

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

8

2g.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
SERVICIO DE DERMATOLOGIA

MANIFESTACIONES UNGUEALES Y ORALES
EN PACIENTES CON PSORIASIS

TESIS DE POSTGRADO

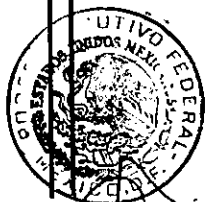
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

P R E S E N T A

DRA. HILDA LUZ FLORES TAPIA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

ASESOR DE TESIS: JEFE DE SERVICIO: PROFESOR TITULAR DEL CURSO
UNIVERSITARIO DE POSTGRADO: DRA. GLADYS LEON DORANTES.

HGM

268817

Organismo Descentralizado MEXICO. D. F.

1998

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.

DEDICATORIA:

A Dios le doy las gracias por todas sus bendiciones.

A mis padres.

Ramón Flores Valencia y Celina Tapia de Flores, por su ejemplo de lucha diaria y valor ante la vida , quienes me han apoyado a lograr todas mis metas. Para ellos todo mi amor, respeto y admiración.

A mi esposo José Roberto:

Por su gran apoyo incondicional, su confianza, optimismo y fortaleza de convicciones, de quien estoy muy orgullosa.

AGRADECIMIENTOS

A mis hermanos Ramón Ignacio y Marisa por estar siempre
Conmigo, e impulsarme a seguir adelante.

A mis maestros: Dr. Amado Saúl , Dr. Jorge Peniche, Dr. E.
Peyro, Rafael Andrade y Dra. Patricia Mercadillo, por sus
Enseñanzas, confianza y gran calidad humana.

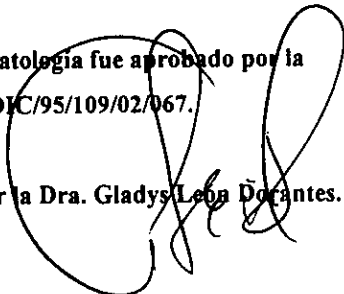
A la Dra. Gladys León Dorantes por sus enseñanzas, amistad, paciencia y
disposición en la elaboración de esta tesis.

A los Drs. Ivonne Arellano, Fernando Blancas, A. Peniche, Eugenio
Carrasco, Alexandro Bonifaz, Olga Isunza, Esperanza Martinez, A. Sanabria
G. Montes de Oca, por el apoyo que siempre me brindaron.

A mis amigos y compañeras de generación con quienes he compartido
gratos momentos y recibido cariño, amistad y apoyo.

**Este trabajo de tesis de postgrado en Dermatología fue aprobado por la
Dirección de Investigación con el registro DI/C/95/109/02/067.**

Fue revisado y aceptado para impresión por la Dra. Gladys León Dorantes.



INDICE

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCION	2
	MARCO TEORICO	
III.	GENERALIDADES DE LA PSORIASIS	
	DEFINICION	3
	HISTORIA	4
	EPIDEMIOLOGIA	5
	ETIOPATOGENIA	6
	CUADRO CLINICO	15
	DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES	22
	HISTOPATOLOGIA	22
	TRATAMIENTO	23
IV.	ENSAYO CLINICO	
	JUSTIFICACION	28
	OBJETIVOS	28
	DISEÑO Y DURACION	29
	MATERIAL Y METODO	29
	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	29
	PROCEDIMIENTO	30
V.	RESULTADOS	34
VI.	DISCUSION	38
VII.	CONCLUSIONES	39
VIII.	BIBLIOGRAFIA	40
IX.	ANEXOS	44

I. RESUMEN

ANTECEDENTES: La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, constituida por placas eritemato-escamosas, predomina en salientes óseas, de etiología desconocida, poco o nada se sabe de los factores iniciadores de la dermatosis que evoluciona por brotes de forma caprichosa e impredecible, la cual puede afectar anexos cutáneos como uñas y así mismo mucosas.

OBJETIVO Y ESTUDIO: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo en el cual se incluyeron pacientes adultos de la clínica de psoriasis de todas las variedades clínicas y bajo tratamiento tópico y sistémico del servicio de Dermatología del Hospital General de México; con el objetivo de conocer la frecuencia de manifestaciones ungueales y orales en estos pacientes; así como la descripción de sus características tanto clínicas como histopatológicas.

RESULTADOS: Se revisó un total de 70 pacientes con diagnóstico comprobado de psoriasis de los cuales el 62.8% correspondieron al sexo masculino y el 37.1% al femenino.

En el 97.1% presentaron lesiones ungueales y el 8.57% lesiones orales.

Las alteraciones ungueales correspondieron a: hoyuelos, surcos longitudinales, onicolisis, paquioniquia, xantoniquia y onicodistrofia. En todos los casos se descartó infección micótica.

Las lesiones orales correspondieron a: lengua geográfica, lengua escrotal, lengua fisurada, psoriasis en mucosas.

CONCLUSIONES: Con el presente trabajo se concluye que las lesiones ungueales en pacientes con psoriasis son considerablemente frecuentes y de éstas predominan los surcos longitudinales y hoyuelos. Así mismo mencionar que clínicamente son indistinguibles de las onicomicosis. Las alteraciones orales son poco frecuentes.

Es de gran importancia no olvidar realizar un estudio integral en los pacientes con psoriasis.

II. INTRODUCCION

La psoriasis es una dermatosis frecuente en todo el mundo, más en personas de raza blanca. En Europa afecta 2-3% de la población, en Estados Unidos 0.5 al 4.6%, es menos frecuente en Asia, Africa y Latinoamérica.

En México representa el 2% de la consulta dermatológica.

Se define como una enfermedad crónica de la piel, generalmente asintomática, caracterizada por placas eritemato-escamosas bien definidas, que se localizan principalmente en salientes óseas, puede afectar toda la superficie cutánea, uñas y mucosas. Se desconoce su causa, pero parecen influir factores inmunitarios, genéticos, psicosomáticos, ambientales y bacteriológicos. El diagnóstico clínico es sencillo, si se observa lo anteriormente mencionado.

Sin embargo hay una gran variabilidad clínica de la enfermedad, y representa un reto por su impredecible evolución a las diferentes alternativas terapéuticas.

La psoriasis es una de las más importantes enfermedades eritemato-escamosas que además de afectar la superficie cutánea puede afectar mucosas y uñas.

Del 25 al 50% se describe que existe afección ungueal en estos pacientes y que estas son más frecuentes en pacientes de edad avanzada.

Se presenta clínicamente como xantoniquia, leuconiquia, onicolisis, manchas en aceite y onicomadesis.

La afección oral en estos pacientes es poco frecuente y generalmente se asocian a lesiones cutáneas, este tipo de lesiones son poco características, puede afectar el dorso de la lengua y la mucosa del labio inferior, así mismo pueden estar constituidas por máculas difusas o pueden ser eritematosas, liquenoides, blanquecinas, amarillentas y con descamación.

Por lo que fue de nuestro interés realizar el presente trabajo con el fin de conocer las características ungueales y orales en pacientes con psoriasis.

III. MARCO TEORICO

GENERALIDADES DE LA PSORIASIS

DEFINICION

La psoriasis es una dermatosis crónica, inflamatoria y recurrente, de causa desconocida, generalmente asintomática, con un curso benigno; la cual se caracteriza por varias formas clínicas de presentación. Constituida por hiperplasia epidérmica y queratopoyesis acelerada.

Clínicamente se caracteriza en su forma clásica por placas eritemato-escamosas, con escama gruesa tipo yesosa, adherente, localizadas habitualmente en superficies de extensión, salientes óseas, piel cabelluda, uñas, aunque puede presentarse en cualquier parte de la superficie cutánea, como en mucosas. (1,2)

La lesión primaria en la psoriasis es una placa eritematosa, cubierta por escama blanquecina, nacarada, que cuando confluyen forman lesiones de diversas formas: placas, gotas, geográfica, serpiginosa, figurada, circinada o anular.

Las zonas más comúnmente afectadas son: piel cabelluda, codos, rodillas, y región sacro-coccígea, puede adoptar en muchas ocasiones tendencia a la simetría.

Con respecto a su etiopatogenia, se desconoce su causa, es considerada para algunos multifactorial, así mismo haciendo énfasis de que existe un factor hereditario asociado.

Otros de los factores como los ambientales, que pueden precipitar o exacerbar la enfermedad: infecciones estreptocócicas, estafilocócicas, virales, traumatismos en piel, estrés, ciertos fármacos, alcoholismo e inclusive recientemente se describe la asociación al tabaquismo. (4,5)

Los hallazgos histopatológicos característicos de esta enfermedad: de esta enfermedad son: como hiperplasia epidérmica, disminución o ausencia de la capa granulosa, con pequeñas colecciones de neutrófilos en el estrato córneo (microabscesos de Munro).

La dermis papilar está adelgazada y contiene vasos sanguíneos aumentados de tamaño, tortuosos e infiltrado mononuclear perivascular (6).

Existen aún múltiples tratamientos para la psoriasis, pero ninguno cura la enfermedad, y todos presentan efectos colaterales de importancia.

