

11212

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.

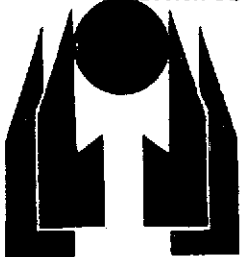
“FRECUENCIA DE ENFERMEDADES ASOCIADA EN PACIENTES DE LA CLINICA DE PSORIASIS DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO”

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
P R E S E N T A :
DRA. JOICELYN IVETTE LÓPEZ PALMA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DIRECCION DE ENSEÑANZA



ASESOR DE TESIS: DRA. GLADYS LEÓN DORANTES
JEFE DE SERVICIO: DRA. GLADYS LEÓN DORANTES

MÉXICO, D.F.

2005

0351635



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).

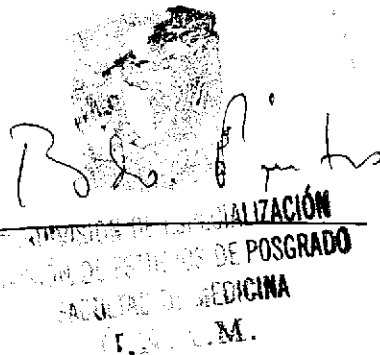
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**Director de Enseñanza
Hospital General de México**

Dra. Gladys León Dorantes

**Directora de Tesis y Profesora Titular del
Curso de Especialización de Dermatología
Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital General de México**





COMISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Jocelyn Tette

Lopez Palma

FECHA: 28 - Septiembre - 2005

FIRMA: [Handwritten Signature]

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por las bendiciones que ha dado a mi vida, porque siempre me acompaña en los momentos agradables, pero sobre todo en los momentos difíciles, indicándome el camino correcto.

A MIS PADRES

Por siempre darme su apoyo y los sacrificios que han hecho por darme siempre lo mejor posible. Sobre todo por su eterno amor y cariño.

A MI TITA

Por su amor y cariño incondicional.

A MIS HERMANAS

Janine, Leila y Gaby por su apoyo, comprensión y amor incondicional.

A MIS MAESTROS

Dr. Amado Saúl, Dr. Jorge Peniche, Dr. Enrique Peyro por sus enseñanzas, confianza, y gran calidad humana.

Dra. Gladys León Dorantes por sus enseñanzas, amistad, paciencia y apoyo a mi formación.

Dra. Patricia Mercadillo por sus enseñanzas y apoyo durante mi entrenamiento.

Dr. A. Bonifaz por su amistad, enseñanza y apoyo más allá del deber.

A MIS PROFESORES DE CURSO

Dr. Fierro por sus enseñanzas y su apoyo y amistad.

Dr. Sanabria, Dra. Montes de Oca, Dra. Arellano, Dra. A. Peniche, Dra. Ponce, Dra. Canalizo, Dra. Pérez Ríos, por sus enseñanzas el apoyo incondicional durante mi formación.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

Hugo, Alex, Fernando por su amistad incondicional, gracias por su apoyo. Andrés gracias por tu amistad y accesoria técnica. Pamela, Paco, Verónica, Gaby B., Gaby V., Sandrita, Alberto, Alejandra y Paola por los gratos momentos y su amistad incondicional durante estos años.

INDICE

| | | |
|-------|---------------------------------------|----|
| I. | RESUMEN | 2 |
| II. | INTRODUCCION | 3 |
| III. | MARCO TEORICO | 4 |
| | A. Aspectos generales de la psoriasis | 4 |
| | B. Variantes clínicas | 10 |
| | C. Formas clínicas atípicas | 12 |
| | D. Complicaciones | 13 |
| | E. Enfermedades asociadas | 14 |
| IV. | TRABAJO DE INVESTIGACION | 21 |
| | Justificación | |
| | Objetivos | |
| | Diseño | |
| | Material y Método | |
| | Definición de variables | |
| V. | RESULTADOS | 26 |
| VI. | DISCUSION | 43 |
| VII. | CONCLUSIONES | 44 |
| VIII. | BIBLIOGRAFIA | 46 |
| IX. | ANEXOS | 49 |

I. RESUMEN

ANTECEDENTES: La psoriasis es una enfermedad común, crónica y multifactorial de origen desconocido. Se trata de una condición proliferativa de la piel en la que aspectos genéticos, inmunológicos, y ambientales juegan un papel fundamental en su patogénesis. Se caracteriza por su cronicidad, su amplia variabilidad clínica y su recurrencia. Esta enfermedad multifactorial podría compartir mecanismos patogénicos con ciertas enfermedades. Por lo anterior, se han realizado estudios para determinar la asociación de otras enfermedades sistémicas y cutáneas en pacientes psoriásicos caucásicos de países con una alta incidencia de psoriasis. En nuestro país no contamos con estudios al respecto y por ésta razón es necesario determinar la frecuencia de asociación de otras enfermedades sistémicas y cutáneas en pacientes psoriásicos mexicanos.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de asociación de otras enfermedades sistémicas y cutáneas en pacientes mexicanos con psoriasis.

DISEÑO: Estudio observacional, prospectivo, transversal.

METODOLOGÍA: Se creó un cuestionario con 42 preguntas que investigaban las siguientes áreas: 1) Datos demográficos, 2) Tiempo de evolución de la psoriasis, 3) Edad de inicio de la psoriasis; 4) Antecedentes familiares de psoriasis, 5) Antecedentes personales patológicos 6) Grado de afección de la superficie cutánea 7) Exploración física para el diagnóstico de otra dermatosis.

RESULTADOS: De los 124 pacientes estudiados se encontraron 65 pacientes (52.4%) con otra enfermedad sistémica o cutánea asociada. Dentro de las enfermedades sistémicas más frecuentemente asociadas fue en primer lugar la dislipidemia (hipercolesterolemia) en un 38%, seguido de la obesidad en un 33% y en tercer lugar la Hipertensión arterial sistémica en un 26%. En cuanto a otras dermatosis asociadas se observó lo siguiente: dentro de las de origen infeccioso la dermatofitos se asoció más frecuentemente en un 23%, dentro de las inflamatorias la más asociada fue la dermatitis seborreica en un 12% y dentro de las neoplásicas benignas, la queratosis seborreica 32% y acrocordones 18%. Las menos asociadas fueron: de origen infeccioso como las virales y bacterianas en menos del 3%, seguido de las de origen inflamatorio como la dermatitis atópica y la dermatitis de contacto alérgica en un 1.5% respectivamente y finalmente las dermatosis neoplásicas premalignas como la queratosis actínica en 1.5%.

CONCLUSIONES: Es necesario realizar más estudios que comprendan grupos controles sin psoriasis para lograr confirmar las asociaciones de enfermedades sistémicas y otras dermatosis en pacientes con psoriasis.

II. INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad multifactorial de origen desconocido. Se trata de una condición proliferativa de la piel en la cuál aspectos genéticos y ambientales juegan un papel importante. Dicha entidad es variable en cuanto a la duración y la extensión de las lesiones. Sin embargo las recidivas son casi una regla.

La psoriasis es universal afectando del 0.1% al 3% de la población mundial. En México, la psoriasis figura dentro de las 15 enfermedades de la piel más frecuentes.¹

Como se trata de una enfermedad multifactorial cuyo origen exacto hasta el momento es desconocido, comparte factores de riesgo con otras enfermedades. La prevalencia de otras enfermedades sistémicas y otras dermatosis en pacientes con psoriasis ha sido investigada en los últimos años. Algunas alteraciones que se presentan más frecuentemente en pacientes con psoriasis, incluyen infecciones orofaríngeas estreptocócicas, respuesta disminuida a alérgenos contactantes, disminución en la frecuencia de fiebre reumática y nefritis estreptocócica, además de algunos procesos cutáneos inmunes como dermatitis por contacto, dermatitis atópica y urticaria que son menos frecuentes en pacientes con psoriasis. En contraste, algunas enfermedades sistémicas tales como diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y obesidad ocurren más frecuentemente en estos pacientes. Se ha observado también una mayor resistencia bacteriana cutánea en pacientes con psoriasis de inicio temprano.⁹

Algunos investigadores afirman que existe un patrón característico de las enfermedades sistémicas y cutáneas que se presentan de forma concomitante en pacientes con psoriasis. Aunque las enfermedades sistémicas como la obesidad, diabetes mellitas y enfermedad cardíaca, pueden estar relacionados con hábitos dietéticos y el estado nutricional del paciente. La resistencia relativa a infecciones cutáneas y la respuesta inmune disminuida en estos pacientes sugieren una predisposición genética determinada.⁹ No hay reportes en México que hayan determinado la frecuencia de enfermedades sistémicas y otras dermatosis concomitantes con psoriasis vulgar, por lo que realizamos un estudio en pacientes de la clínica de psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México, para determinar aspectos epidemiológicos de la enfermedad en nuestra población de pacientes y las principales enfermedades asociadas a la psoriasis.

A. Aspectos Generales de la Psoriasis.

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria, crónica, común, y proliferativa de la piel, en la cual factores genéticos, y ambientales juegan un papel fundamental. Está contemplada dentro de las enfermedades eritemato-escamosas de la piel y las lesiones características consisten en placas eritemato-escamosas bien delimitadas, induradas, particularmente localizadas en áreas extensoras, salientes óseas y piel cabelluda. La enfermedad se caracteriza por una enorme variabilidad en cuanto a la duración, los periodos de exacerbación y a la extensión de la misma, llegando a afectar cualquier superficie cutánea incluyendo mucosas. Las variantes morfológicas son comunes.

