hereditaria-familiar se encontró que el 94.6% de los expedientes estudiados no describían antecedente familiar. Entre el 5.4% que si presentaba antecedente familiar, el más frecuente es la relación consanguínea con el padre representando un 2.3%.

La psoriasis no se cura y por lo mismo su tratamiento tiene como fin disminuir la severidad del episodio actual y aumentar el tiempo entre cada recaída, esto se logra por medio de diferentes medicamentos tópicos y sistémicos, de los cuales se utilizan más el tratamiento tópico (53.3%), seguido de la combinación de ambos en un 39.7%. El ingreso hospitalario de los pacientes se presenta en un 2.5% y la fototerapia en un 0.9%.

Se espera que a través de esta investigación se enriquezcan los conocimientos de los médicos y pacientes acerca de la psoriasis y se logre determinar la mejor opción de tratamiento.

Se recomienda establecer un grupo de apoyo para los pacientes y familias que son afectadas por la psoriasis.

II. DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

La psoriasis es una enfermedad heredo- familiar, que se caracteriza por placas descamativas que pueden afectar una área localizada o ser diseminada en todo el cuerpo. (1,6,41)

La psoriasis es una enfermedad crónica que se manifiesta en la piel con áreas de eritema y descamación, lo que le da un aspecto singular. Las personas que ven esta enfermedad y no conocen su comportamiento tienen dudas y probablemente rechacen al paciente creyendo que se contagia por contacto directo, pero esta es una enfermedad NO contagiosa. (1,2,3,)

Los pacientes no solo sufren una enfermedad que les afecta física, si no también psicológicamente y por lo que tiene un efecto sobre la personalidad y autoestima de las personas afectadas y cercanas a ellas, causando cuadros de depresión que llevan a un empeoramiento del cuadro inicial de psoriasis. (34,33)

La psoriasis afecta el 2% de la población mundial, aunque esta estadística varía dependiendo del lugar y el reporte epidemiológico de los pacientes afectados. Su prevalencia es mayor en climas fríos donde la exposición a la luz solar es mínima. (1,6,41)

Guatemala no es la excepción, se estima en base al porcentaje anterior que 220,000 habitantes presenten esta enfermedad; no es un dato exacto pues no existen datos concluyentes sobre el comportamiento de la psoriasis en la población guatemalteca. (5)

Por ser un país eminentemente pobre la población guatemalteca acude a los hospitales nacionales como el Hospital Roosevelt, el Hospital General San Juan de Dios, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Hospital Militar y el INSTITUTO DE DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DE PIEL (INDERMA), este

último evalúa aproximadamente 630 pacientes con psoriasis al año representando un 6 % de la población, que acude a la consulta. (50)

En Guatemala la psoriasis se encuentra entre las 10 primeras causas de consulta de problemas dermatológicos según tesis realizada por Dr. Morales Castillo de la Facultad de Ciencias Medicas de la USAC “Relación clínico patológico en el diagnóstico de la psoriasis” realizada en 1995 en la policlínica del IGSS. (5)

Se realizó un pequeño estudio inédito en el Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel (INDERMA) por Dr. Carlos Gálvez psiquiatra de la institución en 1998 donde evidencian que los pacientes sufren de depresión y esto predispone a recaídas o cuadros más severos de psoriasis. Estos trastornos pueden impedir el desarrollo adecuado ante la sociedad de cualquier persona. (34,44,)

Se han estudiado las posibles causas de la psoriasis y por lo consiguiente se han evaluado diferentes maneras de tratarla. El tratamiento se divide actualmente en terapia tópica (crema esteroidea, derivados de vitamina A, retinoides tópicos) y tratamiento sistémico. La elección de la terapia depende de múltiples factores que afectan individualmente cada caso. A los pacientes con psoriasis que afecta menos del 20% de la superficie corporal total se le da tratamiento local; si afecta mas del 20% de la superficie corporal o en áreas expuestas a pequeños traumas se les administra tratamiento sistémico y si la psoriasis es generalizada se aplica fototerapia y existe la posibilidad de ser necesaria la hospitalización, a un centro especializado. (7,20,22,50)

Si aumentamos los conocimientos sobre esta enfermedad será mas fácil de tratar y tendremos la oportunidad de educar a la población afectada, permitiendo que los pacientes controlen sus recaídas y factores predisponentes a cuadros severos de psoriasis.

III. JUSTIFICACION

En todos y cada uno de los países del mundo se han reportado casos de psoriasis; no se sabe cuando se presentó el primer caso ni en donde, pero desde su inicio las personas que han sufrido de esta enfermedad han sido marginadas por la ignorancia de aquellas que las rodean.

En Guatemala no existen suficientes investigaciones sobre la psoriasis que nos ayuden a comprender su comportamiento y características en nuestro medio. En la Universidad de San Carlos de Guatemala en la Facultad de Ciencias Médicas existe una tesis del año 1995 que relaciona el porcentaje de diagnósticos clínicos versus histopatológicos, pero no enfoca la información al comportamiento de la enfermedad.

Esta es una enfermedad que afecta a millones de personas, similar en frecuencia a las enfermedades crónicas como lo son la diabetes mellitus o hipertensión arterial. Esta enfermedad puede llevar a estados de depresión y exacerbar el cuadro clínico inicial, por lo que tiene un impacto sobre el bienestar general del paciente lo que afecta su desarrollo social y laboral.

En Estados Unidos se ha estimado que se utilizan \$11,000.00 anuales en pacientes que presentan psoriasis y se les brinda tratamiento médico constante, fototerapia y si es necesario apoyo psicológico. No existe un dato exacto sobre pérdidas económicas por ausencia laboral. Es importante resaltar que esta enfermedad no se cura, se controla disminuyendo la severidad del episodio actual y aumentando los periodos de remisión entre un episodio y otro. La enfermedad puede progresar a una artritis psoriática invalidante, lo que disminuye el periodo económicamente activo de una persona.

Por medio de la investigación actual se caracterizará la enfermedad y su comportamiento, identificando a la población en riesgo de Guatemala. A través

de los médicos que laboran en INDERMA y los pacientes que asisten a el, se podrá brindar un adecuado plan educacional y mejorar la calidad de vida individual y familiar de los pacientes afectados.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

- I. Presentar una revisión bibliográfica amplia y actualizada sobre la caracterización clínica y epidemiológica de la psoriasis.
- II. Caracterizar epidemiológica y clínicamente a la psoriasis en el Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel con datos obtenidos de las fichas clínicas de los pacientes con diagnóstico de psoriasis, durante el periodo enero 1996 a diciembre de 2000.

ESPECIFICOS:

- 1) Determinar cuál es el sexo más afectado.
- 2) Señalar cuál es la edad de inicio más frecuente.
- 3) Identificar cuál es el tipo de psoriasis que más afecta a la población guatemalteca.
- 4) Determinar cuál es el tratamiento más utilizado.
- 5) Determinar el tiempo que llevaban los pacientes de tener afección de la piel antes de consultar por primera vez el Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel.
- 6) Determinar si existe antecedente familiar de la enfermedad.

V. MARCO TEORICO

A. ESTRUCTURAS Y FUNCIONES DE LA PIEL

La principal función de la piel es crear una barrera que limite el mundo exterior del interior. Sus funciones giran alrededor de mantener una homeostasis del organismo. Regula el balance de los líquidos y electrolitos contribuyendo a mantener el volumen vascular sanguíneo y sus demandas de emergencia, modula los cambios de temperatura corporal, en donde juegan un papel importante los vasos sanguíneos de las estructuras cutáneas, poseyendo un delicado sistema neurorreceptor que lo relaciona con el medio ambiente, también es asiento de múltiples reacciones bioquímicas y biomoleculares que le atribuyen un estado de permanente actividad. (5,7,36,43,44)

Aunado a lo anterior, otra de sus funciones es la protección que le brinda a las estructuras internas. Es una defensa de traumas físicos, variaciones en la temperatura, radiación ultravioleta y penetración de sustancias orgánicas e inorgánicas, también constituye una barrera contra microorganismos patógenos capaces de producir una enfermedad cutánea o sistémica e interviene en la vigilancia inmunológica. Evita la pérdida de fluidos corporales hacia el exterior y participa activamente en la síntesis de vitamina D. (5,7,36,43,44)

B. CAPAS DE LA PIEL

La piel esta constituida por tres capas principales que a su vez están subdivididas.

- EPIDERMIS
- DERMIS
- HIPODERMIS (tejido celular subcutáneo)

Dentro de estas capas se encuentran diferentes anexos y estructuras importantes, como lo son glándulas sudoríparas, ecrinas, apocrinas, sudoríparas folículos pilosos, vasos sanguíneos, nervios, vasos linfáticos y estructuras nerviosas especializadas. (5,7,36,43,44)

Tomaremos en cuenta como anexos las uñas, estructuras cornificadas especializadas, cuya función es la protección de la extremidad distal de los dedos y la manipulación fina. (5,7,36,43,44)

1. Epidermis

La epidermis es la capa mas superficial y mejor conocida como “piel”. Consiste en una delgada hoja constituida por diversos tipos de células, cuyo espesor promedio es inferior a medio milímetro, siendo mas gruesa en aquellas áreas donde se ejerce mayor presión o fricción, como ocurre en las palmas de las manos y plantas de los pies, es mas delicada y delgada en áreas como los párpados. (5,7,36,43,44)

La epidermis contiene un epitelio estratificado constituido por varias capas de células llamadas queratinocitos, sus capas respectivas son:

- Estrato corneo
- Estrato granuloso
- Estrato espinosos
- Estrato germinativo
- Estrato basal

La epidermis esta en constante actividad y renueva sus componentes celulares continuamente. Esta renovación se inicia en la capa basal cuyas células columnares se multiplican dando origen a las de la capa espinosa, se estratifican y migran paulatinamente hacia la superficie donde posteriormente modifican su

forma y desarrollan granulaciones internas para convertirse en las células de la capa granulosa y finalmente pierden estas granulaciones transformándose en las células anucleadas de la capa cornea. (5,7,36,43,44)

Cada célula germinativa cumple un ciclo de multiplicación celular que consta de cuatro fases muy bien establecidas:

- Fase M: mitosis
- Fase postmitótica G1: interfase
- Fase S: período de síntesis activa del DNA
- Fase G2: lapso de crecimiento premitótico.