HISTORIA

Hacia los años 25 a.C. Celsus describe la enfermedad que denominó "Impétigo" o "Ataque", parece ser la primera descripción de la psoriasis.

En los años 460-375 d.C. Hipócrates en su documento "Corpus Hipocraticum", llamó "Psora" a la erupción escamosa y más tarde hacia los años 133-200 d.C. Galeno fue el primero en usar la palabra Psoriasis para designar lesiones pustulosas y la palabra "Lepra" para lesiones escamosas. (7)

Robert William, médico inglés (1757-1812) identificó la forma de impétigo descrita por Celsus como psoriasis y en 1808 se aceptó como una entidad, con 11 tipos clínicos en base a la forma, tamaño, evolución y topografía. Además separó dos enfermedades como entidades psoriasiformes: "Lepra Gaecorum" y "Psora Leprosa". Estas dos entidades correspondían a variedades de lepra y no fue hasta 1816-1880 que Ferdinand Von Hebra con una de las más brillantes descripciones clínicas de psoriasis separó a la lepra de la psoriasis y estableció que eran entidades diferentes.

En México en la época precolombina se le conocía a la psoriasis con gran diversidad de nombres, entre ellos el de "Sarna Mentagra", según lo referido en el "Códice Badiano" y en la historia general de la Nueva España de Sahagún. Los aztecas empleaban plantas medicinales, baños de vapor, drogas alucinógenas y psicoterapia como tratamientos para esta enfermedad, mencionándose buenos resultados para sorpresa de los conquistadores.

Han sido varias las descripciones y estudios realizados en lo que se refiere a psoriasis sobresaliendo entre ellos: Unna, quien describió la similitud clínica con el eccema seborreico; Brocq aportó como medio diagnóstico el raspado metódico; Alibert que reconoció la asociación entre psoriasis y artritis (1838-1904). Heinrich Koebner describió la reacción isomórfica que lleva su nombre.

Jonh Cummings Munro con la colaboración de Raymond Sabouraud hace la descripción histológica detallada de la psoriasis (1858-1910), describiendo Munro la presencia de los abscesos en la capa córnea que actualmente llevan su nombre. (7)

EPIDEMIOLOGIA

La psoriasis es una enfermedad que afecta por igual a ambos sexos, sin embargo las mujeres tienden a desarrollarla antes que los hombres, puede presentarse en cualquier etapa de la vida, pero a más temprana edad su evolución es más severa. En los pacientes con historia familiar de psoriasis ésta aparece más temprano que en los que no cuentan con antecedentes positivos.

Se presenta más frecuentemente en personas de piel blanca (la mayor incidencia de la enfermedad se ha reportado en Dinamarca con un 2.9%), al aparecer, un mayor número de melanocitos y por ende una mayor producción de melanina, juegan un papel protector en la psoriasis; esto apoya la poca incidencia en personas de raza negra. (8).

No se ha reportado en indios americanos, ni en aborígenes de la isla Samoa. En Africa y América la incidencia es baja; el promedio del norte de Europa ha sido del 2%, en Estados Unidos el 1.4%.

En México la psoriasis está dentro de las quince enfermedades de la piel más frecuentes, representando el 2% de todas las dermatopatías (1)

ETIOPATOGENIA

A pesar de la amplia investigación, poco o nada se sabe de los mecanismos iniciadores íntimos de la placa psoriásica.

Muchos de los hallazgos son estudios in vitro, que no reproducen fielmente las complejas interrelaciones entre los elementos presentes en la piel.

La psoriasis es considerada una enfermedad con una patogénesis multifactorial. No se ha identificado un factor predominante. Se reporta que el evento inicial de la psoriasis es probablemente el trauma de la piel, desencadenando una reacción inflamatoria, combinada con una respuesta inmune, y factores genéticos propios del individuo.

El sistema de nucleótido ciclico ha sido objeto también de interés. Recientemente se consideran otros aspectos de este sistema en la regulación, diferenciación y producción de queratinocitos así como en la respuesta inflamatoria.

Las citoquinas, interleucinas y el fenómeno inflamatoria son puntos importantes de estudio, ya que tienen influencia en la producción de queratinocitos.

Diversos estudios han identificado la migración de neutrófilos como un factor importante en el desarrollo de la psoriasis.

El leucotrieno B del sistema del ácido araquidónico es un factor importante en el proceso inflamatorio y desarrollo de microabscesos e infiltración neutrofílica de la piel.

También juega un papel muy importante la respuesta inmune y de ésta los linfocitos T.

Algunas drogas pueden modificar la producción de queratinocitos y tener efecto en el desarrollo de la psoriasis. (9).

FACTORES GENETICOS

La psoriasis se desarrolla cuando existe cierta predisposición genética que en conjunto con otros factores ambientales actúan como coadyuvantes al desarrollo del padecimiento. Aunque no se han establecido con claridad el modo de herencia. Se han propuesto argumentos a favor de una predisposición genética de la enfermedad, los cuales son:

- Asociación significativa entre el hecho de padecer la enfermedad y ciertos antígenos del sistema mayor de histocompatibilidad.
- Una incidencia elevada de psoriasis entre los parientes de enfermos psoriásicos.
- Alta concordancia para la enfermedad en gemelos.

Se describe actualmente la evidencia de lesión en el locus del brazo largo del cromosoma 17.

Hallgren describe que el 6.4% de los parientes de enfermos de psoriasis tenían psoriasis.

Hoede describe una historia familiar positiva en el 56% de estos pacientes.

Lomholt encontró aparición familiar de la psoriasis en un 91% de los casos en la comunidad cerrada de las Islas Faroes.

Se menciona que cuando uno de los dos progenitores padece psoriasis el 8.1% de sus descendientes tendrá la enfermedad. Esta cifra asciende al 41% cuando ambos progenitores tienen la psoriasis.

Se acepta que aproximadamente un tercio de los pacientes con psoriasis tienen algún pariente con la enfermedad.

Se reportan en algunos árboles genealógicos en donde se observa que la enfermedad se transmite de forma autosómica dominante.

Los estudios de gemelos muestran una concordancia del 65% al 70% en monocigotos y del 15 al 25% en dicigotos (2,3,5,10)

Se ha encontrado relación entre psoriasis y antígenos de histocompatibilidad HLA-B13, B17, B37 y CW6.

La asociación más importante es con el HLA-CW6 con un riesgo relativo de padecer la enfermedad de 9 a 15 para los portadores de este hapotipo. Los HLA-B13, B17 y B37 se encontrarían secundariamente asociados a HLA-CW6. Se ha descrito también la asociación entre HLA-DR7 y psoriasis aunque con un riesgo bajo relativo.

Los pacientes con psoriasis y artritis tienen mayor frecuencia de HLA-B13 y B17. Si llega a existir espondilitis hay una fuerte relación con el HLA-B27. La asociación entre HLA-B27 y artritis sin espondilitis es menos segura. Los HLA-A6, B38 y DR4 se encuentran en mayor proporción en los pacientes con artropatía psoriásica en general. (3,5,10).

La asociación entre los HLAs y psoriasis sugiere que la predisposición genética a padecer esta enfermedad puede estar relacionada con genes que desempeñan un papel en la regulación de la respuesta inmune o próximos a éstos. (5,10)

INMUNOLOGIA DE LA PSORIASIS

La Relación entre ciertos antígenos de histocompatibilidad y psoriasis, así como la persistencia de la enfermedad a través de la vida y las exacerbaciones y remisiones de la actividad de la enfermedad que involucran a la respuesta inmune crónica son manifestaciones que sugieren existencia de inmunidad de memoria.

Componentes no celulares:

Se conoce la participación de todos los derivados de factores séricos de crecimiento celular, así como de factores humorales no celulares en el mantenimiento y resolución de la psoriasis.

Se ha encontrado cierto incremento en los niveles séricos de IgA y la mayoría de los complejos inmunes séricos detectados son del tipo IgA(5).

No obstante se ha asociado su presencia más al proceso inflamatorio que desencadena la enfermedad que a la enfermedad misma.

Así mismo se han observado varias anormalidades en el plasma de pacientes con psoriasis entre ellos aumento de la proteína C reactiva y alfa 2 macroglobulina; las cuales se relacionan con la severidad de la enfermedad.

El suero de pacientes psoriásicos contiene varias clases de factores anti-IgG los cuales se han observado también en piel y linfocitos (3,4,5).

Comparados con individuos normales el suero de pacientes con psoriasis es reducido en monocitos pero tienen elevada la actividad quimiotáctica de los neutrófilos. (3,9)

Componentes celulares:

a) Sangre periférica

- Linfocitos T:

Numerosos reportes describen los defectos en la inmunidad mediada por células en la psoriasis, incluyendo una disminución en la respuesta a la sensibilización con químicos que inducen dermatitis por contacto alérgica. Con una disminución en la reactividad a cambios intradérmicos con antígenos. También se observa un retardo en la respuesta de la estreptoquinasa y estreptodornasa. In vitro la respuesta linfoproliferativa de los linfocitos psoriáticos a mitógenos se encuentra disminuida.

