

11212-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

31

"ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS DE LA PSORIASIS EN PACIENTES MEXICANOS: EXPERIENCIA DE LA CLINICA DE PSORIASIS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO"

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. GIOVANNA CAROLA PAREDES CABRERA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



[Firma manuscrita]

DIRECCION DE ENSEÑANZA

DIRECTORA DE TESIS: DRA GLADYS LEÓN DORANTES.

HGM

MÉXICO, D. F., FEBRERO DEL 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

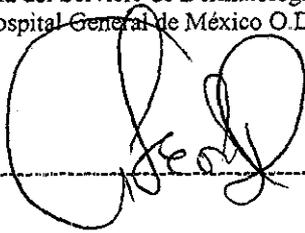
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Eduardo De Anda Becerril

Director de Enseñanza
Hospital General de México O.D

Dra. Gladys León Dorantes

Directora de Tesis y Profesora Titular del
Curso de Especialización en Dermatología
Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital General de México O.D



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS:

Doy gracias a Dios, por haberme bendecido con su amor, por ser mi fortaleza, mi esperanza y mi refugio. Él me guardará y guiará mi camino hacia la salvación y vida eterna. Gracias Señor por tu misericordia y tu fidelidad, hacia mi vida....

Gracias a mis padres, quienes siempre son: un apoyo de amor incondicional y desmedido, por ser un incentivo para mí de admiración y respeto hacia sus vidas y por sobretodo de haberme enseñado a amar..

Gracias a mi hermanita Pamela por ser cómplice de mis inquietudes, pesares y bienaventuranzas. A tí Ernest.... por haber cuidado de mi hermana y por haberme dado dos hermosos tesoros (Azul y Ernestito)

A mi hermanita Dorita por su dulzura y ternura hacia mis locuras.

A tí Juan, vida mía, nunca terminaré de agradecerle a Dios el que te haya enviado a mi vida. Gracias!!! TE AMO.

Gracias a mis amigos Anita, Gaby, Vick, Domi, Vane, Tere, Xo, Elo, Ale, Vere, Gabrielito, Azu, Ró, Lalo, y Javi

Gracias a mis MAESTROS: Dra. Gladys León, Dr. Saul, Dr. Peniche, Dr. Peyro, Dra. Mercadillo, Dr. Bonifaz, Dra. Arellano, Dra. Peniche, Dra. Canalizo, Dr. Blancas, Dra. Montes de Oca, Dra. Palacios y Dra Rosi Ponce.

Gracias por las enseñanzas y por el afecto que he recibido estando lejos de mi familia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

I. Resumen.....	1
II. Introducción.....	3
III. Aspectos Generales de la Psoriasis.....	3
a. Historia.....	3
b. Epidemiología.....	5
c. Genética y asociación HLA.....	8
d. Etiología.....	13
e. Aspectos Clínicos.....	19
f. Calidad de vida.....	26
g. Aspectos Histopatológicos.....	27
h. Tratamiento.....	27
IV. Desarrollo del estudio.....	31
a. Justificación.....	31
b. Objetivos.....	31
c. Material y Métodos.....	32
d. Análisis.....	32
e. Resultados.....	33
V. Discusión.....	52
VI. Conclusiones.....	54
VII. Bibliografía.....	56

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

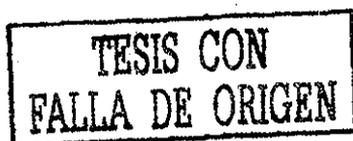
I. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La psoriasis es un desorden cutáneo con distribución mundial amplia, caracterizada por la hiperproliferación descontrolada de queratinocitos. Es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por eventos inmunológicos complejos, y en especial por células T. Es mucho más común en la población caucásica, afectando 2-3% del mundo occidental. Sin embargo, el impacto en la población mexicana permanece incierto; se estima que está dentro de las 15 enfermedades de la piel más frecuentes. Se han realizado otros estudios epidemiológicos en diferentes poblaciones alrededor del mundo, e inclusive en poblaciones nativas de centro y sur América donde se observó, incluso ausencia de este padecimiento.

OBJETIVO: Conocer algunos aspectos epidemiológicos y clínicos de pacientes mexicanos con psoriasis.

DISEÑO: Estudio retrospectivo, observacional descriptivo, de tipo transversal.

MATERIAL Y METODO: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes observados en la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México. Durante un periodo comprendido desde Enero de 1995 hasta la Julio del 2001. De los expedientes se registraron la edad del inicio de la enfermedad y al momento de la consulta, sexo, procedencia, antecedentes heredo familiares, subtipo clínico, afección de mucosas o uñas, severidad de la enfermedad medida por el PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), hospitalizaciones previas, tratamientos previos y tratamientos indicados en la clínica.



ANÁLISIS: Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión

RESULTADOS: Se revisaron 550 expedientes clínicos vistos durante un periodo de 6 años. Se observó que esta entidad correspondió al 1.3% de las consultas de primera vez. Se encontró dentro de las 10 dermatosis más frecuentes de la consulta de dermatología general. Existe predominio del hombre sobre el género femenino, con una relación de 2:1. La presentación clínica más relevante fue de psoriasis en placa (67%). La edad de inicio de la enfermedad fue en mayor porcentaje (47%) en la tercera y cuarta décadas de la vida. Un 30% de los pacientes correspondía a una presentación severa de la enfermedad. La afección de la mucosa oral fue muy rara (3%) y la de las uñas más común (56%).

CONCLUSIONES: La psoriasis en México ocupa un lugar importante en la consulta diaria del Dermatólogo, sin embargo, se requieren mayores estudios en diferentes centros del país para determinar una verdadera incidencia o prevalencia. El conocimiento de las diversas variables constituye un instrumento más para determinar el impacto de esta enfermedad en la población que acude al Hospital General de México.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

II. INTRODUCCIÓN:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que se describe en el capítulo de enfermedades eritemato-escamosas de la piel. Es un desorden cutáneo con distribución mundial amplia, caracterizado por la hiperproliferación descontrolada de queratinocitos. Es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por eventos inmunológicos complejos y en especial por células T. Es mucho más común en la población caucásica, afectando 2-5% del mundo occidental. Sin embargo, el impacto en la población mexicana permanece incierto. Se estima que está dentro de las 15 enfermedades de la piel más frecuentes, no existen datos publicados sobre la frecuencia de la psoriasis en población Mexicana.

III. APECTOS GENERALES DE LA PSORIASIS

a. HISTORIA

La primera descripción de la psoriasis se atribuye a Hipócrates (460-377 a.C.) en el principio de la Medicina en el "Corpus Hippocraticum"; este trabajo fue editado en Alejandría cien años después de la muerte del mismo Hipócrates; quien utilizó los términos de *psora* y *lepra* para condiciones que podrían ser reconocidas como psoriasis ^(1,2,3)

Más tarde Celsus (24aC-45), quien tradujo las escrituras de Tiberius Claudius Menekrates, quien fue el médico de cabecera del emperador Tiberio, al idioma Greco y describió alrededor de 40 dermatosis y dentro de éstas, en su descripción, conocida hasta la actualidad, describió a la psoriasis bajo el término

II. INTRODUCCIÓN:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que se describe en el capítulo de enfermedades eritemato-escamosas de la piel. Es un desorden cutáneo con distribución mundial amplia, caracterizado por la hiperproliferación descontrolada de queratinocitos. Es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por eventos inmunológicos complejos y en especial por células T. Es mucho más común en la población caucásica, afectando 2-5% del mundo occidental. Sin embargo, el impacto en la población mexicana permanece incierto. Se estima que está dentro de las 15 enfermedades de la piel más frecuentes, no existen datos publicados sobre la frecuencia de la psoriasis en población Mexicana.

III. APECTOS GENERALES DE LA PSORIASIS

a. HISTORIA

La primera descripción de la psoriasis se atribuye a Hipócrates (460-377 a C), en el principio de la Medicina en el "Corpus Hippocraticum"; este trabajo fué editado en Alejandría cien años después de la muerte del mismo Hipócrates; quien utilizó los términos de *psora* y *lepra* para condiciones que podrían ser reconocidas como psoriasis ^(1,2,3)

Más tarde Celsus (24aC-45), quien tradujo las escrituras de Tiberius Claudius Menekrates, quien fuere el médico de cabecera del emperador Tiberio, al idioma Greco y describió alrededor de 40 dermatosis y dentro de éstas, en su descripción, conocida hasta la actualidad, describió a la psoriasis bajo el termino

impétigo y la llamó "lopoi" que etimológicamente correspondía a "lepo" que quería decir escama ^(2 3)

Galeno (133-200 a C) fué el primero en usar el término de "Psoriasis"; tomada del griego "Psora" que quería decir comezón. Pero como él describió una erupción, asociada a prurito intenso, probablemente se refirió al eczema por seborrea (comezón y escama en párpados) ⁽²⁾

A finales del siglo XVIII la psoriasis y la lepra se adjuntaron, y los psoriáticos enfrentaban la misma fe que los leprosos y eran quemados, encerrados y repudiados por ser producto de un "pecado" generacional ^(2 3)

El patrón clínico de la psoriasis así como la conocemos hoy, fue descrito inicialmente por R. Willian (1757-1812) quien separó dos entidades psoriasiformes; una la "psora leprosa" y otra llamada "lepra Graecorum", que más tarde se llamó psoriasis ⁽²⁾

En 1841 un dermatólogo vienés, Ferdinand von Hebra (1816-1880) demostró que las dos entidades de Willian eran la misma enfermedad y que esta misma podría causar confusión debido a los diferentes tamaños de lesiones, distribución y crecimiento e inclusive involución ^(1 2 3)

De las descripciones clásicas a la clasificación de las formas clínicas, se siguieron los reportes de asociaciones con otras enfermedades, con factores ambientales, las complicaciones de la psoriasis o de los tratamientos; se exploró la patogenia, la inmunopatogenia y la asociación genética ^(1 2 3 4 7 9 11)

El componente psíquico y el estrés alcanzaron su máximo auge alrededor de 1970 posteriormente alrededor de 1980 la fisiopatología se dirigió hacia el queratinocito como célula efectora ⁽¹²⁾

A finales de esa década se otorga a los microorganismos un papel fundamental en especial al estreptococo y en 1990 la psoriasis comienza a estudiarse como una entidad inmunológica compleja llena de mediadores inflamatorios y la terapéutica innovadora del momento lo constituían medicamentos queratolíticos y

corticoesteroides. Nace el uso de antifólicos y potentes inmunosupresores como la ciclosporina y la actividad queratoguladora de los retinoides tópicos y orales. Al final de 1990 el papel principal se le adjudica al linfocito T y una amplia gama de citocinas, asociadas a una célula genéticamente predispuesta ⁽¹²⁾

El siglo XXI trae consigo una amplia gama terapéutica en inmunoterapia específica para componentes específicos de la respuesta inmunológica, tratando de frenar esa respuesta inflamatoria crónica que resulta errónea para algunos individuos creando incapacidad fisiológica y afectando la calidad de vida del paciente con psoriasis en dermatología ^(10 12)

Gracias al impacto en población anglosajona y poblaciones primer mundistas y la concomitancia con las secuelas, incapacidades físicas y complicaciones, la investigación en epidemiología, propeuéutica, fisiopatología y terapéutica en esta enfermedad, han hecho de ella un complejo mundo de conocimientos en constante movimiento y actualización

b. EPIDEMIOLOGIA

A pesar de que la psoriasis es una enfermedad común, todavía existen muchas preguntas sin responder. Una muy importante es la prevalencia de la enfermedad que es actualmente desconocida, y existen muy pocos datos específicos sobre este tema. La mayoría de los estudios publicados reportan un estimado de prevalencia y una frecuencia en la población estudiada. Los estudios poblacionales son raros y las observaciones longitudinales del cambio de los rangos de prevalencia no existen.

La bibliografía muestra un grupo de enfermedades que se asocian frecuentemente a la psoriasis: como son la artritis, colitis, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica ^(12 16). Tiene una importante distribución mundial. Pero existe una variación geográfica, racial y ambiental.