Estas fases han sido verificadas por medio de estudios con diversos isótopos radiactivos, analizando biopsias tomadas a diferentes horas, determinando que el ciclo completo de la piel dura aproximadamente 100 horas. (5,7,36,43,44)

También ha sido establecido que el tiempo de tránsito total de una célula , desde su origen en la capa germinativa hasta su desprendimiento de la capa cornea; es un promedio de 31.5 días. En la psoriasis, enfermedad caracterizada por una rápida multiplicación de las células epidérmicas, este tránsito está aumentado de cinco a ocho veces su velocidad normal. En la proliferación celular actúan mecanismos de control estimulantes (factores de crecimiento, aislados en la glándula salivar) o inhibitorios (sustancias de carácter proteínico con peso molecular bajo e intermedio, específicas para los tejidos pero no para la especie). (5,7,36,43,44)

2. Capa Basal

Está constituida por células de tipo columnar y núcleo en la base, ordenadas de forma apiñada. Esta capa esta formada por una sola hilera de células y está firmemente unida a la membrana basal. Contiene melanosomas

pigmentados que han sido transferidos del melanocito y fagocitados por las células basales. Las queratinas K5 y K14 son expresadas por la capa basal, al igual que la K19. (5,7,36,43,44)

En esta capa están las células con mayor actividad mitótica. Una vez que la célula basal se desprende y migra hasta la capa cornea pasan 14 días; donde permanece 14 días adicionales hasta el momento de ser exfoliada de la piel. (5,7,36,43,44)

3. Capa Espinosa

Es también llamada capa de Malpighi, esta constituida por células polihédricas, ligeramente eosinofílicas. Constituyen el mayor volumen de la epidermis y se distribuyen en hileras entre la capa basal y la granulosa. (10)

Las células de forma polihédrica se aplanan progresivamente y migran hacia la superficie. Contienen gránulos laminares, organelas que están constituidas por lisosomas. (5,7,36,43,44)

Estas células poseen numerosos filamentos finos denominados tonofilamentos, cuyo diámetro es de 5 nanómetros (nm) y que al agruparse forman pequeños manojos o grupos denominados tonofibrillas. Entre las células espinosas se aprecian también numerosas estructuras con aspecto de espina que las unen unas con otras, conocidas como desmosomas. Estas estructuras mantienen su cohesión por la desmocalmina, una proteína que se une al sitio de inserción del filamento de queratina. Los desmosomas son el punto mecánico de unión de las células espinosas, los espacios entre ellas constituyen una vía de comunicación fisiológica. (5,7,36,43,44)

Las células basales poseen estas estructuras y en la zona de anclaje hacia la dermis constituyen a mitades de desmosomas o “hemidesmosomas”. Esto le

confiere a la piel sus características de resistencia a fricción y tracción. (5,7,36,43,44)

4. Capa Granulosa

Las células espinosas al aplanarse desarrollan gránulos en su citoplasma, dando origen a la capa granulosa. Los gránulos representan un estado activo de la queratinización, y están constituidos por queratohialina (proteína electrodensa), profilagrina y filamentos intermedios de queratina. En esta capa, procesos de proteólisis y fosforilación transforman las queratinas K1 a K2 y la K10 a K11. Las anomalías estructurales en los gránulos de queratohialina o su ausencia son características de algunos desordenes de la queratinización, como en el caso de la psoriasis, que se encuentran en su mayoría de veces ausentes. Otros componentes importantes son las proteínas de la envoltura cornificada de las células, entre las cuales se encuentran la involucrina, queratohialina, loricrina, pancornulinas y otras proteínas; a pesar de que son producidas en la capa granulosa son reconocidas morfológicamente en las células cornificadas. (5,7,36,43,44)

Los gránulos laminares, en la interfase con las células cornificadas, extruyen su contenido al espacio intercelular en forma de discos, que posteriormente se reordenan en forma de láminas, proceso en el cual toman parte las enzimas hidrolíticas y los lípidos liberados. Se forma una barrera de lípidos en la unión entre la capa granulosa y la capa cornificada formando un sello hidrófobo que reduce la pérdida de agua de la piel e impide el movimiento de compuestos polares. (5,7,36,43,44)

5. Capa Córnea

Las células que proceden de la capa granulosa súbitamente sufren una transformación, consistente en la pérdida de su núcleo y su contenido celular, hasta las organelas. No se despoja de los filamentos de queratina y matriz de

filagrina. Cada célula pierde un 46 a 86% de su peso seco. De esta manera se constituye la capa córnea. Esta estructura brinda a la piel protección mecánica y una barrera contra la pérdida de agua y penetración de sustancias solubles del medio ambiente, función que se encuentra ausente en la psoriasis. Las proteínas de alto peso molecular (> 60 kilo Daltons) y alto contenido de uniones disulfuro, son las responsables de este fenómeno, y comprenden el 80% del total de las células cornificadas; el resto lo conforma probablemente la filagrina. Las enzimas que aun están presentes en la capa córnea contribuyen a la remodelación de los lípidos unidos covalentemente a la pared de la célula cornificada, y también promueven la descamación final. (5,7,36,43,44)

Las queratinas citoesqueléticas son proteínas fibrosas alfa- helicoidales, fabricadas por la mayoría de las células epiteliales. Las queratinas epidérmicas conforman el 30- 85% del total de las proteínas, siendo de menor peso molecular las presentes en todas las células epidérmicas y de mayor peso (6.070 KD) en las ya diferenciadas. A pesar de sus diferentes pesos, tienen determinantes antigénicos comunes. Son ricas en ácido glutámico/glutamina y en menor cantidad, glicina, serina y leucina. (5,7,36,43,44)

La molécula de queratina contiene dos regiones helicoidales de unos 300 aminoácidos, separadas por una sección no helicoidal de cinco a quince aminoácidos. Se requiere para su síntesis la presencia de varios polipéptidos. Un componente esencial de los gránulos de queratohialina es la profilagrina, precursora de la proteína filagrina que cataliza la asociación de los filamentos de queratina en los queratinocitos. (5,7,36,43,44)

Mediante la utilización de anticuerpos monoclonales antiqueratina, fabricados con la técnica de los hibridomas, se han determinado, por lo menos tres grupos de queratinas, que reaccionan con anticuerpos denominados AE1, que se unen a queratinas de 50K y 56, 5K; AE2 que reacciona con las de 56, 6K y 65- 67K y el AE3 que marca las de 58K y 65- 67K. (5,7,36,43,44)

Las reacciones anteriormente establecidas conforman como mínimo dos familias antigénicas excluyentes de queratina: las que reaccionan con AE1 y las que lo hacen con el AE3. Según los pesos moleculares existen siete grupos de queratinas, las queratina de menor peso se encuentran distribuidas ampliamente y las de mayor peso sólo se localizan en zonas concretas del epitelio, esto sugiere que deben jugar papeles diferentes estructural o funcionalmente durante el proceso de diferenciación epitelial y su expresión anormal puede llevar al desarrollo de procesos eritematosos a nivel cutáneo. (5,7,36,43,44)

6. Capa Lúcida

Consiste en una zona de transición entre la capa granulosa y la capa cornea, solamente presente en las palmas y plantas, donde el espesor de las capas es mayor que el resto de la superficie cutánea. (5,7,36,43,44)

C. REGULACION DE LA PROLIFERACION EPIDERMICA Y DIFERENCIACIÓN

La interacción entre la dermis y epidermis juega un papel determinante en el mantenimiento de la estructura y funciones de la piel. Esta interacción es la responsable del desarrollo de los apéndices epidérmicos, de la formación de estructuras y de los antígenos de la unión dermo–epidérmica. Los hemidesmosomas que actúan como anclaje dermo–epidérmico cumplen con la función de comunicación bidireccional que influye en la expresión de genes, pH y flujo de calcio. El contacto de los queratinocitos con la membrana basal y con los componentes de la matriz extracelular, afecta la diferenciación del queratinocito. Las citoquinas y neuropéptidos son críticos en la reepitelización y expresión de la enfermedad en los estados inflamatorios. (5,7,36,43,44)

El calcio es muy importante para la regulación de la proliferación y diferenciación de la epidermis y vital para la formación de desmosomas. Cuando los niveles de calcio caen ocurre una falla en la diferenciación del queratinocito.

La concentración extracelular de calcio tiene efecto sobre los niveles de calcio intracelular. (5,7,36,43,44)

1. DERMIS

La dermis constituye la parte mas voluminosa de la piel y aporta entre el 15 y 20% del peso total del cuerpo humano. Presenta dos regiones bien diferenciadas:

- Dermis papilar
- Dermis reticular

La dermis papilar es cercana a la epidermis a la cual moldea en su contorno, constituída por fibras colágenas de pequeño calibre y fibras elásticas de oxitalán. No contiene colágeno maduro. Tiene una densidad alta de fibroblastos y mayor actividad metabólica que la dermis reticular. Se separan una a la otra por el complejo vascular superficial. (5,7,36,43,44)

La dermis reticular esta compuesta por fibrillas de colágeno de mayor calibre, entrelazadas con fibras proteicas y una sustancia amorfa, denominada sustancia fundamental. (5,7,36,43,44)

2. TEJIDO CONECTIVO

El tejido conectivo esta compuesto por tejido de colágeno, fibras de reticulina y tejido elástico. (5,7,36,43,44)

3. TEJIDO COLÁGENO

Constituye un 75% del peso seco de la piel y consta de fibras que a la microscopía de luz se aprecian como bandas ramificadas de 15 micras de ancho, con estriaciones múltiples de tipo periódico. Estas fibras de tejido colágeno (I, II y V) están compuestas, a su vez, por finas fibrillas que a la microscopía

electrónica tienen 100 nm de ancho y se caracterizan por sus estriaciones periódicas, espaciadas a 60 o 70 nm entre sí. (10)

Los colágenos son una familia de glicoproteínas muy afines de triple cadena, que varían de acuerdo con el tipo de colágeno. La molécula de colágeno esta constituida por tres cadenas polipeptídicas, cada una de la cuales se conforma por alrededor de 1000 aminoácidos (aa). Cada cadena tiene una secuencia primaria repetida (X-Y- Gly), con prolina e hidroxiprolina en las posiciones X y Y respectivamente, con dominios terminales globulares. Se organizan con una configuración helicoidal y tienen un peso molecular de 300000 daltons (D) y una longitud de 3000 angstroms (Å). (5,7,36,43,44)

Para el metabolismo de la colágena se necesita oxígeno, hierro ferroso, zinc, magnesio, vitamina B, C, alfa – cetoglutarato y algunos aminoácidos. (5,7,36,43,44)

4. TEJIDO ELÁSTICO

Consiste en fibras delgadas y delicadas con ramificaciones que pueden ser selectivamente coloreadas. Característicamente son estiradas en un 100% de su longitud y retornan al tamaño original (lo cual confiere su nombre). Constituyen el 4% del peso seco de la proteínas de la matriz dérmica. (5,7,36,43,44)

Las fibras elásticas tienen dos componentes: *microfibrilar* y *matriz*. Varias glicoproteínas han sido identificadas como constituyentes de las microfibrillas, pero la mas importante es la fibrilina de 350kDa. El componente de la matriz, la elastina, se origina en su precursor, la tropoelastina, molécula rica en aminoácidos hidrofóbicos. La elastogénesis se inicia con la síntesis y depósito de las microfibrillas que cuando maduran se encuentran embebidas en la matriz de elastina. Otros componentes de la elastina son las fibras de oxitalán y elaunina. (5,7,36,43,44)

5. HIPODERMIS

Es lo que se conoce como tejido celular subcutáneo. La grasa subcutánea formada por lipocitos, dispuesta en lobulillos separados por trabéculas de tejido conectivo, situada por debajo de la dermis y limitada por la fascia profunda. Esta capa constituye un cojín amortiguante contra el trauma y una barrera térmica que contiene material disponible de alta energía almacenada en forma de células de grasa (calorías). (5,7,36,43,44)

El tejido celular subcutáneo varía de espesor dependiendo de las áreas anatómicas y también en los diferentes individuos y razas. Tienen una función cosmética, pues moldea la figura corporal. (5,7,36,43,44)

La grasa que contienen los lipocitos está compuesta predominantemente por triglicéridos y especialmente por los ácidos palmítico, esteárico y oleico. Contiene además un 10 a 30% de agua y menos de un 2% de colesterol, vitaminas liposolubles e hidrocarburos clorinados ingeridos en la dieta. (5,7,36,43,44)

En el tejido celular subcutáneo se encuentra la inervación cutánea y vasculatura de la piel. (5,7,36,43,44)

D. PSORIASIS

1. HISTORIA

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que se ha conocido desde hace muchos años, desde antes de Cristo probablemente. La primera descripción original de psoriasis es atribuida a Celsus (discípulo de Hipócrates) aproximadamente en 1684 y el término psoriasis fue utilizado por primera vez por Galeno describiendo otra enfermedad que actualmente ya no se conoce como psoriasis. Se cree que la psoriasis pudo haber sido en ocasiones confundida por lepra. A Willian le fue acreditado en 1801 la primera descripción clínica de psoriasis como se conoce actualmente. Por su morfología y manifestaciones clínicas se clasifica en el grupo de las dermatitis eritematosas - descamativas. La palabra psoriasis es derivada del latín que significa **psor**: prurito **iasis**: estado. Lo que describe la patología de excelente manera siendo una enfermedad que produce prurito intenso en las regiones afectadas. (1,6,41,44)

