

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

29

**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO Y DETERMINACION DE
ANTIGENOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD DR EN
PACIENTES MEXICANOS CON PSORIASIS**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN
E S P E C I A L I S T A E N
D E R M A T O L O G I A
P R E S E N T A:**

DRA. BERTHA JUDITH ALVAREZ ZAVALA

268639

MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"


DIRECCION DE ENSEÑANZA


Dr. Héctor Villarreal Velarde

Director de Enseñanza


HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

DIRECCION DE
INVESTIGACION


Dra. María de los Dolores Saavedra Ontiveros
Directora de Investigación

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

SUBDIRECCION
DE ENSEÑANZA


Dra. Ma. Teresa Velasco Jiménez
Subdirectora de Enseñanza


Dr. Luciano Domínguez Soto
Jefe del Departamento de Dermatología


Dr. Roberto Cortés Franco
Asesor de Tesis

Colaboradores

Dr. Roberto Cortés Franco. Médico adscrito al Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. "Manuel Gea Gonzalez"

Dr. Antonio Cabral. Médico adscrito al Departamento de Reumatología del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Dr. Julio Granados. Médico adscrito al Departamento de Inmunología del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Agradezco a:

Dios por la oportunidad.

Mis padres por la formación.

Mis hermanos por la amistad.

Edmundo por ser mi complemento.

Mis amigos por estar cerca.

Mis maestros por su vocación.

INDICE

Introducción	1
Planteamiento del problema	7
Objetivo	7
Hipótesis	7
Material y métodos	8
Resultados	9
Discusión	12
Conclusiones	15
Bibliografía	16

Anexos

Gráfico 1

Tabla 1

Tabla 2

Tabla 3

Cuestionario

Introducción

La palabra psoriasis se deriva de la palabra griega *psora* que significa prurito. Esta es una dermatosis crónica, asintomática, caracterizada por placas eritematoescamosas bien definidas que se localizan principalmente en codos, rodillas, región sacra y piel cabelluda, pero que puede afectar toda la superficie cutánea, y las uñas. (1). Se cree que la psoriasis es una enfermedad con una base genética que encierra una anomalía proinflamatoria de la piel, la cual puede ser desencadenada por varios factores (2). Las lesiones cutáneas, aunque variadas, son usualmente muy características. Las lesiones se dividen en dos grandes grupos:

- 1.- Psoriasis no pustulosa, que incluye a la psoriasis en placas, la psoriasis en gotas, la psoriasis invertida y a la eritrodermia psoriática.
- 2.- Psoriasis pustulosa (3).

La evolución de la dermatosis es crónica por brotes y al remitir las lesiones no dejan cicatriz, pero pueden dejar manchas hiperpigmentadas o hipopigmentadas. Aunque es una enfermedad que rara vez pone en peligro la vida, es una enfermedad incapacitante con un impacto social y económico que suele ser subestimado por los médicos (4)

La literatura reporta que la psoriasis es una enfermedad con distribución mundial, pero su prevalencia en distintas poblaciones varía considerablemente. En Dinamarca afecta al 2.9 % de la población, en las islas Faroe al 2.8 %, en Suecia al 1.9 %, en Estados Unidos del 0.5 al 2.2 %, en China al 1.7 %, en Inglaterra 1.7 % y en indios de los Andes de Sudamérica del 0 % (5,6). Dado los datos anteriores parece ser que es más común en blancos de el norte de Europa, menos común en personas de extracción oriental, relativamente rara en negros y muy rara en nativos de América (2).

Es igual de frecuente en hombres que en mujeres (6). La enfermedad puede presentarse desde la infancia temprana hasta la vejez, pero tiene dos picos de inicio, uno en adolescentes y adultos jóvenes (de 16 a 22 años de edad) y un segundo pico en pacientes mayores (de 57 a 60 años de edad) (4).

En las islas Faroe el promedio de edad de inicio es de 12.5 años, lo cual contrasta con el estudio realizado en Hong Kong, donde el promedio de edad de inicio esta reportado a los 36 años. En un estudio hecho en los Estados Unidos el promedio de edad de inicio es aproximadamente a los 28 años. Aunque hay controversia, la edad de inicio parece tener consecuencia en la severidad de la enfermedad, siendo más severa al aparecer a edad más temprana. En las poblaciones donde la prevalencia de la enfermedad es alta, parece haber un inicio más temprano de la enfermedad (1, 2, 7). También se ha reportado que hay un mayor porcentaje de mujeres que inician su enfermedad antes de los 30 años al compararla con los hombres (8).