En América del Norte se estima una afección del 2% de la población general. Con más de 150 000 casos nuevos diagnosticados por año. Y se reportan 6 millones de individuos afectados por esta enfermedad en solo Estados Unidos ⁽¹²⁾

El estudio más grande de 30 000 individuos en las Islas de Faroe realizado por el Dr. Farber y cols. mostraron que un 2.8% de la población estaba afectada. Además 91% de los pacientes tenía antecedentes familiares, y podría inferirse que era el resultado de ser una pequeña comunidad cerrada ⁽¹³⁾

En otras poblaciones caucásicas se ha estimado una frecuencia de 2%, a predominio del norte de Europa ^(10 12 16)

En población Japonesa y esquimales se reportan bajos porcentajes de aproximadamente 0.37% ⁽³⁾. En Croacia, un estudio de 10 500 individuos se encontraron 102 casos de psoriasis, determinaron que la prevalencia de psoriasis de 0.97%, con un porcentaje de antecedentes heredo familiares positivos de 32% ⁽¹⁷⁾

La psoriasis en áreas montañosas como las de la región de Al Baha en Arabia del Sur se percibió en un intervalo de 6 años, un total de 297 pacientes con psoriasis con predominio del género masculino. Sin embargo no se pudieron determinar datos globales epidemiológicos de la región ⁽¹⁸⁾. En el Oeste y Este de África se reportan menores frecuencias de psoriasis vulgar ⁽¹⁹⁾

Otro estudio de amplia población que incluyó 40 000 individuos en Suecia; expuso una incidencia de 2.3%; y de esos pacientes, 6.4% contaban con antecedentes familiares positivos ⁽²⁰⁾

En Alemania se ha determinado una incidencia de 1.3% ⁽²¹⁾, en Gran Bretaña de 1.6% ⁽⁴⁾ en Dinamarca 1.7%. Es muy rara en el Oeste de África y en afro americanos ⁽²⁾

Kerdel-Vegas y cols reportan en los nativos Indios de América del Norte una incidencia de 0.97% y en América del Sur, en un estudio 26 000 indígenas, no se reportó ningún caso de psoriasis ⁽²⁾ Un estudio epidemiológico en Ecuador, en 224 psoriáticos, revela una prevalencia de 1/12 e incidencia de 0.7 pacientes por año, reporta que 8 de cada 10 pacientes eran mestizos, estos datos no constituyen un verdadero valor estadístico, ya que se basa en una población hospitalaria, y sus resultados epidemiológicos están ampliamente sesgados. ⁽²⁶⁾ En México no hay un estudio que englobe datos epidemiológicos de esta enfermedad, se sabe desde 1980 que está dentro de las quince dermatopatías más frecuentes, y equivale al 2% de las dermatosis vistas en la consulta ⁽¹⁾

AFECCIÓN DE SEXOS

En la mayoría de los estudios epidemiológicos no se especifica relevancia de algún género afectado. Aparentemente en la población europea afecta a ambos sexos por igual, salvo en las regiones del Sur de Arabia y en África donde aparentemente el género masculino es más afectado que el femenino. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ En una publicación reciente se menciona la importancia de considerar específicamente el género del paciente, para poder determinar una conducta terapéutica más segura y una calidad de vida mayor, éste en especial para el género femenino, enfatizando la edad reproductiva, los riesgos y beneficios durante este periodo de la vida ⁽⁷⁹⁾

EDAD DE PRESENTACIÓN

La edad de presentación es variable, es rara antes de los 10 años. Se han reportado casos desde el nacimiento hasta los 108 años de edad. Constituyendo una amenaza durante toda a vida ⁽²³⁻²⁴⁻⁵⁵⁾ Se ha demostrado por numerosos estudios que la mayoría de los pacientes desarrolla psoriasis alrededor de la tercera década o en un intervalo entre 15 a 30 años. El estudio de Henseler y cols realizado en 1985 en 2400 pacientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mostró un primer pico de incidencia a los 22.5 años de edad y un segundo pico de incidencia en 11.8% a la edad de 55 años ^(27 28)

En un grupo de estudio de 245 niños, la edad promedio de presentación fue de 8.1 años de edad ⁽¹⁰⁾ Y en el estudio de las islas de Faroe se estimó un promedio de 12.5% ⁽²⁾

Según la clasificación de Henseler, la aparición de psoriasis antes de los 15 años indica un curso más severo de la enfermedad; en extensión, severidad y resistencia al tratamiento, y una asociación genética de mayor penetrancia ⁽²⁸⁾

c. GENÉTICA Y ASOCIACIÓN HLA.

Las primeras bases genéticas para la psoriasis derivan de los estudios epidemiológicos de las Islas de Faroe y Suecia. Mediante ellas se determinó el riesgo de padecimiento de la enfermedad con relación a un parentesco de primer grado, siendo este del 8 al 23% ^(2 3 10 12 3)

MODO DE HERENCIA

El modo de herencia de la psoriasis permanece incógnito, con reportes que sugieren un patrón de herencia autosómico dominante y otros de orden recesivo con variabilidad en la penetrancia ⁽¹⁰⁾

El consenso parece indicar que se trata de una enfermedad con patrón poligénico y multifactorial. Sin embargo se debe tener en claro que existen 4 aspectos importantes que mantienen la predisposición genética en pie: ⁽¹⁰⁾

- 1 Incremento de incidencia de la enfermedad si existen familiares progenitores afectados
- 2 Incremento proporcional entre la descendencia de uno o ambos progenitores afectados



- 3 Altos rangos de concordancia de psoriasis entre gemelos monocigotos
- 4 Y el desequilibrio de ciertos antígenos mayores de histocompatibilidad que tiene la expresión de la enfermedad ⁽³²⁾

ESTUDIOS EN GEMELOS:

La ausencia de correlación del 100% entre estudios de gemelos mono y dicigotos mismos que develan la importancia de factores ambientales que servirían de gatillo a la enfermedad. El papel de la herencia en la psoriasis está en concordancia en los gemelos monocigotos en un 65% a 70% mientras que los dicigotos es de 15 a 20% ^(10 12)

IMPRONTA GENOMICA

Este apartado se refiere a la expresión del gen en el individuo afectado, en relación con la herencia de la lineal materna o paterna. Es un tipo especial de modificación epi genética en la cual los cambios ocurren en el control transcripcional del gen.

En un estudio alemán de 2000 familias, se observó una penetrancia de 8.1% si un progenitor estaba afectado y la prevalencia se incrementaba en un 41% si ambos se veían afectados ⁽¹⁰⁾

Traupe y cols mostraron evidencia de la relación entre el peso del producto y la presencia de progenitores con psoriasis, es decir, los productos de un padre psoriático tenían más peso que los de una madre psoriática. Así mismo la manifestación de la enfermedad mostró mayor penetrancia si el progenitor afectado era el padre. Los padres con psoriasis tenían mayor predisposición de tener hijos afectados por la enfermedad y estos de mayor severidad ⁽¹⁰⁾

Se ha estimado un 50% de riesgo de herencia en el caso de tener ambos padres psoriáticos. Si solo un progenitor está afectado el riesgo es de 10%. Un familiar no-progenitor afectado determinará un riesgo de 7%. Si existe un progenitor afectado y un familiar no-progenitor el riesgo calculado es de 16%. Un parentesco en 2do

grado establece un valor de 4% y en tercer grado el riesgo será de 1 a 2 %
(2.9.10.33)

ASOCIACIÓN CON ANTIGENOS LEUCOCITARIOS HUMANOS:

A diferencia de otras enfermedades autoinmunes, la psoriasis se ha asociado con múltiples antígenos HLA. Esto incluye antígenos Clase I: HLA-B13, -B17, -B37 - B57, -Cw6 y -Cw7, y antígenos Clase II: HLA-DR7 y HLA-DR4 ⁽¹⁰⁾

Estudios en los antígenos leucocitarios de histocompatibilidad (HLA) Clase I han demostrado asociación con B13, B17 y B37. Pero esta asociación es menos importante que los relacionados con HLA de la espondilitis anquilosante. Otros estudios subsecuentes relacionan a la psoriasis con Clase I del HLA como el Cw6 y de la Clase II como el DR7.

La psoriasis de aparición temprana se asocia al HLA CW6, además de existir un desequilibrio en B13, B17 y B37. Mientras que la psoriasis cuya aparición es más tardía se relaciona con HLA CW2 y B27. B13 y B17 y se relaciona más con la psoriasis guttata.

El alelo Cw6 en la población caucásica demuestra una asociación más fuerte y correlaciona con la temprana edad de presentación, historial familiar positivo y un cuadro clínico severo. Esto ha permitido a Henseler clasificar a la psoriasis en dos tipos según se muestra en la siguiente tabla ⁽²⁷⁾

	TIPO I	TIPO II
EDAD DE APARICIÓN	Antes de los 40 años	Después de los 40 años
ASOCIACIÓN	Cw6 y otros	Cw2
CURSO	Severo	Moderado



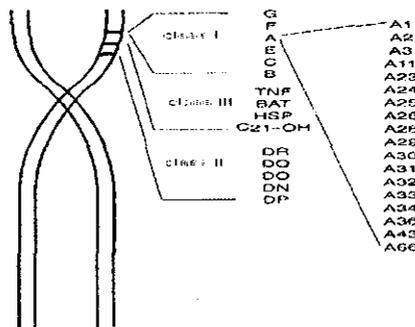
Las asociaciones con alelos HLA están en un desequilibrio de linaje que sugiere que la susceptibilidad de la psoriasis involucra uno o más genes pero separados de moléculas Clase I HLA en el cromosoma 6, en su brazo corto ^(2 5 6 10 12)

ASOCIACIÓN GENÉTICA

Existe actualmente una evidencia impresionante de que la psoriasis es una enfermedad predeterminada genéticamente, y es más factible que se encuentren involucrados mas de un gen de susceptibilidad Desde 1994 tres importantes locus de susceptibilidad han sido reportados en los cromosomas 17q, 4q y 6q ^(33, 34)

Una exploración del genoma de 134 hermanos afectados con psoriasis reveló resultados de la genotipificación donde existió una conexión significativa con una región del gen HLA en el cromosoma 6p; y a su vez otros posibles genes de susceptibilidad en los cromosomas 4q y 17q ^(12 30)

El gen de susceptibilidad **PSORS1**: 6q21 ha sido replicado independientemente en varios estudios de cohortes familiares diferentes Dentro de las familias caucásicas estudiadas se calcula que un 50% presenta este único locus de susceptibilidad Análisis de otras asociaciones con marcadores HLA en psoriasis familiar sugieren mayores residuos determinantes que reside dentro de una región que se extiende telomérica al gen del factor de necrosis tumoral beta (TNF-β) hasta aproximadamente 100kb telomérica al HLA-C La relación con el HLA-C explica el polimorfismo de citocinas en la psoriasis ⁽³¹⁾



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recientemente se examinaron 339 familias; donde se encontró un desequilibrio génico en una región de 300kb que involucraba al gen de la corneo desmosina, llamado gen S; mismo alelo encargado de regular la síntesis de proteínas estructurales del queratinocito ⁽¹²⁾

Un extenso estudio del genoma en población Alemana, 32 familias, con una población total de 162 psoriáticos y 195 familiares no afectados revela un nuevo locus de susceptibilidad en el cromosoma 19q13. Calculándose una frecuencia de 66% entre vínculo emparentado. Además se sugiere otros locus de susceptibilidad en los cromosomas 8q y 21q ⁽²⁹⁾

En Italia un estudio de genético poblacional extenso, en 3 generaciones da una familia, establece el locus 1q21.3 ⁽¹²⁾

Los loci de susceptibilidad entonces en psoriasis son: 6q21, 17q, 4q, 1q21.3, 19p13, 8q, 21q, 3q21, 14q31, 16q, 24q25 y 20p. Esta predisposición poligénica establece la existencia de una gran relevancia del medio ambiente sobre aquel individuo que desarrolla psoriasis.

La asociación de la psoriasis con enfermedades sistémicas inflamatorias se observa en la superposición de 6q con un nuevo locus de susceptibilidad para la enfermedad de Crohns, lo cual puede explicar la concomitancia de ambas. Con lo anterior y otros reportes se ha estimado que un enfermo de Chron tiene 7 veces más de posibilidades de desarrollar psoriasis ^(10, 106). También se ha postulado que esta predisposición multigénica produce uno u otro padecimiento mediante un fenómeno que se podría llamar interacción genética aditiva ⁽²⁾

Un desequilibrio en la expresión de HLA-B27 se relaciona más con la artritis psoriática, sin embargo, esta asociación la comparten espondilitis anquilosante, la enfermedad de Reiter y la psoriasis ^(2, 3, 10, 12)

d. ETIOLOGIA

La psoriasis está definida por expertos como el Dr. Enno Christophers como una enfermedad familiar compleja que se manifiesta en relación con factores ambientales comunes ^(10 37)

FACTOR	ASOCIACIÓN REPORTADA
INFECCIÓN	<i>Streptococcus pyogenes</i> HIV (infecciones oportunistas) <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Candida albicans</i> Malassesia furfur Retrovirus
TRAUMA	Físico químico, quirúrgico (Koebner)
FACTOR ENDOCRINO	Embarazo, terapia estrogénica stress
DROGAS	Litio, anti-malaricos, β -bloqueadores, rebote de corticoterapia sistémica
FACTOR METABÓLICO	Hipocalcemia
ALCOHOL	Alto consumo

FACTORES AMBIENTALES O GATILLO:

Varios factores ambientales pueden iniciar o exacerbar la enfermedad, inclusive sus efectos pueden variar de un individuo a otro. Las infecciones respiratorias del aparato respiratorio superior producidas por el *Streptococcus* β -hemolítico del grupo A ha sido reconocido como gatillo de la psoriasis guttata. Así mismo este tipo de infección puede exacerbar la forma crónica de la enfermedad ^(35,36 39 40)

INFECCIONES:

Dentro de este contexto el mas asociado es el *Streptococo β -hemolítico* La observación original fue hace 50 años cuando se vio que un paciente posterior a la tonsilitis desarrollaba psoriasis ⁽³⁸⁾

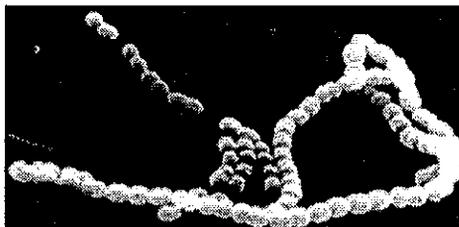


Fig. 1: *Streptococo β -hemolítico*.

