

187
103

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

P S O R I A S I S



T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA PRESENTA:

BEGONIA M. DANIEL JIMENEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

1988.



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 está 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.

INDICE

	PAG.
1. DEFINICION	1
2. ETIOLOGIA	1
3. EPIDEMIOLOGIA	1
4. CARACTERISTICAS CLINICAS	2
5. CLASIFICACION	4
6. LOCALIZACION	6
7. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	8
8. TRATAMIENTO	11
9. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	14

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

PSORIASIS

DEFINICION.

Es una enfermedad dermatológica, inflamatoria, crónica caracterizada por presentar pápulas, escamas y placas de color rojizo parduzco que afecta principalmente piel y mucosas (Santana G. 1984).

ETIOLOGIA.

Algunos autores sugieren que hay predisposición familiar o se relaciona con un trastorno del metabolismo de las proteínas (Santana G. 1984).

Varios autores consideraron que la infección está dada por diversos microorganismos, trastornos metabólicos, trastornos endócrinos y factores neurógenos, aunque con poca base real. Casi invariablemente la ansiedad o la tensión mental aumentan la intensidad de la enfermedad o induce exacerbaciones agudas (Shafer 1983, Santana 1984).

EPIDEMIOLOGIA.

La Psoriasis es rara en niños y es raro que el ataque primario se produzca después de los 45 años, se observa usualmente en la vida adulta; se origina con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida.

No hay predilección por el sexo; tampoco las condiciones sociales o laborales-

desempeñan una parte en la Etiología de la enfermedad (Shafer 1983). Esta enfermedad cutánea se presenta con frecuencia en Cuba (Santana 1984); afecta cerca de cinco millones de Americanos (Elliot, Bowers G, Corio R. 1985).

La edad media de los pacientes afectados es de 43.7 años; 44 años en hombres y 43.2 años en mujeres (Hietanen J, Kanerva L, Salo O.P. 1984).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se caracteriza por la presencia de pequeñas pápulas secas netamente delimitadas cubiertas por una delicada escama plateada que fué escrita como semejante a una delgada capa de mica. Si se quitan las escamas profundas, quedan al descubierto uno o más minúsculos puntos sangrantes característica típica denominada Signo de Auspitz. Cuando se quita la escama, la superficie cutánea tiene aspecto rojo obscuro (Shafer 1983).

El raspado de las escamas acarreadas que cubren estas lesiones acentúa su blancura y permite obtener un polvo fino, blanco y brillante: signo de la mancha de esperma (Santana G. 1984).

Las lesiones cutáneas que son indoloras y raras veces hay prurito, pueden ser escasas o de distribución extensa. Las pápulas se agrandan en la periferia y tienden a convertirse en levemente infiltrativas y elevadas; las lesiones más pequeñas coalescen para formar placas mayores de contorno irregular. Son aproximadamente simétricas y con frecuencia se agrupan en las superficies extensoras de las extremidades (Shafer 1983). Las lesiones dermatológicas

cas de la Psoriasis son redondas, circinadas (Elliot J. 1985).

Su aspecto clínico es placas amarillo-grisáceas o amarillentas, pápulas o estrías, placas eritematosas, pequeñas ulceraciones, pústulas bucales, placas blancas y superficie irregular (Elliot J.R, Bowers, Corio 1985).

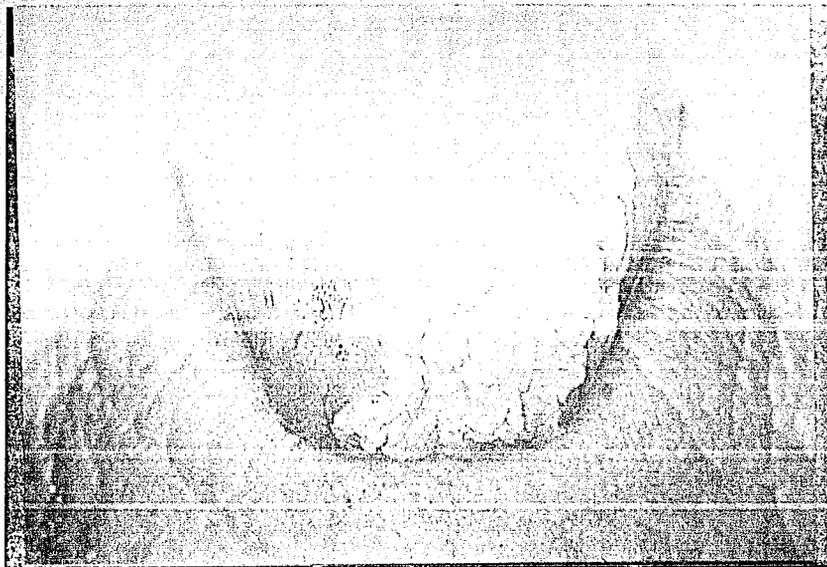
La enfermedad comienza con la aparición de algunas pápulas pequeñas que aumentan de tamaño gradualmente. Se originan lesiones nuevas lentamente, en períodos de semanas, meses y hasta años. La enfermedad puede permanecer estáticas durante largo tiempo, avanzar lentamente para abarcar una superficie cutánea cada vez mayor o experimentar exacerbaciones generalizadas agudas.