Los sitios que suele afectar con mayor frecuencia la psoriasis son la piel cabelluda, seguida por los codos, rodilla y áreas intertriginosas. Se argumenta que la piel cabelluda, los codos y las rodillas tienen un mayor ritmo de proliferación epidérmica, lo cual las predispone para la expresión de la enfermedad (2). En los estudios reportados, la mayor parte de los enfermos suelen tener una psoriasis leve, con una afección menor al 10% de la superficie corporal (6, 8). La severidad de la afección suele estimarse por medio del Índice de Área y Severidad (PASI), la cual toma en cuenta el tamaño y el área afectada, el eritema, la escama, y el grosor de la placa. La máxima calificación en esta escala es de 72. Se considera como psoriasis leve aquella que tiene menos de 10 puntos, moderada la que tiene de 10 a 50 puntos y severa la que tiene más de 50 puntos (4)

Es claro que existe una predisposición genética para la enfermedad. Hay evidencia importante de que se trate de una enfermedad con una herencia que involucre varios *locus* (9). Se ha reportado que una tercera parte de los pacientes con psoriasis tienen algún pariente con la enfermedad (2). Watson et al analizaron la incidencia de psoriasis en el caso de que no se tuviera ningún padre afectado, en el caso de que se tuviera un padre afectado y en el caso de que ambos padres estuvieran afectados; para el primer caso la incidencia fue de 7.5 %, para el segundo caso del 15 % y en el tercer caso de un 50 %. (10). En el estudio realizado por Farber et al, encontraron una alta concordancia de la enfermedad en gemelos monocigotos (70%) y en gemelos dicigotos (23%) cuando uno de ellos esta afectado (11).

Una gran variedad de antígenos de histocompatibilidad (HLA) se han asociado a un mayor riesgo para desarrollar psoriasis. La asociación con el HLA Cw6 es especialmente notoria, con un riesgo relativo que excede de 5. En pacientes japoneses son más frecuentes el Cw7 y el Cw11 (12). También se han reportado los antígenos B13, B17 y B39. Con respecto a los antígenos de histocompatibilidad clase II, DR4 y DR7 tienen una asociación positiva con la enfermedad (11).

Dentro de los factores desencadenantes de la psoriasis se encuentran:

*Infecciones.- Es bien conocida la asociación entre la infección de vías aéreas superiores por el *Streptococcus pyogenes* y la psoriasis en gotas. Esta infección puede producir el inicio de la enfermedad o la exacerbación de la misma. La frecuencia reportada de psoriasis desencadenada por una infección varía del 19 % al 76 %, y esto es más frecuente en niños (9). En un estudio retrospectivo en 245 niños con psoriasis, fue vista una exacerbación de la enfermedad en 133 (54%) de estos niños 2 a 3 semanas después de una infección de vías aéreas superiores. Aunque la fisiopatología es desconocida parece ser por mediada por un mecanismo inmunológico. (13)

*Tabaquismo.- Múltiples estudios han demostrado que el fumar es un factor de riesgo para el desarrollo de psoriasis. En un estudio realizado por Naldi et al, encontraron que el riesgo relativo para desarrollar psoriasis para aquellas personas que fuman más de 15 cigarrillos al día es de 2.1 (1.1-4.0). (14) Se ha reportado que esta asociación es dosis dependiente (15)

*Alcoholismo.- El papel del alcohol en el desarrollo o exacerbación de las psoriasis es menos claro. Se ha relacionado a la psoriasis severa con un alto consumo del alcohol en varios estudios, pero que funcione como factor desencadenante no está bien establecido (12). En un estudio realizado por Poikolainen K, et al no se encontró asociación entre el inicio de la psoriasis y el consumo de alcohol, pero sí se encontró relación con el grado de afección de la enfermedad (16). En otros estudios se ha propuesto que el abuso de alcohol sea consecuencia y no causa de la psoriasis.

* Fármacos.- Una gran variedad de fármacos se han asociado con el desarrollo o la exacerbación de la psoriasis, entre estos se encuentran el litio, los beta bloqueadores y los antipalúdicos. Ha sido reportado que la suspensión de los esteroides sistémicos activa la psoriasis. Se han relacionado otros fármacos como los antiinflamatorios no esteroideos, pero son necesarios estudios controlados mejor diseñados para establecer esta relación. (17)

* Estrés.- Existe controversia en la literatura que el estrés emocional pueda ser un factor desencadenante de la psoriasis. En un estudio controlado no se encontró correlación entre el estrés emocional y la exacerbación de la psoriasis (18), pero hay estudios prospectivos que afirman esta relación (19). En el estudio realizado por Byung Soon Park si existió correlación estadísticamente significativa entre estrés y la extensión de la enfermedad (20).

* Embarazo.- El curso de la psoriasis durante el embarazo es poco predecible y existen pocos reportes en la literatura que hayan estudiado esta relación. La creencia general es que mejoran durante este. En un estudio realizado por Boyd A et al, el 63 % de las pacientes reportaron mejoría de la enfermedad durante el embarazo (21). En el estudio realizado por Byung Soon Park el 36 % de las pacientes reportaron mejoría durante el embarazo y el 39 % no reportaron ningún cambio (20)

Dentro de las enfermedades asociadas a la psoriasis se encuentra la artritis. La artritis psoriática es una enfermedad inflamatoria aparentemente autoinmune de las articulaciones y del tejido conectivo, que afecta del 5 % al 7 % de los pacientes con psoriasis, aunque en los pacientes con afección cutánea severa esta proporción puede llegar a ser del 30 al 40% (22). La artritis psoriática esta clasificada dentro de las espondiloartropatías seronegativas (23); estas representan un grupo heterogéneo de artropatías inflamatorias las cuales comparten varias características: 1.- Afección de la columna vertebral (Espondilitis) 2.- Entesitis (Inflamación de los tendones y el sitio de unión de los ligamentos) 3.- Una alta frecuencia del marcador celular HLA B27 4.- Manifestaciones extra - articulares (24) .