Aunque es difícil la obtención de datos epidemiológicos exactos, la psoriasis afecta cerca del 0.1% al 3% de la población mundial. La psoriasis es una de las enfermedades más comunes y los datos de mayor prevalencia provienen del norte de Europa en donde alcanza desde un 1.5% hasta el 3%. Se describen ciertas variaciones con respecto a la raza ya que su prevalencia es baja en la raza negra, y asiáticos y muy rara en los nativos de norte y sur de América, donde es del 0 al .2%. En los Estados Unidos, la prevalencia es del 1 al 2% con una incidencia anual de 250,000 casos nuevos cada año.⁵ En México la prevalencia estimada es del 2% al 3% según datos obtenidos del Centro Dermatológico Pascua.²

La psoriasis puede iniciar a cualquier edad, pero aparece generalmente a partir de la tercera década de la vida. En un estudio realizado en EE.UU., la edad promedio de inicio fue de 28 años, mientras que estudios de China la edad promedio de inicio fue de 36 años. En el Reino Unido los estudios realizados reportan una edad de inicio promedio de 33 años. Esta variación en la edad de aparición de la psoriasis refleja la ausencia de un estándar estricto de criterios diagnósticos. En general puede decirse que la enfermedad aparece antes de los 46 años en el 75% de los casos. Afecta por igual a ambos sexos. Algunos estudios indican que la edad de inicio es menor en pacientes del sexo femenino, pero no hay evidencia de que la enfermedad es fenotípicamente diferente entre los géneros.⁶

La psoriasis se considera una enfermedad multifactorial. Sin embargo aun no se determina el factor predominante. El evento inicial de la psoriasis es probablemente el trauma sobre la piel que conlleva una reacción inflamatoria que provoca la respuesta inmune, que combinada con factores genéticos del individuo producen la enfermedad. Hay evidencia

contundente de que la psoriasis tiene un componente genético ya que la incidencia es mayor en parientes en primer y segundo grado. En estudios realizados en Suecia se reportó una prevalencia de psoriasis de 7.8% en parientes de primer grado, comparado con una prevalencia de 1.97% en la población en general. En un estudio realizado en Alemania se reportó un riesgo de 14% si un pariente es afectado, un 41% si ambos parientes son afectados, comparado con un 6% si es un hermano el afectado y un 2% si no hay historia familiar.⁴

Henseler y Christophers demostraron un pico bimodal en la edad de inicio de la psoriasis. Este puede ser una evidencia de la existencia de 2 distintas formas de la enfermedad, similar al modelo de la diabetes mellitus. La psoriasis tipo 1 es hereditaria asociada al HLA-Cw6, la cual es de inicio temprano y curso más severo. La psoriasis tipo 2 es esporádica, no relacionada al HLA, de inicio tardío y de curso leve. Sin embargo otros estudios señalan una situación más compleja ya que muchos pacientes con psoriasis extensas presentaron inicio tardío de la enfermedad. Muchos autores opinan que hay evidencia de un patrón autosómico dominante con reducida penetrancia y otros que se trata de un patrón poligenético o multifactorial. Sin embargo el soporte de ésta teoría con base genética de psoriasis se obtiene de estudios que examinaron la concordancia de psoriasis de gemelos monocigotos en un 64%, comparado con un 15% en gemelos dicigotos, lo cual corresponde a una herencia del 91%.⁵

Se han demostrado por lo menos 8 genomas completos y parciales en la psoriasis. Se han identificado 8 locus ligados a la psoriasis que tienen evidencia estadística. Sin embargo la replicación genética que se requiere para la identificación de genes aun no es una realidad. Se ha hecho la identificación de un gen PSORS1. Este reside en el complejo mayor de histocompatibilidad en el brazo corto del cromosoma 6 y es el más importante determinante genético de psoriasis responsable del 35% al 50% de la herencia de la enfermedad.⁶

En cuanto a los factores ambientales hay evidencia que indica que es necesaria la interacción de los genes y el ambiente para desarrollar la enfermedad. Muchos factores ambientales se han relacionado con la psoriasis, pero hay ausencia de evidencia concluyente. Factores ambientales pueden iniciar o exacerbar la enfermedad, sus efectos varían de un individuo a otro, sin embargo se ha comprobado la exacerbación de la

psoriasis en climas fríos y por el contrario en climas cálidos con humedad relativa alta parece mejorar, esto parece ser independiente de los efectos de la luz ultravioleta.

La psoriasis en gota se relaciona con una infección precedente por estreptococo beta-hemolítico del grupo A, particularmente en la garganta. Hay evidencia que la infección estreptocócica puede el responsable de la exacerbación de un psoriasis en gota a una psoriasis vulgar crónica; ya que el tratamiento con penicilina o rifampicina puede lograr el aclaramiento de las lesiones. Los episodios agudos de psoriasis en gota son más comunes en pacientes con historia familiar de psoriasis en placas. Un tercio de los casos de psoriasis en gota progresan a psoriasis crónica en placas y ambas comparten la asociación con el halotipo HLA-Cw6. Se han involucrado *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Malassezia furfur*, y la infección por VIH. La asociación entre la psoriasis severa, la artropatía psoriásica y la infección por VIH está bien reconocida. Los mecanismos por los cuales empeora la psoriasis aun son desconocidos.

Actualmente se han reportado muchos medicamentos responsables por la instalación y exacerbación de la psoriasis.⁵ Entre los más asociados se encuentran las sales de litio, antimaláricos, agentes beta-bloqueadores, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA) y los corticosteroides. Los beta-bloqueadores intervienen en la inducción de enzimas proteolíticas de los macrófagos, contribuyendo así en la patogenia de la psoriasis. Algunos antiinflamatorios como el ibuprofeno se han relacionado con un incremento de las lesiones y manifestaciones articulares cuando son utilizados para la artritis psoriásica. Se han reportado casos de psoriasis severa en pacientes que utilizan antimaláricos como la cloroquina y la hidroxicloroquina, asociados con eritrodermia y con la forma pustulosa generalizada. Los corticosteroides sistémicos se han relacionado con la exacerbación de la psoriasis debido a la fase de rebote después del tratamiento.¹²

Aunque la luz solar tiene efectos beneficiosos, una pequeña población de pacientes presentan exacerbación del cuadro con la exposición a la luz solar intensa durante el verano. Aproximadamente 40% de estos pacientes tienen una historia de una erupción polimórfica lumínica. La psoriasis fotosensible se asocia con piel blanca, edad avanzada y sexo femenino.¹⁴

En algunos estados fisiológicos como la pubertad y la menopausia se ve un incremento en las lesiones psoriásicas. Durante el embarazo la psoriasis tiende a mejorar y en el periodo de posparto (3 meses) suele empeorar. Esto podría atribuirse a los efectos hormonales de los estrógenos o por la tolerancia inmunológica. Se ha reportado la generalización de la psoriasis pustulosa precipitada por el embarazo aunque esto es raro.¹⁵

En el daño epidérmico con el fenómeno de Koebner activan los queratinocitos, que a su vez estimulan la producción de citocinas y la proliferación epidérmica. Un tercio de los pacientes con psoriasis desarrollan una lesión psoriásica en el sitio de trauma mecánico, físico o químico. También existe la forma inversa del fenómeno de Koebner invertido, en el cual los pacientes mejoran de sus lesiones cuando éstas sufren un traumatismo.

Los factores psicogénicos son considerados como de importancia y juegan un papel en el inicio y la exacerbación de la psoriasis. Se reportan vínculos consistentes entre eventos significativos de estrés y la manifestación de la enfermedad.⁶ Se ha observado que estos pacientes con psoriasis tienen anomalías en las concentraciones de algunos neuropéptidos como las endorfinas, encefalinas, péptido intestinal vasoactivo, los cuáles son alterados en el sistema límbico cerebral como consecuencia del estrés. No hay duda de que la psoriasis afecta calidad psicosocial de vida de éstos pacientes y que los programas para manejar esta situación acortan el periodo de aclaramiento de las lesiones con la terapia médica.

Se ha comprobado en algunos estudios la importancia del calcio en la etiopatogenia de la psoriasis debido a que pacientes que presentan hipocalcemia tienen una exacerbación de la enfermedad. Se ha asociado también como complicación de la psoriasis pustulosa generalizada.

Se ha sospechado durante algún tiempo que el tabaquismo y la ingesta crónica de alcohol tienen un efecto nocivo en la psoriasis. Aunque los estudios recientes no son concluyentes se sugiere que el consumo de alcohol puede exacerbar la enfermedad preexistente, pero no inducirla. Este efecto es mayor en hombres que en mujeres. Los pacientes que ingieren alcohol con mayor frecuencia tienden a presentar una psoriasis más extensa con mayor inflamación. El aumento de la ingesta de alcohol como consecuencia induce a la resistencia

al tratamiento y reduce la tolerabilidad terapéutica. La abstinencia puede inducir la remisión según algunos reportes.

En el estudio de incidencia por Naldi y cols., los pacientes del sexo femenino en su diagnóstico de inicio tenían con mayor frecuencia el antecedente de tabaquismo en comparación a pacientes del sexo masculino. En mujeres que consumen más de 15 cigarrillos diarios, el radio de asociación con psoriasis es de 3.9% y en hombres es de 1.4%. Lo más relevante del estudio es que se determino que el tabaquismo está relacionado a la forma pustulosa de la psoriasis sobretodo la palmo-plantar.⁸

Como parte de la patogénesis hay una gran variedad de factores de crecimiento, citocinas, y mediadores de la inflamación que se encuentran alterados en la placa psoriásica. Las características cardinales en la lesiones psoriásicas son; la proliferación epidérmica con perdida de la diferenciación, a dilatación y la proliferación de los vasos sanguíneos de la dermis y la acumulación de células inflamatorias como neutrófilos y linfocitos T. Una variedad de técnicas han demostrado el aumento de la proliferación de queratinocitos como consecuencia del aumento de la capa basal y no por el acortamiento del ciclo celular. Estos cambios no son específicos de psoriasis, la proliferación epidérmica se ha demostrado en otros procesos como cicatrización de una herida y dermatitis atópica.⁴

El papel de la inmunología y la inflamación es importante para el desarrollo de la enfermedad. Existe evidencia considerable que los linfocitos T tienen un rol fundamental en el desarrollo de las lesiones. Hay una acumulación de células T en las lesiones, con una asociación al complejo mayor de histocompatibilidad HLA-Cw6. Hay un aumento de la presentación de antígenos en las placas psoriásicas. Las células T involucradas en la patogénesis expresan ciertos marcadores, incluyendo CD45RO, activación de HLA-DR y CD25. Las citocinas Th1 predominan y tienen un papel fundamental en la patogénesis de la enfermedad. Existe evidencia que implica antígenos convencionales y superantígenos bacterianos. Una hipótesis es que éstos superantígenos bacterianos inician el proceso y que la similitud molecular de los superantígenos y la queratina 17 conlleva a la activación de los linfocitos T con loque se perpetua la enfermedad.⁴

La primera manifestación de la psoriasis ocurre a cualquier edad. Su duración puede variar de unas cuantas semanas a toda la vida.

La psoriasis en gota aguda afecta un grupo de edad en particular. Los cambios ungueales pueden preceder al desarrollo de psoriasis en otros sitios de la superficie cutánea por varios años. La mayor parte de las formas de psoriasis se presentan antes de la cuarta década de la vida, aunque la forma pustulosa de las palmas y los pies es rara antes de infancia.