- Neutrófilos:

Los neutrófilos en estos pacientes tienen alterada su capacidad de quimiotaxis presentando además un aumento en la adherencia a las células endoteliales in vitro. Los cambios observados en los neutrófilos en los pacientes con psoriasis probablemente no son intrínsecos de dichas células si no secundarios a la enfermedad. (3)

- Monocitos:

Se reporta una anomalía en la función de los monocitos en la psoriasis. Incluyendo un aumento en la quimiotaxis a varios agentes, persistiendo aún en pacientes que tengan resolución completa de las lesiones en piel; así mismo aumento en la reducción del tetrasolium y una significativa elevación en la capacidad fagocítica y bactericida en relación a los monocitos de sujetos normales. (3,9).

b) Piel

-Epidermis:

Un pequeño número de linfocitos T están también presentes en la epidermis de las lesiones psoriásicas. Se reporta que en las lesiones tempranas de psoriasis en gotas hay una activación de las células T CD4, y que la resolución de las lesiones coincide con un incremento epidérmico de la entrada y activación de células T CD8. Esta activación de los linfocitos T se ha observado cerca de los procesos dendríticos de las células epidérmicas presentadoras de antígenos, células de Langerhans, las cuales aumentan en número total y en expresión de HLA-DR. (4,5)

-Dermis:

El infiltrado dérmico en las lesiones psoriásicas está compuesto por linfocitos T y macrófagos con una pequeña cantidad de linfocitos B y neutrófilos; además de células dendríticas presentadoras de antígenos (células de Langerhans), que se encuentran aumentadas en número. (3,9,12).

Papel de las células T CD4 en la psoriasis:

Las células T CD4 activadas producen una variedad de citoquinas, que pueden estar involucradas en el inicio y mantenimiento del proceso psoriático.

Antígenos activadores de linfocitos T en psoriasis:

La naturaleza de los antígenos que activan los linfocitos T en psoriasis ha permanecido oculta. Se ha establecido la asociación clínica entre las infecciones agudas por estreptococo beta hemolítico y las erupciones de la piel en psoriasis guttata. Sugiriendo que los antígenos estreptocócicos puedan estar involucrados como disparadores en la psoriasis. También se ha asociado la presencia de amigdalitis con exacerbación de la psoriasis y se ha visto remitir ésta con amigdalectomía o tratamiento con rifampicina, penicilina o eritromicina. (12,13)

Recientemente se han aislado clones de células T estreptococo que son específicas en las lesiones de pacientes con psoriasis guttata, pero su papel en la patogénesis de la psoriasis aún está por determinarse (3,4,9,12).

Transformación de los factores de crecimiento:

Los factores de crecimiento son otras citoquinas que estimulan el crecimiento de las células epidérmicas en la psoriasis. Además pueden contribuir a los efectos de la angiogénesis en dermis presentes en esta enfermedad.

Factor de necrosis tumoral alfa:

Se ha identificado en las lesiones psoriáticas expresado por los macrófagos en la dermis papilar y en epidermis en forma focal, por las células de Langerhans. La administración sistémica del factor de necrosis tumoral alfa en pacientes psoriásicos produce una resolución sustancial de las lesiones, aún cuando éstas sean extensas y rebeldes al tratamiento.

Interferón gamma:

Es una molécula con propiedades antimitóticas, antivirales e inmunológicas, producto de los linfocitos T activados. Esto ha sido demostrado en líquido seroso extraído de ampollas psoriáticas. También induce la expresión de HLA-DR por los queratinocitos normales, células de Langerhans y células endoteliales; además de estimular la producción de interleucina 1. (3,4)

Modelo de la inmunopatogénesis de la psoriasis:

Basado en los hallazgos descritos se ha propuesto que la psoriasis es una enfermedad inmunológica, porque requiere la presentación del antígeno viral, estreptocócico, etc., por las células presentadoras de antígeno clase II para linfocitos T CD4 epidérmicos en el inicio de la enfermedad. (3,4)

Además hay una extravasación de leucocitos incluidos, células T de memoria, que expresan antígenos linfocitarios cutáneos asociados a HECA-452 de la sangre en la lesión; los que provienen de la inducción de ELAM-1 y VCAM-1

en las células endoteliales por el factor de necrosis tumoral alfa e IL-1 secretada por queratinocitos y macrófagos.

Posiblemente diferentes citoquinas y por lo tanto diversas subpoblaciones de células T están fuertemente involucradas en varios estadios de maduración y resolución de la lesión. (12,13)

En el daño epidérmico (reacción de Koebner) hay una activación directa de queratinocitos que inician el proceso de estimulación y producción de citoquinas y la subsecuente proliferación epidérmica. (13)

MECANISMOS DESENCADENANTES

ESTRES

Es bien conocido que el estrés es un factor iniciador en la aparición y exacerbación de la psoriasis. Se ha descrito que el concepto psiconeuroinmunológico en relación al estrés, se propone en pacientes psoriásicos existen anormalidades en las concentraciones de algunos neuropéptidos (endorfinas, encefalinas, péptido intestinal vasoactivo) se sabe son alterados en el cerebro (sistema límbico) por el estrés. Por lo tanto no es correcto el concepto de que la psoriasis se deba a alteraciones nerviosas.

Como parte del cuidado integral del paciente psoriásico también es importante incluir estrategias para reducir el estrés (14).

INFECCIONES

Los linfocitos T desempeñan un papel central en la patogenia de la psoriasis y es posible que antígenos estreptocócicos sean los inductores presentes en la piel capaces de iniciar el proceso de la enfermedad. (15,16).

Esto ha sido ya demostrado sobre todo en pacientes con psoriasis guttata. Se reporta además la exacerbación de la psoriasis en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Es conocido que este virus invade las células de Langerhans y las activa lo que probablemente magnifique el proceso psoriático. (16,17)

CLIMA

Los climas fríos exacerban la psoriasis y por el contrario los climas cálidos suelen mejorarla. Prueba de ello es su mayor incidencia en Dinamarca y países europeos como fue mencionado previamente.

FACTORES ENDOCRINOLOGICOS

Durante la pubertad y la menopausia se produce un incremento de la psoriasis. Sin embargo durante el embarazo las lesiones remiten, probablemente por efecto de los estrógenos o por tolerancia inmunológica. (1,2).

CALCIO

Múltiples estudios mencionan la importancia del calcio en la psoriasis debido a que la hipocalcemia produce una exacerbación de la enfermedad. Por lo que se ha puesto en voga el uso de derivados de la vitamina D (calcipotriol) para el tratamiento de la psoriasis. (9,18)

FARMACOS

Es mencionado que varios medicamentos pueden llegar a agravar la psoriasis; aunque no se conoce aún el mecanismo exacto por lo que se lleva a cabo este fenómeno. Se han postulado varias teorías para tratar de explicarlo, sin que ninguna sea totalmente satisfactoria. Entre estos medicamentos se encuentran: litio, antipalúdicos (cloroquinas), betabloqueadores y AINEs. (2,3)

ALCOHOL

Se menciona una elevada incidencia de ingesta alcohólica en pacientes con psoriasis como un mecanismo de escape para aliviar sentimientos de frustración, ansiedad, angustia y depresión producidos por la enfermedad. Sin embargo no se ha comprobado el efecto nocivo del alcohol en la exacerbación o remisión de la misma. (2)

TRAUMATISMOS

Köebner en 1872, describió la presencia de lesiones psoriásicas secundarias a traumatismos. A dicho cuadro se le dio el nombre de fenómeno de *Köebner* que se observa en aproximadamente un tercio de los pacientes que padecen la enfermedad. Este fenómeno tiene la ley del "todo o nada", o sea que los pacientes que lo presentan pueden manifestarlo en cualquier parte de la piel que sea dañada. Los pacientes "*Köebner* negativos" no desarrollan las lesiones en ninguna parte de la piel que sufra algún traumatismo.

Se reporta que los pacientes "*Köebner* positivos" pueden transformarse en negativos y viceversa.

Existe también el llamado fenómeno de *Köebner* inverso, caracterizado por aquellos pacientes que mejoran de sus lesiones cuando estas sufren algún traumatismo. (2,4,6,8).

V. CUADRO CLINICO

Como ya ha sido mencionado anteriormente la psoriasis es una enfermedad de curso benigno, recurrente y crónico, sin que en la actualidad se haya encontrado una remisión total y permanente de la misma por algún medicamento.

Las características clínicas de la enfermedad son las siguientes:

TOPOGRAFIA:

Puede ser una enfermedad localizada a un solo segmento corporal, diseminada o generalizada como es el caso de las eritrodermias psoriáticas. En sus formas clásicas se presenta en sitios de predilección como son salientes óseas (rodillas y codos), piel cabelluda y de tronco preferentemente región sacro-coxígea. Las lesiones generalmente son simétricas. Es raro que se encuentren en palmas y plantas (psoriasis palmo-plantar), o en pliegues (psoriasis invertida). (1,2,3). En un 33% hay afección de genitales. Es más frecuente en hombres, llegando a presentarse hasta en un 50%.