La artritis psoriática puede presentarse a cualquier edad, con un pico de presentación entre los treinta y los cincuenta años (25). De acuerdo con la clasificación de Moll y Wright la artritis psoriática puede ser subdividida en (22):

:

Periférica

Poliartritis simétrica

Oligoarticular asimétrica

Interfalángica distal

Artritis mutilante

Axial

Los hombres y mujeres son afectados con la misma frecuencia, pero la espondilitis psoriática afecta de 3 a 5 veces más a los hombres que a las mujeres. La artropatía comienza en un 15% de los pacientes antes de las manifestaciones cutáneas, en un 75% después y en un 10% al mismo tiempo (26). Existe una correlación positiva entre la severidad de la afección cutánea y la frecuencia en la presentación de la artritis psoriática. El inicio temprano de la artritis durante la edad adulta esta asociado con un peor pronóstico y una mayor posibilidad de desarrollar artropatía destructiva, pero el curso de la artritis cuando inicia en la infancia es usualmente benigno (27)

Al parecer factores genéticos contribuyen al desarrollo de la artritis psoriática. La agregación familiar de la artritis psoriática indica la importancia de la herencia, aunque este padecimiento no sigue un patrón Mendeliano simple de herencia monogénica. La posibilidad de que un pariente en primer grado de una persona con artritis psoriática tenga la misma enfermedad esta elevado 40 veces al compararlo con una persona que no tiene este antecedente. Hay una alta concordancia de la enfermedad entre gemelos homocigotos que va del 30 al 70%. (23) Una clave importante en los genes involucrados como factores causantes de la artritis psoriática proviene de los numerosos estudios de HLA en la asociación con esta enfermedad (11). El primer hallazgo en este sentido fue el demostrar que aproximadamente el 20% de los pacientes con artritis psoriática periférica presentaban HLA B27, porcentaje que aumentaba hasta un 70% en aquellos pacientes en los que la columna vertebral se encontraba afectada (28).

Se ha asociado a la artritis psoriática con otros antígenos de histocompatibilidad clase I, pero su asociación varía según la población de estudio, entre los que se encuentran el HLA B13, B16, B17, Cw6 (23). Los antígenos HLA clase II DR4 ($p < 0.008$) y DR7 muestran una asociación positiva con artritis psoriática en pacientes alemanes (29). El HLA DR7 se ha encontrado como un gen protector para el desarrollo de una artritis severa en pacientes canadienses (30)

Planteamiento del problema

¿Cuáles son las características epidemiológicas del paciente con psoriasis visto en el Hospital General Dr. Manuel Gea González?

¿Los pacientes tienen algún desequilibrio de presentación en los antígenos de histocompatibilidad DR?

Objetivo

Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis en la consulta dermatológica del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Determinar los antígenos de histocompatibilidad DR en estos pacientes

Hipótesis

Si la psoriasis es una enfermedad genéticamente determinada cuya expresión clínica es variable en distintas poblaciones, y nuestra población es genéticamente diferente, entonces es probable que la psoriasis en la población latina tenga una epidemiología y marcadores genéticos distintos a los reportados en la literatura

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, abierto, observacional, prospectivo y transversal. El universo de estudio consistió en pacientes con diagnóstico clínico y/o histológico de psoriasis atendidos en la consulta externa del Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en el periodo comprendido entre el 15 de julio de 1997 al 14 de julio de 1988. Los criterios de exclusión y eliminación fueron pacientes que se negaron a participar en el estudio. Para captar la información se aplicó a cada paciente el cuestionario adjunto. Los pacientes fueron revisados por un reumatólogo y a 50 pacientes se les tomó sangre periférica con anticoagulante para la determinación de HLA DR por medio de oligonucleótidos específicos de alelo

Las variables independientes fueron: Sexo, edad y tabaquismo al inicio del padecimiento.

Las variables dependientes fueron: Antecedentes heredo - familiares en 1er y 2º grado para la enfermedad, edad de inicio del padecimiento, tiempo de evolución del padecimiento, grado de afección (PASI), morfología de las lesiones, presencia de sintomatología cutánea, presencia de artritis psoriática, factores desencadenantes.

Parámetros de medición

Se determinó la expresión de los diferentes subtipos de HLA DR (DR1, DR2, DR3, DR4, DR5, DR6, DR7, DR8, DR9, DR10)

Validación de datos

Estadística descriptiva: media, mediana, moda, desviación estandar, porcentajes

Resultados

3637 pacientes acudieron a la consulta externa de dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González en el periodo comprendido entre el 15 de julio de 1997 al 14 de julio de 1998, de estos 3637 pacientes 109 padecían psoriasis (3%). Cincuenta y cinco de estos 109 pacientes eran hombres y 54 eran mujeres (relación hombre : mujer de 50.4 : 49.5). La frecuencia de distribución de la edad de inicio del padecimiento con respecto al sexo se muestra en la gráfica 1. La edad promedio de inicio fue 33.8 años (DE +/-18.5 años), con una moda a los 22 años y una mediana a los 31 años. Veintinueve pacientes iniciaron su padecimiento antes de los 20 años, de estos 12 fueron hombres y 17 mujeres.