La dermatitis perianal estreptocócica es una dermatitis superficial producida por *Streptococo β -hemolítico* del grupo A Se reporta así mismo el desarrollo de psoriasis guttata en niño de 4 años posterior a dicho proceso infeccioso ^(39,40)

Aparte del estreptococo se han involucrado algunos virus y bacterias ^(40,41)

En algunos casos ya reportados la infección de un individuo por el VIH exagera la psoriasis, y en otros se manifiesta la psoriasis posterior a la infección vírica Además el virus invade a la células de Langerhans y esta células se activan e inician un proceso inflamatorio que puede dar lugar a dermatosis de aspecto psoriasiforme ^(10,40)

No esta realmente claro si el virus per se o la inmunosupresión producida por el mismo VIH predispusiese al individuo a infecciones por gérmenes oportunistas que pudiesen activar la psoriasis en un paciente genéticamente predispuesto

Además que las infecciones locales con *S aureus* y *C albicans* también se han asociado a la exacerbación de la psoriasis ^(2,3,4,7,10,33)

Malassesia furfur también ha sido un microorganismo involucrado

PSORIASIS Y VIH

Dentro del apartado de enfermedades inflamatorias en pacientes seropositivos a VIH la psoriasis ocupa el primer lugar, la presentación clínica es similar o muchas veces se pueden presentar casos atípicos. La incidencia en VIH no parece tener mucha significación, pero si existe mayor incidencia en la forma artrítica de la psoriasis ^(10,42)

En pacientes seropositivos a medida que la inmunosupresión avanza en los estadios del VIH la psoriasis preexistente puede exacerbarse, y en otros casos aparece de novo. A nivel histopatológico se corrobora el aspecto psoriasiforme.

El espectro clínico puede ser atípico o puede comprender un espectro que va desde la dermatitis seborreica a la dermatitis psoriasiforme y asociaciones posteriores a cuadros articulares y síndrome de Reiter. Pueden confluír diferentes variantes clínicas así como involucro de piel, mucosa, uñas y articulaciones. En estos pacientes la eritrodermia psoriática puede implicar el riesgo de la vida misma. Es común la concomitancia con microorganismo oportunistas, infecciones y posteriores septicemias, en especial por *S aureus*. La remisión espontánea se presenta en el desarrollo de SIDA, en el último estadio. Las incapacidades psicológicas y físicas son comunes.

El tratamiento en pacientes con VIH y psoriasis constituye un desafío, por ser poco responsivos a la terapéutica habitual. Las interacciones medicamentosas en estos pacientes son mucho más amplias, en especial con los antiretrovirales y los fármacos de profilaxis infecciosa. La fototerapia y fotoquimioterapia en estos pacientes ha demostrado ser muy efectiva, pero es controversial el uso de luz UV. El uso de antibióticos, antifúngicos y retinoides son todos efectivos ⁽⁴²⁾



PSORIASIS Y EMBARAZO:

En conjunto con el embarazo la psoriasis es muy rara, posiblemente se de en personas altamente predisuestas en el ámbito genético. Las formas clínicas que se han visto reportado son las variantes pustulares. Sin embargo es importante diferenciarlas de un impétigo herpetiforme o un impétigo secundario en una dermatosis del embarazo ^(43,44)

El uso de calcipotriol o corticoides tópicos son seguros dentro de esta etapa. Ya que los tratamientos sistémicos como la ciclosporina están todos contraindicados, aunque durante el embarazo una dosis de 8mg/kg ha mostrado ser útil y segura en un caso reportado ⁽⁴⁵⁾. Dentro de la evolución natural de la enfermedad en algunos estudios ha observado que después del parto un 14% empeora un 43% permanece igual. El uso de tratamientos sistémicos en el periodo de lactancia está contraindicado ⁽⁴⁶⁾. Así misma la artritis psoriática aparece en un 45% de mujeres en la etapa de posparto o perimenopáusicas. ⁽⁴⁷⁾

TRAUMA:

En un tercio de los pacientes con psoriasis, el antecedente de un evento traumático sea físico o químico, de la piel resulta en el desarrollo de una lesión psoriática en el lugar del trauma. Este fenómeno que fue visto por primera es por Koebner en 1872 y es conocido como fenómeno de Koebner. Esta caracterizado como un "todo o nada": el paciente que lo desarrolla lo desarrollara en cualquier parte de su cuerpo y el que no lo hará. Existe la forma inversa del fenómeno denominada "Koebner reverso" ^(2 37 38)

PSORIASIS Y ESTRES:

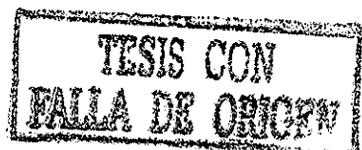
El manejo del estrés es de importancia vital en pacientes con predisposición genética. El eje neuro-endocrino-inmunológico está muy involucrado. Singulares observaciones de lugares de parcial anestesia en el área de resolución de lesiones psoriáticas, ha llevado a realizar algunas investigaciones sobre las terminaciones nerviosas. Donde se ha observado marcada proliferación de ellas, correlacionadas con niveles elevados de factor de crecimiento nervioso (NGF), mismo que parece jugar un papel muy importante en la patogénesis ^(10, 12, 33)

PSORIASIS Y MEDICAMENTOS:

Reportes sobre la asociación de fármacos como el litio, los β -bloqueadores, los anti malaricos y AINES pueden actuar como gatillo o así mismo agravar la psoriasis.

El litio ha sido reportado desde los 70, como inductor en decenas de casos siendo algunos individuos positivos para antecedentes heredo familiares de psoriasis, y en otros casos como exacerbador del padecimiento. Todos los casos reportados correspondían a una psoriasis vulgar corroborada por Histopatología. Algunos casos muestran remisión del cuadro al suprimir el fármaco, sin embargo otros refieren recurrencia posterior ⁽⁴⁸⁾. También el litio en otros reportes solo indujo onicopatía psoriática, ⁽⁴⁹⁾ y en otros casos psoriasis palmoplantar pustulosa ⁽⁵⁰⁾.

Los beta-bloqueadores también pueden desencadenar erupciones psoriasiformes o erupciones pápuloescamosas, pero diferentes a nivel histopatológico, microscopía electrónica e inmunohistoquímica, con respecto a la psoriasis. La acción del metoprolol y el atenolol se caracteriza por degranulación excesiva de neutrófilos en la dermis. Mientras el propanolol, nadolol y otros no selectivos intervienen en la inducción de enzimas proteolíticas de los macrófagos. Pero en ambos fármacos anteriores la liberación de enzimas en exceso por parte de los linfocitos T, constituye el principal mecanismo patogénico ⁽⁵¹⁾.



Los AINES como el ibuprofeno pueden exacerbar la psoriasis en algunos casos cuando este es utilizado como terapia en artritis psoriática donde se incrementaron las manifestaciones cutáneas así como la sintomatología articular de la enfermedad. La interrupción del AINES produjo mejoría de las lesiones ⁽⁵²⁾

Cuadros de psoriasis severa se han reportado en pacientes que utilizan antimalaricos como la cloroquina y la hidroxiquicloroquina, en algunos casos fueron pacientes con lupus eritematoso en tratamiento. Algunos reportes llegaron a la eritrodermia. Y a una forma pustulosa generalizada. Además de presentar cuadros extensos los pacientes respondían pobremente a tratamiento en base a retinoides sistémicos y asociación del mismo con metotrexate ⁽⁵³⁾

Dentro del 10-4% de los efectos adversos de la terbinafina se han descrito cuatro casos de desarrollo de psoriasis durante el tratamiento con dicho fármaco. ⁽⁶¹⁾

Los esteroides sistémicos se han relacionados con la exacerbación de la psoriasis, especialmente en la fase de rebote.

PSORIASIS Y ALTERACIONES METABÓLICAS: HIPOCALCEMIA

Interesantemente la hipocalcemia agrava la psoriasis, y es importante en la patogénesis ^(1 2 3 9 10)

PSORIASIS Y FARMACODEPENDENCIA: ALCOHOL

El gran consumo de alcohol y el tabaquismo conllevan a efectos deletéreos pero no se ha dilucidado el mecanismo específico, pueden inducir psoriasis. Y se reporta incremento de la morbi-mortalidad en aquellos pacientes que consumen bebidas alcohólicas y tabaco ^(54 60)



PSORIASIS Y EL CLIMA:

Los individuos con psoriasis mejoran su dermatosis en climas cálidos con una humedad relativa alta, y empeoran con los climas fríos. Esto parece ser independiente de los efectos de la luz ultravioleta. Quizás se podría explicar así la mayor frecuencia de este padecimiento en los países europeos nórdicos. Sin embargo dada la mayor predisposición genética en esos ápicos, no es un factor significativo. Pero si debe de tomarse en cuenta ⁽²⁾

e. CUADRO CLÍNICO

La lesión clásica es una placa eritemato escamosa, pero el color depende del grosor de la escama y si ésta es adherente o pobremente adherida, el color de la placa puede variar de un color rojizo con pobre escama a uno blanquecino por abundante escama, a color grisáceo por abundante escama yesosa ^(1 2 3 7 9)

Para establecer un buen diagnóstico es muy útil, particularmente sobre la placa escamosa, escoriar la lesión con una espátula de madera si la lesión es de psoriasis se tornará blanquecina, ésto debido a que la queratina es muy pobremente adherida. Cuando la escama es fina dejará pasar la luz y en la piel dejará pasar el color rojizo reflejado por los capilares y cuando ésta es retirada se observará un fino puntilleo sangrante que corresponde a los capilares, conocido como Signo de Auspitz ^(1 2 3)

La psoriasis tiende a ser una erupción simétrica y esta simetría es muy útil al establecer el diagnóstico. La forma unilateral es posible pero excepcional. El tamaño de las lesiones, la topografía y la disposición darán lugar a las diversas variantes clínicas de presentación de la psoriasis.



FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN

- **PSORIASIS EN PLACA:** Es la forma más común de presentación en especial en los adultos. Las lesiones varían en número y en tamaño, y pueden confluir. Los sitios más comunes son en la región sacra, los codos y las áreas extensoras, las rodillas y la piel cabelluda, o cualquier parte del cuerpo puede verse involucrado. El porcentaje de área afectada es muy variable. La evolución es variable, puede remitir espontáneamente, puede persistir o empeorar. Cuando empieza a resolverse empieza desde el centro a la periferia, dejando un borde ligeramente elevado. La pérdida temporal del pigmento en áreas afectadas es muy rara.
- **PSORIASIS EN GOTA:** Este tipo de psoriasis es más frecuente en niños, adolescentes y en adultos jóvenes. Característicamente es precedida por un episodio de infección de garganta. Algunos individuos tienen ataques recurrentes de psoriasis guttata. Se presentan placas eritemato-escamosas circulares en formas de gotas. Inicialmente en el tronco, y después pueden involucrar los muslos, brazos y la cara. Las lesiones tienden a persistir 2 a 3 meses, y a veces se resuelven espontáneamente. Muy ocasionalmente estas lesiones pueden aumentar de tamaño y persistir, y entonces la enfermedad toma el patrón de la forma crónica en placas.
- **FENOMENO DE KOEBNER:** Es la psoriasis que aparece en el lugar de trauma, este fenómeno no se hace presente en todos los psoriáticos y un paciente puede variar entre ser (+) ó (-). La naturaleza de la lesión no siempre es conocida ni específica, puede ser secundaria a ropa ajustada u otros estímulos al mismo tiempo o también a alguna intervención quirúrgica.
- **PSORIASIS PUSTULOSA:** Es una forma de presentación muy rara, precedida generalmente por otra variante como la psoriasis en placas, la



invertida ó flexural, la pustular localizada o la acral. A su vez de acuerdo a la extensiones divide en:

- **PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA:** Generalmente se la observa en la edad media y afecta ambos sexos. El gatillo asociado es el rebote de los corticoides sistémicos, la hipocalcemia, las infecciones del tracto respiratorio superior ó irritantes locales ^(2 3)

Cuatro patrones clínicos han sido descritos pero existe cierta superposición entre ellos:

- ⇒ **EI PATRON DE ZUMBUSCH:** consiste en una erupción generalizada súbita con eritema y pústulas, hay factores constitucionales y leucocitosis, las pústulas están cubiertas por una fina capa de escamas. La erupción dura varias semanas tiende a revertir o evoluciona a eritrodermia. Subsecuentes episodios pueden continuarse.
 - ⇒ **FORMA ANULAR:** se caracteriza por pústulas que rodean de forma anular lesiones eritematosas, esta forma es la menos severa pero tiende a ser mas persistente.
 - ⇒ **FORMA EXANTEMÁTICA:** tiende a ocurrir posterior a una infección viral y consiste en una diseminación de pústulas con psoriasis generalizada en placas. No hay factores constitucionales ni tiende a recurrir.
 - ⇒ **FORMA LOCALIZADA:** puede ocurrir con psoriasis en placa en el tronco y muslos posterior a la aplicación de irritante o por rebote de esteroides tópicos.
- **PSORIASIS PUSTULOSA LOCALIZADA:** Se presenta como pustulosis palmo plantar persistente. Se observa más frecuentemente en los adultos jóvenes hasta la edad media y es más común en el género femenino. Característicamente es una placa muy bien delimitada.

eritemato escamosa con pústulas Frecuentemente lesiones máculo papulares rojizas a café que son pústulas en resolución También pueden ser lesiones discoides pueden solitarias o múltiples, permanecen del mismo tamaño, pueden confluir y aumentar de tamaño y afectar grandes áreas de palmas y plantas, a veces no hay un límite definido de la lesión Usualmente es bilateral y simétrica, puede ser unilateral Es una forma muy persistente y de difícil tratamiento

- **PSORIASIS INVERTIDA:** Afecta principalmente los pliegues corporales como ser los axilares, inguinales, íter glúteo, umbilical y la región inguinal pueden solo corresponder a placas eritematosas con fina escama y bordes infiltrados
- **PSORIASIS ACRAL:** Esta variante comienza en los dedos y menos frecuentemente en los dedos de los pies, en regiones periungueales Se evidencia placas pequeñas eritemato escamosas Se asocia con distrofia ungueal y pueden aparecer pústulas pequeñas La afección ósea traduce cronicidad Puede evolucionar a formas crónica en placas y eventualmente a las formas pustulares
- **PSORIASIS SEBORREICA:** Psoriasis en lugar de las áreas de eczema seborreico, como en las alas de la nariz o alrededor de los ojos y boca o en áreas intertriginosas o en el centro del tronco anterior Si no hay lesiones en otras partes del cuerpo es difícil de pensar en él diagnóstico
- **PSORIASIS DE LA INFANCIA:** La forma crónica en placas es muy rara pero también la guttata que se ve muy raramente en menores de 5 años Una forma muy común de presentación en los niños es en región genital o perianal denominándose psoriasis del área del pañal Esta forma de psoriasis puede ser persistente hasta la adolescencia y a predominio de varones, y suele confundirse con infección por Candida o dermatitis por



contacto. Eventualmente se puede extender a resto del cuerpo. ^(6 11 71)
Otra forma común en los niños es la periungueal y asociada a distrofia ungueal. También se presenta en la región de la piel cabelluda. ^(2 23 24 72)

- **PSORIASIS TIPO "NAPKIN":** Se refiere a los infantes una erupción papulo-escamosa; aparecen pápulas rojizas con escama blanquecina típica desde los 3 a 6 meses y aparece en el lugar de la servilleta. A diferencia de otras formas de psoriasis, esta involuciona a niños antes del 1er año de vida. El pronóstico es bueno. ⁽³⁾
- **PSORIASIS LINEAL:** Es una forma de presentación muy rara. Las lesiones son lineares en los muslos o en tronco afectando un dermatómero específico. Se postula que esta involuciona a un nevo lineal de base que predispone al proceso psoriático.