PSORIASIS LINEAL

Es una forma de distribución lineal que en ocasiones va precedida por un traumatismo (reacción o fenómeno de Köebner) en la zona de aparición de un herpes zoster previo. Cuando llega a presentarse en edades tempranas debe hacerse diagnóstico diferencial con nevo epidérmico inflamatorio lineal (NEVIL). (5,9)

PSORIASIS "ELEFANTINO"

Se caracteriza por placas muy persistentes, gruesas y con gran descamación, que aparecen ocasionalmente en la espalda, muslos, caderas u otras zonas del cuerpo. Son placas muy hipertróficas y a veces también cetráceas. (19)

PSORIASIS ERITRODERMICA

Puede también definirse como una psoriasis extensa que afecta la totalidad de la superficie corporal. Puede presentarse acompañada de mal estado general, fiebre, alteración de la termorregulación, con sensación constante de frío, frecuentemente se acompaña de prurito intenso. Se considera que el 25% de las eritrodermias son de etiología psoriática. (5)

Es más frecuente en hombres que en mujeres y suele aparecer en la quinta década de la vida. La mitad de los pacientes tienen una historia previa de psoriasis en placa y la otra mitad sería la manifestación inicial de la psoriasis.

Existen diferentes factores que pueden actuar como precipitantes de eritrodermia. El uso de corticoides sistémicos o incluso tópicos, es el desencadenante más frecuente de eritrodermia psoriásica (33 al 44%). El estrés emocional en ciertas circunstancias puede precipitar brotes eritrodermicos (14,40). La ingesta intensa de alcohol, diferentes estímulos lumínicos (quemaduras tras tratamiento con PUVA, quemadura solar); suspensión brusca del tratamiento con metotrexate, hipocalcemia, infecciones, ocasionalmente antipalúdicos y tratamientos tópicos con derivados de alquitrán pueden inducir la aparición de eritrodermia psoriática. (2,5,6)

2. PSORIASIS PUSTULOSA

PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA

Es una forma rara que generalmente precede otras variedades de la enfermedad. Afecta principalmente a adultos de ambos sexos por igual. También puede ser desencadenada por esteroides sistémicos, hipocalcemia, infecciones e irritantes locales. (23).

PSORIASIS PUSTULOSA AGUDA EXANTEMÁTICA (VON ZUMBUŠCH)

Se caracteriza por una erupción extensa de numerosas pústulas estériles y eritema con afección al estado general: fiebre alta y malestar general. Aparece en forma repentina sin cuadro de psoriasis previa, casi siempre posterior a una infección o al uso de diversos fármacos. Inicia en palmas y plantas y posteriormente se generaliza en forma rápida. (5,47)

Las zonas más frecuentemente afectadas son los pliegues y genitales.

PSORIASIS PUSTULOSA ANULAR

Se caracteriza por la aparición de pústulas en el borde de avance de lesiones anulares o policíclicas con áreas de aclaramiento central. Es la variedad más frecuente de psoriasis pustulosa, generalizada de la infancia. Tiene un curso benigno, subagudo o crónico. (5,23)

PSORIASIS PUSTULOSA TIPO ACRAL (Acrodermatitis supurativa continua generalizada)

Aparece a partir de una acrodermatitis continua de Hallopeau. Es la de peor pronóstico, con una mortalidad alta, tanto por la enfermedad, como por su tratamiento y por el hecho de que aparece en pacientes de edad avanzada. Es de difícil respuesta a todo tipo de tratamiento.

PSORIASIS PUSTULOSA PALMO-PLANTAR CRONICA

Conocida también como pustulosis palmo-plantar, erupción pustulosa recalcitrante de las extremidades o erupción pustulosa recalcitrante de las manos y pies, y psoriasis pustulosa tipo Barber. Es frecuente, presenta una evolución crónica, es más frecuente en adultos que en niños, y con discreto predominio en mujeres de la 5ta o 6ta década de la vida. (5,6,8)

ASOCIACIONES DE LA PSORIASIS

Existen muchas enfermedades que pueden asociarse a la psoriasis, aunque puede tratarse de algo casual debido a la alta frecuencia de ésta en la población general. Entre las enfermedades cutáneas que pueden presentarse al mismo tiempo que la psoriasis se destacan: eccema, liquen simple, liquen plano, enfermedades ampollosas, dermatitis seborreica, ictiosis, vitiligo, lupus eritematoso, atopia, neurofibromatosis y carcinomas cutáneos. (5,6,8)

ARTROPATIA PSORIATICA

Es una enfermedad sistémica crónica, que presenta una oligo o poliartritis seronegativa precedida por psoriasis de la piel o de las uñas. Se presenta en un 4 a 10% de los pacientes con psoriasis. Todas las formas de psoriasis pueden acompañarse de compromiso articular.

Su etiopatogenia aún no está bien aclarada. Se sabe que tiene una base genética con patrón de transmisión dominante con penetrancia variable.

No existe correlación entre la intensidad de la psoriasis cutánea y la incidencia de artritis, ni sincronismo evolutivo entre ambas.

La existencia de onicopatía es un rasgo característico de artropatía psoriásica. (70%). No tiene un patrón clínico uniforme, sus manifestaciones clínicas difieren notablemente de un paciente a otro. (2,5,8,19)

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

Por cada forma clínica de la psoriasis existen diagnósticos diferenciales:

- Psoriasis en placas: Debe diferenciarse de tiña de piel lampiña, enfermedad de Bowen, eccema numular y linfoma cutáneo de células T.
- Psoriasis guttata: Pitiriasis rosada, Pitiriasis liquenoide varioliforme, sífilis secundaria y eccema seborreico.
- Psoriasis pustulosa localizada: Tiña vesiculosa y eccema infectado.
- Psoriasis pustulosa generalizada: Pénfigo foliáceo, dermatosis pustulosa subcorneal, impétigo, candidosis y eritema necrolítico migratorio.
- Psoriasis invertida: Dermatitis por contacto, Candidosis y Eritrasma.
- Psoriasis de las uñas: Tiña ungueal, liquen plano y disqueratosis por traumas.
- Psoriasis eritrodérmica: Dermatitis por contacto, farmacodermias, dermatitis atópica y linfoma cutáneo de células T.

HISTOPATOLOGIA

La psoriasis, histológicamente se caracteriza por:

- Elongación regular de las redes de crestas con engrosamiento de su porción inferior.
- Distensión y edema papilar
- Adelgazamiento del estrato de Malpighi suprapapilar, con presencia ocasional de una pústula espongiforme pequeña.
- Ausencia de células granulares
- Paraqueratosis
- Microabscesos de Munro

De todos estos hallazgos, los únicos que son característicos de la psoriasis son la pústula espongiforme y los microabscesos de Munro que si no están presentes, casi nunca se establece un diagnóstico de certeza. (24,25).

TRATAMIENTO

Son muchos los tratamientos propuestos para esta patología, pero pocos son los realmente efectivos, ya que con la mayoría sólo se logra una remisión parcial o temporal sin haberse encontrado hasta la fecha uno que logre la curación total de la enfermedad.

Podemos dividir estos tratamientos en tópicos, sistémicos y terapias combinadas.

TOPICOS

- Queratolíticos:

El ácido salicílico al 5% y urea al 10 o 20% son utilizados en el tratamiento de la enfermedad. Puede usarse en pacientes con psoriasis leve a moderada. Debe tenerse en cuenta el uso en niños por el riesgo de absorción. (6,19)

- Citostáticos:

En este rubro se considera a la antralina y el alquitrán de hulla.

Son indicados en formas crónicas de psoriasis y contraindicado en las exacerbaciones agudas, debe tenerse cuidado de su empleo en zonas de pliegues y genitales. Su mecanismo de acción no ha sido totalmente dilucidado. Se sabe que tiene efecto antimitótico y que es de utilidad en la epidermopoyesis. No produce mejoría inmediata. (20)

- Análogos de la vitamina D: Calcipotriol

La deficiencia de vitamina D en la psoriasis ha sido estudiada y se ha demostrado en pacientes con formas severas de esta enfermedad, no en las moderadas en las que los niveles de vitamina D están normales. La vitamina D puede inhibir la proliferación y diferenciación de queratinocitos, linfocitos T y neutrófilos.

El análogo sintético Calcipotriol en general es bien tolerado, produciendo un efecto secundario principal que es la irritación local (36). No tiene mayor utilidad en la psoriasis severa. Su gran inconveniente es su costo elevado. (9,18,31,50).

- Corticoesteroides:

Para algunos autores es terapia de primera línea por su efectividad, principalmente los esteroides fluorinados, sobre todo cuando se usan de forma oclusiva. (9). Son efectivos para tratar pequeñas áreas, pero existe el inconveniente de la automedicación. Pueden producir rebote, pustulosis y psoriasis inestable. Son bien tolerados debido a que no son irritantes. Son utilizados de baja, mediana y alta potencia. También se emplean de forma intralesional con la aplicación de una sola inyección. En forma inyectada generalmente en el tratamiento de las uñas psoriáticas aunque es sumamente doloroso. (19).

La supresión brusca del tratamiento sobre todo en la psoriasis en placas precipita a la aparición de pustulosis generalizada. Se han descrito algunos casos de dermatitis por contacto secundarias al uso de algunos esteroides, encontrándose que éstas se deben más bien a los vehículos y conservadores usados en estos productos (parabenos), excipientes (lanolina) o antimicrobianos combinados (neomicina). (9,19).