Diecinueve de los pacientes reportaron antecedentes heredo familiares en 1er grado positivos para la enfermedad (17.4%), y 7 reportaron antecedentes heredo familiares en 2º grado (6.4%). Fue más frecuente que los pacientes que comenzaron su enfermedad antes de los 40 años tuvieran antecedentes heredo familiares positivos que los que la comenzaron después de esta edad (17 contra 2 respectivamente; $p = 0.01$). Cuatro pacientes reportaron tener dentro de sus antecedentes personales patológicos una alteración tiroidea (3.6%).

A todos los pacientes se les preguntó si fumaban al inicio de su enfermedad. Ciento dos pacientes negaron tabaquismo o fumaban menos de 7 cigarrillos al día (93.6%), 3 pacientes fumaban entre 7 a 15 cigarrillos al día (2.8%) y solamente 4 pacientes fumaban más de 15 cigarrillos al día (3.7%). Al preguntarles si conocían al tabaquismo como posible factor desencadenante de la enfermedad solamente 6 contestaron afirmativamente (5.5%).

El tipo de piel, según la clasificación de Fitzpatrick, fue evaluada en 107 de los pacientes, 1 paciente correspondía a piel tipo 2 (0.9%), 28 pacientes correspondían a piel tipo 3 (25.7%), 69 pacientes correspondían a piel tipo 4 (63.3%) y 9 pacientes correspondían a piel tipo 5 (8.3%).

Los sitios del cuerpo que se encontraron afectados con mayor frecuencia (evaluados en 109 pacientes) fueron las piernas en 79 pacientes (72%), seguido por piel cabelluda en 78 (71.6%), tronco en 72 (66.1%), codos en 67 (61.5%), muslos en 66 (60.6%) y rodillas en 65 (59.6%). La región sacra estuvo afectada en 39 pacientes (35.8%), la grandes pliegues como axilas e ingles en 24 (22%) y la cara en 21 pacientes (19.3%).

La forma más común de psoriasis fue la psoriasis en placas en 84 de los pacientes (77%), seguida por la psoriasis en gotas en 15 pacientes (13.8%). Seis pacientes tuvieron psoriasis invertida (5.5%), 3 pacientes se presentaron con una eritrodermia psoriática (2.8%) y solo uno presentó psoriasis pustulosa (0.9%).

La severidad de la enfermedad fue evaluada por medio de PASI en 108 pacientes. La afección promedio fue de 9.53 puntos (DE +/-10.54). Tuvieron una psoriasis leve 73 pacientes (67.6 %), con una afección promedio de 3.9 puntos (DE +/- 2.2); una psoriasis moderada 34 pacientes (31.5 %), con una afección promedio de 20 puntos (DE +/- 9.5) y una psoriasis severa solamente un paciente con un PASI de 60 puntos (0.9%).

Los tratamientos más usados fueron el alquitrán de hulla y el ácido salicílico e 30 de los 109 pacientes (27.5%), seguidos por los esteroides tópicos (17.4%) y la fototerapia con psoralenos y luz ultravioleta A (11.1%)

Se preguntó a 108 pacientes si la enfermedad les producía algún síntoma (tabla 1), solamente 12 contestaron que la dermatosis era asintomática (11.1%), 95 pacientes refirieron tener prurito (87.9%), 13 pacientes refirieron dolor (12%) y 24 pacientes refirieron ardor (22.2%).

Se preguntó a 108 pacientes si notaban que su enfermedad se exacerbaba con infecciones, estrés emocional o trauma físico, respondieron afirmativamente: 15 pacientes (13.8%), 69 pacientes (63.8%) y 40 pacientes (37%) respectivamente. Solo 17 de nuestras pacientes se habían embarazado en el transcurso de la enfermedad, 8 de ellas reportó haber mejorado en este periodo (47%), 8 habían permanecido sin cambio en su enfermedad (47%) y solo una reportó haber empeorado (5.8%).

Ochenta y nueve de nuestros pacientes acudieron a revisión reumatológica. Los resultados se muestran en la tabla 2. Solamente 2 de los pacientes (2.2%) tuvieron artritis psoriática. Ambos pacientes eran hombres, ambos tenían antecedentes heredo familiares positivos para la enfermedad, ninguno contaba con antecedentes positivos de alcoholismo o tabaquismo. Uno recibía como tratamiento 25 mg/semana de metotrexate y el otro no recibía ningún tratamiento. Tenían un PASI de 6 y 5.2 respectivamente. A uno se le diagnosticó una artritis poliarticular simétrica y al otro una oligoarticular.