Las investigaciones se remontan a 1960's cuando era considerada una enfermedad crónica hereditaria que era causada por estrés psicosomático. Al rededor de 1970 se concluyó que era un movimiento acelerado y anormal de los queratinocitos a través de las capas de la piel. Se ha tomado 20 años en determinar que el principal componente de la psoriasis se encuentra en la interacción entre linfocitos T con los queratinocitos. (6,41,44,50)

2. DEFINICION

Modernamente el término se aplica a un cuadro común, tipificado por una dermatosis inflamatoria dada por la presencia de pápulas o placas eritematosas, descamativas, de evolución crónica.(1, 6,41,44)

La psoriasis es una enfermedad común caracterizada frecuentemente por lesiones indoloras con eritema crónico, descamación papulosa o placas

descamativas con bordes bien definidos que tienen afinidad por localizarse en codos, rodillas, cuero cabelludo, pene y superficies extensoras como los pliegues, todas caracterizadas por ser sitios de presión y trauma constantes. La gravedad y duración del episodio es variable. (1,5,6,7,36,41,43,44)

3. EPIDEMIOLOGIA

A pesar que la psoriasis es una enfermedad crónica, la severidad y comportamiento de sus manifestaciones varía durante toda la evolución de la enfermedad. La psoriasis puede tener períodos de exacerbación y remisión casi total. En un estudio realizado en la Universidad de Standfor durante el año 1977 hasta un 40% de los pacientes presentaron remisiones que duraron de 1 a 54 años. 29 % de los pacientes reportaron una remisión espontánea lo que significa que desapareció sin tratamiento médico, sin saber la causa. (1,5,6,7,36,41,43,44)

La incidencia real de psoriasis es difícil de determinar debido a que los pacientes que tienen lesiones leves no buscan atención médica, lo cual lleva a subregistros epidemiológicos a nivel mundial. (1,5,6,7,36,41,43,44)

La prevalencia de la psoriasis varía a nivel mundial. En Estados Unidos la prevalencia oscila entre el 1 y el 2% aunque si se toman en cuenta todos los pacientes que no acuden al médico aumenta a un 3%. En un estudio realizado en 1980 en una población determinada de Estados Unidos tomando en cuenta solamente edad y sexo se logró establecer que la psoriasis puede llegar a afectar hasta un 6% de una población. La psoriasis afecta más a blancos que asiáticos o afroamericanos. Los africanos del Oeste son menos afectados que los del Este, siendo su prevalencia similar a la de pacientes blancos europeos. Parece no haber diferencia significativa entre la afección de hombres y mujeres. Las lesiones pueden aparecer desde el nacimiento o hasta edad avanzada. Con su inicio frecuentemente durante la segunda a cuarta década. Según el libro “Manual de Dermatología” del Dr. Fernando Cordero la psoriasis afecta al sexo masculino en mayor frecuencia que al femenino y no hay diferencias entre las

razas. En lo que todos están de acuerdo es que es rara la psoriasis en infantes o niños menores de 2 años. (1,5,6,7,36,41,43,44)

4. ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

Su causa exacta es aún desconocida, aunque hay ciertos factores desencadenantes que han orientado a varias teorías patogénicas. Entre las cuales destacan:

- A) Se cree que su aparición esta relacionada con la respuesta antigénica de infecciones de estafilococo y estreptococo.
- B) Se ha considerado una enfermedad genética.
- C) Desencadenado por el fenómeno de Kobner, (trauma, fricción o presión) en ciertas regiones del cuerpo.
- D) Desencadenado por ciertos medicamentos especificados posteriormente.
- E) El estrés esta relacionado con exacerbaciones de la enfermedad.
- F) El clima puede influir en desencadenar la psoriasis.

(1,5,6,7,36,41,43,44)

El factor patogénico primario es una lesión individual que puede significar la pérdida del control en la reproducción celular, esto resulta en una proliferación aumentada de epidermis y consecuentemente una completa queratinización y una defectuosa barrera epidérmica. Otros consideran que la psoriasis es un desorden de queratinización con problemas en la maduración celular y como consecuencia secundaria hiperplasia. (1,5,6,7,36,41,43,44)

La integración de varias anormalidades inmunológicas, bioquímicas y ultraestructurales de la hiperproliferación de células epidérmicas ha provisto nuevos conceptos en la patogénesis de psoriasis. (1,5,6,7,36,41,43,44)

La ocurrencia familiar aumentada sugiere un factor genético predisponente, como causa etiológica. Investigaciones han concluido que los factores ambientales influyen su desarrollo y manifestaciones. Se han descrito

otros factores que influyen en su aparición, como lo son los traumas, infecciones estreptocócicas, la vida sedentaria, el consumo elevado de grasa, la acción nociva de las estaciones frías del año, los trabajos rudos y el consumo de ciertos medicamentos (antagonistas beta-adrenérgicos), propranolol, indometacina, salicilatos, ácido araquidónico, alteración en las prostaglandinas lo que podría favorecer su manifestación o empeoramiento en una determinada región del cuerpo. El estrés psicológico puede exacerbar los cuadros clínicos. La psoriasis es mejor considerada una enfermedad multifactorial con un componente genético. (1,5,6,7,36,41,43,44)

En un individuo predispuesto genéticamente a la psoriasis las manifestaciones de la enfermedad dependen de la ocurrencia de factores ambientales y eventos desencadenantes. El factor genético juega un papel importante en la expresión genética de la enfermedad aunque es compleja la manera de herencia y la expresión fenotípica de la enfermedad es muy variable, pues no se ha logrado establecer de manera definitiva. (1,5,6,7,36,41,43,44)

En estudios realizados con marcadores genéticos como antígenos sanguíneos, enzimas y factores del complemento de histocompatibilidad, han dado una nueva visión a la susceptibilidad de un individuo a la psoriasis. (1,43,44)

5. CONSIDERACIONES HISTOLOGICAS

No se sabe en que capa inicia la psoriasis, si en la epidermis o dermis. Una biopsia de piel típica de psoriasis revela paraqueratosis, hiperqueratosis ausencia del estrato granuloso, que es la clave del diagnóstico, acantosis con elongación de las fisuras, adelgazamiento de la capa suprapapilar, capilares tortuosos y dilatados con edema y una pápula dérmica con figura de “bate”. Un infiltrado perivascular mixto se encuentra presente con acumulación focal de neutrófilos en los estratos corneo y de Malpighii. En la psoriasis pustulosa la acumulación de neutrófilos es abundante. (1,6,41,43,44)

Histológicamente se describía como hiperproliferación. En los últimos estudios se ha observado interrelaciones entre la dermis y epidermis que pueden presentarse como hiperproliferación de queratinocitos normales. Algunos estudios identifican lesiones capilares que sugieren alteraciones en la permeabilidad epidérmica o la modulación dérmica que se ve afectada como respuesta a la pérdida de la permeabilidad. En las áreas afectadas se observa dilatación y tortuosidad de los capilares y estos cambios pueden permanecer hasta luego remitido el episodio. (1,6,41,43,44)

La psoriasis se determinaba histológicamente como enfermedad inflamatoria con hiperproliferación epidérmica, por lo que su tratamiento con medicamentos que disminuyen la inflamación local o general y atacan al sistema inmunológico han ayudado a su control. (1,6,41,43,44)

Braun Falco ha propuesto tres fases de la psoriasis:

- a) Psoriasis Latente: condición genéticamente determinada que no presenta cambios funcionales o morfológicos de la piel.
- b) Prepsoriasis: consiste en cambios definitivos de la dermis y epidermis debajo de la piel del paciente sin manifestaciones clínicas.
- c) Psoriasis: cambios histopatológicos con el cuadro clínico de psoriasis. (1)

Por medio de microscopía electrónica se ha encontrado agregación incompleta de tonofibrillas y una inadecuada formación y dispersión de gránulos de queratohialina como una manifestación acelerada e incompleta de queratinización. Existe una deficiencia importante en una interacción proteína – lípido en el estrato corneo con cambios morfológicos evidentes. (1,6,44)

6. CONSIDERACIONES BIOQUIMICAS

Existe una hipótesis bioquímica que establece que hay defectos genéticos en regiones donde se sintetizan mucopolisacáridos lo que produce una acumulación de glicoproteínas en escamas psoriáticas. (1,6,44)

En las lesiones psoriáticas el suero contiene constituyentes anormales, lo que nos hace pensar en mecanismos de permeabilidad con mal funcionamiento. El suero que se encuentra en las lesiones psoriáticas no es único a esta enfermedad, se encuentra en otras lesiones que causan edema e infiltración en las capas de la piel. (1,6,44)

7. CINETICA CELULAR

Un concepto nuevo ha sido presentado con respecto al ciclo celular en la psoriasis. El tiempo germinativo fue estimado previamente como 37.5 horas a diferencia de la epidermis normal que son mas de 163 horas. Gelfant ha presentado evidencia que concluye que la germinación de células en psoriasis es el doble de rápido que en piel normal. Según este autor la terapia debe ser dirigida hacia prevenir el reclutamiento de las células no cíclicas, por lo tanto evitando que la proliferación epidérmica en psoriasis. (1,6,44)

8. NUCLEOTIDOS CICLICOS Y PROSTAGLANDINAS

En 1971 se creó una hipótesis estableciendo que la proliferación epidérmica y el aumento en el contenido de glicógeno en psoriasis era inducido por un defecto en la AMP cíclico. Este controla la actividad mitótica y media el metabolismo del glicógeno. El GMP cíclico se opone a estos efectos. (1,6,41,44)

En el estudio de Voorhees y colaboradores reportaron un descenso estadísticamente significativo del (55% al 36%) en los niveles de AMP cíclico, de las lesiones psoriáticas comparado con la epidermis en individuos con tejido

normal. En otro estudio se estableció que los niveles de AMP cíclico pueden variar y por lo tanto son irrelevantes. (1,6,41,44)

Se ha establecido que el descenso de los niveles de AMP cíclico está asociado con el aumento del GMP cíclico. Estos niveles se encuentran directamente proporcional para mantener la homeostasis epidérmica. (1,6,41,44)

La adenilato ciclasa en psoriasis demuestra menos sensibilidad a catecolaminas y prostaglandinas pero una respuesta normal a la histamina, adenosina y nucleótidos adenina. Una disminución en la respuesta de AMP cíclico en psoriasis hacia la estimulación de prostaglandinas E1 que sugiere que estas juegan un papel en la modulación del sistema AMP cíclico, esto explicaría la razón de que ciertos medicamentos aceleren los cuadros de psoriasis luego de su administración. (1,6,41,44)

9. INMUNOLOGIA

La importancia de la asociación del complejo de histocompatibilidad (HLA) en psoriasis no consiste solamente en que son marcadores genéticos que determinan a las personas que se encuentran en riesgo de presentar esta enfermedad y la severidad de la misma si no en esclarecer la patogénesis de la misma. (1,6,41,44)

Se sabe que ciertos tipos de HLA se asocian a la enfermedad, pero no son los causantes de los síntomas. Los estudios con HLA muestran una asociación con los antígenos de clase I: B13, B17, B37, CW6 y en los de la clase II: DR7. El más importante es el HLA-CW6. (11,6,41,44)

El complejo de histocompatibilidad esta compuesto de cuatro loci en el cromosoma 6 (HLA-A; HLA- B; HLA- C y HLA-D) que determinan los antígenos de superficie involucrados en las reacciones autoinmunes del paciente.