SISTEMICO

Se han planteado tratamientos sistémicos en los últimos 40 años. El inconveniente en la mayoría de los casos son sus múltiples efectos adversos.

- Metotrexate:

Es un antimetabolito antagonista del ácido fólico que constituye un tratamiento efectivo para la psoriasis. Desde 1955 a 1970 se convirtió en el tratamiento sistémico clásico, que fue usado en dosis bajas. Los estudios comenzaron a mostrar una relación entre el metotrexate y la enfermedad hepática.

Está indicado en la psoriasis severa a moderada que no responde a tratamiento tópico. Utilizándose principalmente en pacientes con psoriasis eritrodérmica, pustulosa aguda, artritis psoriática y psoriasis pustulosa generalizada.
intermitente.

Las reacciones adversas descritas comunmente a las dosis empleadas en el tratamiento de psoriasis incluyen malestar general, efectos gastrointestinales como náuseas (corregidos con antiácidos) o dosificación nocturna, cefaleas y leucopenia.

Contraindicaciones: Embarazo, estados de inmunodeficiencia (SIDA), enfermedades infecciosas crónicas (Tuberculosis), trastornos hematológicos como anemia y trombocitopenia, hepatopatías como cirrosis, hepatitis activa o antecedentes de hepatitis, alcoholismo crónico, alteraciones en la función renal. (9,19,26).

- Retinoides:

Se han propuesto uno de los mayores avances en la terapéutica dermatológica permitiendo el manejo eficaz de múltiples patologías cutáneas. Para la psoriasis se han empleado básicamente etretinato, acitretín e isotretinoína. Son retinoides de segunda generación, tiene efecto sobre los procesos de diferenciación y proliferación celular. Actúan reduciendo la síntesis del DNA al disminuir el paso de la fase G1 a la S en el proceso de división celular. Pueden observarse una serie de cambios en la epidermis de pacientes psoriásicos tratados con etretinato iniciándose aproximadamente a los 10 días de tratamiento consistiendo en adelgazamiento de la capa córnea, disminución de la acantosis y paraqueratosis. Así mismo posee capacidad antiinflamatoria disminuyendo la migración de los neutrófilos. Tiene efecto inmunomodulador manifestándose por un aumento de las células de Langerhans; produciendo así mismo aumento de la interleucina 1.

Son efectivos para el tratamiento de la psoriasis severa. (30)

Efectos secundarios: Los efectos mucocutáneos son los más frecuentes, como queilitis, xerosis cutánea, prurito y eritema, alopecia. Además se puede presentar paroniquia dolorosa, onicolisis, onicomadesis y fragilidad ungueal. (9,19)

- Sulfazalasina:

Ha sido utilizada por muchos años en el tratamiento de colitis ulcerativa o artritis reumatoide, es un medicamento de acción ligera para la psoriasis. Algunos pacientes tienen una respuesta espectacular, mientras que otros no muestran una respuesta significativa.

Sus efectos secundarios: Náuseas, anorexia, hipertermia, eritema, prurito y cefalea. Hay alteraciones en exámenes de laboratorio que pueden mostrar leucopenia, trombocitopenia, proteinuria y alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a sulfonamidas o salicilatos, porfiria intermitente aguda, obstrucción intestinal, embarazo. (4,9)

- Ranitidina:

La ranitidina es un antagonista competitivo reversible de la acción de la histamina sobre los receptores H₂, altamente selectivos en su acción.

Inhibe la secreción ácida gástrica provocada por histamina y otros agonistas H₂ en forma competitiva dependiente de la dosis.

Se ha utilizado en casos de psoriasis de leve a moderada con resultados poco satisfactorios y significativos.

TERAPIAS COMBINADAS

- Fototerapia:

Consiste en el uso de radiación ultravioleta que procede de una lámpara de vapor de mercurio con recubrimiento de cuarzo, combinado con la aplicación de alquitrán. Actualmente se usa la radiación UVB que es una banda de radiación lumínica que ocupa dentro del espectro electromagnético 290 a 320 nm. Puede usarse como adyuvante alquitrán de hulla, corticoides, retinoides orales. (19)

Actúa inhibiendo la síntesis de DNA en la epidermis radiada y por ende inhibición de la hiperproliferación celular epidérmica. Se menciona además que ejerce modificación sobre los linfocitos T.

El efecto secundario más importante a largo plazo es el posible incremento de riesgo a cáncer cutáneo por el exceso de UVB recibida. (21,32)

-Fotoquimioterapia (PUVA):

Se basa en la interacción de la piel y una luz ultravioleta de larga longitud de onda (UVA) y un compuesto fotoactivo administrado por vía sistémica el 8 metilpsoraleno, de ahí la denominación de PUVA (psoraleno + UVA). La penetración de los UVA se limita a capas superficiales de la piel y como la fotoactivación del 8 metoxipsoraleno ocurre sólo bajo la influencia de estas longitudes de onda (365 nm) la fotoquimioterapia consigue localizar una quimioterapia en el órgano afectado, la piel, evitando a los otros tejidos los efectos citotóxicos (19). Se han usado en combinación con esteroides, antralina, UVB y metotrexate.

Contraindicaciones: Psoriasis limitada a pequeñas áreas, tratamientos convencionales con buenos resultados, embarazo, niños pequeños, enfermedades hepáticas o renales, várices, arsenicismo.

Efectos secundarios: Náuseas, eritema, xerosis, fenómeno de Köebner, prurito y dolor severo en la piel.

Pueden presentar distrofia epidérmica, hiperpigmentación de la capa basal, y disminución de las fibras elásticas, con depósitos dérmicos de amiloide, atipias de melanocitos, depleción de las células de Langerhans, disminución de la inmunidad celular. Favorece el envejecimiento cutáneo. Hay riesgo de carcinogénesis en fototerapia prolongada. Es el tratamiento óptimo para pacientes HIV positivos (9,22,28).

IV. ENSAYO CLINICO

JUSTIFICACION

Si bien se menciona que la psoriasis puede afectar mucosas y uñas, existen escasos reportes en la bibliografía médica sobre estas topografías en especial. Por otro lado, en nuestro medio no se han reportado tampoco aspectos tales como la frecuencia o características clínicas de las alteraciones ungueales y orales de la psoriasis en pacientes mexicanos. Tal es el motivo de realización del presente trabajo.

OBJETIVOS

PRIMARIOS

- 1.- Conocer la frecuencia de las manifestaciones orales en pacientes estudiados en la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México.
- 2.- Conocer la frecuencia de las manifestaciones ungueales en pacientes estudiados en la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

SECUNDARIOS

- 1.- Describir las características clínicas e histopatológicas de las lesiones orales en pacientes con psoriasis.
- 2.- Describir las características clínicas de las lesiones ungueales en pacientes con psoriasis y descartar infección micótica.

DISEÑO

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal tipo encuesta.

El periodo de estudio comprendió desde el mes de Mayo al mes de Septiembre de 1998.

MATERIAL Y METODOS

POBLACION.

Se estudiaron pacientes de la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Pacientes adultos
- 2.- Ambos sexos
- 3.- Diagnóstico clínico de psoriasis
- 4.- Cualquier variedad clínica de psoriasis
- 5.- Con tratamiento tópico o sistémico
- 6.- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron una carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes menores de 18 años
- 2.- Pacientes que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

PROCEDIMIENTO:

Los pacientes incluidos para este estudio, con previa carta de consentimiento informado fueron registrados con números secuenciales.

Los pacientes con alteraciones ungueales (visita 1).

Los pacientes con alteraciones orales (visita 1 y 2).

En las visitas de los pacientes se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Visita 1:

- a) Elaboración de historia clínica dermatológica y estomatológica
- b) Elaboración de hoja de registro de las alteraciones ungueales. Este registro incluye:
Ficha de identificación (fecha, número de expediente, nombre, edad, sexo, ocupación, tipo clínico de psoriasis, tiempo de evolución de la dermatosis, tratamiento establecido y medición de PASI).
Esta hoja de registro esquematiza las uñas de las manos y los pies (derecho e izquierdo), con una lista de alteraciones ungueales con un número respectivo que es con el que se codificaron las lesiones. Esta valoración se llevó a cabo por dos dermatólogos. (Anexo 1)
- c) Examen directo de uñas (manos y pies) a todos los pacientes por el laboratorio de micología. En los casos dudosos se les realizó cultivo micológico.
- d) PASI
Se valoró la severidad y extensión de la psoriasis utilizando el índice PASI (Psoriasis Area and Severity Index). La recolección de estos datos fueron efectuados por el investigador quien valoró a cada paciente.