La afección empeora en invierno y es menos intensa en verano debido a la mayor exposición a los rayos ultravioletas; en un clima cálido soleado los pacientes suelen mejorar (Shafer 1983).

La forma de la lesión varia desde pocos mm. hasta placas muy extensas. La descostración se observa en las placas gruesas exactamente en los bordes o parte alta; el rascado de la superficie de la lesión da un aspecto ceroso (Buxton P.K. 1987).

Las pústulas son común encontrarlas en las regiones plantar y palmar, pero son raras en el tronco. Las lesiones se observan en áreas traumatizadas o bien existe la afección de articulaciones menores (Buxton P.K. 1987). Hay individualidad de las lesiones.

En la una se presentan engrosamientos y hundimientos de .5 a 1 mm. de diámetro.



El paciente muestra en el hemidorso de su lengua, una lesión blanca, nacarada, arrugada, superficial, de límites precisos y de consistencia duro elástica.

CLASIFICACION.

En base a las diferentes manifestaciones se presenta la siguiente clasificación- según (Buxton P.K. 1987).

- PSORIASIS SOLAR. Consiste en lesiones discoides rosáceas y extensas como una mancha discoide. Es común en adolescentes posterior a una infección por Estreptococo B. Hemolítico.
- LESION PUSTULAR. Son lesiones graves en la palma y planta rodeadas por un eritema de color café. En clínicas del Norte estas lesiones son asiento de infecciones. No hay una clara explicación de ésto. La Psoriasis pústular generalizada es poco común, se presenta en áreas de intenso eritema.
- PSORIASIS FLEXURAL. Son áreas eritematosas bien definidas en la axila e ingle. La descamación es mínima o ausente.

En niños se presenta la Psoriasis del pañal la cual tiene lesiones típicas de - la Psoriasis o una erupción eritematosa más difusa con descamación o exudado de estas lesiones.

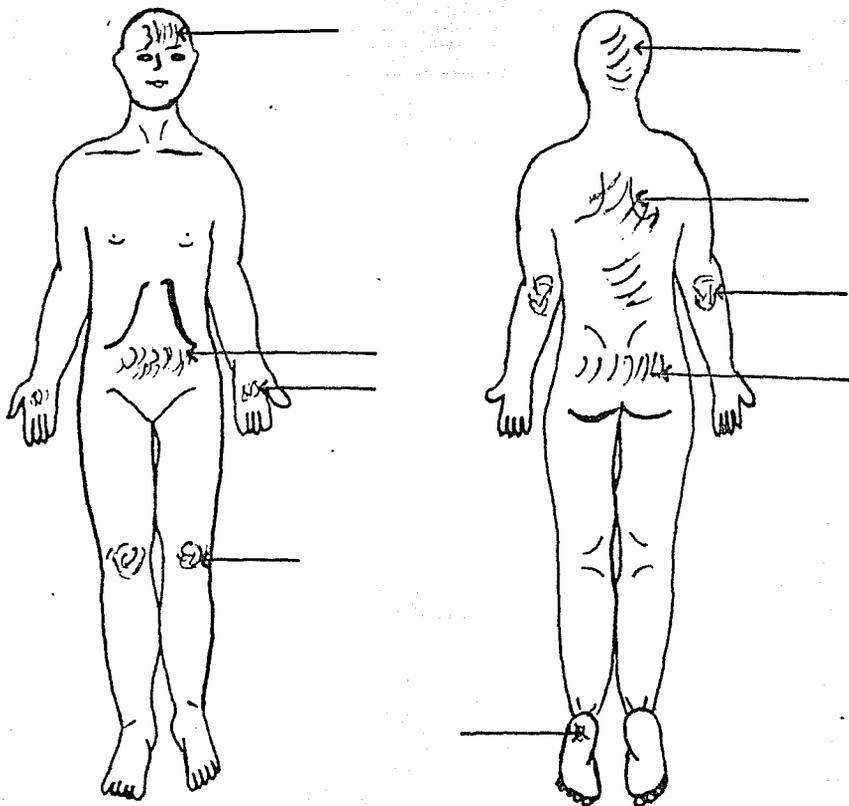
- ENFERMEDAD ARTICULAR EN PSORIASIS.