PSORIASIS EN SITIOS ESPECÍFICOS:

- **PSORIASIS DE LA PIEL CABELLUDA:** Es una de las topografías más frecuente, puede ser de única localización, característicamente puede extenderse hasta la línea de la corona y regiones retroauriculares. Se presenta como placas eritemato-escamosas tenues, puede ser difusa o como una gruesa placa hiperqueratósica. La pérdida de cabello es una excepción, pero si está presente en la psoriasis severa, particularmente en la forma eritrodérmica o en formas asociadas a VIH.
- **BARBA Y AREA PUBICA:** Se limitan a las áreas de cabello. Si se afeita la barba la psoriasis tiende a aclararse. A veces el tratamiento es difícil por corresponder a piel muy sensible y no se han observado resultados satisfactorios.

- **PALMAS Y PLANTAS:** La afección de palmas o plantas puede ser realmente incapacitante. puede variar de formas eritemato escamosas a pustulares. Generalmente se presenta de forma bilateral. Pueden asociarse a artritis psoriática y presentar afección ungueal severa que puede llegar a la distrofia y onicolísis.

PSORIASIS DE AREAS INTERTRIGINOSAS Y FLEXURALES

- **GENITALES:** Psoriasis del pene es frecuente a veces asociada a la psoriasis inversa, involucra el glande peniano, y esta caracterizada por una placa muy eritematosa, escamosa e infiltración variable. Si las lesiones se extienden más sería muy difícil de distinguirla de una balanitis de la Enfermedad de Reiter ⁽⁹⁾.

OTROS TIPOS DE PSORIASIS

- **FORMAS CLINICAS COMBINADAS:** La psoriasis en placa puede combinarse con la psoriasis en gota, así como con las formas invertidas y pustulosas.
- **PSORIASIS EN MEMBRANAS MUCOSAS:** La afección de las mucosas es muy rara, no existen reporte de frecuencia o incidencia de dichas manifestaciones clínicas, o si pueden ser evidenciadas de forma aislada. Sin embargo un examen físico adecuado y completo de mucosas puede mostrar afección de mucosas por placas eritematosas, que conllevan a otros diagnósticos diferenciales.



- **ONICOPATIA PSORIÁTICA:** La afección de las uñas no es patognomónica, sin embargo se pueden observar hoyuelos milimétricos en el lecho ungueal llamados "pits"; distrofia, onicolísis distal; mismas características pueden afectar desde una uña hasta las veinte. La afección de las uñas ocurre en la mayoría concomitante con la afección articular.

COMPLICACIONES DE PSORIASIS:

ERITRODERMIA PSORIÁTICA:

Término utilizado cuando existe involucro de mayor al 80% de la superficie total de la piel, existen eritema y escama fina a yesosa. Los pacientes con eritrodermia psoriática pierden mucho calor por la vasodilatación generalizada, esto se puede traducir en hipotermia. Se puede desarrollar edema por vasodilatación y pérdida de proteínas de los vasos sanguíneos. Aumento del gasto cardíaco y fallas hepática o renal pueden ocurrir.

Esta forma clínica es mayor en jóvenes o adultos de edad media, o en cualquier edad. Puede estar disparada por muchos factores: quemaduras solares, uso de lámparas solares, infecciones sistémicas, corticoterapia, HIV infección. Implica un mal pronóstico.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ARTRITIS PSORIÁTICA:

Cerca de un 15% de pacientes con psoriasis desarrolla una artritis inflamatoria seronegativa que puede tener muchas características clínicas de la artritis reumatoide ^(9 66 67)



FIG 2. ARTROPATÍA PSORIÁTICA.

f. CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS

La psoriasis afecta todos los parámetros y dimensiones de la calidad de vida de un paciente en relación con el ámbito de la salud. La economía familiar y laboral puede afectarse al igual que la vida social. Afecta emocionalmente al individuo al nivel de imagen personal, seguridad emocional e inclusive relación interpersonal y de pareja.

En promedio los pacientes con psoriasis utilizan una hora diaria para darle cuidado y tratamiento de su enfermedad, además de utilizar durante ese periodo promedio de 6 a 10 tratamientos diferentes. Más de un cuarto de los pacientes con psoriasis

han deseado morir en algunos momentos de su vida por esta enfermedad y un estudio encontró que un 8% de los psoriáticos piensa en eso por su enfermedad

Debido a la complejidad de esta enfermedad y su interrelación con los aspectos psicosociales pocos son los especialistas capaces de otorgar un servicio completo a los enfermos. Dentro del tratamiento se debe de englobar una terapia psicológica y un grupo de apoyo e información ^(11 106)

g. HISTOPATOLOGIA

Los dos cuadros clásicos de la psoriasis son la hiperplasia epidérmica y un infiltrado inflamatorio celular tanto en la epidermis como en la dermis

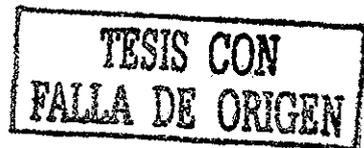
En estadios iniciales, hay una leve hiperplasia epidérmica con engrosamiento de los pliegues cutáneos. Las células epidérmicas se incrementan en tamaño y aumenta el tamaño nuclear y hay dilatación de los espacios intercelulares e infiltración de linfocitos y macrófagos

En estadios posteriores hay infiltración de polimorfonucleares. La capa granulosa comienza a desaparecer y una paraqueratosis anormal se instala. Se produce un exudado de neutrófilos hace que estas células se acumulen en la epidermis superior donde forman micro abscesos pequeños. En la dermis hay alargamiento y tortuosidad de los capilares, los cuales migran hacia la dermis papilar. Hay un infiltrado de linfocitos particularmente alrededor de los capilares dérmicos ^(2 7 8)

En la psoriasis pustulosa los neutrófilos acumulados en grandes números dentro de la epidermis para formar macro abscesos ^(7 8)

h. TRATAMIENTOS:

La terapia rotacional es muy efectiva y va desde un tratamiento tópico a un sistémico a otras formas combinada. Los adelantos de la tecnología y ciencia nos



han permitido ampliar las modalidades terapéuticas con un nuevo rubro de tratamientos denominados inmunoterapia específica

TRATAMIENTOS TÓPICOS:

Es el tratamiento de elección en la psoriasis estable y/o de inicio y con afección leve a moderada. Su objetivo es disminuir la xerosis, la escama y el prurito

Ácido Salicílico: Utilizado por más de 2000 años, este compuesto con propiedades queratolíticas, reduciendo la cohesión entre queratinocitos. Puede provenir del tronco del árbol *Salix alba* o ser sintético. La presentación tópica ha sido usada en la clínica dermatológica ampliamente. su uso en la psoriasis ha sido de gran utilidad. Se absorbe fácilmente, y en estados eritrodermicos puede encontrarse en orina a las 24 horas. Se ha descrito la toxicidad sistémica por absorción percutánea, esto es raro pero si constituye un evento serio y delicado. Es toxica para el sistema nerviosos central, puede producir la muerte. No es un potente sensibilizante. En concentraciones dl 2 al 4% son muy útiles en cuadros psoriasicos no generalizados, aplicándolo dos veces diarias. La aplicación en niños debe realizarse con mucha responsabilidad ^(9 11 107)

Alquitran de Hulla: Es otro agente antiguo de la terapéutica dermatológica, deriva de tres fuentes: madera, animales o del carbón. Su mecanismo de acción no esta claro. Es muy seguro y efectivo, sin embargo su uso no es muy agradable, por ser manchosos y de olor peculiar. Se lo utiliza a concentraciones que van desde 2% al 4% en aplicaciones por la noche ^(2 9 108)

Antralina: Es un derivado del hidroxiantraceno, es de origen sistémico, inhibe el crecimiento celular mediante la inactivación mitoconrial. Tiene dos importante limitaciones: uno la hiperpigmentación residual y la irritación de la piel tratada. Actualmente fuera del mercado era un medicamento tópico de buena efectividad ⁽¹⁰⁸⁾

Corticoides tópicos: De amplia prescripción en Estados Unidos son aparentemente efectivos, y convenientes, sin embargo los efectos adversos en un periodo de uso prolongado van desde la atrofia, estrías, telangiectasias, a dermatitis periorales y a veces infecciosas. Posterior a su uso puede existir el fenómeno del rebote ⁽¹⁰⁸⁾

Análogos de Vit.D. : Su uso es muy actual, y tiene la acción de un esteroide de mediana a alta potencia. su principal efecto adverso es la irritación en un 10-15% de los pacientes. La hipercalcemia también ha sido reportada secundaria a su uso. especialmente si se sobrepasa la dosis recomendada de 100gr diarios al 0.005%

Retinoides tópicos: Como el tazaroteno, que es un derivado sistémico de la molécula del retinoide, recientemente se ha aprobado su uso en psoriasis. Se ha reportado una excelente respuesta posterior a su uso de 8 semanas en un 60% de los pacientes. Los efectos secundarios principales son irritación severa, eritema y sensación ardorosa

5-FU: Ha sido usado con excelentes resultados en placas de psoriasis localizadas o únicas. Desdichadamente tiene una toxicidad local alta que puede ir desde la irritación hasta una quemadura severa

Fototerapia: También considerada dentro de la terapéutica tópica, se considera un tratamiento secundario a pacientes que no responden a ninguno de los anteriores. El tratamiento con radiaciones UV tiene dos principales longitudes de onda utilizadas: la fototerapia con rayos UVB y la foto quimioterapia (PUVA). Sin embargo esta última está clasificada dentro de la terapéutica sistémica ya que incluye un psoraleno sistémico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS:

Aproximadamente 30% de los pacientes con psoriasis tiene sintomatología o afección lo suficientemente severas para iniciar tratamiento sistémico. Debido a que la mayoría de los tratamientos tiene efectos tóxicos, se aconseja que los pacientes tengan indicaciones específicas

Metotrexate: Es un antifólico que inhibe la síntesis de ADN en células de rápida división. Se administra vía oral, intramuscular y también puede administrarse intravenoso. La hepatotoxicidad constituye el principal y más serio efecto adverso, incluyendo la fibrosis hepática y cirrosis. Otros efectos secundarios gastrointestinales no son raros.

Retinoides orales: Análogos sistémicos del ácido retinoico controlan la proliferación y diferenciación de las células epiteliales. Los utilizados en psoriasis son el etretinato y sus derivados como la acitretina. Inducen como efectos adversos sintomatología de hipervitaminosis A como la xerosis, xeroftalmia, xerostomía, debilidad, dolor de cabeza y otros. Como monoterapia en psoriasis recalcitrante o variedades pustulosas es de elección. Está proscrito en mujeres en edad reproductiva, embarazo y niños en crecimiento. También puede inducir hiperlipidemia. La capacidad teratogénica de la acitretina abarca hasta dos años posteriores a la suspensión de su uso. La toxicidad se relaciona con la dosis. Se puede combinar con la fototerapia ⁽¹⁰⁷⁾

Ciclosporina: La efectividad contra la psoriasis fue denotada desde 1979. Sus beneficios han confirmado el origen inmunológico de la psoriasis. Tiene una respuesta rápida y periodo de remisión prolongados. Dentro de los efectos adversos están la nefrotoxicidad e inmunosupresión que puede verse aprovechada por infecciones y malignidad ⁽¹⁰⁷⁾

IV. DESAROLLO DEL ESTUDIO

a. JUSTIFICACIÓN

En México no hay un estudio que englobe datos epidemiológicos de la psoriasis, solo se sabe desde 1980 que está dentro de las 15 dermatopatías mas frecuentes, y equivale al 2% de las dermatosis vistas en la consulta

Algunos refieren un aproximado de frecuencia de 1 9%, sin embargo no hay datos publicados en la literatura mundial ni en la literatura Mexicana

b. OBJETIVOS

Conocer algunos aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes mexicanos con psoriasis a saber : edad de inicio de la enfermedad el género procedencia, ocupación, antecedentes heredo familiares de psoriasis, enfermedades asociadas, variedad de presentación clínica hospitalizaciones previas afección de resto de anexos a piel, severidad de la presentación clínica al momento de la consulta inicial, tratamientos previos a la primera consulta, tratamientos instaurados al momento de la consulta inicial; y otros datos de relevancia epidemiológica que permitan formar un criterio sobre la psoriasis en población mestiza mexicana



c. MATERIAL Y METODOLOGIA

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes de la la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México; correspondientes a un periodo de 6 años 6 meses; desde Enero de 1995 (Fecha en que se funda la clínica) hasta Julio del 2001

En cada expediente se realizó una revisión retrospectiva donde se obtuvieron datos epidemiológicos generales así como datos de relevancia clínica. Las variables registradas fueron: edad en años, sexo, lugar de procedencia, ocupación, antecedentes heredo familiares de psoriasis, tipo de presentación clínica, afección de mucosas o uñas, severidad de la enfermedad medida por el PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*), hospitalizaciones previas, tratamientos previos y tratamientos instaurados en la clínica. Todos los datos recabados se capturaron en una base electronica del programa Excel para su análisis.

d. ANÁLISIS.