A 50 pacientes se le determinó HLA-DR, y los resultados fueron comparados contra población mexicana mestiza sana (31). Los resultados se muestran en la tabla 3. Se encontró una frecuencia génica de DR2 del 24% y de DR7 del 16%, en contra del grupo control en el que se encontró DR2 en el 7.5% y DR7 en el 6.5% ($p < 0.05$). No se encontró diferencia significativa en DR4.

Discusión

Se detectaron 109 casos de psoriasis en un periodo de un año, lo que representa una prevalencia del 3% de la consulta dermatológica. La relación hombre : mujer encontrada corresponde a lo reportado a la literatura, siendo igual de frecuente en hombres que en mujeres (6). La edad de inicio se encontró en un rango que iba desde los 2 años hasta los 88 años, con un pico en la 3ª y 4ª décadas de la vida, un poco posterior a lo reportado en la literatura. No se encontró un segundo pico en pacientes de 57 a 60 años (4). La edad promedio de inicio se asemeja a la reportada en el estudio de Hong Kong, siendo en este estudio a los 36 años y nuestros pacientes a los 33.8 años (2). Nosotros encontramos un mayor porcentaje de mujeres que iniciaban su enfermedad antes de los 20 años al compararla con los hombres.

Se encontraron antecedentes heredo familiares en 1er grado positivos para la enfermedad en el 17.4%, y en el 6.4% antecedentes heredo familiares en 2º grado, esto corresponde con lo escrito en la literatura donde se reporta que una tercera parte de los pacientes con psoriasis tienen algún pariente con la enfermedad (2). En los pacientes que iniciaron la psoriasis antes de los 40 años hubo un mayor frecuencia de antecedentes heredo familiares positivos para esta ($p < 0.05$).

Nos llamó la atención que el 3.6% de nuestra población de estudio tuviera antecedentes de alteración tiroidea, y aunque ya hay algunos casos descritos en la literatura de psoriasis asociada a patología tiroidea, habría que hacer mas estudios para poder establecer su posible relación (32,33, 34)

La mayor parte de nuestra población era mestiza, siendo las pieles tipo 3 y 4 dentro de la clasificación de Fitzpatrick las que se encontraron con mayor frecuencia (89%)

La forma más común de psoriasis encontrada fue la psoriasis en placas (77%) seguida por la psoriasis en gotas (13.8%), resultados similares a los encontrados en Inglaterra por Nevitt y Hutchinson (6) donde la forma más frecuente de afección en su población era la psoriasis vulgar en el 81%. En nuestra población la psoriasis pustulosa fue rara encontrándose solamente en un paciente.

Se encontró una frecuencia alta de afección a piel cabelluda, codos y rodillas como lo dice la literatura (2), pero en nuestros pacientes las piernas (72%), el tronco (66%) y los muslos (60%) fueron también zonas frecuentemente afectadas. Los grandes pliegues se encontraron afectados en una quinta parte de los pacientes (22%).

Como en los estudios reportados, la mayor parte de nuestros enfermos (67.6%) tenían una psoriasis leve (6,8). Pero en contraste con lo descrito por el estudio inglés (6), donde el PASI promedio fue de 2.9 el PASI promedio encontrado en nuestros pacientes fue de 9.53 puntos (DE +/- 10.54), esto tal vez se deba a que nuestro hospital es un centro de referencia dermatológico en contra del estudio mencionado que se hizo en población abierta.

Los tratamientos más usados fueron los tópicos, como alquitrán de hulla, ácido salicílico y esteroides, esto seguramente debido a que en la mayor parte de nuestra población la afección era leve. Llama la atención la alta frecuencia del uso del PUVA (11.1%), pero nuestro hospital es un centro de concentración para el uso de este tratamiento.

El síntoma reportado con mayor frecuencia fue el prurito (87.9%), solo el 11.1% de los pacientes reportaron a la dermatosis como asintomática, cuando clásicamente esta descrita en la literatura de esta manera (1).

El factor desencadenante referido con mayor frecuencia por los pacientes fue el estrés emocional seguido por el traumà físico (63.8% y 37% respectivamente). Las infecciones fueron reportadas con menor frecuencia (13.8%). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con psoriasis en gotas y las pacientes con otro tipo de psoriasis para la respuesta afirmativa a esta última pregunta, tal vez esto sea por que la mayor parte de nuestra población era adulta y la relación se ha descrito principalmente en niños (9, 13) . Con respecto al embarazo el 47% de nuestras pacientes reportó haber mejorado en este periodo, resultado semejante al encontrado por Boyd A et al (21), y Byung Soon Park (20) .

Se encontró una prevalencia baja de artritis psoriática en nuestros pacientes (2.2%) al compararla con lo reportado en la literatura mundial la cual va del 5 al 7%, pero que puede llegar a ser del 30 al 40% (22).