La extensión de las lesiones se registró por cada una de las siguientes áreas:

Cabeza, extremidades superiores (incluyendo axilas), tronco (incluye región glútea), extremidades inferiores (incluyendo pliegues inguinales), a cada uno con su respectivo porcentaje de afectación que va del 10 al 40% del área y se uso la siguiente escala:

- 0 = Sin afección
- 1 = Menos del 10 %
- 2 = 10 al 29 %
- 3 = 30 al 49 %
- 4 = 50 al 69 %
- 5 = 70 al 89 %
- 6 = 90 al 100 %

La severidad de las lesiones psoriásicas se registraron de acuerdo a cada uno de los siguientes signos: enrojecimiento (eritema), infiltración (grosor) y escama, usando la escala siguiente:

- 0 = Ausencia de afección cutánea
- 1 = Afección ligera
- 2 = Afección moderada
- 3 = La mayor afección posible

Se calculó la puntuación del PASI usando las siguientes fórmulas:

$$\text{Cabeza} = 0.1 (R + T + S) E = W$$

$$\text{Extremidades superiores} = 0.2 (R + T + S) E = X$$

$$\text{Tronco} = 0.3 (R + T + S) E = Y$$

$$\text{Extremidades inferiores} = 0.4 (R + T + S) E = Z$$

En donde:

R = puntuación de enrojecimiento

T = puntuación de infiltración

S = puntuación de escama

La suma de W + X + Y + Z da el total del PASI, el que puede ir de 0 a 70. A mayor puntuación, mayor severidad de la enfermedad y a menor puntuación, menor severidad de la misma. (Anexo 2)

Visita 2:

A los pacientes con alteraciones orales se les realizó biopsia de la lesión en mucosa oral y estudio histopatológico.

CUMPLIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES ETICAS

El presente estudio fue conducido de acuerdo a las siguiente responsabilidades éticas:

- a) El protocolo estuvo en conformidad con las declaraciones de Helsinsky adoptadas en la XVIII asamblea Médica Mundial de 1964 y subsecuentemente corregida en Tokio en 1975, Venecia 1983 y Hong Kong en 1989.
- b) El consentimiento informado y firmado de los pacientes para participar en el estudio fue obtenido previo al enlistamiento en el mismo.

Todos los pacientes recibieron información escrita. Esta información enfatizó que la participación en el estudio era voluntaria y que el paciente podía abandonar el mismo en cualquier tiempo y por cualquier razón.

V. RESULTADOS

a) Muestra:

El total de pacientes reclutados para este estudio efectuado de mayo a septiembre de 1998 fue de 70 pacientes.

b) Género:

De los 70 pacientes 44 fueron masculinos (62.8%) y 26 femeninos (37.1%).

De los 68 pacientes con alteraciones ungueales : 44 fueron masculinos(64.7%) y 24 fueron femeninos(35.2%).

De los 6 pacientes con alteraciones orales : 5 fueron masculinos (83.3 %) y un paciente femenino (16.6%).

c) Edad:

El promedio de edad de los pacientes fue de 45.4 años, con una desviación estándar de 17.5 y un rango entre 18 y 77 años.

La **Gráfica 1** muestra la distribución etaria por género de los pacientes estudiados, donde se observa un predominio en la tercera y cuarta décadas para el sexo masculino y de cuarta y sexta décadas en el femenino.

d) Tiempo de evolución de la psoriasis:

El rango en el tiempo de evolución de la psoriasis para los pacientes con alteraciones ungueales fue de 3 a 10 años. El 79.4% de los casos tenían una evolución entre 3 y 6 años. (**Tabla 1**)

El rango en el tiempo de evolución de la psoriasis en los pacientes con alteraciones orales fue de 3 a 15 años.

e) Tipos clínicos de psoriasis:

Con respecto a los tipos clínicos de la psoriasis en los pacientes se observó que el 88.2% (60) presentaba psoriasis en placas (dos de estos pacientes no tenían lesiones ungueales).

El 5.8% de los pacientes (4) presentaban psoriasis pustulosa.

El 2.9% (2) presentaban psoriasis en gotas.

El 1.4% (1) con psoriasis invertida.

El 1.4% (1) restante con psoriasis eritrodérmica.

El 2.9% (2) presentaba psoriasis ungueal. (Tabla 2)

Con respecto a los tipos clínicos de psoriasis en pacientes con alteraciones orales se observó:

El 66.6% (4) presentaban psoriasis en placas, el 16.6% (1) presentó psoriasis en gotas y el 16.6% (1) psoriasis pustulosa.

f) INDICE DE AREA Y SEVERIDAD DE LA PSORIASIS (PASI):

El PASI promedio en los pacientes estudiados fue en su mayoría (76.4%) de 0-4.9. (Tabla 3).

g) Prevalencia en alteraciones ungueales:

El 2.8% de los pacientes (2) no tenían lesiones ungueales pero si cutáneas.

El 2.8 % (2 pacientes) presentaban lesiones exclusivamente ungueales, sin manifestaciones cutáneas de psoriasis.

En el 94.2% (66 pacientes) las alteraciones ungueales se asociaban a las alteraciones cutáneas.

Así se obtuvo una prevalencia total de alteraciones ungueales del 97.1 % en estos pacientes. (Gráfica 2).

h). Características de las alteraciones ungueales.

Número:

Con respecto al número de lesiones que presentaron estos pacientes:

El 2.8 % (2) no presentaban lesiones, el 32.8 % (23) presentaba solo una lesión. y el 64.2 % (45) presentaba 2 o más lesiones. (Gráfica 3)

Topografía:

El 69.1% (47) de los pacientes que presentaban lesiones ungueales éstas fueron en manos y pies. En el 17.6% (12) de los pacientes, las alteraciones ungueales fueron solo en manos y el 13.2% (9) únicamente en pies.

Tipo de alteraciones por topografía:

Con respecto al tipo de alteraciones ungueales más frecuentemente encontrada en man

os: en primer lugar tenemos a los hoyuelos o "pits" (30 pacientes) correspondiendo al 32.6%, en segundo lugar los surcos longitudinales (30 pacientes) 32.6% y en tercer lugar la onicolisis distal (12 pacientes) 13.0 %.

En pies se encontró: en primer lugar xantoniquia (18 pacientes) 25.3%, segundo lugar los surcos longitudinales (17 pacientes) 23.9%, y en tercer lugar, paquioniquia (13 pacientes) 18.3%. (Tabla 4).

i) Parasitación dermatofítica:

Se encontró parasitación dermatofítica en el 25.7 % de los pacientes (18).

Esta parasitación predominó en pies con el 72.2% (13 pacientes). (Gráfica 4)

Los agentes causales mas frecuentemente encontrados fueron en el 89% *T. rubrum* y 11% *T. Mentagrophytes* y otros.

j) Prevalencia de alteraciones orales:

Se encontraron **alteraciones orales en el 8.5%** de los casos,(6 pacientes).

k) Tipos de alteraciones orales.

El 66.6% (4 pacientes) presentaron el diagnóstico clínico e histopatológico de lengua geográfica, el 16.6% (1 paciente) de lengua escrotal, el 16.6% (1 paciente) de psoriasis en mucosa oral y el 16.6% (1 paciente) solo con cambios inespecíficos. (Tabla 5)

La histopatología característica de lesiones de psoriasis en la mucosa oral fueron reportadas de la manera siguiente: "ausencia del estrato córneo, acantosis marcada con alargamiento, ensanchamiento y anastomosis de los procesos interpapilares, papilomatosis, espacios grandes espongióticos que en su interior contienen neutrófilos que sugieren pústulas espongiiformes de Kogoj.

Algunos neutrófilos se observan en áreas de exocitosis. Se observa marcado edema papilar, capilares dilatados y congestionados, así como focos de infiltrado inflamatorio linfohistiocitario que contienen algunos neutrófilos .”

l) Otras alteraciones orales no relacionadas con psoriasis.

En el estudio estomatológico se encontraron en estos pacientes de forma concomitante no atribuibles a la psoriasis: abrasión dentaria, frenillo, caries múltiples, hiperpigmentación de labio, úlceras traumáticas, candidiasis, condición de Fordyce, estomatitis descamativa, herpes labial, gingivitis entre otras.

VI. DISCUSION

La psoriasis como ya se sabe, es sino la principal, una de las más importantes enfermedades eritemato-escamosas que pueden llegar a afectar toda la superficie cutánea, así mismo mucosas y también uñas.

El estudio de la psoriasis debe incluir no solo la afección cutánea, se debe realizar una inspección detallada y meticulosa de uñas y mucosa oral, la cual es sencilla y puede ser de mayor ayuda diagnóstica que las más sofisticadas técnicas exploratorias.

En virtud de la alta prevalencia de alteraciones ungueales, el dermatólogo o el médico en general debe aprender a reconocer éstas tanto como auxiliar en el diagnóstico de la psoriasis como para su manejo adecuado. Por otro lado la frecuencia de parasitación dermatofítica merece atención para un tratamiento concomitante al tratamiento de la psoriasis. Si bien las alteraciones orales son infrecuentes, no deben pasarse por alto.