En la variedad de psoriasis invertida las lesiones aparecen solas o después de un intertrigo preexistente por otra causa, éstas son comunes en pacientes obesos. En la edad avanzada, la psoriasis puede aparecer de forma abrupta o seguida de una dermatosis preexistente.

La morfología de una placa crónica estable de psoriasis vulgar es característica. La apariencia típica de la placa es de color rojo (salmón o rosa), que no se observa en las placas de eczema, dermatitis seborreica o liquen simple. La calidad de color tiene especial valor en lesiones de palmas, plantas y piel cabelluda. En las piernas puede haber un tinte azulado. En individuos de piel blanca el color es rosa magenta.

El grado de escama es variable. Este puede ser rupiodes, amarillento o café anaranjado. Un color similar ocurre en uñas con el signo de "gota de aceite". La mayoría de las lesiones psoriásicas tienen escama blanca y gruesa. La remoción sucesiva de las escamas revela una membrana roja brillante con puntos sangrantes "Signo de Auspitz", en donde el epitelio suprapapilar se desprende.

Las lesiones psoriásicas exhiben un grado considerable de uniformidad, modificada levemente en sitios diferentes excepto en palmas y plantas. El color es consistente aunque el grado de escama es variable. Las placas están bien definidas y demarcadas y pueden confluír formando placas con figuras anulares o abigarradas. Las placas varían en tamaño en el tronco y extremidades de 1 a varios centímetros de diámetro. Puede haber una sola lesión a múltiples lesiones que tienden a distribución simétrica. Las grandes placas tienden a confluír en piernas y región sacra. La placa psoriásica puede ser rodeada de un halo periférico claro llamado halo de Woronoff.

Las alteraciones ungueales son frecuentes en la psoriasis, varían entre defectos menores del plato ungueal (hoyuelos) o pitts, hasta alteraciones severas como onicodistrofia y pérdida del plato ungueal en las formas pustulosas de la psoriasis. Estas alteraciones morfológicas reflejan el grado en que los procesos psoriásicos afectan las diversas porciones de la uña, es decir el plato ungueal proximal, la matriz, lecho y el hiponiquio. El grado de compromiso

ungueal depende de la localización de la lesión psoriásica en esas áreas y la duración del proceso.

En la psoriasis pustulosa, las alteraciones ungueales consisten en pústulas subungueales del lecho o la matriz de la uña. Si este proceso afecta una porción mayor de éstas estructuras, puede ocurrir la destrucción de la lamina ungueal.

En la psoriasis pustulosa palmo-plantar los cambios ungueales son raros. Las alteraciones ungueales son más frecuentes en pacientes con artropatía psoriásica.

El tamaño de las lesiones, la topografía y la disposición de las mismas darán lugar a diversas variantes clínicas de presentación de la psoriasis.

B. Variantes Clínicas

Psoriasis en placas

Es la forma más frecuente de presentación hasta en el 90% de los pacientes, en especial en adultos. Las lesiones varían en número y en tamaño, y pueden confluir, como una lesión única o abarcar grandes zonas de extensión. Los sitios más comunes de localización son la piel cabelluda, y en particular la región sacra. Sin embargo cualquier parte del cuerpo puede estar involucrada.

La evolución es variable, puede remitir espontáneamente, puede persistir o empeorar. Cuando comienza a resolverse lo hace desde el centro a la periferia, dejando un borde ligeramente elevado, y manchas hiper o hipocrómica residuales.

Psoriasis en gotas

La psoriasis en gota se refiere a múltiples y pequeñas lesiones que aparecen en toda la superficie cutánea en niños particularmente y en adultos jóvenes; usualmente después de una infección estreptocócica. Las lesiones varían de 2 a 3 milímetros hasta 1 centímetro y se distribuyen de forma simétrica en toda la piel de predominando en tronco y áreas proximales de la extremidades. El diagnóstico se realiza por las características de la distribución de la escama y la evidencia previa de infección. Esta forma representa el 1.9% de todos los pacientes con psoriasis. Las lesiones duran dos o tres meses y a veces se resuelven espontáneamente, o persistir y progresar hacia una psoriasis crónica en placas.

Psoriasis invertida

La psoriasis invertida afecta principalmente los pliegues corporales como las regiones inguinales, axilares, interglúteo, y submamario, suelen corresponder a placas eritematosas brillantes con fina escama y bordes bien delimitados. Puede presentarse a cualquier edad, y son más frecuentes en pacientes obesos.

Psoriasis inestable

La psoriasis inestable es un término que carece de connotación etiológica pero se utiliza para describir fases de la enfermedad en la que la actividad es marcada y el curso y prognosis es impredecible. El uso indiscriminado de corticoesteroides, infecciones agudas, la hipocalcemia y el estrés emocional pueden exacerbar la enfermedad.

Psoriasis pustulosa aguda exantemática (von Zumbusch)

Esta forma se caracteriza por la erupción extensa de numerosas pústulas estériles y eritema con afección al estado general, fiebre, y malestar general. Aparece de forma abrupta, sin manifestación previa de psoriasis, por lo general posterior a una infección o al uso de ciertos fármacos. Inicia en palmas y plantas y posteriormente se generaliza rápidamente.

Psoriasis pustulosa palmo-plantar

Esta forma es conocida también como pustulosis palmo-plantar, con una evolución crónica, presentándose con más frecuencia en adultos y con un discreto predominio en mujeres en la quinta y sexta década de la vida.

Psoriasis eritrodérmica

La psoriasis eritrodérmica se describe de dos formas. En la primera las lesiones crónicas pueden evolucionar gradualmente a una fase exfoliativa y puede progresar a una psoriasis en placas extensa que involucre la mayoría de la superficie corporal, con algunas áreas de piel respetada. Las características de la psoriasis se mantienen y por lo general el tratamiento es bien tolerado.

La segunda forma es parte del espectro de la psoriasis inestable. Puede ocurrir de forma inesperada o progresiva como resultado de intolerancia a tratamientos tópicos (esteroides) y fototerapia. Es más frecuente en psoriasis artropática y la forma pustulosa generalizada, la cuál puede revertir a un estado eritrodérmico. Esta puede precipitarse por hipocalcemia, infecciones, agentes antimaláricos y clásicamente por mal manejo de esteroides sistémicos. Las características de la enfermedad se pierden y el paciente puede encontrarse en mal estado general y poner en riesgo la vida.

Las complicaciones metabólicas de la eritrodermia se deben a la inflamación persistente de la piel. La inflamación tiene consecuencias en la termorregulación, la hemodinámica, y la absorción intestinal de proteínas y agua. En condiciones normales hay pérdida de calor convectivo y radiante de la superficie corporal, esto se incrementa en la eritrodermia, lo que da como resultado una hipotermia. De igual forma hay aumento de la actividad metabólica lo que conlleva a un aumento de producción de calor compensatorio. Esto se traduce al catabolismo de tejido y músculo y al mismo tiempo la piel eritrodérmica se encuentra hipohidrótica o anhidrótica por la oclusión de los conductos de la glándula sudorípara, por lo que existe un riesgo de hipertermia en lugares con la temperatura elevada.

El flujo sanguíneo y el gasto cardíaco se encuentran elevados por lo que existe el riesgo de una falla cardiovascular en pacientes ancianos, y con hipertensión arterial, cardiopatía isquémica o anemia. La malabsorción puede ocurrir pero revierte al remitir la eritrodermia. La principal proteína que se pierde en la exfoliación profusa es la queratina. En la psoriasis fulminante la pérdida de ésta proteína puede llevar a una enteropatía. Se presenta con hipoalbuminemia contribuyendo al edema causado por la inflamación de la piel. Se produce anemia leve por la pérdida de hierro en la malabsorción y los niveles séricos de vitamina B2 y folatos están disminuidos. La barrera lipídica está dañada y como consecuencia aumenta la pérdida de agua transepidérmica. El filtrado glomerular tiende a disminuir si no hay un adecuado aporte de líquidos, por lo que podría presentarse deshidratación que conlleve a una falla renal aguda.³

C. Formas Clínicas Atípicas de la Psoriasis

En una enfermedad tan común y variable como lo es la psoriasis, las formas atípicas son frecuentes. Las lesiones verrugosas afectan principalmente piernas. Una forma folicular, en niños, puede confundirse con pitiriasis rubra pilaris. Una variedad liquenoide se ha reportada involucrada en áreas de flexión o en distribución en guante o calcetín en extremidades. La psoriasis lineal se presenta con otras lesiones típicas, como parte del fenómeno de Koebner. La verdadera psoriasis lineal en ausencia de lesiones en otros sitios es inusual. Puede ser confundida con un nevo epidérmico verrugoso lineal inflamatorio (NEVIL).

En la psoriasis seborreica no existe una razón genéticamente justificada por lo cuál se puede desarrollar psoriasis. Las lesiones que involucran piel cabelluda, cejas y región retroauricular son de éste tipo. Se observan características de ambas enfermedades.

Las lesiones de la mucosa oral por psoriasis son raras, pero se han asociado a un involucro cutáneo por la forma pustulosa, eritrodérmica o en placas. Se describen como placas blanquecinas bien delimitadas, traslúcidas o anulares en áreas de eritema y lengua geográfica (glositis migratoria benigna). La asociación de psoriasis y lengua geográfica con HLA-Cw6 provee evidencia de que ambas están relacionadas.

Las lesiones oculares se han reportado y suelen ser blefaritis, conjuntivitis, queratitis, xeroftalmia y simblefáron. También se ha reportado uveítis crónica en pacientes con artritis psoriásica o en aquellos pacientes con psoriasis pustulosa tratados con metotrexate.

El término de psoriasis cretácea o rupiodes se refiere a lesiones hipertróficas con hiperqueratosis marcada que predominan en los pies. Cuando las lesiones son de larga evolución, sobre todo en áreas de roce toman un aspecto hipertrófico, cretáceo.

D. Complicaciones

Las complicaciones de la psoriasis son poco comunes. La infección secundaria es poco probable pero suele ocurrir en aquellos pacientes con tratamiento esteroide oclusivo, usualmente por estafilococo. Esto se debe a que el 50% de los pacientes son portadores de ésta bacteria en las lesiones. La resistencia relativa a la infección por *S. aureus* en estos pacientes se debe a péptidos endógenos antimicrobianos en la piel.