Aparentemente los genes comprometidos en la producción de la psoriasis se encuentran en el sexto cromosoma en los loci C y D del complejo mayor de histocompatibilidad humano. (1,6,41,44)

Los pacientes con artritis psoriática han demostrado una mayor tendencia a expresar el halotipo HLA- B27. (1,6,41,44)

La hipótesis del almacén: se cree que toda la epidermis de un individuo con el “fenotipo psoriático” tiene la capacidad de expresar la enfermedad clínica. La expresión se controla por una compleja interacción de las células epidérmicas, dérmicas, inmunocitos y quizás algunas sustancias humores. El queratinocito del psoriático tiene el fenotipo único con la capacidad inherente para realizar una hiperproliferación y una diferenciación alterada. Situaciones que se encuentran bajo control genético. (1,6,41,44)

La mutación de uno de los elementos conduce a la expresión de las lesiones ya que podría provocar una menor afinidad por lograr un complejo receptor/ligando. Este complejo normalmente suprime la expresión de un gen promotor de proliferación celular, el fenotipo resultante tiende a ser más proliferante y menos diferenciado. Si la mutación produce un elemento regulador que tiene una gran afinidad mayor por promotor del complejo ligando/ receptor, también se llega al mismo fenotipo. Puede existir una amplia variedad de complejos receptor/ligando para modular cada uno de los elementos reguladores, y por ello un defecto genético de este tipo puede tener efectos muy amplios en la expresión fenotípica de la enfermedad. (1,6,41,44)

En la psoriasis el fenómeno más llamativo es una proliferación acelerada de las células epidérmicas, debida quizás a un desequilibrio en el metabolismo de los nucleótidos cíclicos y de las prostaglandinas, con una alteración del AMP cíclico. Los datos existentes a veces son contradictorios entre diversos observadores y quizás lo multifactorial de la enfermedad es lo que hace solo algunos de los enfermos expresan tales alteraciones. (1,6,41,44)

TABLA I

<u>ALTERACIONES DE LA INMUNIDAD CELULAR EN PSORIASIS</u>
Disminución en la reacción a los alérgenos de contacto
Disminución en la reacción a los antígenos intradérmicos.
Depresión de la respuesta a los mitógenos in vitro.
Disminución en la producción de linfocinas ante antígenos in vitro
Los linfocitos T pueden estar normales o bajos. Retornan a lo normal luego de tratamiento.
Disminución de la función de los linfocitos T supresores pero también puede ser normal.

Tabla I: Factores relacionados a anormalidades inmunes en psoriasis, tomado de Fundamentos de Medicina. Velez H. (44)

E. CUADRO CLINICO

La lesión primaria es una placa o pápula eritematosa delicadamente circunscrita, rodeada por una capa de escamas grisáceas- blancuzcas. Debajo de la escama podemos encontrar una hipervascularización dérmica y adelgazamiento de la epidermis (Signo de *Auspitz* positivo). Circunscribiendo la lesión se puede observar un halo blancuzco llamado anillo de Woronoff. Estas lesiones se pueden encontrar con mayor frecuencia en cuero cabelludo, codos, rodillas, glúteos o cualquier región del cuerpo. La afección ungüeal también es frecuente. La lengua casi nunca se afecta pero en raras ocasiones se puede observar una *lengua geográfica*. (1,6,7,36,41,43,44)

Es una enfermedad pápulo escamosa que suele aparecer de forma lenta y progresiva sin previo aviso. Tiene dos características importantes:

- 1) Las lesiones primarias pueden ser pápulas o maculopápulas varias o una sola.
- 2) La mayoría de las lesiones son cubiertas por un tipo de escama.

Las pápulas de color rojo por el eritema que pueden ser aisladas o coaleser y formar una placa eritematosa de diferentes tamaños superficiales y sin infiltración de bordes circunscritos con escamas blancas – grisáceas, secas, laminares friables y poco adheridas. (1,5,6,7,36,41,43,44)

El crecimiento y coalescencia de la lesión primaria puede formar las placas y pápulas de formas caprichosas originando diferentes presentaciones de la psoriasis. Dependiendo de donde se localicen estas tomaran diferentes nombres y características especiales descritas a continuación. (1,5,6,7,36,41,43,44)

F. TIPOS DE PSORIASIS

- Psoriasis vulgaris: es la psoriasis más común, por lo general se limita a codos, rodillas y áreas de flexión.
- Psoriasis capilar: psoriasis que afecta al cuero cabelludo y por lo general donde hay abundantes folículos pilosos (como cejas). Su duración puede variar de meses a años, presenta leve prurito lo que causa rascado subconsciente del paciente. El tratamiento es mas dificultoso porque la fototerapia es difícil de acceder al cuero cabelludo. Las lesiones pueden ser placas con escamas adherentes y gruesas. La liquenificación es causada por el rascado del cuero cabelludo. Puede haber exudación y fisuras detrás de las orejas.
- Psoriasis guttata: este tipo de psoriasis es menos frecuente de todos los tipos de psoriasis. Suele afectar mas a jóvenes luego de un acceso de infección estreptocócica. Lesiones de tipo pápulas de 2.0 a 1.0 centímetros de diámetro color rosado y salmón. Suele ser generalizada con énfasis en tronco sin afectar las palmas o plantas.
- Psoriasis ungüéal: afecta el 25% de la uña asociado frecuentemente a artritis. Los cambios ungüéales son: hiperqueratosis, onicolisis, con puntos color café amarillento debajo de la uña, fóveas que la semejan a un dedal. En casos más

severos pueden asociarse con surcos transversales, cambios de coloración (amarillenta) y quebradiza con hiperqueratosis en su borde libre y lecho.

- Psoriasis vulgaris palmas y plantas: psoriasis que afecta únicamente las plantas de los pies y palmas lo que no permite el adecuado y efectivo tratamiento.
- Psoriasis crónica de pliegues y genitales externos: suele presentarse en los pliegues cutáneos tanto en hombres como en mujeres. Su tratamiento con preparación de vitamina D3 y crema de calcipotrieno es efectivo sin efectos secundarios como atrofia dérmica o taquifilaxis.
- Psoriasis pustulosis palmo plantar: es una afección crónica caracterizada por pústulas estériles en abundancia que afecta solamente las palmas y plantas. Pueden existir lesiones de diversos tipos: clavos psoriásicos, consistentes en pápulas hiperqueratósicas de 1 a 4 milímetros. Muy cornificadas y duras, con halo eritematoso angosto. Las lesiones descamativas circunscritas de diferentes tamaños en ocasiones fisuradas, descamación difusa de las palmas y erupciones tipo pustuloso crónico.
- Psoriasis generalizada pustular aguda: llamada también psoriasis de Von Zumbusch, es una enfermedad que puede hacer peligrar la vida del paciente. Es de inicio súbito con eritema de sensación quemante que se disemina en horas abarcando grandes regiones corporales formando “lagos” de líquido purulento.
- Psoriasis eritrodérmica: es una afección generalizada, que presenta síntomas generales que pueden poner en peligro la vida del paciente.
- Psoriasis artrítica: la artritis de las falanges distales suele asociarse a casos muy severos llamados artropatía psoriásica.
- Psoriasis invertida: cuando las lesiones se presentan en regiones flexoras no extensoras como es lo común.
- Psoriasis seborréica: cuando las lesiones afectan las áreas seborréicas, también se le puede llamar seboriasis o seborrea psoriasiforme. (7,43,44)

El crecimiento y coalescencia de las placas y pápulas puede llevar a formas caprichosas originando términos como circinada, arcuata (formas circulares y ovalados), serpiginosa (forma irregular en forma alargada, anular girata(se presenta en forma de anillos). Guttata o rupiodes (aparece en forma de gotas y eritema generalizado). Por lo general las lesiones no son pruriginosas y se puede presentar en cualquier parte del cuerpo. (1,5,7,36,43,44)

G. DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Los diagnósticos diferenciales de psoriasis vulgaris pueden ser enfermedades que se manifiestan en piel con manchas o papulas eritematosas, descamaciones, prurito y otras manifestaciones menos comunes para la psoriasis, pero que se pueden presentar en un caso dado. (1,6)

Entre los posibles diagnósticos diferenciales están:

El ECZEMA: especialmente el eczema seborréico (dermatitis seborréica) por su erupción máculo papular y localización en cuero cabelludo.

PITYRIASIS RUBRA: por ser una enfermedad papulodescamativa.

DERMATITIS EXFOLIATRIZ: por ser una enfermedad papulodescamativa.

DERMATOMIOSITIS: enfermedad de la colágena que afecta articulaciones y unas, localizaciones afectadas también en la psoriasis.

TINEAS: enfermedades de localización en palmas o plantas de los pies, con áreas de descamación.

SIFILIS SECUNDARIA (no tratada): se presenta una erupción maculopapulosa en la cara, tronco y extremidades con aspecto “psoriasiforme”.

ENFERMEDAD DE BOWEN: aparece una placa eritematosa descamativa, como lesión de psoriasis aislada.

LUPUS ERITEMATOSO: enfermedad de la colágena que presenta una erupción eritematosa descamativa de bordes irregulares.

LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T y algunas variantes clínicas de la LEPROA TUBERCULOIDE y PARAPSORIASIS por su apariencia clínica y lugares anatómicos de afección. (6,41)

Reacciones medicamentosas que se presentan en forma psoriática pueden ser el inicio de psoriasis en pacientes susceptibles. (6,41)

La Psoriasis eritrodérmica puede no distinguirse del SÍNDROME de SEZARY, DERMATITIS SEBORREICA GENERALIZADA, REACCIONES MEDICAMENTOSAS O ECZEMAS GENERALIZADO por el tipo de erupción eritematosa, maculopapular y descamativa que afecta tronco, extremidades, palmas y plantas. (6,41)

La variante pustulosa pueden confundirse con el síndrome de REITER, ERUPCIÓN MEDICAMENTOSA PUSTULAR, ACRODERMATITIS CONTINUA o HALLOPEAU, PUSTULOSIS SUBCORNEA DE SNEDDON-WILKINSON, SEPTICEMIA y CANDIDIASIS o TINEA INFLAMATORIA, por la presencia de material purulento en las lesiones y su localización generalizada a todo el cuerpo. (6,41)

H. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Una biopsia de piel puede ayudar a excluir los la mayoría de diagnósticos diferenciales, entre los más importantes que se deben de diferenciar se encuentran: la parapsoriasis, linfoma cutáneo de células T y lupus eritematoso sistémico, enfermedades crónicas y que por sus diferentes manifestaciones suelen crear confusión. Se pueden realizar tinciones especiales pueden hacerse a las biopsias para descartar infecciones. En la psoriasis puede encontrarse hiperuricemia (en un tercio de los pacientes), anemia dependiendo de la severidad de la erupción y los reactores de fase aguda, hasta el momento no existen exámenes de laboratorio diagnósticos. (1,5,7,41,43,44)

I. TRATAMIENTOS

Se debe realizar con la previa explicación al paciente de que es una enfermedad, que NO SE CURA solamente se trata, pero dado a sus variaciones pueden haber periodos de remisión, bastante prolongados. El fin de los tratamientos es controlar el episodio actual, disminuir los episodios recurrentes y prolongar el tiempo entre un episodio y otro. (1,5,7,41,43,44)

La educación de los pacientes acerca de su propia enfermedad es de suma importancia para que ellos mismos participen en la toma de decisiones de su propio tratamiento. Los traumas e irritación cutánea debe evitarse pues puede desencadenar lesiones psoriáticas. Algunos casos leves- moderados pueden controlarse con emolientes livianos, uso intermitente de curaciones y una exposición cautelosa a la luz solar. Corticosteroides tópicos ayudan en una área limitada y reciente. Cuando el episodio de psoriasis es generalizado los corticosteroides son menos efectivos, y por su abuso pueden producir efectos no deseados. Esteroides que se aplican dentro de las lesiones son efectivos solo en episodios o psoriasis localizada. Las preparaciones tópicas de antralina (ditranol) causan adelgazamiento rápido de las placas escamosas, pero su uso es incomodo pues causan manchas e irritación en la piel. Los queratolíticos ayudan en las lesiones hiperqueratinocíticas y aumentan la efectividad de otros medicamentos tópicos utilizados juntos. Las escamas pueden quitarse manualmente luego de una adecuada hidratación de la piel. Las preparaciones tópicas de Brea se utilizaban con mayor frecuencia en la época pre- esteroidea pero pueden ser útiles en algunos pacientes. (1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