Los datos obtenidos se analizaron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

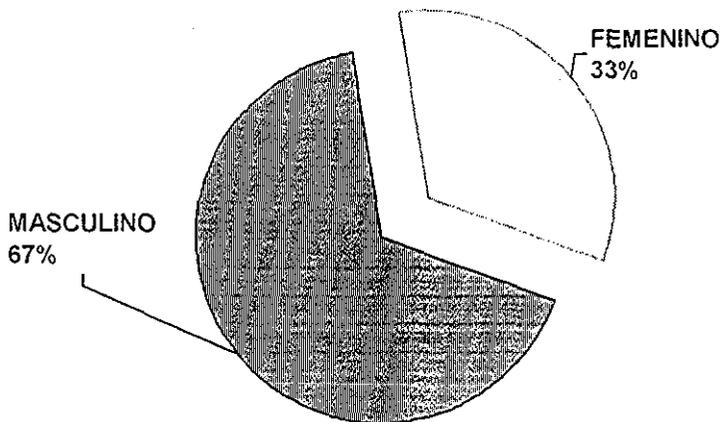


e. RESULTADOS

Del total de 52 mil consultas de primera vez de dermatología otorgadas en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México en el periodo comprendido entre enero de 1995 a Julio de 2001 6 años con 6 meses de revisión; se encontraron 550 casos de Psoriasis que corresponden al 1.3% de estas consultas y una ubicación dentro de las 10 más frecuentes dermatosis vistas en la consulta general

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

Del total de 550 casos clínicos de psoriasis el 67% (368) correspondieron al sexo masculino y el 33% (182) al sexo femenino con una relación de 2:1 hombre mujer



GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LUGAR DE RESIDENCIA

En lo que respecta al lugar de origen de los pacientes estudiados, la mayoría provenía de la capital, seguido del Estado de México, y en menores porcentajes procedían de diversas provincias del interior de la República; como se ilustra en la siguiente tabla: (TABLA 1)

TABLA 1. LUGAR DE PROCEDENCIA.

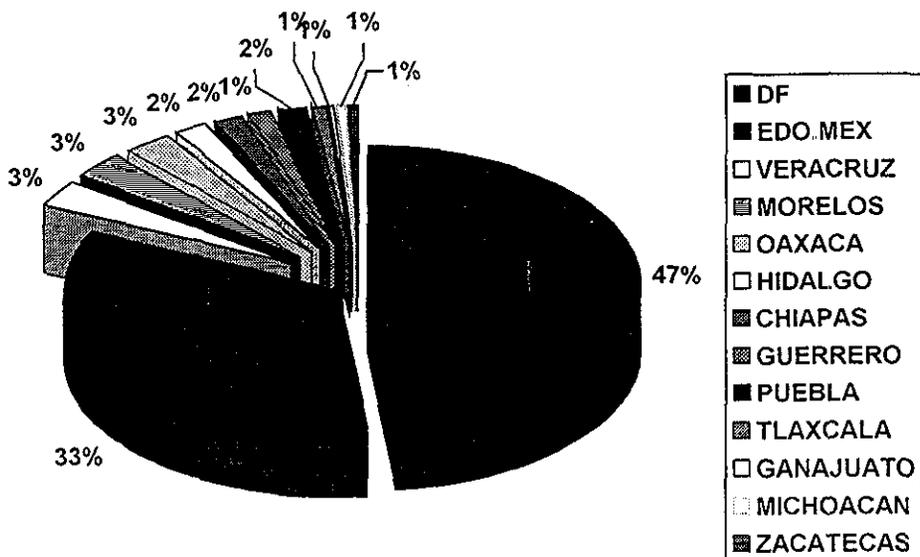
LUGAR DE ORIGEN	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
D.F.	266	48.7%
Edo. Mex	186	33.8%
Veracruz	18	3.2%
Morelos	16	2.9%
Oaxaca	16	2.9%
Hidalgo	11	2.0%
Chiapas	9	1.6%
Guerrero	8	1.4%
Puebla	9	1.6%
Tlaxcala	4	0.7%
Guanajuato	3	0.5%
Michoacán	3	0.5%
Zacatecas	1	0.2%
TOTAL:	550	100.0 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FIG 1. DISTRIBUCION GEOGRAFICA SEGUN LUGAR DE ORIGEN DE LA POBLACION ESTUDIADA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



GRÁFICA 2. LUGAR DE ORIGEN.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES

Edad de inicio de la enfermedad

De acuerdo a la edad de los pacientes se agrupó por décadas, tomando en cuenta la edad de inicio de la enfermedad. El mayor porcentaje (47%) de pacientes con aparición de la enfermedad se encontró en la tercera y cuarta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

décadas El rango de edad de los pacientes oscila entre los 0 a 81 años de edad con un promedio total de 36,8, una mediana de 35 y una desviación estándar de 16,4 El porcentaje de pacientes con un inicio de su enfermedad durante la edad pediátrica es muy bajo

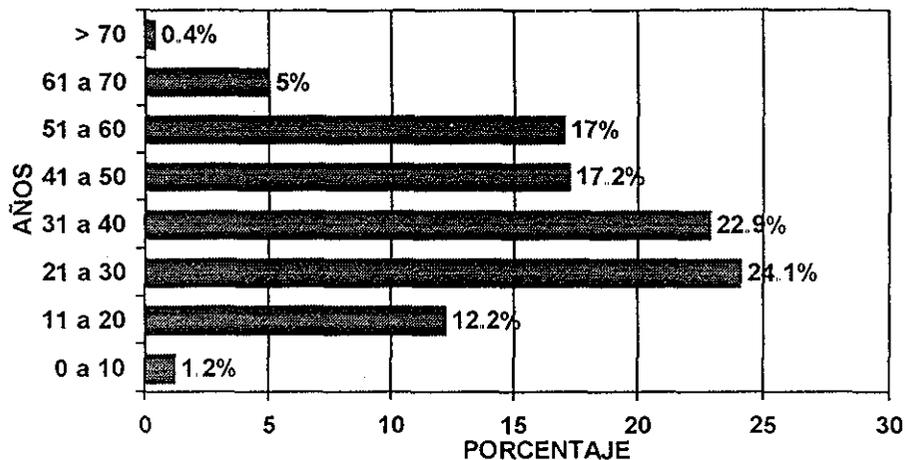
De manera más específica tenemos los grupos de edades por décadas y porcentaje de pacientes para cada grupo (TABLA 2)

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE INICIO DE LA PSORIASIS.

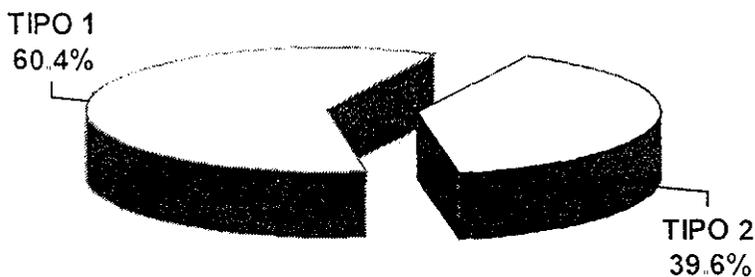
GRUPO DE EDAD	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
0-10 años	7	1.2%
11- 20 años	69	12.2%
21- 30 años	132	24.1%
31- 40 años	125	22.9%
41- 50 años	95	17.2%
51- 60 años	93	17.0%
61- 70 años	27	5.0%
> 70 años	2	0.4%
total	550	100%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN INICIO DE LA ENFERMEDAD.



En la población estudiada es mayor el porcentaje de psoriasis tipo 1 (60.4% inició su padecimiento antes de los 40 años de edad) según la clasificación de Henseler comparado con psoriasis tipo 2 (39.6% inicio su padecimiento después de los 40 años de edad)



GRÁFICA 4 DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE PSORIASIS, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE HENSELER.



El género femenino (182) con relación al inicio de su enfermedad presenta mayor porcentaje entre la tercera y cuarta décadas de la vida (43.8%), con un rango de edad entre 0-80 años. un promedio de 35.8, una desviación estándar 17.7 y una mediana de 34. (TABLA 3)

TABLA 3. EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD EN EL SEXO FEMENINO.

GRUPO DE EDAD	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
0-10 años	4	4.6%
11- 20 años	24	13.4%
21- 30 años	40	22.2%
31- 40 años	39	21.6%
41- 50 años	27	15.0%
51- 60 años	15	8.3%
61- 70 años	11	6.1%
> 70 años	17	8.8%
TOTAL:	181	100.0%

El sexo masculino (368) se estratificó en grupo de edades de inicio de la enfermedad, encontrándose mayor frecuencia entre la tercera y cuarta décadas (49.4%) Con un rango de edad entre 0 a 81 años de edad, con un promedio de 37.4, con una desviación estándar de 15.8 y una mediana de 36 (TABLA 4)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 4. EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD EN EL SEXO MASCULINO.

GRUPO DE EDAD	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
0-10 años	6	1.4%
11- 20 años	50	13.5%
21- 30 años	93	25.5%
31- 40 años	87	23.9%
41- 50 años	65	17.7%
51- 60 años	50	13.5%
61- 70 años	15	4.0%
> 70 años	2	0.5%
TOTAL:	369	100.0%

Edad de Consulta

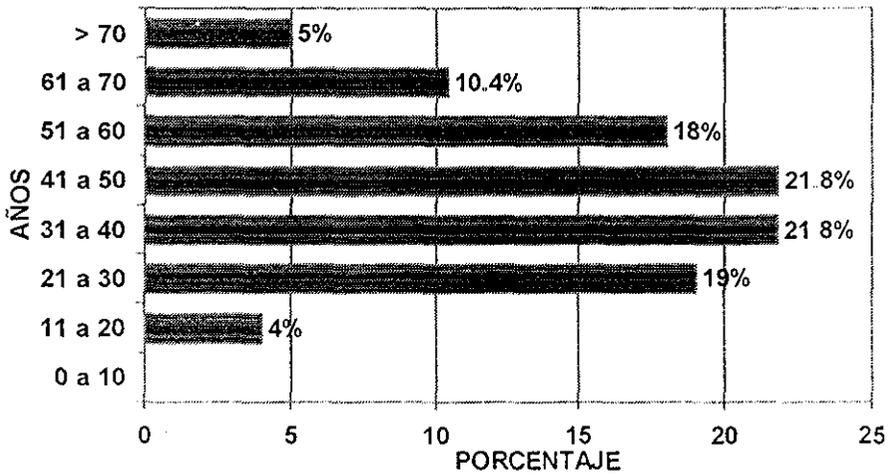
La edad de los pacientes en el momento de su primera consulta a la clínica tuvo la siguiente distribución de edades y porcentajes. (TABLA 5) El mayor número de pacientes se encontró entre los 21 años hasta los 60 años de edad

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN LA 1RA. CONSULTA POR PSORIASIS.

GRUPO DE EDAD	N° DE CASOS	PORCENTAJE
0-10 años	0	0%
11- 20 años	22	4%
21- 30 años	105	19%
31- 40 años	120	21 8%
41- 50 años	120	21 8%
51- 60 años	99	18%
61- 70 años	57	10 4%
> 70 años	27	5%
total	550	100%

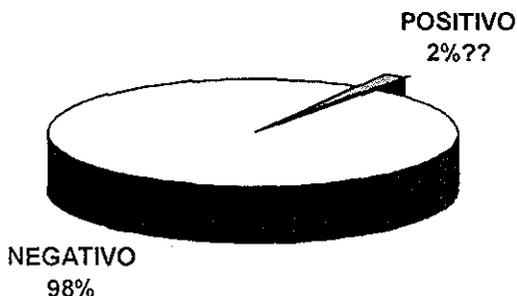
GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE CONSULTA.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE PSORIASIS

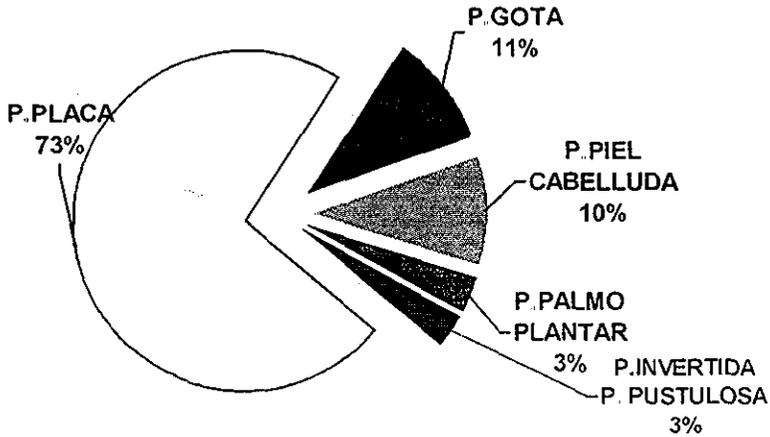
Los antecedentes heredo familiares positivos tanto en línea materna como en línea paterna y de 1era generación fueron registrados solo en un 2% (11??) el 98% restante de los pacientes no reportó dicho dato.