El prurito es variable en la psoriasis, que ausente, a muy leve y severo en una minoría de pacientes. Se observa más frecuentemente en las formas eritrodérmica y pustulosa. Se observa mayor grado de prurito en pacientes ansiosos o con algún grado de depresión.

La ingesta crónica de alcohol se asocia más pacientes del sexo masculino con una psoriasis severa. La falla hepática puede ocurrir en pacientes con psoriasis eritrodérmica y pustulosa y pueden estar relacionadas a la ingesta de fármacos y alcohol. La falla renal puede sobrevenir en la psoriasis eritrodérmica causada por necrosis tubular aguda como resultado de la pérdida de albúmina en la psoriasis pustulosa.⁹

La fibrosis apical pulmonar es una complicación no articular de una espondilitis anquilosante en pacientes con psoriasis. La amiloidosis secundaria es una secuela rara de

una psoriasis pustulosa generalizada y de una psoriasis severa no pustulosa. Puede causar una falla renal en asociación con psoriasis y puede tener un mal pronóstico.

E. Enfermedades asociadas a Psoriasis

Existe evidencia epidemiológica que demuestra que la susceptibilidad a psoriasis está genéticamente determinada. La psoriasis es una de las múltiples enfermedades con una patogénesis autoinmune que tiene asociación significativa con HLA. Sin embargo solo en una menor proporción de aquellos que tienen la implicada susceptibilidad HLA desarrollan la enfermedad. Esta información indica demuestra que es necesario uno o varios genes aunado al HLA, para el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo la identidad de éstos genes es aun desconocida.

Las enfermedades autoinmunes, como la diabetes mellitus tipo 1, artritis reumatoide, LES, y la psoriasis afectan el 4% de la población de países industrializados, y se caracterizan por la destrucción de células autólogas por medio de complejos inmunes. El Complejo Mayor de Histocompatibilidad, HLA podría ser el determinante genético para éstas enfermedades de tipo autoinmune. En ciertas enfermedades autoinmunes, el HLA clase II y/o clase I está fuertemente asociado a la patogénesis. Así mismo la psoriasis es considerada una enfermedad inmunológica en la que células T N-K y otras citocinas desarrollan un papel fundamental en la patogénesis. En ciertas enfermedades autoinmunes se establecen similares mecanismos que son característicos de la psoriasis, incluyendo a la esclerosis múltiple, artritis reumatoide, diabetes mellitus tipo 1 y LES. Las células T-NK (Natural Killer) se consideran indispensables para el desarrollo de la patogénesis de éstas entidades incluyendo la psoriasis.³²

La psoriasis se ha relacionado con alteraciones del metabolismo de lipídico en plasma y la diabetes mellitus. Este se debe a que puede haber alteraciones en la secreción de insulina en éstos pacientes con psoriasis. Se ha demostrado una disminución significativa de las lipoproteínas de alta densidad HDL en suero de los pacientes con psoriasis. Algunos investigadores han comprobado que el riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 1 es mayor en grupos de niños y adolescentes con historia familiar de ciertas enfermedades como diabetes tipo 1, atópiá, enfermedad de Crohn, alopecia areata, y psoriasis. Existe

evidencia de una alteración en el metabolismo de purinas y glucosa en los pacientes con psoriasis. Por lo tanto, hay un mayor riesgo a desarrollar diabetes mellitus e hipertensión arterial en éstos pacientes.³⁴

En otros estudios se ha investigado la prevalencia de lesiones cutáneas en pacientes diabéticos tipo 1 y se observó que más de la mitad de los pacientes diabéticos presentaban alguna alteración cutánea, entre éstas alteraciones se encuentra la psoriasis con una prevalencia del 9%, al igual que el vitiligo con un 9%. Se ha reportado la asociación de psoriasis, necrobiosis lipóidica, granuloma anular y vitiligo en un solo paciente diabético, al cuál se realizó una investigación completa que reveló tanto defectos fenotípicos como funcionales de inmunidad celular.³²

Es importante recordar el papel del Interferón (INF) como parte del sistema natural de defensa del organismo humano. La producción de INF es una respuesta celular a los agentes extraños de ciertos microorganismos, tumores y antígenos. Existen tres tipos de proteínas de INF (alpha, -beta, gamma). Estas proteínas difieren en estructura y antigenicidad, por lo tanto inducen ciertas acciones antivirales, antimicrobianas, antitumorales, e inmunoreguladoras. En estudios recientes se ha determinado la relación del INF-alpha y INF- gamma con ciertas enfermedades como cirrosis hepática, diabetes mellitus, cáncer y artritis reumatoide. Se ha obtenido INF de suero o de lesiones de piel de pacientes con enfermedades inmunológicas como LES, sarcoidosis, artritis reumatoide y psoriasis. Por lo tanto existe una base inmunológica en común con las enfermedades antes mencionadas y la psoriasis y por ende una asociación demostrada.¹⁹

Otra alteración que puede presentarse en los pacientes con psoriasis severa es la proteinuria que puede ser reversible inducida por dosis bajas de antihipertensivo. Se observa una alta prevalencia de microalbuminuria en pacientes diabéticos e hipertensos con psoriasis. Existe una relación entre los valores de presión diastólica y la excreción de albúmina urinaria en un grupo de pacientes psoriásicos. Este sugiere que la hipertensión es uno de los factores responsables de la proteinuria en éstos pacientes. Sin embargo, más del 50% de pacientes psoriásicos sin hipertensión, presentaron aumento en la excreción de albúmina urinaria. Podría considerarse a la microalbuminuria como un índice predictivo de

desarrollo de falla renal en éstos pacientes con psoriasis severa, aumentando el riesgo a complicaciones cardiovasculares.⁴

Existen estudios reportados de asociación entre psoriasis y otras enfermedades cutáneas y sistémicas en la literatura mundial. La más frecuentemente descrita es la artritis seronegativa. La artritis psoriásica siempre se ha considerado que afecta aproximadamente el 10% de los pacientes con psoriasis, sin embargo cerca del 30% de los pacientes con psoriasis se quejan de dolor articular sin tener evidencia de una artropatía. Se estima que el porcentaje de pacientes con artritis psoriásica sea en realidad por arriba del 20% de los casos. Se trata de una artropatía benigna asociada a la psoriasis cutánea, que frecuentemente conduce a la incapacidad. Existen 5 tipos de patrones de artritis psoriásica que se reconocen y que pueden coexistir con la psoriasis cutánea: la más común en 47% es la poliartritis asimétrica u oligoartritis seronegativa, poliartritis simétrica en un 25%, espondilitis anquilosante en 23%, enfermedad articular interfalángica distal y artritis mutilante. No hay correlación entre la intensidad de la psoriasis y la incidencia de artritis y la presencia de onicopatía es un rasgo característico en un 70% de los pacientes con la forma articular interfalángica distal.³

En un estudio, Henseler y Christophers, analizaron información de más de 40,000 pacientes y obtuvieron la incidencia de las enfermedades más frecuentemente asociadas con psoriasis. En ciertas enfermedades tales como hipertensión arterial sistémica, cardiopatía y diabetes mellitus se puede confirmar la asociación positiva. Sin embargo resultó interesante también que en éstos pacientes se obtuviera una muy baja asociación con dermatitis atópica y dermatitis de contacto alérgica. Dentro de las dermatosis más frecuentemente asociadas se encuentran: candidosis, infección por dermatofitos, acné y eritrodermia. Esta última se asocia concomitantemente con psoriasis hasta 4 veces más que en pacientes sin psoriasis. Se determinó de igual forma que la dermatitis de contacto alérgica es tres veces menos frecuente en pacientes con psoriasis.⁹

Se ha descrito que pacientes con psoriasis tienen más alteraciones como obesidad, diabetes mellitus, cardiopatía, e hipertensión de forma significativa. En estos pacientes el tipo de diabetes mellitus es tipo 2 hasta en un 75% de los casos. Otra de las alteraciones no cutáneas como la amigdalitis crónica, obtuvo la más alta frecuencia. Esto se traduce a que

la psoriasis es 3 veces más asociada a una infección orofaríngea que cualquier otra enfermedad cutánea.

En cuanto a la incidencia de psoriasis asociada a alteraciones inmunológicas, se ha reportado la coexistencia de psoriasis vulgar, esclerosis sistémica y eritema anular en asociación con síndrome de Sjögren en un paciente femenino de 58 años. La coexistencia de alteraciones del tejido conectivo es rara, en muchos de los casos se asocia más a lupus eritematoso sistémico. La asociación con esclerosis sistémica y síndrome de Sjögren es rara. Se ha reportado 13 pacientes (8 mujeres y 5 hombres) con asociación de psoriasis y esclerosis sistémica. El inicio de la psoriasis precedió el inicio de esclerosis sistémica en 11 de los casos, la artropatía psoriásica se reportó en dos de los casos y psoriasis pustulosa en un caso. Se especula que ciertos mecanismos inmunológicos pueden estar involucrados en la patogénesis de ambas entidades. El hecho de que la mayoría de los pacientes presentaron psoriasis antes de presentar el cuadro de esclerosis sistémica sugiere que la psoriasis podría ser el factor desencadenante en pacientes predispuestos. Debido a que hay cambios microvasculares y cambios inmunológicos se atribuyen a las citocinas liberadas después de un daño vascular.²³

Se ha descrito también la asociación de psoriasis vulgar con el Síndrome de Poland reportado por Sasmaz S y cols.²⁸ Las anomalías asociadas al Síndrome de Poland se encuentran en la pared torácica y fue descrito por primera vez por Alfred Poland. Estas anomalías consisten en la ausencia del músculo pectoral mayor con deformidades de la mano ipsilateral. Otras anomalías asociadas a este síndrome son hipoplasia de costillas, la ictiosis de tipo recesiva ligada al X, neurofibromatosis tipo 1 y anhidrosis. Se estima que el Síndrome de Poland se presenta más frecuentemente en pacientes masculinos en lado derecho del cuerpo. Su incidencia es de 1 en 30,000 nacidos vivos. Las pacientes femeninas adolescentes acuden a consulta ya que se preocupan más por su imagen corporal. La psoriasis no es una enfermedad psiquiátrica, pero se ha observado una asociación a un estrés emocional fuerte y la exacerbación de la psoriasis en pacientes predispuestos. El caso encontrado fue una adolescente con Síndrome de Poland y placas psoriásicas en tronco e salientes óseas. La etiología sospechada en éste síndrome es la hipoplasia de la arteria subclavia en el sexto mes de gestación..