Con respecto al HLA DR llamó mucho la atención la alta frecuencia génica del DR2 en los pacientes con psoriasis (24%), hasta donde sabemos este antígeno no había sido reportado previamente en relación con esta enfermedad. También es notoria la baja frecuencia de DR4 en nuestra población de estudio, aunque no es estadísticamente significativa la reducción al compararlo con la población normal, si se encontró con mucha menor frecuencia a lo esperado. DR7 si se encontró aumentado en nuestra población lo cual concuerda con lo reportado en la literatura (11). Aunque es especulativo, una posible explicación de la baja frecuencia de artritis psoriática en nuestra población, podría deberse a la baja frecuencia de presentación del DR4, gen favorecedor para el desarrollo de esta enfermedad (29), y la alta frecuencia de DR7 gen protector para la progresión de la artritis (30)

Conclusiones

La psoriasis es un dermatosis frecuente en nuestra población, la cual tiene una prevalencia del 3% en la consulta dermatológica de nuestro hospital. Afecta prácticamente por igual a hombres y a mujeres. La edad de inicio tiene un pico de presentación en la 3ª y 4ª décadas de la vida, iniciando en forma más temprana en mujeres. La mayor parte de nuestra población fue mestiza. La forma de psoriasis más frecuente fue la psoriasis en placas, y la mayoría de los pacientes mostraban una afección leve. Las zonas del cuerpo donde se encontró con mayor frecuencia la enfermedad fueron las piernas seguidas por la piel cabelluda, tronco y muslos. Los tratamientos más usados fueron los tópicos. El prurito es un síntoma referido frecuentemente. Los pacientes reconocen como factores desencadenantes principalmente al estrés emocional y al trauma físico. El embarazo se reportó como un factor que mejoraba la dermatosis. La artritis psoriática es poco prevalente en nuestra población de estudio. Los HLA DR con desequilibrio de presentación fueron el DR2 y el DR7. El DR4 se encontró disminuido aunque no tuvo diferencia estadísticamente significativa. Consideramos que este estudio es de interés debido a que no encontramos ningún estudio similar en población mexicana en la literatura indexada.

Bibliografía

- 1.- Arenas R. Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. p 415. McGraw-Hill. Segunda Edición, 1996. México.
- 2.- Krueger G., Duvic M., Epidemiology of Psoriasis: Clinical Issues. *J Invest Dermatol* 1994; 102 suppl: 14-23
- 3.- Fitzpatrick T. et al. Dermatology in general medicine. McGraw-Hill. Cuarta edición. 1993. USA. pp 489-514
- 4.- Greaves M, Weinstein G. Drug therapy: Treatment of psoriasis. *N Engl J Med* 1995; 332: 581-588
- 5.- Nall L. Epidemiologic strategies in psoriasis research. *Int J dermatol* 1994; 33: 313-319
- 6.- Nevitt G, Hutchinson P. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol* 1996; 135: 533-537
- 7.- Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, et al. Age at onset and different types of psoriasis. *Br J Dermatol* 1995; 133: 768-773
- 8.- Bell L, Sedlack R, Beard M, et al. Incidence of psoriasis in Rochester, Minn, 1980-1983. *Arch Dermatol* 1991; 127: 1184-1187
- 9.- Kadunce D, Krueger G. Pathogenesis of psoriasis. *Dermatol Clin* 1995; 13: 723-737
- 10.- Watson W et al: The genetics of psoriasis. *Arch Dermatol* 1972; 105: 738
- 11.- Elder J, Nair R, Guo S-W. The genetics of psoriasis. *Arch Dermatol* 1994; 130: 216-224
- 12.- Stern R. Epidemiology of psoriasis. *Dermatol Clin* 1995; 13: 717-722
- 13.- Telfer N, Chalmers R, Whale K, et al. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch Dermatol* 1992; 128: 39-42
- 14.- Naldi L, Parazzini F, Brevia A, et al. Family history, smoking habits, alcohol consumption and risk of psoriasis. *Br J Dermatol* 1992; 127: 212-217
- 15.- Mills C, Srivastava E, Harvey I, et al. Smoking habits in psoriasis: a case control study. *Br J Dermatol* 1992; 127: 18-21
- 16.- Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J. Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. *Br J Dermatol* 1994; 130: 473-477

- 17.- Abel E, DiCicco L, Orenberg E, et al. Drugs in exacerbation of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 1007-1022
- 18.-Payne RA, Rowland Payne CM, Marks R: Stress does not worsen psoriasis?- a controlled study of 32 patients, *Clin Exp Dermatol* 1991; 10: 239-245
- 19.- Gaston L, Lasone M, Bernier-Buzzanga J, et al: Psoriasis and stress: A prospective study. *J Am Acad Dermatol* 1991; 17: 82-86
- 20.- Soon B, Il J. Factors influencing psoriasis: An analysis based upon the extent of involvement and clinical type. *J Dermatol* 1998; 25: 97-102
- 21.- Boyd A, Morris L Phillips C. Psoriasis and pregnancy: Hormone and immune system interaction. *Int J Dermatol* 1996; 35: 169-172
- 22.-Ruzicka T., Psoriatic Arthritis. New types, New treatments. *Arch Dermatol* 1996; 132: 215-219.
- 23.- Winchester R. Psoriatic Arthritis. *Dermatol Clinics* 1995; 13: 779-792
- 24.- Halverson P. The Spondyloarthropathies. *Orthopaedic Nursing* 1997; 16: 21-25
- 25.- Moll JMH, Wright V. Psoriatic Arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973; 3: 55-78.
- 26.- Wright V., Skin and Arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1987; 5 (suppl 1): 75-97
- 27.- Southwood TR., Petty RE, Malleson PN., Psoriatic arthritis in children. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 1007-1013.
- 28.- Brewereton DA, et al. HLA-27 and arthropathies associated with ulcerative colitis and psoriasis. *Lancet* 1974; 1: 956
- 29.- Hohler T., Schneider PM, Rittner C., et al: LMP polymorphism do not influence disease expression in psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1996; 14: 661-664
- 30.- Gladman DD, Farewell VT. The role of HLA antigens as indicators of disease progression in psoriatic arthritis. Multivariate relative risk model. *Arthritis-Rheum* 1995; 38: 845-50.
- 31.- De Leo C, Castelan N, Lopez M, et al. HLA class I and class II alleles and haplotypes in mexican mestizos established from serological typing of 50 families. *Human Biology* 1997; 69: 809-818
- 32.- Kano Y, Chiba M, Yagita A, Shiohara T. Complete resolution of psoriasis vulgaris after excision of thyroid cancer. *Int J Dermatol* 1997; 36: 280-282.