GRÁFICA 6. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE PSORIASIS.

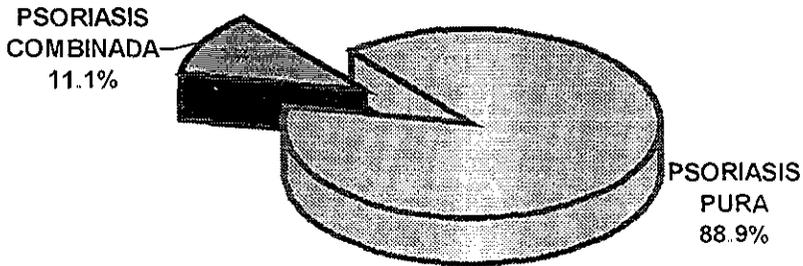
VARIANTES CLÍNICAS DE LA PSORIASIS

La variante clínica de psoriasis que con mayor frecuencia se presentó fue la psoriasis en placa en 73% de los casos seguidos de las variantes de psoriasis en gota y psoriasis de la piel cabelluda en 10.7% y 10% respectivamente. Las otras variantes clínicas fueron menos frecuentes. Otras variedades de psoriasis como son la psoriasis palmo plantar, la psoriasis invertida solo se observaron en un 3.3% y 3% respectivamente.



GRÁFICA 7. VARIANTES CLÍNICAS DE PSORIASIS

Las formas mixtas se consideraron en un registro aparte, teniendo en cuenta la clasificación de formas puras que correspondieron a un 88.9% (489) y formas combinadas, menos frecuente 11.1% (61)

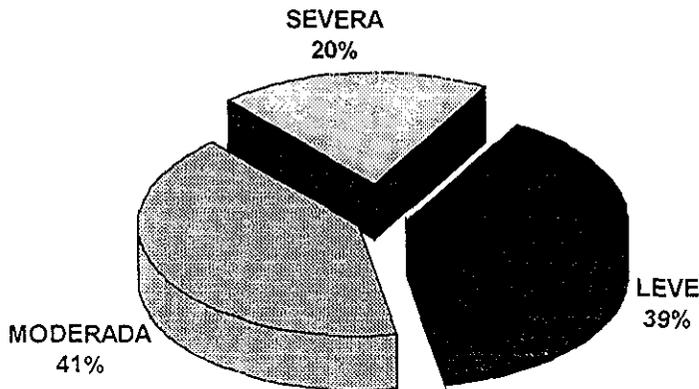


GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN DE FORMAS PURAS Y COMBINADAS.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PORCENTAJE DE PSORIATICOS SEGÚN SEVERIDAD

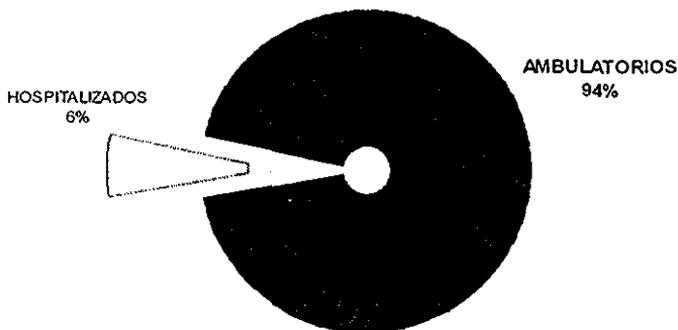
En lo que corresponde a la severidad de la enfermedad al momento de la primera consulta, se observó una mayoría de pacientes con psoriasis que acudieron con un PASI correspondiente a una psoriasis leve (39%) (PASI < a 5), el segundo lugar correspondió a la Psoriasis moderada (41%) (PASI < 15) y las formas de psoriasis severa (PASI >15) y eritrodermias psoriáticas que ocupan un 20% del total de consultas en la Clínica de Psoriasis



GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN POR SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

PACIENTES PSORIÁTICOS QUE REQUIRIERON HOSPITALIZACIÓN POR LA SEVERIDAD DE SU ENFERMEDAD

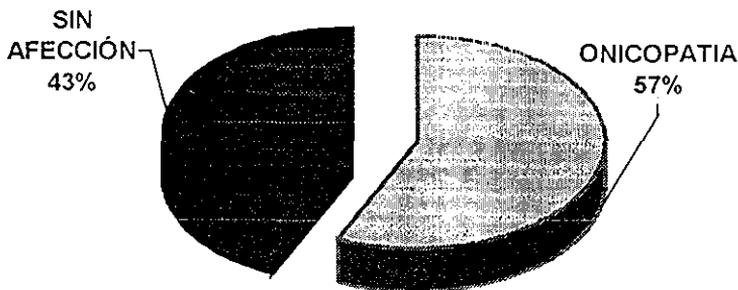
La severidad de la psoriasis hizo que algunos pacientes 6% (n=33) fueran hospitalizados previamente o posterior a su registro en la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México



GRÁFICA 10. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REQUIRIERON HOSPITALIZACIÓN.

AFECCIÓN DE UÑAS

La presencia de onicopatía psoriática fue alta: 57% (313) de los pacientes. A comparación de los pacientes que no presentaban ningún dato de afección ungueal: 43% (237)

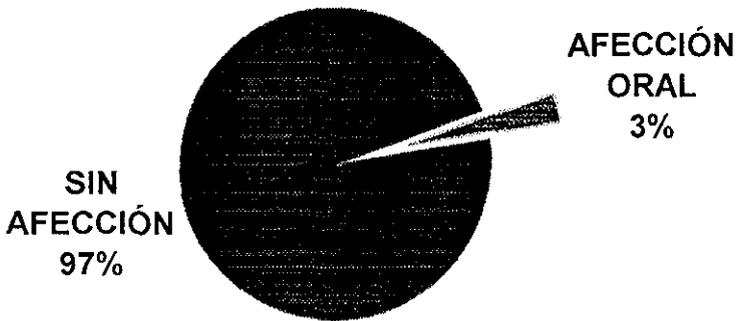


GRÁFICA 11. AFECCIÓN UNGUEAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AFECCIÓN DE LA MUCOSA ORAL

Las alteraciones de la mucosa oral secundarias o concomitantes a la psoriasis son muy raras, solo se observó en un 3% (49) El 97% (534) restante no presentaron afección de la mucosa oral.

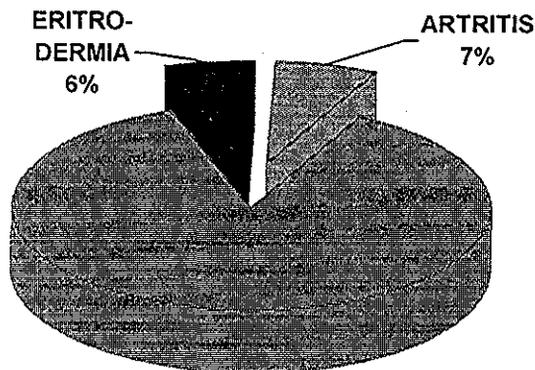


GRÁFICA 12. AFECCIÓN DE LA MUCOSA ORAL.

COMPLICACIONES DE LA PSORIASIS

En cuanto a los cuadros clínicos secundarios ó complicaciones de la psoriasis se observaron dos clásicas figuras clínicas: la eritrodermia secundaria a psoriasis se presentó en 35 pacientes, y la artritis psoriática acompañó la presentación clínica de 30 pacientes con diagnóstico de psoriasis

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



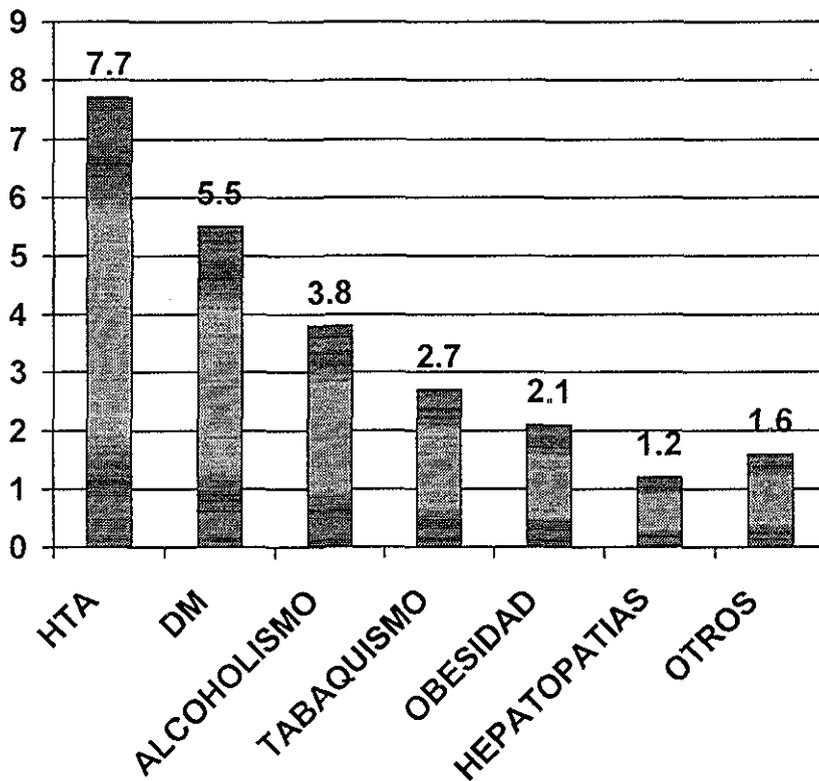
GRÁFICA 13. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES DE LA PSORIASIS.

En cuanto a la frecuencia de artritis psoriática en el sexo femenino se encontraron 7 casos documentados, y en el sexo masculino se encontraron solo dos casos

ASOCIACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS.

Se encontraron 42 (77%) casos con antecedente de hipertensión arterial sistémica 30 (55%) con antecedentes de diabetes mellitus no insulino dependiente alcoholismo documentado solo en 21 casos (38%); tabaquismo en 15 casos (27%) obesidad exógena en 12 casos (21%), hepatopatía en 7 casos (12%) asma en 3 casos (05%). hipercolesterolemia en 3 casos (05%) alteraciones endocrinológicas en tiroides 1 caso (02%), pancreatitis 1 caso osteoporosis 1 caso (02% en ambos casos)



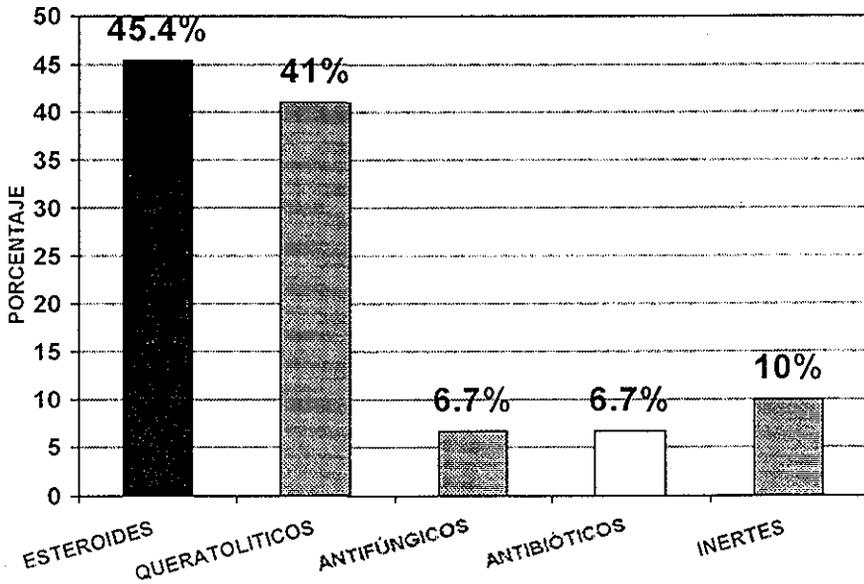


GRÁFICA 14 ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES SISTEMICAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTOS PREVIOS A SU REGISTRO EN LA CLINICA DE PSORIASIS

El tratamiento previo referido por los pacientes, en la mayoría de los casos fue de corticoesteroides tópicos y/o sistémicos (45.4%) (250) y medicamentos queratolíticos y (41%) (225). Los antifúngicos y antibióticos ocuparon a la par el tercer lugar de frecuencia (6.7%) (37, en ambos casos), y en menor uso estuvieron los medicamentos inertes (10%) (55 pacientes).



GRÁFICA 15. TRATAMIENTOS PREVIOS.