El síndrome de Down es una alteración cromosómica con una variedad de manifestaciones cutáneas incluyendo xerosis, alopecia areata, siringoma y vitiligo. Sin embargo, existe reporte de un caso de paciente masculino con síndrome de Down que presentaba una ictiosis adquirida y psoriasis, la cuál no se consideraba una complicación de éste síndrome. Existen factores inmunológicos y autoinmunes implicados en la ictiosis adquirida, éstos incluyen la sarcoidosis, dermatitis atópica, y LES. Estas alteraciones pueden presentarse en el síndrome de Down, incluyendo una disminución de linfocitos T cooperadores entre otros. Esto podría explicar la aparición simultánea de psoriasis e ictiosis adquirida en el éste paciente.²⁷

La psoriasis antes de los 40 años (psoriasis tipo I) ocurre en un subgrupo de pacientes genéticamente diferentes con asociación a HLA-Cw6 y HLA clase II. Esta información provee evidencia de que en psoriasis tipo I existe una resistencia a infecciones ligada a los haplotipos Cw6. Se encontró cierta disminución de la respuesta a los antígenos estreptocócicos en pacientes con psoriasis. Esta observación indica que hay una reactividad inmune deficiente en estos pacientes; lo cual trae como consecuencia una reducción en la incidencia de enfermedades inmunológicas. La susceptibilidad de infecciones bacterianas concomitantes parece estar disminuida. La menor frecuencia de infecciones junto con la disminución de alteraciones dependientes de linfocitos T, tales como dermatitis de contacto alérgica y dermatitis atópica, apoyan el concepto de que la psoriasis es un proceso que altera la respuesta inmune. Se cree que las células T intraepidérmicas activadas constituyen la principal célula inmune y que las citocinas secretadas por éstas células parecen ser mediadores importantes de la psoriasis. La evidencia indica que las células T cooperadoras (CD4+) son células que exhiben el fenotipo Th1. A pesar de esto no hay datos de que exista alguna falla en la respuesta inmune a nivel celular en la psoriasis. Sin embargo hay evidencia que sugiere que la expresión fenotípica de Th2 como la que caracteriza a la dermatitis atópica se encuentra casi ausente en la psoriasis. Por lo que estas dos entidades representan enfermedades que casi pueden excluirse mutuamente.⁹

La asociación entre la psoriasis severa, la artropatía psoriásica, y la infección por VIH está bien descrita. En un estudio con 13 pacientes VIH positivos seguidos por 2.5 años, la aparición de la psoriasis fue de forma abrupta y severa en éstos pacientes o se presentó como una exacerbación severa en los pacientes VIH con antecedentes previos de psoriasis.

El pronóstico para este tipo de pacientes es sombrío ya que la mayoría 11 de los 13 murieron antes de los 2.5 años. El mecanismo por el cual la psoriasis empeora en estos pacientes es aun desconocido.¹¹

En la psoriasis, la aparición de placas eritemato-escamosas gruesas puede persistir por décadas. Existe inflamación crónica de la piel con alteración de los queratinocitos epidérmicos, con hiperplasia, aumento de la supervivencia de los mismos y angiogénesis en la dermis. Estos pacientes están expuestos constantemente a varios agentes carcinogénicos (alquitran de hulla, luz ultravioleta, psoralenos-UVA) y algunos agentes inmunosupresores sistémicos como corticoesteroides y ciclosporina. Por todas estas consideraciones clínicas, y terapéuticas, puede esperarse que las placas psoriásicas sean terreno fértil para el desarrollo de cáncer incluyendo el carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular, y melanoma maligno. Sin embargo, estos tumores se presentan muy raramente en placas de psoriasis. Esto puede deberse a que los queratinocitos senescentes de las placas psoriásicas se resisten a la transformación maligna, ya que su crecimiento está detenido. También estos queratinocitos senescentes previenen la progresión del tumor a las células adyacentes formando una barrera. Este mecanismo explica la rara frecuencia de melanoma en placas psoriásicas. En piel normal los queratinocitos expuestos a la luz ultravioleta pueden tener transformación maligna con lo que se traduce a queratosis actínicas. En placas psoriásicas estos queratinocitos aun después de exposición de luz UV se resisten a ésta transformación, lo cual confiere resistencia al desarrollo de queratosis actínicas a los pacientes con psoriasis.³⁶

Se ha observado la existencia de un riesgo relativo de psoriasis de 7% en pacientes con enfermedad de Crohn. El riesgo de desarrollo de malignidad es mayor en pacientes psoriásico con enfermedades severas o debilitantes y probablemente sea el reflejo de tratamiento sistémico.^{4, 11}

Ciertas enfermedades inmunológicas ampollasas adquiridas se han reportado asociadas a psoriasis y en particular el penfigoide ampolloso. Basado en un pequeño grupo de pacientes especialmente tratados con fototerapia; en los cuales puede precipitar el penfigoide ampolloso. El vitiligo es una enfermedad cutánea de tipo autoinmune que se asocia frecuentemente a psoriasis. La psoriasis ha sido reportada raramente relacionada con mayor frecuencia a ciertas alteraciones metabólicas que incluyen hiperuricemia,

precipitada por artritis psoriásica. La hipocalcemia se ha asociado con formas severas de psoriasis pustulosa y después de una tiroidectomía. La osteomielitis crónica recurrente multifocal es una enfermedad inusual de causa desconocida que se caracteriza por dolor e inflamación de los huesos afectados. Se asocia a la forma pustulosa y no pustulosa de psoriasis y al síndrome de SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis).^{4,17}

IV. Frecuencia de Enfermedades Asociadas en pacientes de la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

Justificación

A pesar de que la psoriasis es una dermatosis común, no existen estudios sobre la frecuencia de enfermedades sistémicas y otras dermatosis asociadas en población mexicana. El conocer el tipo de enfermedades más frecuentemente asociadas a la psoriasis puede permitir un manejo integral más eficiente de los pacientes. Por lo anterior se decidió realizar un estudio en este sentido de los pacientes que asisten a la consulta de la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

Objetivos

Primario

Determinar la frecuencia de enfermedades sistémicas y cutáneas prevalentes en pacientes mexicanos con la psoriasis.

Secundarios

1. Conocer el tipo de enfermedades sistémicas y cutáneas más frecuentes.

Diseño

Estudio observacional ,descriptivo y prospectivo de tipo encuesta.

Material y Métodos

Población.

Se estudiaron pacientes de la consulta externa que asistieron a al Clínica de psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México en el periodo comprendido de enero del 2005 y julio del 2005.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio pacientes con psoriasis que se encontraban registrados en la Clínica de Psoriasis, mayores de 18 años, de cualquier sexo y que estuvieran dispuestos a participar en el estudio, firmando una carta de consentimiento informado.

Criterios de no inclusión: pacientes embarazadas.

Criterios de exclusión: Pacientes que no desearan participar en el estudio.

Definición de las variables del estudio

Demográficas:

Edad al momento del estudio (años)

Edad al inicio de la enfermedad (años)

Genero (masculino/femenino)

Procedencia (estado de la República)

Principales

Tipo de psoriasis (I/II)

Antecedentes familiares de psoriasis (S/N)

Variante clínica de la psoriasis (Placas, piel cabelluda, en gotas, palmoplantar, invertida, pustulosa, otras)

Presentación de las variedades clínicas de psoriasis (pura/combinada)

Severidad de la enfermedad (leve (<2% SC), moderada (2-10% SC), severa (>10% SC)

Afección a uñas (S/N)

Tipo de afección ungueal (Distrófica, puntilleo ungueal, onicolisis, otros)

Complicaciones de la psoriasis (S/N)

Enfermedades sistémicas (S/N):

Obesidad

Hipertensión arterial sistémica

Enfermedad cardiaca

Diabetes Mellitus

Alteración tiroidea

Eritrodermia

Artritis posriásica

Enfermedades cutáneas (S/N):

Candidosis

Infección por dermatofitos

Acné

Dermatitis de contacto alérgica

Infecciones bacterianas

Dermatitis atópica

Infecciones virales

Rosácea

Dermatitis seborreica

Lupus eritematoso sistémico

Pénfigo vulgar

Penfogoide

Vitiligo

Cáncer de piel

Secundarias

Tabaquismo (S/N)

Etilismo (S/N)

Toxicomanías (S/N)

Instrumento de Medición

Se creó un cuestionario de 42 preguntas para investigar los siguientes datos:

1. Datos sociodemográficos
2. Antecedentes familiares patológicos
3. Antecedentes personales patológicos
4. Tiempo de evolución de la psoriasis
5. Determinación del grado de afección de superficie cutánea

6. Exploración física para diagnóstico de otras dermatosis.

Procedimiento

1. Se informó al paciente del objetivo y tipo de estudio y se solicitó su firma en la carta de consentimiento informado, donde el paciente aceptaba participar en el estudio y autorizaba a los autores del estudio a la utilización de los datos obtenidos en la historia clínica e iconografía para su publicación.
2. Una vez autorizada la inclusión del paciente al estudio, se le realizó interrogatorio clínico dirigido a través del cuestionario diseñado para el estudio, así como exploración física.
3. Se tomaron controles fotográficos de las enfermedades que así lo ameritaron, utilizando cámara digital Sony Cybershot 3.2 megapíxeles.
4. El diagnóstico de las enfermedades cutáneas encontradas a la exploración física fue solo clínico, no se utilizaron recursos auxiliares de diagnóstico como histopatología u otro procedimiento invasivo o no invasivo.
5. Los datos se organizaron utilizando una base de datos estructurada mediante el programa estadístico SPSS versión 10 para Windows, Chicago III.

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS versión 10 para Windows, Chicago III, aplicando medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

V. Resultados

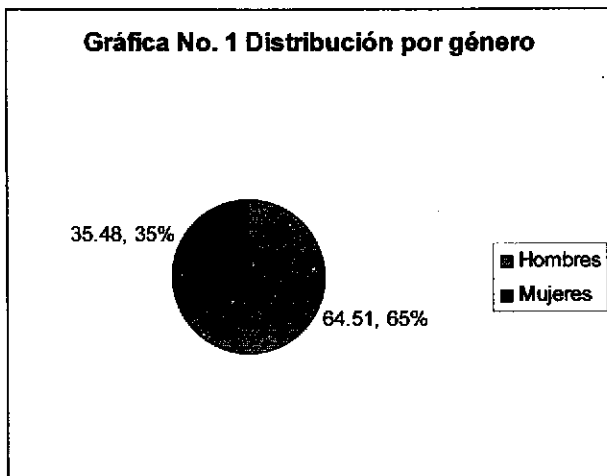
Del total de 4916 consultas de primera vez de Dermatología otorgadas en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México, en el periodo comprendido del 1 de enero del 2005 hasta el 30 de junio del 2005 se encontraron 124 pacientes con psoriasis que correspondieron al 2.55% de estas consultas.