33.-Yamamoto T, Yokoyama A. Coexistence of psoriasis vulgaris, ulcerative colitis and thyroid adenoma. *J Dermatol* 1997; 74: 54-55

34.- Yamamoto T, Yokoyama A. Association of generalized pustular psoriasis, Sjögren syndrome, and Hashimoto's thyroiditis. *J. Dermatol* 1996; 23: 64-65

Gráfica 1

EDAD DE INICIO

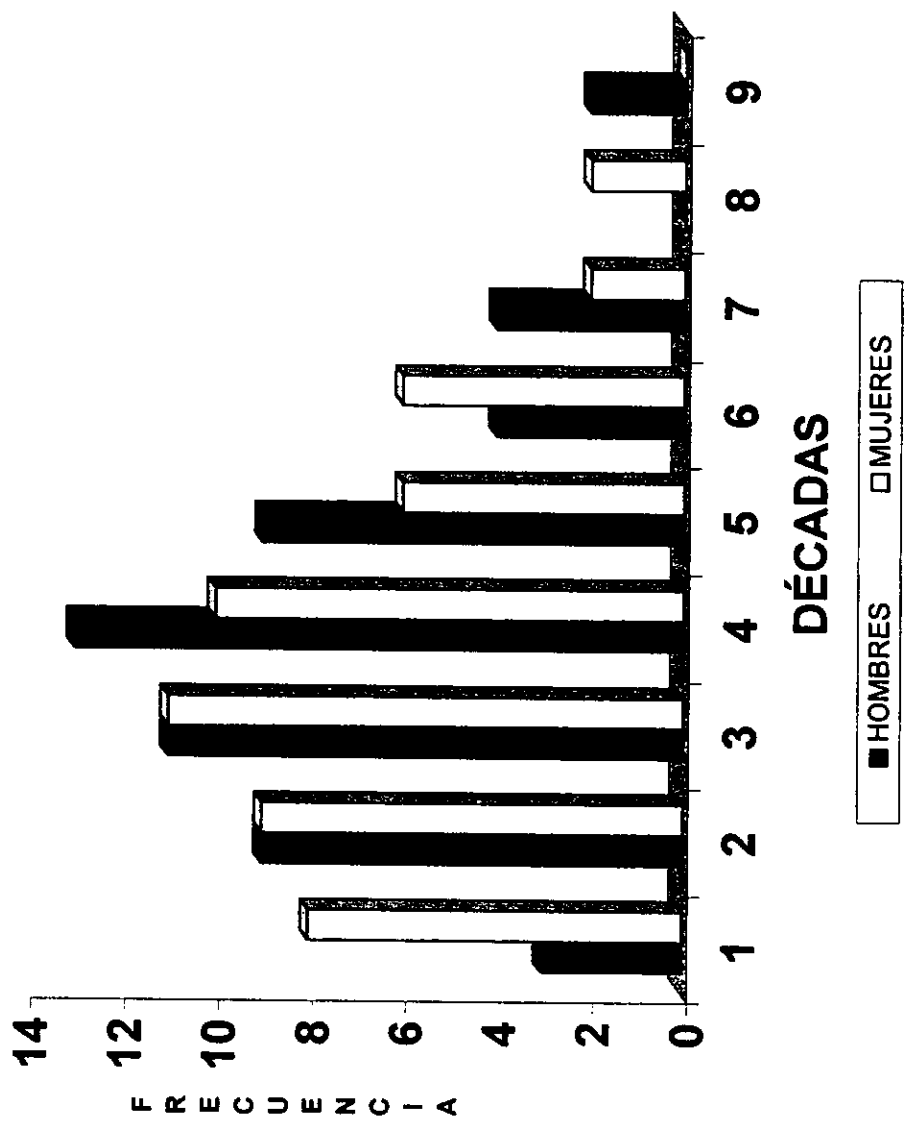


Tabla 1

SINTOMATOLOGÍA REPORTADA		
SINTOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	12	11.1
Prurito	68	62.9
Dolor	0	0
Ardor	1	0.9
Prurito y ardor	14	12.9
Prurito, dolor y ardor	9	8.3
Prurito y dolor	4	3.7