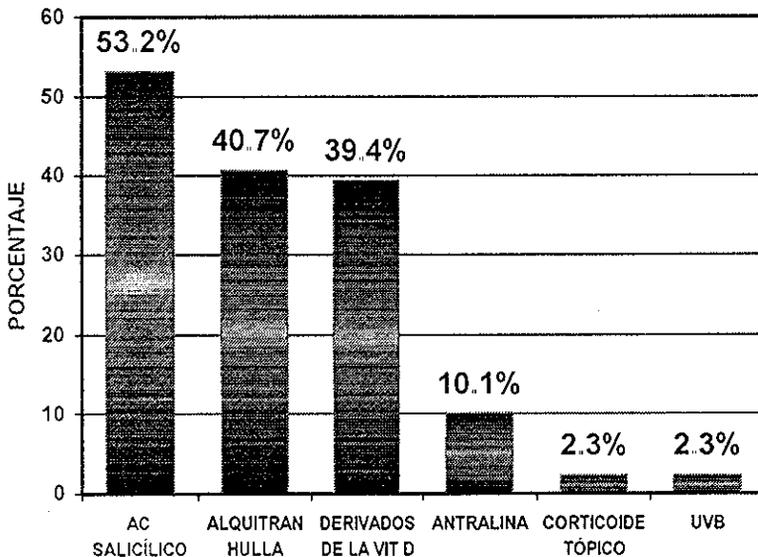
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MODALIDADES TERAPEUTICAS UTILIZADAS EN LA CLINICA DE PSORIASIS

La terapéutica instaurada se dividió en dos categorías principales: el tratamiento tópico y el sistémico

El tratamiento tópico se prescribió en un 70% de los casos estudiados y el sistémico en 30% de los casos

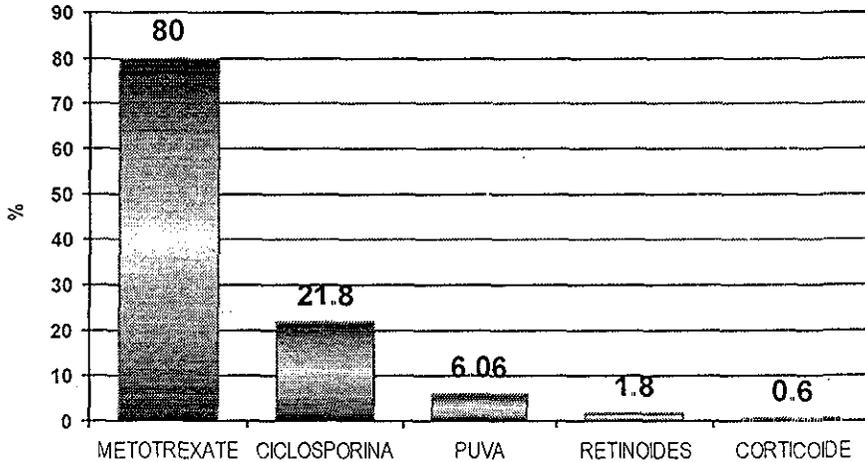
El tratamiento tópico principalmente utilizado fue el ácido salicílico en 205 pacientes (53.2%) el segundo lugar lo comparten el alquitrán de hulla y los derivados de la vitamina D (calcipotriol o tacalcitol) (157 (40.7%) y 152 (39.4%) pacientes respectivamente) La antralina (39) (10.1%) y los corticoides tópicos (9 (2.3%) pacientes) se utilizaron en muy poca frecuencia La utilización de fototerapia (UVB) se realizó en 9 pacientes (2.3%).



GRÁFICA 16 TRATAMIENTOS TOPICOS MAS FRECUENTEMENTE USADOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la modalidad sistémica de tratamiento los pacientes recibieron metotrexate un 80% (132), ciclosporina ocupó el segundo lugar con un 21.8% (36), los retinoides se utilizaron en un 1.8% (3), la fotoquimioterapia (PUVA) representó 6.06% (10) y corticoesteroide sistémico solo en un caso (6%)



GRÁFICA 17. TRATAMIENTOS SISTEMICOS MAS FRECUENTEMENTE PRESCRITOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN:

La serie de casos analizada en el presente estudio muestra una frecuencia de 1.3% de pacientes diagnosticados como psoriáticos en un período de tiempo de 6 años en una población de pacientes dermatológicos. Este dato constituye un dato epidemiológico con muchas limitaciones puesto que solo se refiere a la psoriasis vista en un Hospital de tercer nivel y de concentración de población mestiza. Se requeriría de un estudio poblacional para conocer la prevalencia real.

La predominancia de género masculino sobre el femenino ha sido reportada en la mayoría de las series, la relación de 2:1 (masculino: femenino) es casi similar a la literatura en general. Siendo la consulta en el Servicio de Dermatología más frecuentemente constituidas por población femenina, lo consideramos como dato de relevancia.

En la mayoría de las series de poblaciones caucásicas se reportan dos picos de incidencia: alrededor de la tercera década o en un intervalo entre 15 a 30 años. El estudio de Henseler y cols. realizado en 1985 en 2400 pacientes mostró un pico de incidencia a los 22.5 años de edad y un segundo pico de incidencia en 11.8% a la edad de 55 años. En otro estudio de solo población infantil, Hutton y cols. y Asboe-Hansen G. y cols. refieren una edad promedio de presentación de 8.1 años de edad. Y Farber y cols. en las islas Faroe estiman un 12.5 años de edad. En el estudio de Cañarte y cols. no establecen datos específicos. En el presente estudio se observó que la mayor frecuencia de edad de inicio de la enfermedad en casi la mitad de los pacientes fue desde los 21 años de edad hasta los 40. Según la edad de inicio se pudo determinar que un 60.4% inició su padecimiento antes de los 40 años correspondiendo a la psoriasis tipo 1 de Henseler.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Krueger GG y cols. y demás series reportan al igual que la nuestra que el mayor porcentaje de formas de presentación clínica es la de psoriasis en placa. La afección de la uñas es menor a la reportada por otros estudios previos pero se debe de tomar en cuenta que incluyó un menor número de casos y menor periodo de estudio. No es de extrañar que el mayor porcentaje de pacientes tuvieron una psoriasis moderada y severa puesto que el hospital concentra casos de mayor severidad. Así esta serie de casos no representa el verdadero espectro de la enfermedad.

Si bien las referencias anglosajonas refieren una asociación aumentada de enfermedades sistémicas, en especial crónico-degenerativas, y la psoriasis, en nuestra serie de casos la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión no se demostró que fuera mayor a la observada en la población adulta de México.

En cuanto al manejo de los pacientes cabe señalar que a diferencia de los estándares de manejo anglosajones, el empleo de corticosteroides tópicos o sistémicos se considera innecesario. La experiencia de la clínica de psoriasis ha demostrado que el control de los casos que maneja no requiere, sino en forma excepcional de corticosteroides. Los retinoides como la acitretina no se han empleado por su reciente introducción al mercado. Lo mismo se puede afirmar del manejo con fototerapia, servicio que muy recientemente se ofrece en el hospital.

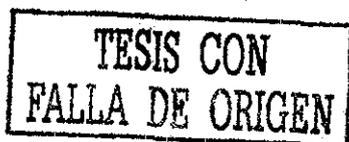
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- 1 Se estudiaron 550 expedientes de pacientes mexicanos con psoriasis. Esta enfermedad representó el 1.3% de los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México.
- 2 Se observó un predominio del sexo masculino (66%) sobre el femenino (33%) con una proporción de 2:1 entre los géneros masculino y femenino.
- 3 El mayor porcentaje de los pacientes provenían de áreas urbanas como son el D.F. en un 48.3% y del estado de México en un 33.8%.
- 4 El mayor porcentaje de pacientes (47%) inició su padecimiento entre la tercera y cuarta décadas.
- 5 El mayor porcentaje se clasificó como psoriasis tipo 1 (60.4% inició su padecimiento antes de los 40 años de edad).
- 6 Solo se reportó en el 2% de los casos antecedentes heredo familiares de psoriasis.
- 7 La variante clínica de psoriasis que con mayor frecuencia se presentó fue la psoriasis en placa en 73% de los casos seguida por la psoriasis en gota (11%).
- 8 El 39% de los pacientes fueron clasificados como psoriasis leve, 41% psoriasis moderada y 20% psoriasis severa.
- 9 Las lesiones en la mucosa oral secundarias o concomitantes a la psoriasis son muy raras, solo se observó en un 3%.

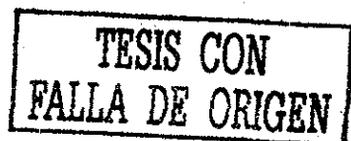


- 10 La onicopatía psoriática fue común ya que se encontró en un 56%(314) de los casos
- 11 Las complicaciones como la eritrodermia psoriática (33 pacientes) y la artritis psoriática (39 pacientes) solo afectaron un 13% de la población estudiada.
- 12 Los corticosteroides tópicos y/o sistémicos fueron el tratamiento previo más frecuente 45.4% (250 pacientes) seguido por los queratolíticos 41% (225 pacientes)
- 13 El tratamiento instaurado en la clínica de Psoriasis fue tópico en mayor porcentaje (70% de los casos) siendo el ácido salicílico el más indicado Seguido por el alquitrán de hulla y los derivados sintéticos de la vitamina D (calcipotriol o tacalcitol)
- 14 El 30% fueron manejados en forma sistémica siendo el metotrexate el más frecuentemente empleado (80%) seguido de la ciclosporina
- 15 Solo el 6% (33 casos)de los pacientes requirieron manejo intrahospitalario
- 16 No se encontró asociación significativa con hipertensión o con diabetes mellitus
- 17 Se requieren a futuro estudios epidemiológicos de población así como la creación de grupos multicéntricos de estudio de la psoriasis en México

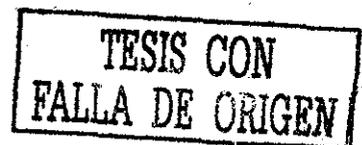


BIBLIOGRAFÍA

- 1) Saul Amado *Lecciones de Dermatología* 13ra Edición 1998 Capitulo 12. Pags 345-355.
- 2) Freedberg I, Eisen A, Wolff, Austen F, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick T *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* 5th Edition 1999:Section 8 Pags 495-533.
- 3) Lionel Fry. *The Encyclopedia Of Visual Medicine Series An Atlas Of Psoriasis* 1992
- 4) Rook A Wilkinson DS *Textbook of Dermatology* London, Blackwell, 1979;p31.
- 5) Odom R, James W, Berger T *Andrews Diseases of the Skin* 9th Edition 2000; pags 218-235
- 6) Weinberg S, Prose N y Kristal L. *Color Atlas of Pediatric Dermatology* 3ra Edición 1998 Sección 9: pags 87
- 7) Elder D, Elenitsas R, Jonson B, Ioffreda M y Miller O F *Synopsis and Atlas of Lever's Histopathology of the Skin* 1999; pags: 99-101
- 8) Lever Walter *Histopatología de la Piel* 7ma Edición 1991; pags148-156
- 9) Robert S Stem, MD *Psoriasis*. Lancet 1997; 350:349-353
- 10) Baker B *Psoriasis and the immune system* 1st Edition 1999
- 11) Feldman S R and Clark A *Psoriasis*. Medical Clinics of North America 1998;82:11351 143
- 12) Abstract Book of the 2nd International meeting between de International Psoriasis Foundation and the European reunion 2001 San Francisco , CA
- 13) Farber EM Nall ML *The natural history of psoriasis in 5,600 patients*. Dermatologica 1974;148: 1-18
- 14) Naldi L Tognoni G Cainelli T *Analytic epidemiology in Psoriasis* Journal Investigative Dermatology 1994; 102: 19 s-23s.
- 15) Krueger GG Duvic M *Epidemiology of psoriasis: Clinical issues* Journal of Investigative Dermatology 1994; 31: 964-968



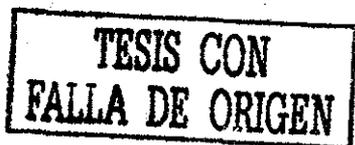
- 16) Christophers, Enno *Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum*.
Clinical & Experimental Dermatology 2001;26(4):314-320
- 17) Drusko, V, Rucevic, I. *Psoriasis: epidemiology and 'triggers' in Croatia*.
British Journal of Dermatology 1999;141(5):999
- 18) Obasi O E and Nagiub M. *Psoriasis in the mountainous Al Baha region, Saudi Arabia*. British Journal of Dermatology 1999;141(5):999.
- 19) Obasi OE *Psoriasis vulgaris in the Guinea Savannah región of Nigeria*
International Journal of Dermatology 1986; 25:181-3
- 20) Forssman H: *On the question of the frequency of psoriasis among the population at large* Acta Dermatol Venereol 1946; 27:492
- 21) Hoede K: *Zur Frageder Erbblichkeit der Psoriasis* Hautarzt 8:433,1957
- 22) Howard R, Tsuchiya A *Psoriasis*. Dermatology Clinics of North America
Pediatric Dermatology;1998;16(3): 619-622
- 23) Hutton KP, Orenberg EK, Jacobs AH *Childhood psoriasis* Cutis 1987;39:26-7
- 24) Asboe-Hansen G *Psoriasis in childhood*. In: Farber EM, Cox AJ, eds
Psoriasis: Proceedings of the International Symposium Stanford, Calif :
Stanford University Press, 1971:53-9 British Journal of
Dermatology 1975;92:437
- 25) Ikäheimo I, Silvennoinen-Kassinen S *Alanine at position 73 of HLA-C is associated with psoriasis vulgaris in Finland* British Journal of
Dermatology 1994;131:257-259
- 26) Cañarte, C, Palacios S *Epidemiología de la psoriasis en el Hospital Carlos Andrade Marin. I IESS-Quito*. Dermatología 2000;9:5-7
- 27) Henseler T, Christopher E *Psoriasis of early an late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris* Journal American Academy of
Dermatology 13 (1985),450-456
- 28) Melski JW, Stern RS: *The separation of susceptibility to psoriasis from age of onset*. Journal American Academy of Dermatology 1981;77:474