- . Afecta generalmente a las articulaciones interfalángias y metacarpofalángias, es asimétrica, los nódulos son ausentes.
- . La proporción en ambos sexos es igual, pocos pacientes dan artropatía probablemente reumatoide, es más común en mujeres que en hombres. Muestra cambios artríticos y en la cual hay reabsorción ósea.
- . Los familiares de pacientes Psoriáticos son afectados en un 40%.
- . La Psoriasis pustular severa en los dedos no se asocia con artropatía.

LOCALIZACION.

Las lesiones pueden ser aisladas en las uñas y otras áreas o los codos, son comúnmente observados en los codos y rodilla, dorso, tórax, cuero cabelludo, abdomen, región sacra y uñas. La cara, manos y pies raramente son involucrados. (Elliot J, Bowers G, Corio R. 1985).

La Psoriasis puede presentarse en cualquier parte de la cavidad bucal (Elliot J.R, Bowers G, Corio R. 1985).



En estos esquemas se muestra la localización de las lesiones: codos, rodillas, dorso, tórax, cuero cabelludo, abdomen, región sacra, palmas y plantas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La Psoriasis en la piel da lugar a paraqueratosis, adelgazamiento de las porciones suprapapilares de la capa espinosa, alargamiento de las crestas interpapilares, edema y abultamiento de los vértices papilares y migración de leucocitos granulados hacia las capas superficiales epiteliales, donde forman los microabscesos de Munro (lesiones Tempranas); las lesiones mucosas tienen una Histopatología semejante. (Santa G. 1984).

Hay ausencia de estrato granular. El epitelio que cubre las papilas conectivas está adelgazado y es de estos puntos de donde sale sangre cuando se quitan las escamas. (Shafer 1983).

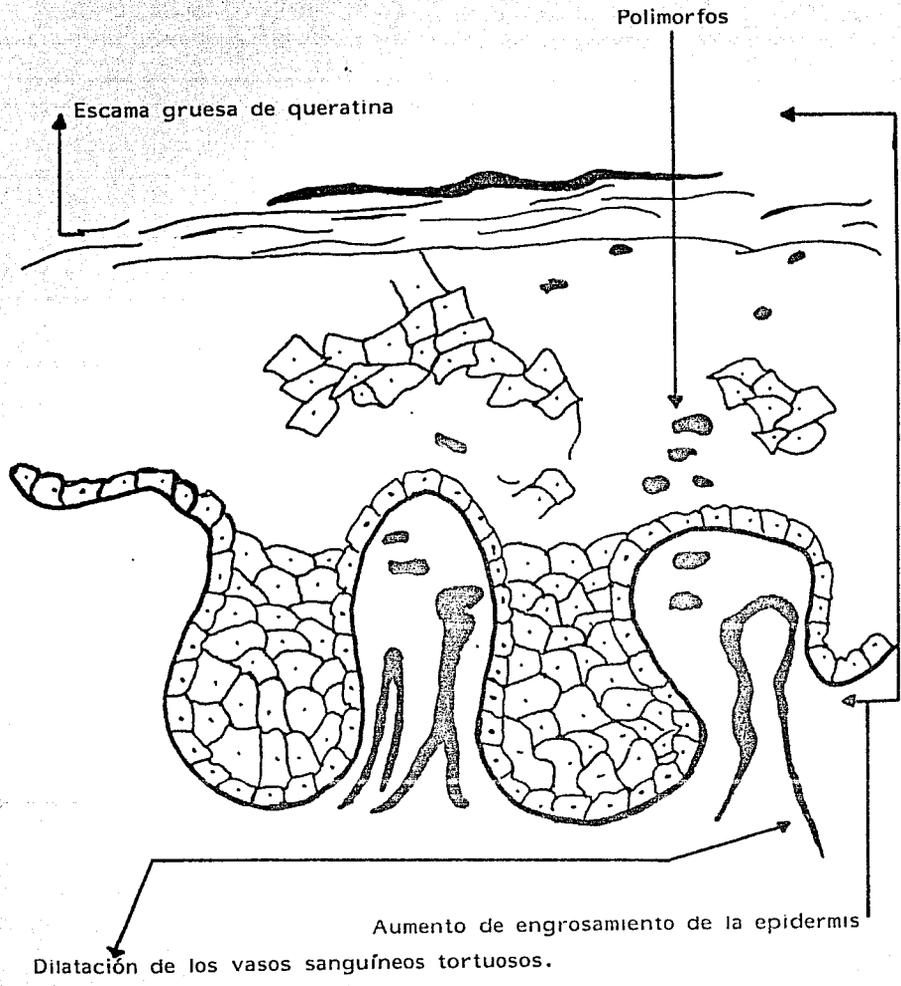
Se observó que los microabscesos de Munro no los hay en la Psoriasis bucal. También es típico el infiltrado linfocitario e histiocitario del tejido conectivo, en particular de localización perivascular y periadnexal. (Shafer 1983).