Del total de 124 pacientes con psoriasis que se revisaron, encontramos que solo 65 pacientes presentaban otras enfermedades asociadas. Esto representa el 52.4% de la población de los pacientes estudiados.

Distribución por Género

En la distribución por género de los pacientes revisados de la clínica de psoriasis predominó el sexo masculino con 64.5% comparado con el femenino con 35.5 %. (Gráfica No. 1)

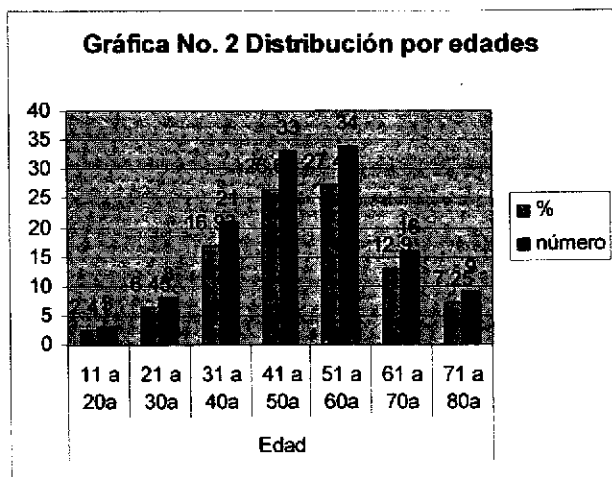
N=124



Distribución por Edad

El rango de edad de los 124 pacientes estudiados fue entre los 18 a 75 años, con una media de 43 años. Las frecuencias por grupos etarios se especifican en la gráfica 2, el grupo de edad más afectado fue el de 51 a 60 años (27.41%), seguido del grupo de 41 a 50 años (26.61%). (Gráfica No. 2)

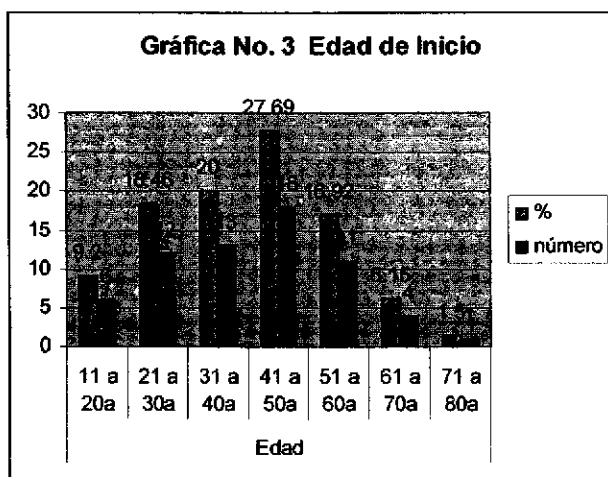
N=124



Edad de inicio

La edad de inicio promedio de los pacientes revisados fue de 45.3 años con una desviación estándar \pm de 11.8 años. La distribución por edad de inicio de la psoriasis se muestra en la siguiente gráfica. (Gráfica No. 3)

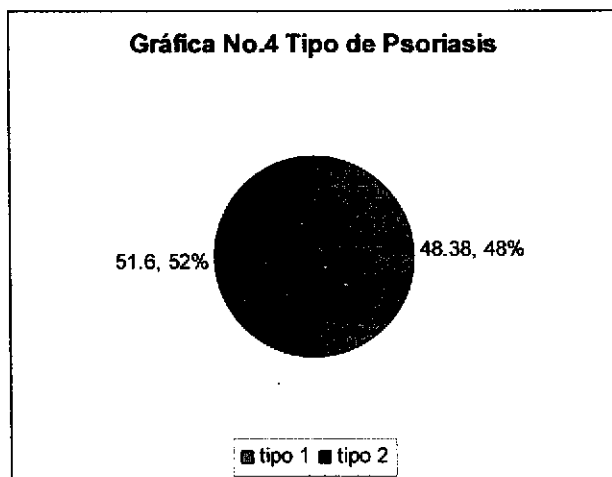
N=124



Tipo de Psoriasis

La frecuencia de psoriasis tipo 2 (inicio después de los 40 años) predominó levemente con un 51.6% (64 pacientes), mientras que la psoriasis tipo 1 (inicio antes de los 40 años) obtuvo el 48.38% (60 pacientes).

N=124



Distribución del tipo de psoriasis por género

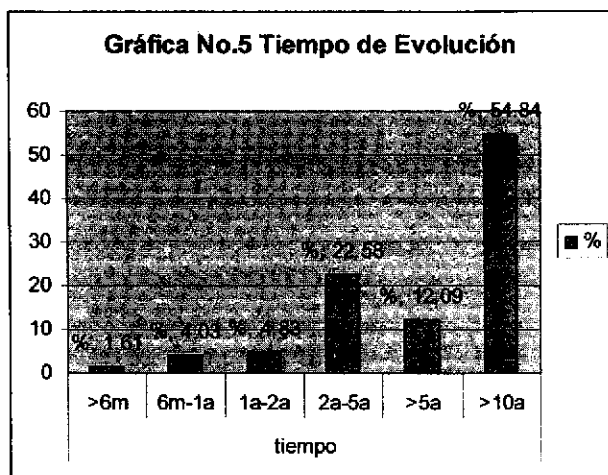
La siguiente tabla muestra que de los 124 pacientes estudiados 60 pacientes presentaron psoriasis tipo 1, y de estos, 49 (81.6%) fueron del sexo masculino predominando sobre el femenino con 11(18.3%). Los pacientes que presentaron psoriasis tipo 2 fueron 64 y predominó también el sexo masculino con 46 pacientes (71.8%) sobre el femenino con 18 (28.1%).

Tabla No.1 Distribución del tipo de Psoriasis por Género

| Género | Psoriasis Tipo 1 N= | Psoriasis tipo 2 N= |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Masculino | 49 (81.6%) | 46 (71.8%) |
| Femenino | 11 (18.3%) | 18 (28.1%) |
| Total | 60 | 64 |
| Relación H:M | 4:1 | 2:1 |

Evolución de la psoriasis

Se observó que más de la mitad de la población, el 54.8% (68), reportó tener una evolución de más de 10 años de la psoriasis, mientras que un 22.5% (28) reportó de 2 a 5 años y el 12.09% (15) mayor a 5 años. Solo el 4.83% (6) reportó haber tenido psoriasis por un periodo de 6 meses a un año, seguido de un 4.03% (5) con una evolución de 1 a 2 años. Finalmente solo un 1.61% (2) reportó una evolución menor de 6 meses. (Gráfica No. 5)



Lugar de Procedencia

El lugar de procedencia de los pacientes fue la siguiente: Se encontraron más pacientes originarios del centro de la república. El 53.22% (66) viven el D.F., mientras que el 31.45% (40) viven en el Estado de México, el 4.03% (5) residen en Hidalgo, el 2.41% (3) viven en Morelos, el 0.08%(1) en Guanajuato. De los estados que se colindan con el Pacífico, 2.41%(3) vive en Guerrero, 1.61% (2) reside en Oaxaca y 0.80%(1) en Chiapas. De los estados del Golfo, el 2.41% (3) reside de Veracruz y 1.60% (1) en Sonora. (Tabla No. 2)

N=124

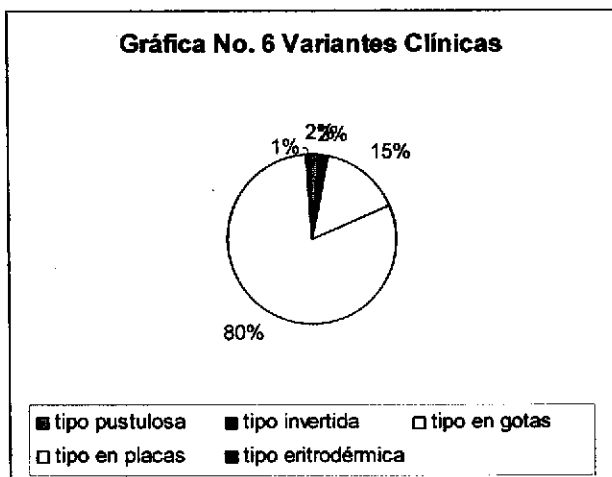
Tabla No. 2 Distribución por Lugar de Procedencia

| Lugar de Procedencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------|
| Distrito Federal | 66 (53.22%) |
| Estado de México | 40 (31.45%) |
| Hidalgo | 5 (4.03%) |
| Oaxaca | 3 (2.41%) |
| Guerrero | 1 (0.8%) |
| Chiapas | 1 (0.8%) |
| Morelos | 1 (0.8%) |
| Veracruz | 3 (2.41%) |
| Sonora | 2 (1.60%) |

Variantes Clínicas de Psoriasis

Dentro de las variantes clínicas, la psoriasis en placas fue la variante que predominó con un 80.64% (100). En segundo lugar se encontró la forma clínica en gotas, con un 15.32% (19), seguido de la psoriasis pustulosa y la psoriasis invertida, ambas con un 1.61%(2). En último lugar se encontró la psoriasis eritrodérmica con 0.8% (1 paciente). (Gráfica No.6)

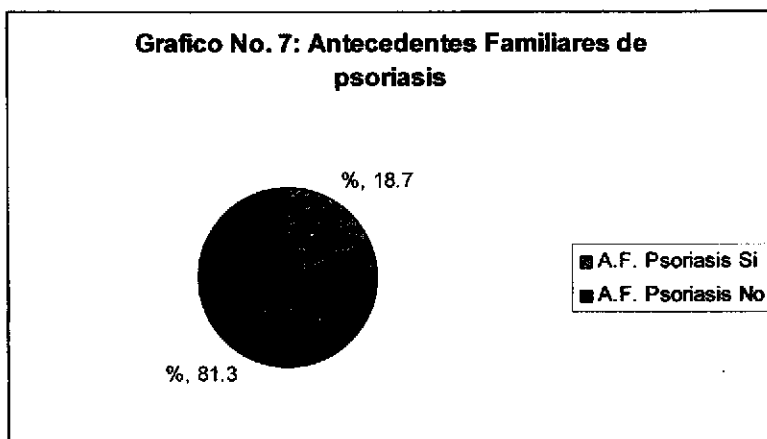
N=124



Antecedentes familiares

Se encontró que el 18.7% de los pacientes estudiados reportaron antecedentes familiares de psoriasis y un 81.3% no reportaron antecedentes de psoriasis en la familia. (Gráfica No.7)