Existe el otro grupo de pacientes que no pueden utilizar solamente tratamientos tópicos, por lo general porque la psoriasis esta generalizada. Se inician con fototerapia de luz ultravioleta (PUVA). La exposición de rayos ultravioleta (UVB) radiación (290 - 320) es administrada por lo general de 2 a 3 veces por semana hasta que se controle, y se administra con menor frecuencia para mantenimiento. La fototerapia es efectiva pero puede causar a poco tiempo

toxicidad de la exposición solar y a largo plazo puede causar manifestaciones de “envejecimiento” prematuro y carcinoma cutáneo. Los pacientes que no reaccionan adecuadamente a este tratamiento son candidatos para la terapia con luz ultravioleta. Esto es la combinación de psoraleno (methoxsalen) y exposición a radiación UVA (320- 400 nm). El tratamiento con PUVA es altamente efectivo en aclarar la piel y mantenerla sin lesiones. Los efectos secundarios incluyen náusea, prurito, reacciones de fototoxicidad y un alto riesgo de desarrollar carcinoma de células escamosas en la piel fotoexpuesta. Los pacientes deben utilizar lentes oscuros especiales por 24 horas luego de administrado el methoxsalen, para prevenir fotoactivación del medicamento en la retina y puede causar queratitis o formación temprana de cataratas. Se ha estudiado recientemente el uso de psoralen tópico aplicado como baño seguido del baño PUVA. (1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

Los pacientes con psoriasis severa pueden requerir de tratamiento sistémico por vía oral. Los esteroides sistémicos casi nunca están indicados, pues su retiro puede causar un rebote del cuadro, en ocasiones es tan peligroso que pueden causar psoriasis pustulosa generalizada, peligroso para la vida del paciente. El methotrexate administrado por vía oral a intervalos semanales en dosis de 0.4 miligramos/ kilogramos es altamente efectivo como monoterapia, en forma crónica puede ser hepatotóxico por lo que una biopsia hepática es mandatoria luego de una dosis acumulativa de 1.5 g de methotrexate, debe ser repetida periódicamente con cada gramo adicional. Monitorizar la toxicidad de médula ósea es también un requisito y esta contraindicado el emplearlo en mujeres en edad fértil y en el embarazo. (1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

El primer retinoide que apareció para el tratamiento de psoriasis fue el *etretinato*. Este medicamento es el de primera elección para el tratamiento de la psoriasis pustular y eritrodérmica. No es suficiente para la psoriasis vulgar, pero en combinación de PUVA suele aumentar su efectividad. Su uso ha sido restringido por que se introdujo como monoterapia y no tiene la misma eficacia que combinado. Su efecto se observa a mayor tiempo de utilizarse a comparación

de methotrexate o ciclosporina. Las dosis de etretinate para aclarar la psoriasis debe llegar hasta 1 mg/Kg./día. Esta dosis es demasiado alta por lo que no se tolera. A una dosis menor de 0.5 mg/Kg./día es mejor tolerada pero no es efectiva, las escamas suelen disminuir pero el eritema persiste, por lo que se ha observado una mejoría parcial del cuadro. Los efectos secundarios de utilizar etretinate son hepatotoxicidad idiosincrática aguda, calcificación de tejidos blandos, mialgia, dolor articular, resequedad mucocutánea, pérdida de cabello y es ampliamente conocido por ser teratogénico. El etretinate se acumula y permanece en los tejidos por años por lo que no debe ser prescrito a mujeres en edad fértil, que planean quedar embarazadas en el futuro. Todo estas causas no han permitido que su uso sea común o bien aceptado.

(2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

Recientemente se han introducido dos nuevos retinoides en la terapia de psoriasis cambiando el concepto de monoterapia, y se utilizarán para combinaciones y en dosis de mantenimiento. Los retinoides nuevos son el tazaroteno (tazorac tópico) y acitretino (Neotigásón).

(1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

La FDA aprobó en Junio de 1997 el tazorac gel como tratamiento de la psoriasis. El tazorac es un derivado de la vitamina K y A. En estudios clínicos publicados en Diciembre de 1997, realizados con 318 pacientes con dosis diaria única de tazorac en concentraciones de 0.1% o 0.05% durante 12 semanas se evidenció una mejoría en 70% de los pacientes. Los pacientes presentaban un 20% de su cuerpo con lesiones psoriásicas. De los pacientes que utilizaron placebo se encontró un 0% de mejoría. Este nuevo medicamento no produce efectos secundarios teratogénicos, pero puede desarrollar dermatitis por contacto irritante. Como conclusiones se encontró que el tazaroteno puede ser aplicado una vez al día lo que es en si un beneficio para personas que tienen varias lesiones. El tratamiento se suspendió por 8 semanas en las cuales no se observó remisión de la psoriasis y produjo un 20% de reacción de tipo irritativo.

(1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

La concentración de tazarotene al 0.1% tuvo un mayor éxito al terminar el tratamiento que la concentración menor de 0.05%. A mayor concentración se observó mayor reacción irritativa. Los efectos secundarios presentados por el tazarotene son prurito y sensación de quemadura. (19)

Durante estos estudios se notó que el tazaroteno puede inducir a un eritema periférico que sobre pasa los bordes de las placas de psoriasis. Este eritema retinoide es por lo general asintomático. Es crítico hacer una distinción entre la verdadera irritación y el eritema retinoide, si el paciente presenta verdadera irritación por el uso del retinoide se debe discontinuar su uso lo antes posible para evitar el fenómeno de Köbner y una exacerbación secundaria del cuadro. Sí el paciente llega a desarrollar el eritema retinoide puede continuar su tratamiento pues la psoriasis y el eritema tienden a desaparecer. (1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

El tazaroteno fue comparado con fluocinonide en un estudio realizado en 1998 por John Koo que comprendió 340 pacientes, concluyendo que el tazaroteno 0.1% y el fluocinonide eran muy similar. Al finalizar el tratamiento, el tazarotene 0.05% fue el menos eficaz. Luego del periodo de 12 semanas sin tratamiento se vió que el tazaroteno no tenia tantos casos de remisión como el fluocinonide, con una diferencia estadísticamente significativa $P < 0.05$. (19)

La aplicación de estos medicamentos es solamente de una vez diaria. Tanto del tazaroteno como de los corticosteroides. Los efectos secundarios fueron menos en las combinaciones de tazaroteno con fluocinonide o furoato de mometasona. (19, 1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

El tiempo promedio para lograr una mejoría inicial en el tratamiento es de 25 días para los sujetos que recibieron tazarotene gel 0.1% y UVB fototerapia. En comparación con los grupos control que sus resultados primarios se observaron a los 39 días y 53 días para los que recibieron solamente la fototerapia con UVB.

No se observó ninguna reacción irritativa con la combinación de Tazaroteno y fototerapia con UVB. El tazaroteno absorbido es afín a las proteínas por lo que no se almacena en tejido adiposo, se metaboliza y es eliminado por la orina y las heces.(1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

Como conclusión el tazaroteno es seguro y efectivo una alternativa para el tratamiento de psoriasis. Puede ser utilizado solo, pero su efectividad aumenta en combinación con otro medicamento como esteroide tópico y/o calcipotriene. (2,7,19,22,)

El acitretino en el tratamiento de la psoriasis es como un reemplazo del etretinate. La diferencia mas importante entre estos dos medicamentos es que el acitretino se elimina con mayor rapidez del cuerpo que el etretinato este tiene la desventaja de ser muy caro, pero altamente efectivo y puede emplearse con PUVA (Re-PUVA). (1,2,6,7,19,20,22,36,41,43,44,47,49)

La ciclosporina oral es altamente eficaz pero causa inmunosupresión cuando administrada a dosis altas. Algunos estudios han demostrado que la Vitamina D en su forma activa puede ser utilizada en forma oral o tópica. Los aceites Omega –3 provenientes de pescado son útiles para disminuir la reacción inflamatoria, pero no suficientes para ser utilizados como monoterapia.(46,49)

Dependiendo del lugar de afección así debe ser el tratamiento. En cara, articulaciones e ingle el esteroide utilizado debe ser de bajo potencial para evitar atrofia y formación de estrías. El tratamiento del cuero cabelludo siempre es más complicado: Tratamiento con rayos UV es menos efectivo porque el pelo disminuye la penetración de los rayos hacia el cuero cabelludo, lo que es efectivo son los tratamientos tópicos. Los shampoos que contienen brea, ácido salicílico, sulfuro y zinc pueden ser útiles. La afección a nivel ungüeal puede ser tratada con PUVA local y un esteroide tópico potente, con resultados poco satisfactorios y lentos. (7,34,35,44)

De la población con psoriasis, el 5 a 10% presenta asociado un cuadro de artritis, aunque se observa mas frecuentemente entre la cuarta y/o quinta décadas. La psoriasis artrítica puede aparecer con problemas asimétricos y proximales con o sin tenosinovitis, poliartritis simétrica, similar a artritis reumatoidea, predominantemente inflamatoria con involucramiento de las articulaciones interfalángicas dístales, artritis destructiva, o espondilitis anquilosante. El factor reumatoideo es usualmente negativo. La artritis suele aparecer en pacientes con abundantes lesiones dérmicas y es mas común entre los pacientes que presentan artritis unguëal. La psoriasis tópica (vulgar) precede a la artritis, y debe de tratarse con antiinflamatorios no esteroideos (AINES). El cuadro común de psoriasis suele exacerbarse con el uso de estos medicamentos pero no presenta un impedimento para su tratamiento. (6,43,44,)

Para el tratamiento de pacientes con psoriasis severa se pueden utilizar esteroides intraarticulares, oro oral, terapia inmunosupresora (methotrexate, ciclosporina, esteroides) y cirugía. La terapia esteroidea oral en artritis no es eficaz. La combinación vista anteriormente de methotrexate y PUVA suele ser una mejor opción. (6)

No se da la importancia necesaria hacia el efecto psicológico que tiene la psoriasis en los pacientes y en el publico en general. Se han realizado estudios comentados por el Dr. Mark Lebwohl en un articulo publicado 2000, donde expreso los resultados de estudios que evidencian que los pacientes con psoriasis tienen problemas en su auto estima, presentan depresión y tienen dificultades con las relaciones interpersonales tanto laborales, personales y familiares. (21,33)

No se sabe si el estrés desencadena la psoriasis, o si la psoriasis desencadena cierto grado de estrés. Estas son consideraciones reales para esta enfermedad. Se cree también que el alcoholismo y la diabetes influyen en la aparición de la psoriasis pero nada hay concluido. (21,33)

VI. MARCO METODOLOGICO

- Este es un estudio retrospectivo y descriptivo.
- El objeto de este estudio son los datos obtenidos de los archivos de los pacientes que consultaron por primera vez y fueron diagnosticados con psoriasis.
- La población es el total de pacientes diagnosticados con psoriasis desde 1 Enero de 1996 a 31 de Diciembre del 2000.
- Se asistió a INDERMA durante 2 meses, se revisó la estadística oficial de donde se obtuvieron los números de los expedientes que tenían como diagnóstico "psoriasis". Se solicitó al personal del archivo de INDERMA extraer estas papeletas, de las cuales se obtuvieron los datos necesarios y se excluyeron las que no podían participar en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que asistieron al Instituto de Dermatología y Cirugía de piel por primera vez durante los años 1996 a 2000 y fueron diagnosticados con psoriasis.
- Pacientes de sexo femenino o masculino.
- Pacientes mayores de 2 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que asistan al Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel por reconsulta para tratamiento de psoriasis.
- Pacientes menores de 2 años.