La superficie epitelial aparte de presentar adelgazamiento presenta ligera acantosis con la formación de plexos circulares estrechos. Los hallazgos histomorfológicos de las lesiones de la mucosa pueden ser sugestivos pero no patognomónicos de la enfermedad, el diagnóstico se puede establecer en bases clínicas. (Elliot J.R, Bowers G, Corio R. 1985).

La ultrahistología muestra un gran número de neutrófilos; las pústulas neutrofilicas causan aplanamiento de los queratinocitos. (Hietanen J, Kanerva L,

CORTE HISTOLOGICO DE LA LESTON

EST. HISTOL. DE LA UNIV. DE LA PATAGONIA
SALIDA DE LA BIBLIOTECA





Microfotografía que presenta un corte histológico de la Psoriasis de lengua -- del paciente, donde se observa una marcada hiperqueratosis con discreta paraqueratosis; hay alargamiento y abultamiento de las crestas interpapilares, -- con presencia de leucocitos granulosos hasta la cercanía del epitelio.

Salo O.P. 1984). Al microscopio de luz hay en el epitelio clavos epiteliales, anchos en su porción basal. En la lámina propia las células infiltradas inflamatorias fué el mayor componente de las células mononucleares (Hietanen J, - Kanerva L, Salo O.P. 1984):

Al microscopio electrónico las pústulas causaron aplanamiento de los queratinocitos, resultando en una red travecular de los queratinocitos semejantes a una esponja que estaban conectadas una con otra por desmosomas. Se observó en el espacio intercelular numerosos gránulos libres de los neutrófilos rotos los cuales contenían una sustancia derivada del citoplasma granular. Los gránulos probablemente derivan de los neutrófilos. (Hietanen J, Kanerva L, Salo O.P. 1984).

En todos los casos de Psoriasis oral se caracteriza por epitelio psoriasiforme y pústulas neutrofilicas. (Hietanen J, Kanerva L, Salo O.P. 1984).

TRATAMIENTO.

No hay tratamiento específico; clásicamente se han recetado una variedad de lociones y pomadas, así como luz ultravioleta. Sin embargo por lo general todo alivio es sintomático y temporal. Recientemente se han utilizado antagonistas del ácido fólico en casos avanzados. (Shafer 1983).

La eliminación de irritantes locales, mejoramiento de la higiene bucal y frecuentes lavados con solución salina también ayudan a una mejoría de la enfermedad. (Elliot J.R, Bowers G.M, -Corio R.L, 1985).

Los siguientes son algunos compuestos que se utilizaban en el tratamiento local. (Going S.M. 1987).

- ALQUITRAN DE HULLA. Se utilizó en la Psoriasis crónica en placa. Su principal limitación es el olor y coloración que dejaba, lo cual restringe su uso sólo a nivel intrahospitalario por medio de vendajes oclusivos y en pacientes con pequeñas áreas afectadas. Se utiliza en pomadas o ungüentos a concentraciones del 1 al 10% en pequeños regímenes de tratamiento.

- DITRANOL. Actualmente es el tratamiento de elección, su uso está limitado por irritar y quemar la piel sana; debe estar en contacto con la piel un máximo de 30 minutos durante el cual penetra a través de la epidermis anormal a la capa queratósica, pero no afecta la epidermis normal, ésta es una forma de evitar la irritación y que no se queme la piel sana.