Tabla 2

RESULTADOS DE LA REVISIÓN REUMATOLÓGICA		
Afección	Frecuencia	Porcentaje
Osteoartritis	17	19.1
Artritis psoriática	2	2.2
Sano	62	69.6
Artralgia inespecífica	5	5.6
Gota	2	2.2
Artritis traumática	1	1.1

Tabla 3

FRECUENCIA GÉNICA DE HLA DR EN PACIENTES CON PSORIASIS					
H L A	PACIENTES FREC-GENICA (%)	CONTROLES FREC-GENICA (%)	p	RAZÓN DE MOMIOS	INTERVALO CONFIANZA 95%
DR1	11	9	N/S		
DR2	24	7.5	1.00E-05	3.89	(2 - 7.5)
DR3	8	7	N/S		
DR4	21	37	N/S		
DR5	4	11	1.00E-02		
DR6	3	7.5	N/S		
DR7	16	6.5	4.00E-03	2.74	(1.3 - 5.7)
DR8	8	10	N/S		
DR9	3	2	N/S		
DR10	2	2	N/S		

CUESTIONARIO

Fecha _____ Registro _____
Nombre _____ Sexo _____
Edad _____ Ocupación _____ Tipo de piel _____
No Bx _____ Teléfono _____

ANTECEDENTES

Heredo-familiares

Abuelos afectados No Si A) AaM C) AaP
B) AoM D) AoP
Padres afectados No Si A) Madre B) Padre
Hermanos afectados No Si Cuantos _____ / _____
Familiares en 2° grado afectados No Si Quien _____

Personales

Otras enfermedades No Si Cuales _____

Alcoholismo: *Previo a la enfermedad
No Si-----Tipo de bebida _____
Cantidad promedio _____

*Durante la enfermedad
Ha aumentado No Si Tipo de bebida _____
Cantidad promedio _____
Ha disminuido No Si
Conoce la asociación con hepatopatía Si No

Tabaquismo *Previo la enfermedad
No Si Cigarrillos/día _____

*Durante la enfermedad
No Si-----Cigarrillos/día _____

*Conoce que puede precipitar la enfermedad Si No

PADECIMIENTO ACTUAL

Edad de inicio del padecimiento _____

Tiempo de evolución _____

Tratamiento actual _____

Topografía

- 1.-Cabeza A) Piel cabelluda
 B) Cara
 C) Región retroauricular
- 2.-Cuello A) Cara anterior
 B) Cara posterior
- 3.-Tronco A) Tórax
 * Cara anterior
 * Cara posterior
 B) Abdomen
 * Cara anterior
 * Cara posterior
- 4.-Región sacra
- 5.-Gluteos
- 6.-Genitales *Región perianal *Cuerpo del pene
 *Monte de venus *Glande
 *Labios mayores
- 7.- Miembros superiores
- A) Axilas
- B) Brazos *Cara anterior
 *Cara posterior
- C) Codos
- D) Fosa cubital
- E) Antebrazos *Cara anterior
 *Cara posterior
- F) Manos *Palmas
 *Dorso
- G) Uñas Cuales _____
 * Dedal * Máculas * Distrofia * Otra _____
- 8.- Miembros inferiores
- A) Región inguinal
- B) Muslos *Cara anterior
 *Cara posterior
- C) Rodillas
- D) Huecos popliteos
- E) Piernas *Cara anterior
 *Cara posterior
- F) Pies *Dorso
 *Plantas
- G) Uñas Cuales _____
 * Dedal * Máculas * Distrofia * Otra _____

PASI _____

0.1 (E+G+Es) x área cabeza + 0.3 (E+G+Es) x área tronco +
0.2 (E+G+Es) x área MsSp + 0.4 (E+G+Es) x área MsInf

Área					
1-9%=1	10-29%=2	30-49%=3	50-69%=4	70-89%=5	90-100%=6
0.- ausente	1.-leve	2.-moderado	3.-severo	4.-muy severo	

Morfología

A) No pustular

- 1.-Vulgar
 - * En placas
 - * En gotas
 - * Anular
 - * Circinada
- *Folicular
- *Geográfica
- *Inversa
- *Serpiginosa

B) Pustular

- 1.- von Zumbusch
- 2.- Palmo-plantar
- 3.-Anular
- 4.- Acrodermatitis continua
- 5.- Impétigo herpetiforme

SINTOMAS

- 1.- Ninguno
- 2.- Prurito
- 3.- Dolor
- 4.- Ardor

FACTORES DESENCADENANTES O EXACERBANTES

Exacerbación con:

- | | | |
|--------------------|----|--------------------|
| Infecciones agudas | Si | |
| | No | |
| Medicamentos | No | |
| | Si | *Beta bloqueadores |
| | | *Litio |
| | | *Esteroides |
| | | *Antipalúdicos |
| | | *Otros _____ |
| Embarazo | No | |
| | Si | |
| Estres | No | |
| | Si | |
| Trauma local | No | |
| | Si | |
| Otro | | _____ |