VII. CONCLUSIONES

- 1.- Se incluyeron en total 70 pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis reclutados de la Clínica de Psoriasis de la Consulta Externa del Servicio de Dermatología del Hospital General de México, estudiados en un periodo de mayo a septiembre de 1998.
- 2.- Predominó el sexo masculino en el 62.8%, con una edad promedio de 45.4 años.
- 3.- La prevalencia de alteraciones ungueales fue alta (97.1%) mientras que la de orales, baja (8.5%).
- 4.- La prevalencia de parasitación dermatofítica fue de 25.7%.
- 5.- El 63.4% de los pacientes tuvo dos o más lesiones ungueales.
- 6.- Las alteraciones ungueales más frecuentes en manos fueron: hoyuelos, surcos longitudinales y onicolisis; en pies: xantoniquia, surcos longitudinales y paquioniquia.
- 7.- El 50% de los pacientes con lesiones orales correspondieron a lengua geográfica y solo un paciente presentó psoriasis de la mucosa.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Saúl, A. Lecciones de Dermatología. 2ª. Edición. Edit. Mex. Méndez Cervantes. 1989
- 2.- Fitzpatrick, B.T. y cols. Dermatology in General Medicine, Vol I. Chapter 39:489-511. Mc Graw Hill Fourth edition. 1993.
- 3.- Baker B. Fry, L. The Immunology of Psoriasis. Br J of Dermatol 1992;126:1-9.
- 4.- Baker J. The pathophysiology of psoriasis. Lancet 1991; 338:227-238.
- 5.- Ledo, A. Psoriasis. Monografías de Dermatología , 1992;3.
- 6.- Arnold, L.; Odom, R.; James, W. Andrew's diseases of the skin. Chapter 10: 198-213. W.B. Saunders company . Eighth edition 1990.
- 7.- Bechet, E. Psoriasis a brief historial review. Arch Dermatol Syph. 1963;33:327-29
- 8.- Rook, A, et al. Tratado de Dermatología . 4 ta. Edición. Edit. Doyma. Madrid Vol 2. 1989.
- 9.- Roening, K. Review of the 5 th International Psoriasis Symposium. Seminars in Dermatology 1992; 11:4.pp313-316.
- 10.- Elder, J.; Narir.; et al. The Genetics of Psoriasis. Arch Dermatol 1994; 130-217-223.
- 11.- Matsuoka, Y. Familial cases of psoriasis vulgaris and pustulosis palmaris et plantaris. The J of Dermatol 1993; 20:308-10.

- 12.- Mc Fadeen,J.; Powles, A.: et al. Intradermal antigen tests in psoriasis. *Acta Dermatol Venerol.* 1990; 70:262-4.
- 13.- Ameglia, F.; Bonifati, C. ; et al. Interleukin 6 and tumoral necrosis factor levels. Decrease in the suction blister fluids of psoriatic patients during effective therapy. *Dermatology* 1994; 189:359-363.
- 14.- Farber, E.; Nall, I. Psoriasis: A stress related disease. *Cutis* 1993; 51:322/6.
- 15.- Grosse, W, et al. Lymphocyte activation by streptococcal antigens in psoriasis. *Br J Dermatol* 1997; 97:536-92.
- 16.- Whyte, H.; Baugham,R.; Acute guttate psoriasis and streptococcal infection. *Arch Dermatol* 1994; 97:529-36.
- 17.- Rosenberg, E., et al. Psoriasis is a visible manifestation of the skin's defense against micro-organisms. *The J of Dermatol.* 1994; 21:375-81.
- 18.- Van De Kerkhof, P. Biological activity of vit D analogues in the skin, with special reference to antipsoriatic mechanisms. *Br J Dermatol* 1995; 132:675-82.
- 19.- Ledo, A. Terapeutica de la psoriasis. *Monografias de Dermatología.* 1992:4.
- 20.- Pion, J.; Koenig, K; Is Dermatologic usage of coal tar carcinogenic? *Dermatol Surg* 1995;21:227-31.
- 21.- Hoing, B.; Morison, W.et al. Photochemotherapy beyond psoriasis. *J of Am Acad Dermatol* 1992; 31:5 pp 775-79.
- 22.- Fischer, T. PUVA: How to use it for maintenance. *Semin in Dermatol* 1992;11:4 pp287-290.

- 23.- Krueger, G.; Eyre, R. Trigger factors in psoriasis. *Dermatol Clin* 1984;2:373-81.
- 24.- Ackerman, B. Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases. Philadelphia. Lea y Febiger 1978 pp251-6,577-8.828.
- 25.- Lever, W.F;Schaumbur, L. Histopatología de la piel. Interamericana, Buenos Aires, Argentina, 1979.pp119-226.
- 26.- Petrazzoh, M.; Rothe, M, et al. Monitoring patients takin methotrexate for hepatotoxicity. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:969—77
- 27.- Ros, A. Photosensitive in psoriasis. *Semin in Dermatol* 1992; 11:4 pp 267-8
- 28.- Silverman, A. Et al. Can maintenance cyclosporine be used in psoriasis whitout decreasing renal function? *Semin in Dermatol* 1992;11:4 pp302-12.
- 29.- Cuningham,W.; Geiger, I. Practical use of retinoids in psoriasis. *Semin in Dermatol* 1992; 11:4 pp291-301.
- 30.- Menné, T.; Laren, K. Psoriasis treatment with vitamin D dervatives. *Semin in Dermatol* 1992; 11:4 pp278-83.
- 31.- Goodman, G.; Godeman,L.; Rall, T. Goodman y Gilman, Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9 a edición. Edit. Panamericana. Pp1376-1379. 1997.
- 32.- Lowe, PM.; Lee, M.; et al. The endothelium in psoriasis (review). *Br J Dermatol* 1995; 132:497-505.
- 33.- Farber, E.; Nall, L. The office visit and the self-help concept in treating the patient with psoriasis. A strategy revisited. *Cutis* 1993; 51:236-40.

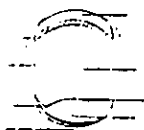
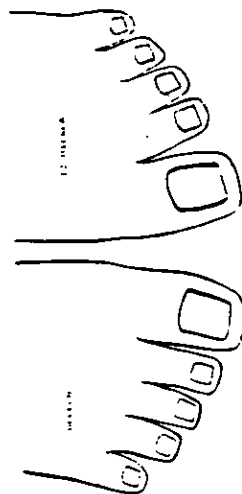
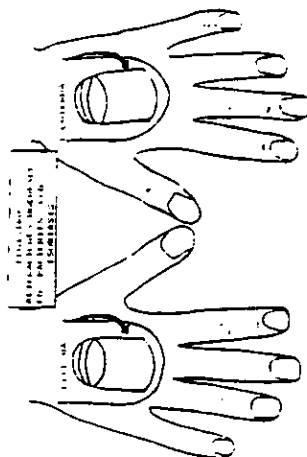
- 34.- Theevwes,M.; Morhenn, V. Allelic instability in the mitosis model and the inheritance of psoriasis. J Am Acad Dermatol 1995;32:42-52.
- 35.- Farber, E.; Nall, L. Non pustular palmoplantar psoriasis. Cutis. 1992;50:407-9.
- 36.- Macías, M. Tratamiento de psoriasis e nplacas con calcipotriol. Tesis UNAM Hospital Genrla de méxico 1995.
- 37.- Malagon, S.; Chimenos, E.; Jane, E. Psoriasis, VIH y lesiones bucales asociadas. Piel 1997;12:138-44.
- 38.- Wilson, A. Psoriatic arthropathy of the temporomandibular joint. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;70:555-8.
- 39.- Baselga, E. Linear psoriasis associated with systemic lupus erythematosus.J Am Acad Dermatol, 1994;30:130-3.
- 40.- Thomas, J. Fissured tongue in generalized pustular psoriasis. Arch Dermatol 1993;129:1346.
- 41.- Boisseau, A.; Beylot, M.; Doutre, M.; Beylot, C.; Baran,R. Psoriatic onychopachydermo-periostosis. A variant of psoriatic distal interphalangeal arthritis? Arch Dermatol 1996;132:176-80.
- 42.- Farber, E.; Nall, L. Nail psoriasis.Cutis 1992; Sep 50 (3): 174/8.
- 43.- Rudolph, R. Lithium induced psoriasis of the fingernails, J Am Acad Dermatol 1992; 26 (1):135-6.

IX. ANEXOS

ANEXO 1

FECHA:
NO. EX:
NOMBRE:
EDAD:
SEXO:
TIPO MORTALIDAD:
PAST:
TR:

1	Vitis
2	Pegonoliquia
3	(Emuloramentin)
4	Onicofilia
5	Xantoliquia
6	Leucoliquia
7	Onicodisatofia
8	Surcos longitudinales
9	Surcos transversales (Beau)
10	Membrana en astilla
11	Piros



SERVICIO DE DERMATOLOGIA
UNIDAD (109)

ORGANISMO DESCONTABILIZADO

CLÍNICA DE PSORIASIS

PRESSION ARTERIAL:

INICIALES DEL PACIENTE:

PASI (Psoriasis Area and Severity Index):