- PREPARACIONES BLANDAS Y EMOLIENTES. Es una medida olvidada, sin embargo aporta una gran ayuda al prurito y a la descamación, los emolientes tienen pequeñas concentraciones de ditranal y se pueden utilizar en la noche y en el día. Un adecuado emoliente es el jabón blanco de parafina, el ungüento Merck y la Lipobase.

Cuando el uso de alquitrán no se tolera o bien las placas psoriásicas son calientes, inflamadas o aparece una erupción el tratamiento de elección son las preparaciones blandas, como las pastas de Ictamol (Ictamol 1%, óxido de zinc 15%).

- RAYOS ULTRAVIOLETA. Los 2 tipos de radiaciones ultravioleta utilizados son los ultravioleta B (290 a 300 nm.), la cual es particularmente efectiva; y los ultravioletas A (320 a 400 nm.) que se utiliza poco, pero que es efectiva cuando se combina con psoralenos.

La ultravioleta B está indicada en lesiones extensas o en placas pequeñas de pacientes que toleran el sol, no es efectiva en lesiones gruesas.

El Psoraleno (derivado del extracto de una planta) es inactivado por la obscuridad, pero se activa con la presencia de rayos ultravioleta A e interactúa con el ADN de las células basales de la placa psoriática y disminuyen el crecimiento celular anormal.

El tratamiento se da 3 veces a la semana con un aumento gradual de la dosis mejorando las lesiones a las 5 o 6 semanas. Una vez que responde la Psoriasis, se puede dar dosis de mantenimiento de psoralenos cada 15 días o 3 semanas, no se recomienda en pacientes jóvenes por sus efectos colaterales. Cuando el tratamiento es sistémico se utiliza el Metrotexate.

- METROTEXATE. Cuando la Psoriasis no responde a los tratamientos antes mencionados, la única opción es el metrotexate. Se dan pequeñas dosis (10 mg.) una vez a la semana, su uso está limitado por el daño hepático que produce y que se puede detectar por la biopsia hepática cuando se acumula una dosis de 1.5 g.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Incluye la Glositis Migratoria Benigna, Liquen Plano, Gingivitis descamativa, - Gingivoestomatitis, Idiopática, Síndrome de Reiter, Lengua geográfica, Ectópica, Estomatitis medicamentosa, Hiperplasia palatina, Candidiasis, Leucoplasia, Carcinoma de células escamosas. (Elliot J.R, Bowers G.M, Corio R. L, 1985).

Los siguientes factores ayudan a realizar el diagnóstico:

- Historia familiar.
- Inicio después de cualquier stress, incluyendo infección, trauma o parto.
- Aparición de lesiones posterior a la exposición solar.
- No hay prurito.
- Se asocia a la artropatía, afectando a los dedos de la mano y pie o una articulación mayor. (Buxton P.K, 1987).

CONCLUSIONES

Después de la realización de esta tesina, deseo señalar que la responsabilidad del Cirujano Dentista hacia el paciente es aliviar el dolor y determinar si su condición es o puede convertirse en una amenaza a su salud general. El diagnóstico preciso debe ser el primer paso para lograr este fin.

También es responsabilidad del Cirujano Dentista capacitarse lo mejor posible para reconocer las manifestaciones Clínicas de diversas enfermedades como es la Psoriasis, dado el papel que cada vez juega con mayor frecuencia el Cirujano Dentista en el cuidado total de todo género de manifestaciones clínicas relacionadas con la cavidad bucal.

Cuando se enfrente un problema terapéutico o diagnóstico que no pueda resolverse con toda honestidad, debemos referir el caso a médicos especializados en diversas ramas, ya que ellos con su experiencia deberán ayudar al paciente a resolver su problema.

BIBLIOGRAFIA

BUXTON P.K. Psoriasis. *British Medical Journal. ABC of Dermatology*, 10 October 1987; Volume 295: 904-906.

ELLIOT J.R., BOWERS G.M., CORIO R.L. The Clinical Problem of Oral Psoriasis, *Ear, Nose and Throat Journal*. 1985; 64: 223-226.

GOING S.M. Treatment of Psoriasis. *British Medical Journal. ABC of Dermatology*. 17 October 1987; Volume 295: 984-986.

HIETANEN J., KANERVA L., SALO O.P. Clinical Light and Electron Microscopic Observations of Psoriasis of Oral Mucosa. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. - 1984; suppl. 113: 113-117.

JULIO C.S.G. Atlas de Patología del Complejo Bucal, Ed. Científico, Técnico, La Habana, 1984.

WILLIAM G.S. Tratado de Patología Bucal. ed. 3a. Ed Interamericana, 1983; 939 páginas.