VARIABLES

INDEPENDIENTE:	Psoriasis
DEPENDIENTES:	Edad, Sexo, Tipo de psoriasis, Lugar anatómico de afección de la psoriasis, Antecedente familiar, Tiempo de evolución de la enfermedad, Tratamiento.

VARIABLES DE ESTA INVESTIGACION

TABLA II

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
SEXO	Sexo determinado Desde el nacimiento.	Dato que aparece en el expediente como femenino o masculino.	Nominal
EDAD	Tiempo en años que se determina por la fecha de nacimiento hasta la fecha en que consulta.	Dato en años que se encuentra en la base de datos de INDERMA.	De razón continua.
TIPO DE PSORIASIS	Enfermedad crónica caracterizada por papulas o placas eritematosas, con escamas grisáceas y descamativas. Predomina en codos, rodillas, cuero cabelludo, genitales, superficies extensoras y flexoras.	Enfermedad caracterizada por papulas o placas eritematosas, descamativas.	Nominal
ANT. FAMILIAR	Determinado por el hecho de que exista la enfermedad en otros familiares con relación consanguínea.	Determinado por la presencia de cualquier tipo de psoriasis en algún familiar consanguíneo determinado como antecedente en el expediente del paciente.	Nominal
LUGAR ANATOMICO DE AFECCIÓN DE LA PSORIASIS	Lugar (es) anatómico (s) afectado por las lesiones de psoriasis.	Lugar anatómico donde se encuentran las lesiones descritas por los médicos de INDERMA en las papeletas de los pacientes incluidos en el estudio.	Nominal
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PSORIASIS	Lugar (es) anatómico (s) afectado por las lesiones de psoriasis.	Tiempo transcurrido desde su primera lesión hasta su diagnóstico y tratamiento. Dato obtenido de la papeleta del paciente.	Nominal

TRATAMIENTO UTILIZADO EN LA PSORIASIS	Medicamentos tópicos u orales administrados para aliviar y disminuir la erupción papulo escamosa.	Medicamentos ordenados por los médicos de INDERMA obtenidos de la papeleta de los pacientes.	Nominal

VII. MARCO OPERATIVO

A. RECOLECCION DE DATOS

Se tomaron los datos de los archivos de INSTITUTO DE DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DE PIEL, para ello se solicitó el apoyo y autorización de los Drs. Peter A. Greenberg Cordero y Carlos Cordero A. Directores de dicho centro. Los datos que se recolectaron para este estudio fueron la edad, sexo, tipo de psoriasis, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamiento de los pacientes que consultaron por primera vez durante los años 1996 a 2000.

B. TECNICA DE RECOLECCION

Revisión de fichas clínicas de los pacientes que califican para el estudio, con obtención de los datos necesarios para cumplir con los objetivos.

C. TRABAJO DE CAMPO

Se revisaron los archivos de cada uno de los pacientes calificados para el estudio durante los meses de junio y julio.

D. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Los datos se procesaron al tabular la información y transcribirla al informe final además que se utilizó programa estadístico Epi Info 2000.

E. ASPECTOS ETICOS

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad y por lo tanto sus conocimientos y esfuerzos deben dirigirse a este fin. Se tomó de las fichas los datos necesarios para caracterizar a la psoriasis y su comportamiento en los pacientes que asisten a INDERMA.

Se guardara la discreción necesaria con los datos para que estos no sean publicados con fines perjudiciales.

F. RECURSOS

1. MATERIALES FÍSICOS

- 1) La infraestructura del INSTITUTO DE DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DE PIEL, localizada en la zona 6.
- 2) La biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala.
- 3) Expedientes clínicos del archivo del INSTITUTO DE DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DE PIEL.
- 4) Libros, tesis y revistas médicas que tengan información sobre la psoriasis.
- 5) Equipo de oficina: computadora, escritorio, lapiceros, tinta, hojas de papel bond, folders, transporte y gasolina.
- 6) Documentos de Internet, entrevistas personales.

2. HUMANOS

- 1) Médicos que colaboraran con la investigación (asesor y revisor)
- 2) Médicos que laboran en el Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel.
- 3) Enfermeras
- 4) Encargada de archivo
- 5) Estudiante de Carrera de Medicina (investigador).

3. ECONOMICOS

* Energía eléctrica para uso de computadora	Q 1,000.00
* Hojas blancas para impresiones	Q 300.00
* Cartuchos para múltiples impresiones	Q 500.00
* Gasolina para transporte	Q 600.00
* Fotocopias	Q 100.00
* Folders y ganchos	Q 50.00
* Impresión de tesis	Q 600.00
TOTAL	Q 3150.00

VIII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

MONOGRAFIA SOBRE PSORIASIS Y SU CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA Y CLINICA.

ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO A TRAVÉS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DE
EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE DERMATOLOGIA Y
CIRUGIA DE PIEL "PROFESOR DR. FERNANDO A. CORDERO" DURANTE EL PERIODO DE
1996 AL 2000.

CUADRO #1: "PACIENTES CON PSORIASIS QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ A INDERMA DURANTE LOS AÑOS 1996 A 2000"

AÑO	<i>Psoriasis</i>	<i>%</i>	<i>Otro</i>	<i>%</i>	TOTAL	<i>% ACUM</i>
1996	230	2.91	7,682	97.09	7,912	100
1997	210	2.43	8,422	97.57	8,632	100
1998	207	1.23	16,564	98.77	16,771	100
1999	138	2.94	4,559	97.06	4,697	100
2000	207	1.79	11,381	98.21	11,588	100
TOTAL	992	2.0%	48,608	98.0	49,600	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

ANÁLISIS:

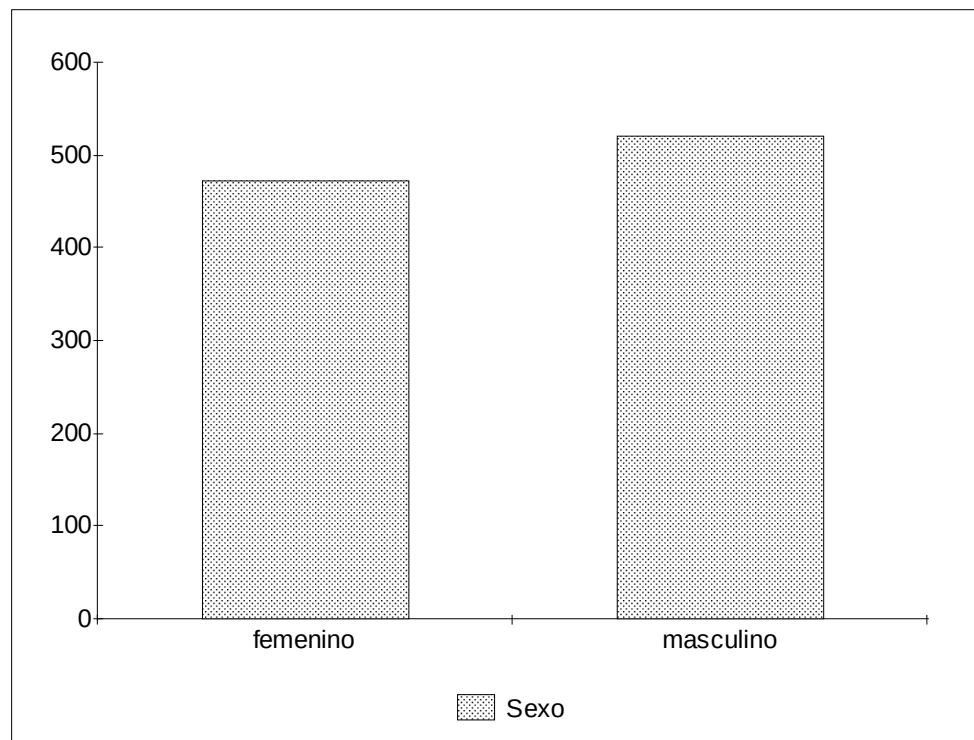
Se estableció que del total de pacientes que consultaron por primera vez a INDERMA (143,128) el 2% fueron diagnosticados con psoriasis. A nivel mundial este mismo porcentaje de afección es el que ha sido descrito en la literatura.

CUADRO#2: “SEXO MAS AFECTADO EN LA PSORIASIS”

SEXO	FRECUENCIA	% TOTAL
FEMENINO	471	47.4 %
MASCULINO	521	52.6 %
TOTAL	992	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA #2: “SEXO MAS AFECTADO EN LA PSORIASIS”



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS:

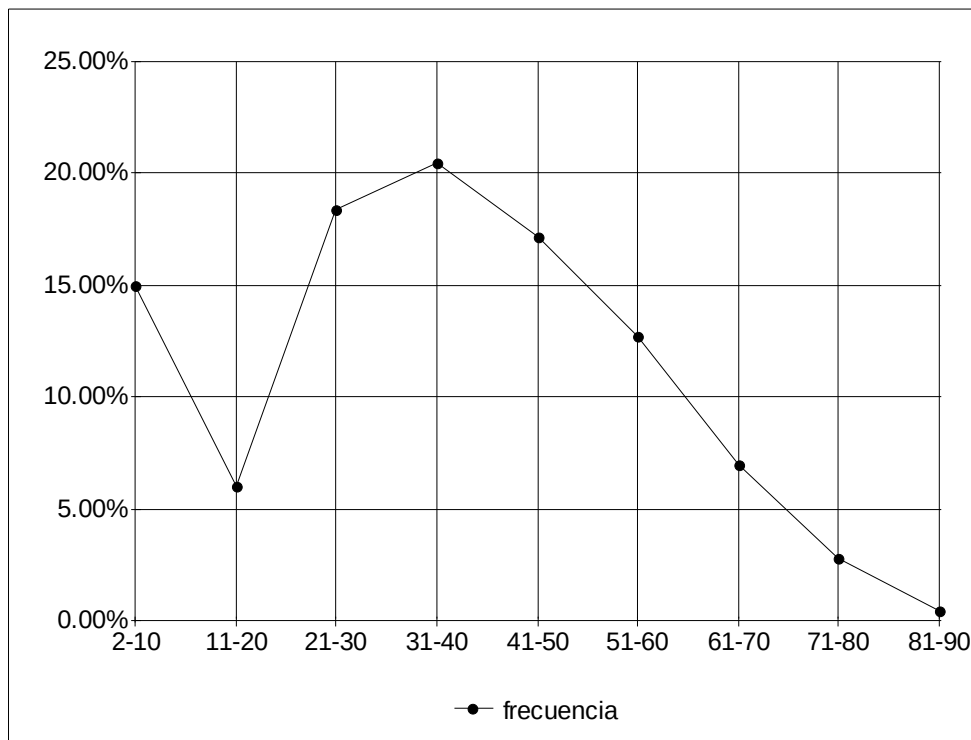
El sexo más afectado por psoriasis en la población estudiada fue el masculino con un 52.6 % contra un 47.4% del sexo femenino. La literatura guatemalteca según el Dr. Fernando Cordero sostiene que la psoriasis es más frecuente en el sexo masculino. La literatura internacional describe que no existe diferencia significativa entre la afección de hombres y mujeres, como se demostró en este estudio. Se considera que la importancia de la asociación del complejo de histocompatibilidad en psoriasis consiste en marcadores genéticos que predisponen genéticamente a la aparición de esta enfermedad. Este complejo se encuentra en el cromosoma 6 compuesto de 4 loci, lo que podría ayudar a determinar si existe algún factor relacionado al sexo. (1,6,41,44)

CUADRO #3: “EDADES MAS AFECTADAS EN LA PSORIASIS”

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 – 10	149	15.0%
11 – 20	59	6.0%
21 - 30	183	18.4%
31 - 40	203	20.5%
41 - 50	171	17.2%
51 - 60	126	12.7%
61 - 70	69	7.0%
71 - 80	28	2.82%
81 - 90	4	.4%
TOTAL	992	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA #3: “EDAD MAS AFECTADA EN LA PSORIASIS”



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS:

Se observó que la mayoría de pacientes afectados se encontraban entre las edades 21-40 años, estableciéndose la mediana entre los 31-40 años. Confirmando lo descrito en la literatura, que es entre la segunda y cuarta década de la vida que se presenta la psoriasis.