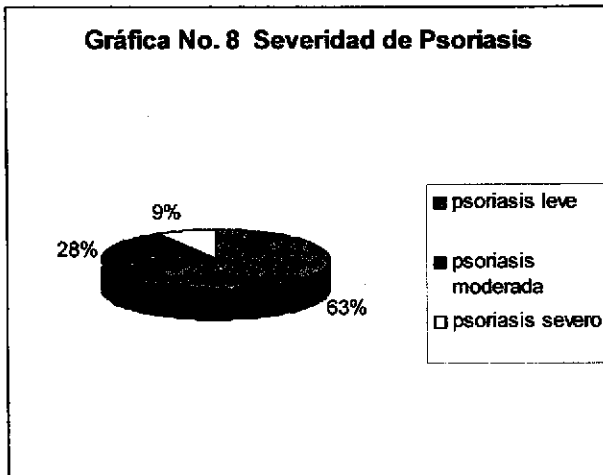
N=124



Severidad de la psoriasis

Tomando en cuenta la evaluación de severidad mediante el Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI) se clasificaron los casos en leve, moderado y severo. La gráfica siguiente se observa que el 63.7% (78 pacientes) presentó una psoriasis de severidad leve, mientras que el 28.22% (36) presentó una severidad moderada y el 9%(11) presentó una forma severa de la psoriasis. (Gráfica No. 8)

N=124



Afección ungueal

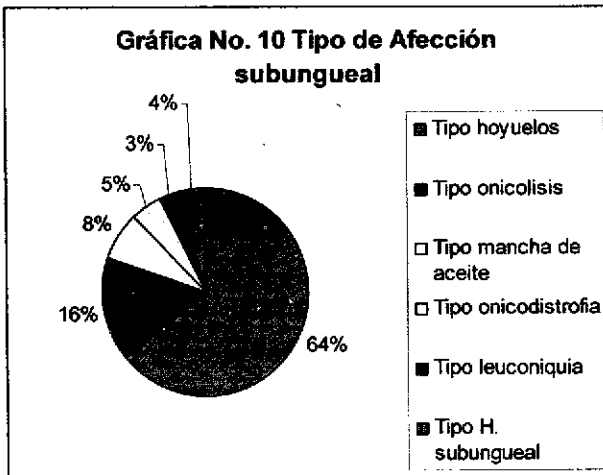
La afección ungueal se observó en un 43.43% de los pacientes estudiados. (Gráfica No. 9)

N=124



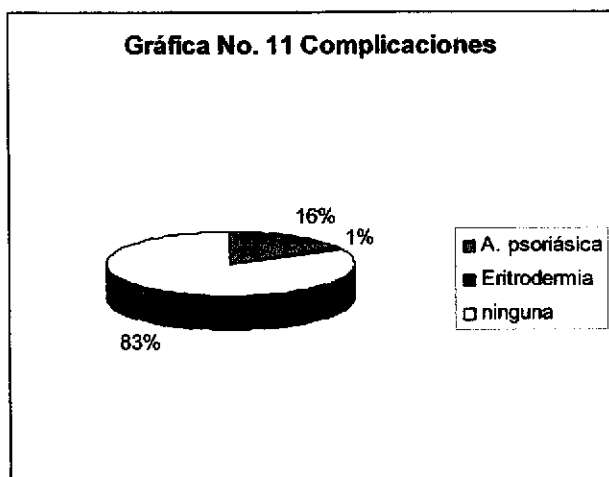
Tipo de Afección ungueal

La siguiente gráfica muestra la frecuencia del tipo de afección ungueal en los pacientes estudiados. El tipo de afección ungueal más frecuente fueron los hoyuelos en un 63.9%, seguido de la onicolisis con un 16.3%, luego la mancha en aceite con un 7.6%. Finalmente la onicodistrofia con un 4.9% seguida de la leuconiquia en 3.2%. (Gráfica No. 10)



Complicaciones. La complicación más frecuentemente observada en esta población de pacientes con psoriasis fue la artritis psoriásica con un 16.9%, y contraste con la eritrodermia que se observó en el 1.5% de los pacientes estudiados. El 84.6% de los pacientes no presentaron complicaciones relacionadas con la psoriasis. (Gráfica No. 11)

N=124



Características de los pacientes con enfermedades asociadas

Enfermedades sistémicas asociadas a psoriasis

Dentro de las enfermedades sistémicas más frecuentemente asociadas fueron la Hipercolesterolemia en un 38.46 % (25 pacientes), seguido de la obesidad con un 33.84% (22) y la hipertensión arterial se encontró en un 26.15% (17) de los pacientes. La diabetes mellitus tipo 2 se encontró en el 4.6% (3) de los pacientes al igual que la enfermedad cardiovascular. (Tabla No. 3)

Tabla No. 3 Enfermedades Sistémicas Asociadas

| Enfermedad Sistémica | Porcentaje de Asociación |
|---------------------------------|--------------------------|
| Hipercolesterolemia | 25 (38.46%) |
| Obesidad | 22 (33.84%) |
| Hipertensión arterial | 17 (26.15%) |
| Amigdalitis crónica | 15 (23%) |
| Hiperuricemia | 6 (9.2%) |
| Insuficiencia venosa periférica | 4 (6.16%) |
| EPOC | 3 (4.6%) |
| Diabetes mellitus tipo 2 | 3 (4.6%) |
| Artritis reumatoide | 2 (3.0%) |
| Enfermedad cardiovascular | 2 (3.0%) |
| Asma bronquial | 2 (3.0%) |
| Desprendimiento de retina | 2 (3.0%) |
| Gastropatía inespecífica | 2 (3.0%) |
| Hipotiroidismo | 1 (1.53%) |
| Poliposis intestinal | 1 (1.53%) |
| Síndrome convulsivo | 1 (1.53%) |
| Hepatopatía alcohólica | 1 (1.53%) |
| Hepatitis crónica activa (VHC) | 1 (1.53%) |
| Catarata | 1 (1.53%) |
| Estrabismo convergente | 1 (1.53%) |
| Retinopatía inespecífica | 1 (1.53%) |

La **Tabla No. 4** muestra que hay un leve predominio del sexo femenino en los pacientes que presentaron obesidad al momento del estudio. Del total de 22 pacientes con obesidad 12 fueron mujeres.

Tabla No. 4 Distribución por género de pacientes con Obesidad

| Género | Número de pacientes |
|---------------|----------------------------|
| Masculino | 10 (45.5%) |
| Femenino | 12 (54.5%) |
| Total | 22 |

De los pacientes que presentaron HAS (17), 10 de estos fueron del sexo femenino, predominando levemente sobre el masculino con 7. (**Tabla No. 5**)

Tabla No. 5 Distribución por género de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica

| Género | Número de pacientes |
|---------------|----------------------------|
| Masculino | 7 (41.2%) |
| Femenino | 10 (58.8%) |
| Total | 17 |

En cuanto a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 encontrados, 2 del total de 3 son del sexo femenino y uno es del masculino. (**Tabla No.6**)

Tabla No. 6 Distribución por género de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

| Género | Número de paciente |
|---------------|---------------------------|
| Masculino | 1 (34%) |
| Femenino | 2 (66%) |
| Total | 3 |

Enfermedades cutáneas asociadas a psoriasis

Dentro de las dermatosis de origen infeccioso más frecuentemente asociada se encuentra la infección por dermatofitos en un 23% (15 pacientes), seguida de las verrugas virales con un 6.15% (4). No se observó infecciones bacterianas. (Tabla No. 7)

Tabla No. 7 Dermatosis más asociadas de etiología infecciosa

| Dermatosis | Porcentaje |
|------------------|------------|
| Dermatofitosis | 15 (23%) |
| Verrugas virales | 4 (6.15%) |
| Herpes Zoster | 1 (1.5%) |

La siguiente tabla demuestra las dermatosis inflamatorias más asociadas. En primer lugar se encontró la dermatitis seborreica con un 12.3% (8), seguida de el acné inflamatorio con 6.15% (4). Con una muy baja frecuencia se encuentran la rosácea, la dermatitis atópica y la dermatitis de contacto alérgica, las tres entidades con un 1.5% (1) respectivamente. (Tabla No. 8)

Tabla No. 8 Dermatosis más asociadas de etiología Inflamatoria

| Dermatosis | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|
| Dermatitis seborreica | 8 (12.3%) |
| Acné | 4 (6.15%) |
| Rosácea | 1 (1.5%) |
| Dermatitis atópica | 1 (1.5%) |
| Dermatitis de contacto alérgica | 1 (1.5%) |

En la tabla siguiente se muestra las dermatosis de etiología neoplásica benigna y premaligna más asociadas. Dentro de las dermatosis neoplásicas benignas, las queratosis seborreicas se presentaron en 21 pacientes (32.3%), seguida de los acrocordones que se presentaron en 18 pacientes (27.6%), los nevos melanocíticos se presentaron en 16 pacientes (24.6%) y finalmente la acantosis nigricans benigna se presentó en 5 pacientes (7.6%). En comparación una sola dermatosis premaligna (queratosis actínicas) en una sola pacientes y ninguna neoplasia cutánea maligna.