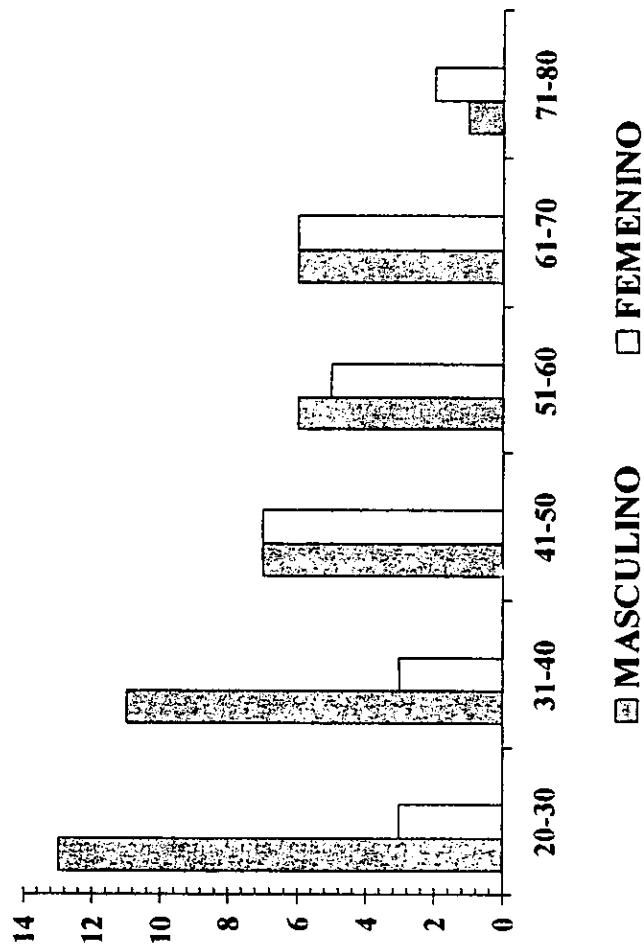
Cabeza	Extremidades superiores	Torso	Extremidades inferiores
(N)	(X)	(Y)	(Z)
Erosión interna	Erosión interna	Erosión interna	Erosión interna
Sesoides	Sesoides	Sesoides	Sesoides
Basispis	Basispis	Basispis	Basispis
Suma	Suma	Suma	Suma
X Área	X Área	X Área	X Área
=	=	=	=
± 0.1	X 0.2	X 0.3	X 0.4
W =	X =	Y =	Z =
PASI = (N)	+ (X)	+ (Y)	+ (Z)

3. The first part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $\epsilon \rightarrow 0$. The second part is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $\epsilon \rightarrow \infty$.

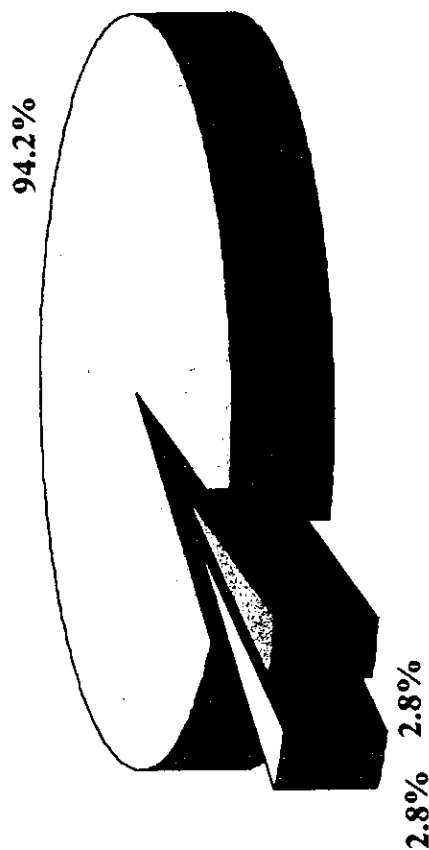
CONSERVACIONES.

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

GRUPO EDAD POR GENERO 70 PACIENTES

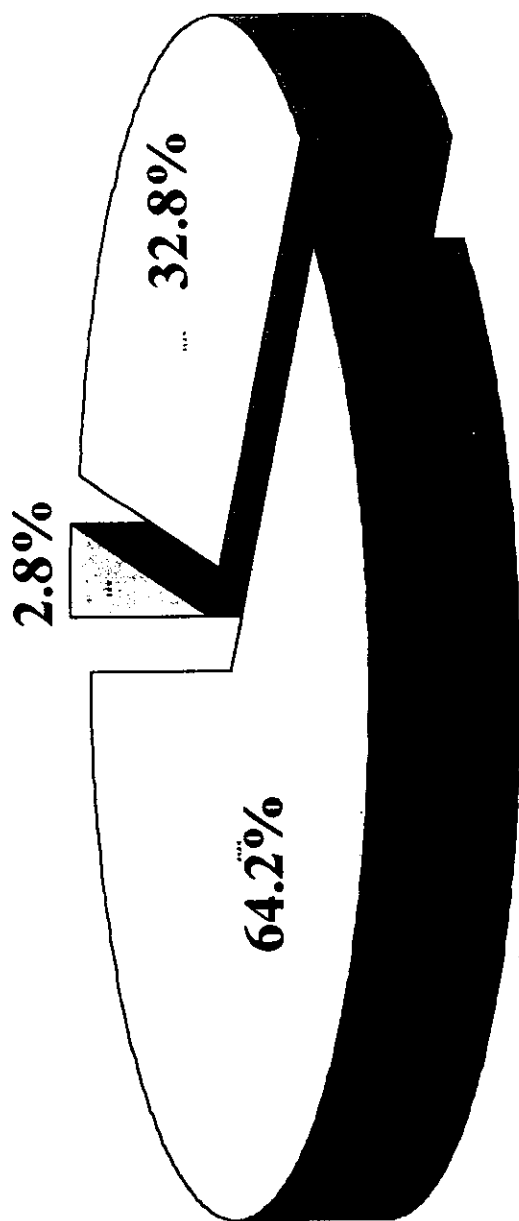


PREVALENCIA DE ALTERACIONES UNGUEALES: 97.1%



■ AUSENTES □ SIN PSORIASIS CUTANEA □ CON PSORIASIS CUTANEA

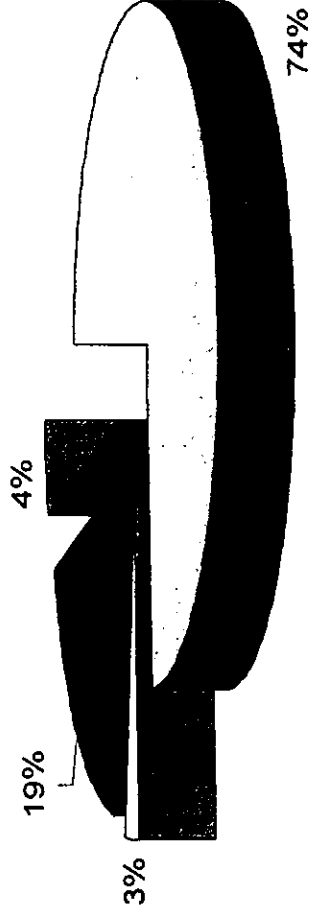
% DE ALTERACIONES UNGUEALES



☐ SIN LESIONES ☐ 1 LESION ☐ 2 O MAS LESIONES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TOPOGRAFIA DE PARASITACION DERMATOFITICA



* PREVALENCIA PARASITACION

DERMATOFITICA: 25.7%

TIEMPO PROMEDIO EVOLUCION DE LAS PSORIASIS- ALT. UNGUEALES

EVOLUCION	No. DE PACIENTES	%
< 3 AÑOS	0	0
3 - 5.9	54	79.4
6 - 9	11	16.1
> 9 AÑOS	5	4.4

T A B L A 2

TIPOS PSORIASIS	No.	%
PLACAS	60	88.2
PUSTULOSA	4	5.8
GOTAS	2	2.9
INVERTIDA	1	1.4
ERITRODERMICA	1	1.4
SUB TOTAL	68	97%
* UNGUEAL	2	2.9
TOTAL	70	100%

CORRELACION PASI CON ALTERACIONES UNGUEALES

PASI	No. DE PACIENTES	%
0-4.9	52	76.4
5-9.9	8	11.7
10-14.9	3	4.4
+15	5	7.3

Tabla 4. Tipo y número de lesiones ungueales.

TIPO DE LESION	MANOS	PORCENTAJE	PIES	PORCENTAJE
HOYUELOS	30	32.6 %	2	2.8 %
PAQUIONIQUIA	3	3.2 %	13	18.3 %
ONICOLISIS	12	13.1 %	7	9.8 %
XANTONIQUIA	5	5.4 %	18	25.3 %
LEUCONIQUIA	0	0	0	0
ONICODISTROFIA	4	4.3 %	4	5.6 %
SURCOS	30	32.6 %	17	23.9 %
LONGITUDINALES				
SURCOS	3		3	4.2 %
TRANSVERSALES				
HEMORRAGIA	1	1.0 %	1	1.4 %
ASTILLA				
OTROS	4	4.3 %	6	8.4 %

LESIONES ORALES

TIPO PSORIASIS	DX CLINICO	DX. HISTOLOGICO
PLACAS	LENGUA GEOGRAFICA	LENGUA GEOGRAFICA
PLACAS	LENGUA GEOGRAFICA Y	LENGUA GEOGRAFICA FISURADA
PLACAS	LESIONES PSORIASIFORMES	PSORIASIS MUCOSA ORAL
PUSTULOSA	LENGUA ESCROTAL	LENGUA ESCROTAL
PLACAS	LENGUA GEOGRAFICA	DESCRIPTIVA
GOTAS	LENGUA GEOGRAFICA	LENGUA GEOGRAFICA

* 50% PACIENTES LENGUA GEOGRAFICA