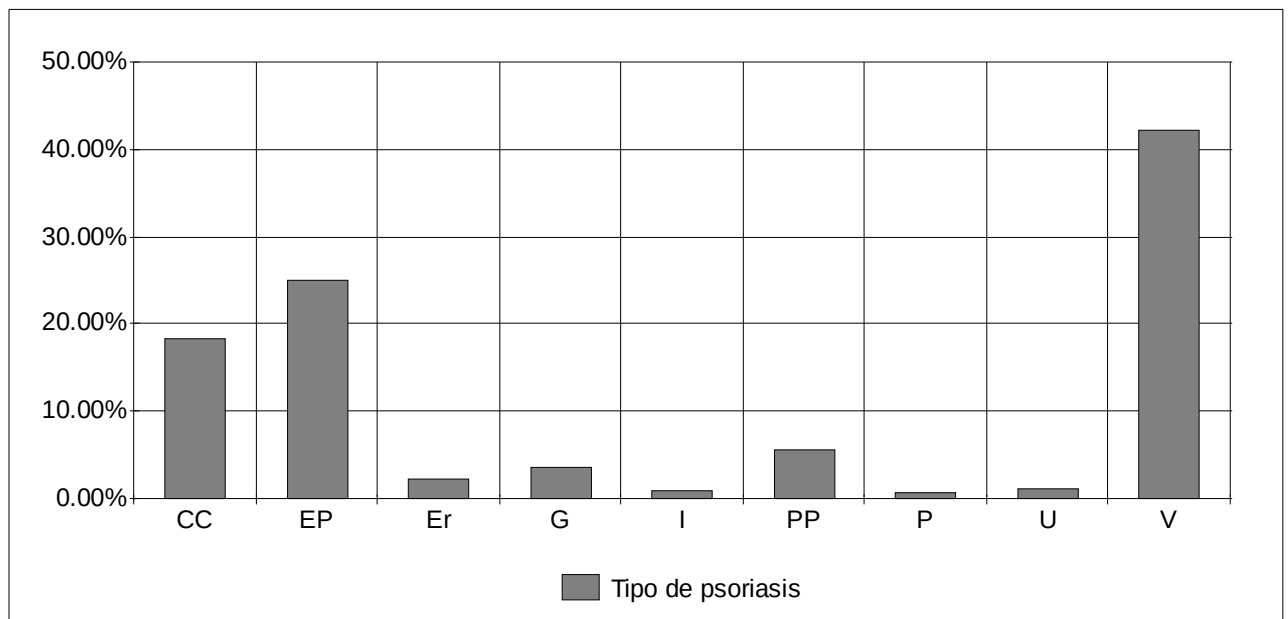
Existen factores externos que contribuyen a la aparición de la psoriasis como lo son: la diabetes, el alcoholismo y el estrés, que suelen manifestarse en el mismo grupo etáreo. Los pacientes a estas edades son más vulnerables a los cambios físicos afectando la autoestima de la persona y su desarrollo interpersonal, por lo que consultan con los médicos para mejorar su apariencia física y obtener apoyo para la comprensión de su enfermedad.

CUADRO # 4: “TIPO DE PSORIASIS MAS FRECUENTE”

TIPO DE PSORIASIS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Cuero cabelludo (CC)	180	18.4 %
En placas (EP)	248	25.0 %
Eritrodérmica (Er)	22	2.2 %
Guttata (G)	35	3.5 %
Invertida (I)	10	1.0 %
Palmo plantar (PP)	56	5.6 %
Pustulosa (P)	10	1.0 %
Ungüéal (U)	12	1.2 %
Vulgar (V)	419	42.2 %
Total	992	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 4: “TIPO DE PSORIASIS MAS FRECUENTE”



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO #5: “ÁREAS ANATÓMICAS AFECTADAS EN LA PSORIASIS”

ÁREA ANATOMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUERO CABELLUDO	599	24.76%
EXTREMIDADES	419	17.32%
TRONCO	667	27.53%
CODOS Y RODILLAS	419	17.32%
PALMAS Y PLANTAS	56	2.32%
GENITALES	35	1.45%
UÑAS	12	0.50%
ARTICULACIONES	00	0.00%
TODO EL CUERPO	22	0.91%
OTROS	190	7.85%
TOTAL	2419	99.96%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS:

La psoriasis más frecuente es la vulgar, tanto en la literatura revisada como en los pacientes estudiados. Este tipo de psoriasis afecta en su mayoría codos, rodillas y áreas de flexión, puede afectar en ocasiones al cuero cabelludo. La psoriasis en placas con un 25% de frecuencia es similar a la vulgar en forma y áreas de afección. La psoriasis capilar (del cuero cabelludo) con un 18.4%, esta descrita más en niños y adultos jóvenes y afecta regiones donde hay folículos pilosos, en especial el cuero cabelludo.

Los tipos de psoriasis que se presentaron en menor frecuencia fueron, en orden descendiente: palmo – plantar, guttata, eritrodérmica, ungüéal, invertida y pustulosa.

CUADRO # 6: “TRATAMIENTO MAS UTILIZADO EN LA PSORIASIS”

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	TOTAL %
	A	
INGRESO	22	2.5 %
PUVA	10	0.9 %
SISTÉMICO	28	2.8 %
TÓPICO	529	53.3 %
SISTÉMICO Y TÓPICO	394	39.7 %
SIN TRATAMIENTO	4	0.3 %
OTROS	5	0.5 %
TOTAL	992	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS:

El tratamiento de cada paciente es individual, basándose en el área del cuerpo afectada y su severidad. La educación de los pacientes acerca de su enfermedad es de suma importancia para que puedan participar en la decisión del tratamiento más adecuado.

El tratamiento tópico es el más utilizado debido a que las lesiones afectan menos del 20% de la superficie corporal. Los tratamientos tópicos consisten en cremas esteroideas (Dermovate), a base de brea, alquitrán de ulla y ácido salicílico. Estos medicamentos tienen diferentes presentaciones como shampoos, cremas y lociones. Existen productos en el mercado como shampoo Ionil T y Politar con los mismos componentes de base los cuales pueden comprarse en farmacias.

El 39.7% necesitó la combinación del tratamiento tópico y sistémico, debido a la superficie corporal afectada.

Entre los tratamientos sistémicos que se utilizaron en el 2.8% de los pacientes se encuentran desde atarax (Hidroxicina), agente antipruriginoso, surbex con zinc, metotrexate, meladinina y los retinoides descritos en la literatura, la cual indica que existe una mejoría más rápida y prolongada al utilizar los medicamentos combinados.

Los pacientes que requirieron hospitalización fueron 2.5% presentando la mayoría psoriasis eritrodérmica, a estos pacientes se les brindó tratamiento tópico, sistémico, PUVA y manejo de líquidos por las pérdidas insensibles a través de la piel.

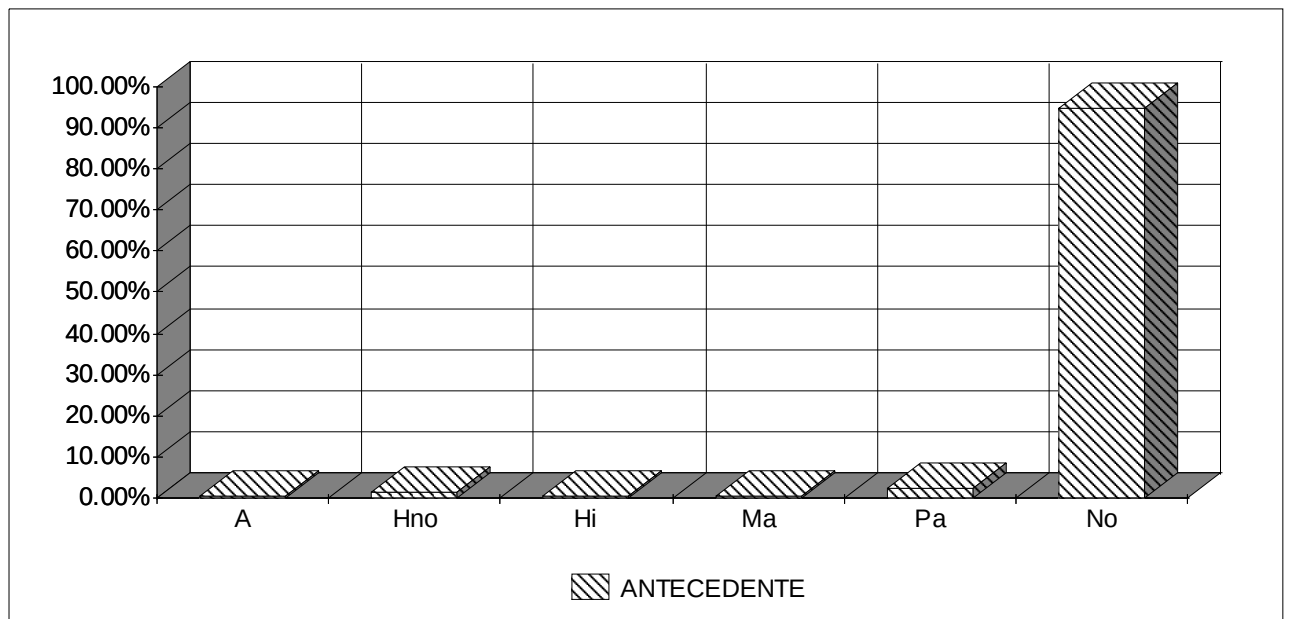
Hubo solamente un paciente de los 992 a quien se le solicitó tratamiento con psiquiatría, sin embargo en Estados Unidos existen grupos de apoyo a nivel nacional y una organización nacional de psoriasis que da información a los pacientes y los mantienen al día con respecto a tratamientos y últimos estudios.

CUADRO # 7: “PACIENTES CON PSORIASIS Y ANTECEDENTE FAMILIAR”

ANTECEDENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJES
ABUELO (A)	4	0.4%
HERMANO (A)	16	1.6%
HIJO (A)	4	0.4%
MADRE	7	0.7%
PADRE	23	2.3%
NINGUNO	938	94.6%
TOTAL	992	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA # 7: “PACIENTES CON PSORIASIS Y ANTECEDENTE FAMILIAR”



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS:

El 94.6% de los pacientes estudiados no refirieron ningún antecedente familiar. Este alto porcentaje podría estar influenciado por desconocimiento de la afección a nivel familiar o por una inadecuada historia clínica.

Es más frecuente en INDERMA la transmisión genética a través del sexo masculino por lo que se podría estudiar alguna relación hormonal, dado que no hay nada establecido en la literatura nacional e internacional.

CUADRO # 8: “ TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PSORIASIS”

<i>TIEMPO DE EVOLUCIÓN</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
< 1 mes	68	6.95
1-6 meses	232	23.34
7-12 meses	184	18.55
13-24 meses	122	12.30
25 – 60 meses	154	15.52
> 60 meses	232	23.34
TOTAL	992	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS:

El tiempo de evolución de la psoriasis es crónico, lo que concuerda con lo observado en la población estudiada, en donde el 93.0% tenía más de 1 mes de evolución.