- 29) Lee YA Ruschendorf F, Windemuth C, **Genomewide scan in german families reveals evidence for a novel psoriasis-susceptibility locus on chromosome 19p13.** American Journal Human Genetics 2000 67(4):1020-4
- 30) Samuelsson L. **A genome-wide search for genes predisposing to familial psoriasis by using a stratification approach** Human Genetics 1999 Dec;105(6):523-529
- 31) Nair R P, Stuart P, Henseler T., **Localization of Psoriasis Susceptibility Locus PSORS1 to a 60-kb Interval Telomeric to HLA-C** American Journal of Human Genetics 2000; 66:1833-1844
- 32) White SH et al **Disturbance of HLA-antigen frequency in psoriasis** New England Journal Medicine 1972;287:240
- 33) Brian J Nickoloff. **The Immunologic and Gentic Basis of Psoriasis.** Archives of Dermatology 1999;135(9):1104-1110
- 34) Tomfohrde J, silverman A, Barnes R, Fernandez M, Menter A, Bowcock A **Gene for familial psoriasis susceptibility Mapped to the Distal nd of Human Chromosome 17q** Science 264 (1994) 1141-1145
- 35) Manders S M **Toxin-mediated streptococcal and staphylococcal disease** Journal American Academy of Dermatology 1998;39:383-98
- 36) Samuelson M **Psoriasis and Streptococcus** (Letter) Acta Pathol Microbiol Immunol (Scand) 91 (1983) 390-400
- 37) Karasek MA **Progress in our understanding of the biology of psoriasis** Cutis 1999 Nov;64(5):319-22
- 38) Krueger GG **Psoriasis: Current concepts of its etiology and pathogenesis** In: Kukita A, Seiji M, eds Proceedings of the XVIth International Congress of Dermatology May 23-28 1982 Tokyo: University of Tokyo Press. 1983:13-70
- 39) Baughman RD **Search for Streptococcus [editorial]** Archives of Dermatology 1992;128:103
- 40) Rudolf A, Herbst, Olliver Hoch, Alexander Kapp, Jurgen Weiss **Guttate psoriasis triggered by perianal streptococcal dermatitis in a four-year-old boy** Journal American Academy of Dermatology 2000;42:885-7



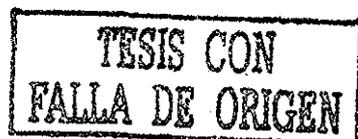
- 41) Denise McMillin MD, Bruce R Maddern, MD, Walter R Graham, MD, ***A Role for Tonsillectomy in the Treatment of Psoriasis?*** Journal Investigative of Dermatology 1993;225-228
- 42) Task Force, Rico M J, Myers S, Sanchez M. ***Guidelines of care for dermatologic conditions in patients infected with HIV***. Journal American Academy of Dermatology 1997. 37(3)p450-472
- 43) Roger D, Vaillant L, Fignon A, et al ***Specific pruritic diseases of pregnancy: a prospective study of 3,192 pregnant women***. Archives of Dermatology 1994;130:734-9
- 44) Kroumpouzou G, Cohen L ***Dermatoses of pregnancy*** Journal of the American Academy of Dermatology 2001; 45(1)
- 45) Wright S, Glover M, Baker H ***Psoriasis, cyclosporin and pregnancy*** Archives of Dermatology 1991;127:426
- 46) Dunna SF, Findlay AY ***Psoriasis: improvement during and worsening after pregnancy***. British Journal of Dermatology 1989;120:584
- 47) McHugh NJ, Laurent MR ***The effect of pregnancy on the onset of psoriatic arthritis***. British Journal of Rheumatology 1989;28:50-2
- 48) Skoven I, Thormann J ***Lithium compound treatment and psoriasis*** Archives of Dermatology 1979;115(10):1185-7
- 49) Rudolph RI ***Lithium-induced psoriasis of the fingernails*** Journal American Academy of Dermatology 1992 Jan;26(1):135-6
- 50) White SW ***Palmoplantar pustular psoriasis provoked by lithium therapy***. Journal American Academy of Dermatology 1982 Nov;7(5):660-2
- 51) Heng MC, Heng MK ***Beta-adrenoceptor antagonist-induced psoriasiform eruption. Clinical and pathogenetic aspects*** International Journal of Dermatology 1988;27(9):619-2
- 52) Ben-Chetrit E, Rubinow A ***Exacerbation of psoriasis by ibuprofen*** Cutis 1986 Jul;38(1):45
- 53) Nicolas JF, Mauduit G, Haond J, Chouvet B, Thivolet J ***Severe psoriasis induced by chloroquine (nivaquine)***. Annals Dermatologie Venereol 1988;115(3):289-93



- 54) Poikolainen K; Karvonen J; Pukkala E **Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis** Archives of Dermatology 1999;135(12):1490-3
- 55) Buntin et al **Onset of psoriasis at age 108** Journal American Academy of Dermatology 1983;9:276
- 56) Bertrams J, Lattke C, Kuwert E **Correlation of antistreptolysin O titer to HL-A13 in psoriasis [letter]** New England Journal of Medicine 1974;291:631
- 57) Telfer NR, Chalmers RJ, Whale K, Colman G **The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis.** Archives of Dermatology 1992;128:39-42
- 58) Nakamura T, Oishi M, Jono M, et al **Serum levels of interleukin 6 in patients with pustulosis palmaris et plantaris.** Journal American Academy of Dermatology 1993;20:763-6
- 59) Michaelsson G **Psoriasis patients with antibodies to gliadin can be improved by a gluten-free diet** British Journal of Dermatology 2000; 142(1): 44-51
- 60) Poikolainen K; Karvonen J; Pukkala E **Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis** Archives of Dermatology 1999;135(12): 1490-3
- 61) Gupta A, Gary Sibbald, Knowles S **Terbinafine therapy may be associated with the development of psoriasis de novo or its exacerbation: Four case reports and a review of drug-induced psoriasis** Journal American Academy of Dermatology 1997;36 (5)
- 62) Farber EM, Nall L **Guttate psoriasis** Cutis 1993;51:157-64
- 63) Andrews GC, Machacek GF. **Pustular bacterids of the hands and feet.** Arch Dermatol Syphilol 1935;32:837-47
- 64) Hayashi Y, Tabata T **Immunological studies on the relation between tonsil and pustulosis palmaris et plantaris** Acta Otolaryngologia Suppl 1988 454.227-36



- 65) Kuki K, Kimura T, Hayashi Y, Tabata T. **Focus tonsils and skin diseases with special reference to palmoplantar pustulosis** Advances in Otorhinolaryngology 1992;47:196-202.
- 66) Alonso JCTA, Perez AR, Castrillo JMA, et al **Psoriatic arthritis: a clinical, immunological and radiological study of 180 patients** British Journal of Rheumatology 1991; 80:245-250
- 67) Cohen MR; Reda DJ; Clegg DO **Baseline relationships between psoriasis and psoriatic arthritis: analysis of 221 patients with active psoriatic arthritis**. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Seronegative Spondyloarthropathies Journal of Rheumatology 1999;26(8):1752-6
- 68) Bour H; Puisieux I; Even J; Kourilsky P; Favrot M; Musette P; Nicolas JF **T-cell repertoire analysis in chronic plaque psoriasis suggests an antigen-specific immune response** Human Immunology 1999;60(8):665-76
- 69) Espinoza LR; van Solingen R; Cuellar ML; Angulo J **Insights into the pathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis**. American Journal Medicine Science 1998; 316(4): 271-6
- 70) Patrizi A; Bardazzi F; Neri I; Fanti PA **Psoriasiform acral dermatitis: a peculiar clinical presentation of psoriasis in children** Pediatrics Dermatology 1999; 16(6): 439-43
- 71) Farber EM, Nall L: **Genital psoriasis** Cutis 1992;263
- 72) Farber EM, Nall L: **Nail psoriasis** Cutis 1992; 50:174
- 73) Farber EM Nall L: **Natural history and treatment of scalp psoriasis**. Cutis 1992; 49:396
- 74) Varma S **The peripheral corneal melting syndrome and psoriasis: coincidence or association?** British Journal of Dermatology 1999;141(2):344-346
- 75) Farber EM, Abel EA, Nall ML **An evaluation of advances in the therapy of psoriasis**. In: Kukita A, Seiji M, eds. Proceedings of the XVth International Congress of Dermatology. May 23-28 1982 Tokyo. University of Tokyo Press 1983:81-85



- 76) Koo JY *Current consensus and update on psoriasis therapy: a perspective from the U.S* Journal Dermatology 1999;26(11):723-733
- 77) Al Suwaidan SN, Feldman SR *Clearance is not a realistic expectation of psoriasis treatment.* Journal American Academy of Dermatology 2000;42:796-802
- 78) Lebwohl M *Advances in psoriasis therapy* Dermatology Clinics 2000; 18(1): 13-9
- 79) Hotard RS, Feldman S R, Fleischer A *Sex-specific differences in the treatment of severe psoriasis.* Journal American Academy of Dermatology 2000; 42:620-3
- 80) Matsunami E, Takashima A, Mizuno N, et al *Topical PUVA, etretinate, and combined PUVA and etretinate for palmoplantar pustulosis: Comparison of therapeutic efficacy and the influences of tonsillar and dental focal infections* Journal Dermatology 1990;17:92-6
- 81) Rosenberg EW, Belew PW, Skinner RB *Treatment of psoriasis with antimicrobial agents* Seminars of Dermatology 1985;4:307-10
- 82) Farber EM, Nall L *An appraisal of measures to prevent and control psoriasis.* Journal American Academy of Dermatology 1984;10:511-7
- 83) Balagon MV *Improvement in psoriasis after intradermal administration of heat-killed Mycobacterium vaccae* International Journal of Dermatology 2000; 39(1): 51-5
- 84) Rosenberg EW, Noah PW, Zanolli MD, et al. *Use of rifampin with penicillin and erythromycin in the treatment of psoriasis: Preliminary report.* Journal American Academy of Dermatology 1986;14:761-4
- 85) Raschka C *Longterm treatment of psoriasis using fumaric acid preparations can be associated with severe proximal tubular damage* Human Experimental Toxicology 1999; 18(12): 738-739
- 86) Mrowietz U *Treatment of severe psoriasis with fumaric acid esters: scientific background and guidelines for therapeutic use.* British Journal of Dermatology 1999; 141(3): 424-429



- 87) Clark CM *Combination treatment with methotrexate and cyclosporin for severe recalcitrant psoriasis.* British Journal of Dermatology 1999;141(2):279-282
- 88) Gupta G *The efficacy of narrowband ultraviolet B phototherapy in psoriasis using objective and subjective outcome measures* British Journal of Dermatology 1999; 140(5): 887-890
- 89) Orfanos CE *Treatment of psoriasis with retinoids: present status* Cutis 1999;64(5):347-53
- 90) Abel EA. *Phototherapy: UVB and PUVA* Cutis 1999;64(5):339-42
- 91) Bright RD *Methotrexate in the treatment of psoriasis* Cutis 1999;64(5):332-4
- 92) Parslew R *The antiproliferative effect of lectin from the edible mushroom (*Agaricus bisporus*) on human keratinocytes: preliminary studies on its use in psoriasis.* British Journal of Dermatology 1999 Jan;140(1):56-60
- 93) Robinson DJ; Collins P; Stringer MR; Vernon DI; Stables GI; Brown SB; Sheehan-Dare RA *Improved response of plaque psoriasis after multiple treatments with topical 5-aminolaevulinic acid photodynamic therapy* Acta Derm Venereol 1999 Nov;79(6):451-5
- 94) Feldman S R, Fleischer A, Reboussin D, Rapp S *The economic impact of psoriasis increases with psoriasis severity.* Journal American Academy of Dermatology 1997;37:564-569
- 95) Krueger G G, Feldman S R, Camisa Ch Et al *Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians: What defines mild, moderate and severe psoriasis.* Journal American Academy of Dermatology 2000;43:281-5
- 96) Ortonne J P *Psoriasis: évaluation de la qualité de vie.* Ann Dermatol Venérol 2000;127:2S19- 2S22
- 97) Koo J, Do J, Lee Ch *Psychodermatology.* Journal American Academy of Dermatology 2000;43:5



- 98) Feldman SR, Fleischer AB, Reboussin DM, et al *The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable*. Journal of Investigative Dermatology 1996;106:183-186
- 99) Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM *Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases*. Journal American Academy of Dermatology 1999;41:401-407
- 100) Roenigk HH, Auberbach R, Maibach H, Weinstein G, Lebwohl M *Methotrexate in psoriasis: consensus conference* Journal American Academy of Dermatology 1998;38:478-485
- 101) Lebwohl M, Ellis C, Gottlieb A, et al. *Cyclosporine consensus* Journal American Academy of Dermatology 1998;39:464-475
- 102) Tanew A, Radakovic-Fijan S, Schemper M, Honigsmann H *Narrowband UV-B phototherapy vs photochemotherapy in the treatment of chronic plaque-type psoriasis: a paired comparison study*. Archives of Dermatology 1999;135:519-524
- 103) Coven TR, Burack LH, Gilleaudeau R, Keogh M, Ozawa M, Krueger JG *Narrowband UV-B produces superior clinical and histopathological resolution of moderate-to-severe psoriasis in patients compared with broadband UV-B*. Archives of Dermatology 1997;133:1514-1522
- 104) Asawanonda P, Anderson RR, Chang Y, Taylor CR *308-nm excimer laser for the treatment of psoriasis: a dose-response study*. Archives of Dermatology 2000;136:619-624
- 105) Gottlieb A, Krueger JG, Bright R, et al *Effects of administration of a single dose of a humanized monoclonal antibody to CD11a on the immunobiology and clinical activity of psoriasis* Journal American Academy of Dermatology 2000;42:428-435
- 106) Lundberg L *Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema* British Journal of Dermatology 1999; 141(6): 1067-1075
- 107) Lin A, Nakatsui T *Salicylic acid revisited*. International Journal of Dermatology 1998;37:335-342