El tiempo de aparecimiento de la enfermedad y el momento en que consultaron a INDERMA pudo ser influenciado porque muchos casos de psoriasis son diagnosticados y tratados erróneamente, como en la psoriasis vulgar, que al inicio puede simular un tinea lo que lleva a los pacientes a automedicarse.

IX. CONCLUSIONES

1. De la población atendida en el Instituto de Dermatología y Cirugía de la Piel en un periodo de cinco años el 2% presentó psoriasis.
2. El sexo más afectado es el masculino y el grupo etáreo el de 31 –40 años.
3. Los tipos de psoriasis más frecuentes en orden descendente son: vulgar, en placas, cuero cabelludo, palmo- plantar, guttata, eritrodérmica, ungüéal pustulosa e invertida.
4. Las áreas anatómicas más frecuentemente lesionadas en orden descendente son: tronco, cuero cabelludo, extremidades, codos y rodillas, palmas y plantas, genitales, todo el cuerpo y uñas.

5. El tratamiento más utilizado es el tópico, seguido de una combinación con tratamiento sistémico.
6. El tratamiento con fototerapia (PUVA) e ingresos están reservados para casos severos.
7. La mayoría de pacientes estudiados no presentan antecedente familiar de psoriasis.

X. RECOMENDACIONES

- 1) Que el Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel brinde una atención integral a pacientes con diagnóstico de psoriasis, tomando en cuenta el apoyo emocional a través de la formación de un grupo de apoyo.
- 2) Desarrollar programas de educación e información dirigidos a pacientes con psoriasis para que compartan su enfermedad, afiancen su autoestima y colaboren en su tratamiento.
- 3) Al Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel se recomienda mejorar la realización de historias clínicas agregando con especial énfasis los antecedentes familiares.

- 4) Realizar un estudio para determinar si existe relación hormonal con la transmisión genética de la enfermedad.

XI. RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo retrospectivo se realizó con los objetivos de presentar una revisión bibliográfica amplia y actualizada así como la caracterización clínica y epidemiológica de la psoriasis.

Se realizó en el Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel revisando 992 fichas clínicas de pacientes diagnosticados con psoriasis, que consultaron durante los años de 1996 a 2000. El sexo más afectado es el masculino con un 52.6%, las edades más afectadas fueron de 31-40 años. Los tipos de psoriasis según frecuencia en orden descendente fueron: vulgar, en placas, cuero cabelludo, palmo plantar, guttata, eritrodérmica, ungüéal pustulosa e invertida. Las áreas más afectadas corresponden al cuero cabelludo, tronco y extremidades. En menor porcentaje se afectan los pliegues, palmas, plantas, genitales y uñas. Se encontró que el 94.6% de los expedientes estudiados no describían antecedente familiar. El tratamiento más utilizado fue el tópico (53.3%), seguido de la

combinación de ambos en un 39.7%. El ingreso hospitalario de los pacientes se presenta en un 2.5% y la fototerapia en un 0.9%.

Se recomienda establecer un grupo de apoyo para los pacientes y familias que son afectadas por la psoriasis.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abel, Elizabeth. PSORIASIS. En: Demis, J. CLINICAL DERMATOLOGY. 20 Ed. Philadelphia: J.B. Company, 1993. Vol. 1. (pp 1-29)
2. Blackmun S. Arsenal against psoriasis increases. Dermatology times. 1998 abril; 19 (4): 1-3.
3. Bonis B. et al. 308 NM UVB excimer laser for psoriasis. The Lancet 1997 Nov.; 350 (9090) 1522p.
4. Carlton T. Gene therapy: a still unexplored frontier. Dermatology times. 1997 Nov.; 18 (11): 19p.
5. Castillo Morales, Mario. Psoriasis: Relación diagnostico clínico patológico; . t Tesis (medico y cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas. Guatemala 1995. 55p.
6. Soriasis. En: Cordero, Fernando. MANUAL DE DERMATOLOGIA. Guatemala: Unión Tipográfica, 1961. 326p. (pp. 249-252)

7. Fitzpatrick T.B. et al. COLOR ATLAS AND SYNOPSIS OF CLINICAL DERMATOLOGY. 3 Ed. Nueva York: McGraw-Hill 1997. 1030pp.
8. Frankel D.H. Meditation and light order of the day for psoriasis. The Lancet 1998 Sept.; 352 (9133): 1040p
9. Gottlieb, A. et al. Use of interleukin –2 fusion protein, DAB 389 IL-2, for the treatment of psoriasis. DERMATOLOGY THERAPY 1998; 5 (5) 48- 63p.
10. Guttman C. Biotech psoriasis therapies target T lymphocytes. Dermatology Times. 1998 Jun.; 19 (6): 2-3.
11. Guttman C. Fusion protein shows promise as psoriasis treatment. Dermatology Times. 1997 Nov.; 18 (11):11-13.
12. Guttman C. Narrow- band UVB efective for treatin psoriasis. Dermatology Times. 1997 18(11): 26.
13. Guttman C. New psoriasis drugs rely on correct dosing, monitoring, for results. Dermatology Times. 1998 May; 19 (5): 66-67.
14. Guttman C. New topical psoriasis options show promise. Dermatology Times. 1997 Nov.; 18 (11): 69.
15. Guttman C. Psoriasis of palmas or soles offers unique treatment obstacles. Dermatology Times. 1998 May; 19 (5): 59.
16. Guttman C. weigh systemic therapy benefits against risks. Dermatology Times. 1997 Nov.; 18 (11): 12-14.
17. Handa K. Can lithium in spring water provoke psoriasis? The Lancet 1997 Nov.; 350 (9090): 1522.
18. [http:// health. Yahoo.com/ health/ disease_and_Conditions/ Disease_Feed_Data/ Psoriasis/](http://health.Yahoo.com/health/disease_and_Conditions/Disease_Feed_Data/Psoriasis/)
19. Koo, John; Maloney, Jack. UPDATE ON RETINOID THERAPY OF PSORIASIS. DERMATOLOGY THERAPY 1998; 7 (7) 21-30p.
20. Kuznar W. Conservative treatment advised for erythrodermic psoriasis patients. Dermatology Times. 1998 May; 19 (5): 22-25.
21. Lebwohl M. Psoriasis and stress. The Lancet. 1998 Ene; 351 (9096): 82.
22. Lebwol M. Tazarotene new acetylenic retinoid controls plaque psoriasis. Modern Medicine. 1998; Jul; 66 (7): 45.

23. Luján, Jorge., García, Jorge M. GUIA DE TECNICAS DE INVESTIGACION Y CUADERNO DE TRABAJO 19 Ed. Guatemala: Editorial Serviprensa CA, 1988. 193 p.
24. Lynch J. y Y.L. Wolfe. Clear cheer. Prevention 1997 Dic. 49 (12): 131.
25. Menter. Overlapping combination therapy best for severe psoriasis. Modern Medicine. 1997; Sept.; 65 (9): 27.
26. Meszaros L. Cryotherapy may treat small psoriatic lesions. Dermatology times. 1998; Feb; 19 (2): 1-2.
27. Mitchel D. Combo of old new agents may herald personalized psoriasis tx. Dermatology Times. 1998; Jul; 19 (7): 4-6.
28. Moore I.J. Patient education critical factor in succesful tazarotene use. Dermatology Times. 1998; Feb; 19 (2): 45.
29. Organización Panamericana de la Salud. MANUAL SOBRE EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION MATERNOINFANTIL 2 Ed. Washington: OPS, 1999. 342 pp.
30. Petrauskas J. Pulsed dye, CO[SUB 2] lasers treat psoriasis. Dermatology Times. 1998; Jun.; 19 (6): 1-2.
31. Pineda E.B. et al. Use of interleukin –2 fusion protein, DAB 389 IL-2, for the treatment of psoriasis. DERMATOLOGY THERAPY 1998; 5 (5) 48- 63p.
32. Psoriasis. <http://www.psoriasis.org>.
33. More Than Skin Deep. <http://www.psoriasis.org/k050.htm>
34. Que es la psoriasis? <http://pangea.org/org/psoriasi/pso.htm>
35. Psoriasis guía de tratamientos de acción psoriasis. <http://www.pangea.org/org/psoriasi>.
36. Rycroft R.J.G. y S.J. Robertson. MANUAL EN COLOR DE DERMATOLOGIA. Barcelona: Masson. 1999. 220pp.
37. Sabbagh L. More selective, less toxic psoriasis tx under investigation. Dermatology Times. 1997; Dic; 18 (12): 44-45.
38. Sabbagh L. Psoriasis calls for dual therapy's one two punch. Dermatology times. 1997. Nov.; 18 (11):20-22.
39. Sabbagh L. sequential therapy: New bent for psoriasis. Dermatology Times. 1998; Ag.; 19 (8): 1-3.

40. Schaefer, I.K. Psoriasis: Flaky is only an adjective for piercrusts. Dermatology Times. 1997; Nov.; 18 (11): 3.
41. Shea, Christopher R. Psoriasis. En: Olbricht, M, et al. MANUAL OF CLINICAL PROBLEMS IN DERMATOLOGY. Boston: Little Brown and Company, 1992. 409p. (pp. 81-84)
42. Spencer J. et al. Specific treatment tips offered for treating specific populations. Dermatology Times. 1998; Jun.; 19 (6):20.
43. Taber's CYCLOPEDIA MEDICAL DICTIONARY. 18 Ed. Philadelphia: F.A. DAVIS company. 1993 .1588p
44. Vélez H. et al. FUNDAMENTOS DE MEDICINA DERMATOLOGIA. 5 Ed. Colombia: CIB. 1997. 607pp.
45. Watson F. Research focus shifts to immunology, genetics. Dermatology Times. 1997; Nov.; 18 (11):4-6.
46. Watson F. Systemic cyclosporine tx risks may be reduced. Dermatology Times. 1997; Nov.; 18 (11): 8-9.
47. Weinstein Gd. Et al. Tazarotene is effective topical therapy for plaque psoriasis. Modern Medicine; 1997; Nov.; 65 (11): 60.
48. Williamson D. et al. GMDP for psoriasis. The Lancet. 1998; Ag.; 352 (9127): 545-547.
49. Zabel K. Cyclosporine followed by acitretin sidelines psoriasis. Dermatology Times. 1997; Ag.; 18 (8): 52-55.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Responsable: Br. Karin Sofía Wolmers

REGISTRO: _____ SEXO: F __ M __ EDAD: _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

TIPO DE PSORIASIS: _____ VULGAR
_____ GUTTATA
_____ PUSTULOSA
_____ EN PLACAS
_____ ARTICULAR
_____ CUERO CABELLUDO
_____ UNGUEAL
_____ PALMO PLANTAR
_____ INVERTIDA
_____ ERITRODERMICA (GENERALIZADA)

ÁREA DE AFECCIÓN: _____ CUERO CABELLUDO

☐ TRONCO
☐ EXTREMIDADES
☐ PALMAS
☐ PLANTAS
☐ UÑAS
☐ PLIEGUES
☐ ARTICULACIONES
☐ REGIÓN LUMBOSACRA
☐ GENITALES
☐ CODOS Y RODILLAS

ANTECEDENTE FAMILIAR: ☐ PADRE
☐ MADRE
☐ HERMANO (A)
☐ TIO (A)
☐ ABUELO (A)
☐ HIJO (A)

TRATAMIENTO:

	TÓPICO	SISTÉMICO
☐ ALQUITRAN DE ULLA (POLYTAR)	☐ HIDROXICINA	
(ATARAX)		
☐ ACEITE SALICILICO 5%	☐ METOTREXATE	
☐ CLOBETASOL (DERMOVATE)	☐ PSORALEN	
☐ LOCION OLEOSA DE ALQUITRAN (LOA)	☐ MELADININA	
☐ TRIAMINOLONA (CCF)	☐ SURBEX CON ZINC	
☐ SULFATO DE LAURIL ÉTER SULFATO DE SODIO (BETAPIROX)		