Tabla No. 9 Dermatosis más asociadas de etiología Neoplásica

| Dermatosis neoplásica Benigna: | No. Pacientes /Porcentaje |
|--|---------------------------|
| Queratosis seborreicas | 21 (32.3%) |
| Acrocordones | 18 (27.6%) |
| Nevos melanocíticos | 16 (24.6%) |
| Acantosis nigricans benigna | 5 (7.6%) |
| Dermatosis neoplásica Premaligna: | |
| Queratosis actínicas | 1 (1.5%) |

VI. Discusión

El presente estudio muestra las asociaciones más frecuente de enfermedades sistémicas y enfermedades cutáneas en pacientes con psoriasis provenientes de la Clínica de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital General de México. Se estudió una muestra de pacientes tratando de determinar la concomitancia de alteraciones sistémicas y cutáneas en estos pacientes al momento del estudio. En contraste con los datos obtenidos en estudios internacionales de pacientes no latinos, podemos observar algunas diferencias y ciertas similitudes en cuanto a la frecuencia de enfermedades sistémicas con la psoriasis. Un ejemplo de lo anterior es la diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular, las cuáles se encuentran con alta frecuencia en los pacientes caucásicos con psoriasis. Estudios en población mexicana en general reportan prevalencias de diabetes mellitus no dependiente de insulina de 5.6% hasta 8.8%. Esta prevalencia se incrementa con la edad. Además la prevalencia de obesidad en la población mexicana se ha reportado de 17.3%, la cuál se presenta más en mujeres después de los 40 años.³⁵ En los pacientes de nuestro estudio la diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular se encontraron en menos del 4.6% de los pacientes respectivamente. Sin embargo hay que recordar que solamente se incluyeron los pacientes diabéticos conocidos y no se realizaron estudios de química sanguínea para descartar alguna alteración en el metabolismo de glucosa. Sin embargo otras alteraciones sistémicas que acompañan a lo que actualmente se conoce como síndrome de resistencia a la insulina (resistencia a la insulina, hiperinsulinismo, diabetes mellitus no insulina dependiente, obesidad, hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica y dislipidemia) se presentaron con alguna frecuencia en nuestros pacientes. La asociación de enfermedades como la hipertensión arterial, la dislipidemia y la obesidad se encuentran con frecuencia en pacientes caucásicos con psoriasis. En estudios de población mexicana urbana se estima que la prevalencia de estas alteraciones ha aumentado en los últimos 10 años. Los pacientes con hipertensión arterial sistémica tienen un riesgo doble de desarrollar diabetes mellitus no insulina dependiente que el resto de la población.³⁵ Se ha comprobado que la obesidad ocurre con el doble de frecuencia en pacientes con psoriasis. En nuestros pacientes se observó que la asociación de dislipidemia, obesidad y diabetes mellitus se presentó más frecuentemente en el sexo femenino. Las influencias nutricionales afectan la expresión de la psoriasis, comprobado en algunos estudios epidemiológicos. Se ha observado que un aporte nutricional deficiente en pacientes con psoriasis puede disminuir la severidad de la enfermedad.

Se encontró una frecuencia de asociación elevada de amigdalitis crónica en los pacientes psoriásicos con un 11.4%. Esto coincide con estudios realizados en pacientes con psoriasis no latinos, en los que se observa 3.62 veces más frecuentemente la amigdalitis crónica que en la población general. Esto se debe al papel que juegan la infecciones estreptocócicas que usualmente preceden la aparición de las lesiones psoriásicas en pacientes jóvenes con psoriasis en gotas. En nuestro estudio se encontró un comportamiento similar, pero se obtuvo la relación de asociación tomando valores de todo el grupo etario, jóvenes, adultos y

adultos mayores. Por lo que se requiere un estudio que determine la asociación de amigdalitis crónica y psoriasis en relación a la edad.

La artritis psoriásica, la cuál se considera como una complicación, se encontró en un 12% de los pacientes psoriásicos que presentaron alguna enfermedad asociada, ya sea sistémica o cutánea. Esta cifra se aproxima a la cifra obtenida en estudios de pacientes con psoriasis no latinos, en los cuáles la frecuencia de presentación es de un 10%. Sin embargo, la eritrodermia, considerada una complicación frecuente en pacientes con psoriasis en estudios internacionales, solamente se presentó en el 1.5% de los pacientes de nuestro estudio. En contraste con otras alteraciones cutáneas de las cuáles llama la atención la elevada frecuencia de asociación de infección por dermatofitos con un 28.12%, siendo la dermatosis más frecuentemente asociada, en particular la tiña de las uñas. Las infecciones concomitantes virales y bacterianas fueron menos frecuentes en los pacientes estudiados. Sin embargo no se logra hacer una relación entre el tipo de psoriasis (tipo 1 y 2) y la asociación de estas infecciones. Se ha observado que en un subgrupo de pacientes psoriasis tipo 1 (inicio antes de los 40 años) las infecciones virales y bacterianas son aun menos frecuentes que en los pacientes con psoriasis tipo 2 (inicio después de 40 años). Lo anterior podría deberse a que estos pacientes con psoriasis tipo 1 son genéticamente distintos y con haplotipos HLA-Cw6 y HLA clase II.

Otras dermatosis de origen inmunológico, comunes de la población general fueron mucho menos frecuentes en los pacientes con psoriasis de nuestro estudio. Estas fueron la dermatitis atópica y la dermatitis de contacto alérgica, ambas con una frecuencia de asociación de 1.5%. La información obtenida confirma lo expuesto en la literatura mundial. Esto podría atribuirse a que la respuesta cutánea a los alérgenos contactes se encuentra disminuida en la psoriasis. La dermatitis atópica y la psoriasis comparten un origen inmunológico. Sin embargo existe una diferencia demostrada en cuanto a al expresión fenotípica de los linfocitos T cooperadores. En la psoriasis predomina una expresión fenotípica de linfocitos Th1, como los principales mediadores de la respuesta inflamatoria. En cambio la expresión fenotípica Th2 característica de la dermatitis atópica se encuentra casi ausente en la psoriasis. Esto demuestra una dicotomía funcional de los subgrupos de linfocitos T, dando como resultado dos enfermedades contrastantes que casi se excluyen mutuamente.

En cuanto a las otras dermatosis neoplásicas benignas encontradas en nuestros pacientes tales como, nevos melanocíticos, acrocordones y queratosis seborreicas, podrían encontrarse con similar frecuencia en la población en general. Sin embargo se observó una muy baja frecuencia de queratosis actínicas de 1.5% en los pacientes con psoriasis estudiados. Estos datos son congruentes con los datos obtenidos por algunos investigadores en pacientes caucásicos con psoriasis. que concuerda con la información presentada por algunos autores. Los estudios demostraron la baja incidencia de carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide y melanoma maligno en pacientes con psoriasis, lo cuál se atribuye a un cierto grado de protección de la transformación maligna que confieren los queratinocitos afectados en la placa psoriásica.

VIII. Referencias

1. Saúl Amado. *Lecciones de Dermatología*. 14ª Edición. 2001; Capítulo 12: 438-502
2. Loyola M. Genética de la Psoriasis. *Dermatología Rev Mex* 2001;45:140-5
3. Fitzpatrick T.B., Freedburg, I.M., Wolff, K.(2003). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th Edition: 495-533
4. Burns T, Breathnach S, Cox N. *Rook's Textbook of Dermatology*, Vol. 2, 7th Edition. 2004. pp. 35.1-35.20.
5. Faber EM, Nall ML. The natural history of Psoriasis in 5600 patients. *Dermatologica* 1974;148:1-18
6. Henseler T. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 1985;13:450-6.
7. Lazar AP, Roenigk HH. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) can exacerbate psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:144.
8. Naldi L, Peli L, Prazzini F. Association of early stage psoriasis with smoking and male alcohol consumption: evidence from an Italian case-control study. *Arch Dermatol* 1999; 135:1479-84.
9. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 982-6.
10. Nanda A. Concomitance of psoriasis and atopic dermatitis. *Dermatology* 1995; 191:72-3.
11. Morar N, Dlova N. Erythroderma: a comparison between HIV positive and negative patients. *Int J Dermatol* 1999; 38: 895-900 .
12. Abel EA, Di Cicco F, Drugs in exacerbation of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:1007-22

13. Seville RH. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol* 1977;97:279-302
14. Ros A-M, Eklund G. Photosensitive Psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17:752-8
15. Boyd AS, Morris LF. Psoriasis and pregnancy: hormone and immune system interaction. *Int J Dermatol* 1996; 35:169-72.
16. Margolis D, Bilker W, Hennessy S. The risk of malignancy associated with psoriasis. *Arch Dermatol* 2001; 137:778-83.
17. Menter A, Boyd AS. Guttate psoriasis and vitiligo: anatomic cohabitation. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:687-700.
18. Tsunemi Y. Psoriasis Guttata in Association with Hepatocellular Carcinoma. *Acta Derm Venerol* 2003; 83(1):70-1.
19. Yamamoto T, Nishioka K. Coexistence of psoriasis vulgaris, systemic sclerosis, and annular erythema in association with Sjogren`s syndrome. *J Dermatol* 2004; 31(1): 69-72.
20. Beer WE, Smith PH. Psoriasis and atopy: concomitance and pathophysiology. *Dermatologica* 1988; 176(6): 309-11
21. Paltiel O, Adler B. Are patients with psoriasis susceptible to the classic risk factors for actinic keratoses?. *Arch Dermatol* 2004; 140(7): 805-10
22. Raissouni N, Benyahya E. Psoriasis and Osteomalacia. Report of a new case. *Rev Med Interne* 2004; 25(3): 234-7
23. Astudillo L, Sailler L. Psoriasis and systemic lupus erythematosus: a rare association with specific therapeutic problems. *Ann Med Interne* 2003; 154(1): 3-6
24. Rosina P, Segalla G. Turner`s syndrome associated with psoriasis and alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17(1): 50-2

25. Almond S, Curly R. Psuedoinhum in Chronic psoriasis. *Br J Dermatol* 2003, 149: 1064-6.
26. Sánchez M, Regaña P. Psoriasis in association with prolactinoma: three cases. *Br J Dermatol* 2000; 143: 864-7.
27. Nopmura K. Ichthyosis and Psoriasis in a Patient with Down Syndrome. *J Dermatol* 1999; 26: 538-40.
28. Sasmaz S, Coban Y. Psoriasis Vulgaris and Poland's syndrome in the Same Patient. *J Dermatol* 2002; 29: 773-5.
29. Tsunemi Y. Psoriasis Guttata in Association with Hepatocellular Carcinoma. *Acta Derm Venerol* 2003; 83(1):70-1.
30. Sahoo B, Kumar B. The coexistence of photosensitive psoriasis with chronic actinic dermatitis. *Dermatology* 2002; 204(1): 77-9
31. Rai R, Sarawat A. Marginal acrokeratoderma and psoriasis: Is there an association?. *Int J Dermatol* 2000; 39(12): 936-9
32. Camera AL, Kirby B, Circulating natural killer cells in psoriasis. *Br J Dermatol*. 2003;49(1):160-4.
33. Reynoso-Von Dratlen C, Martinez-Abundis E, Lipid profile , insulin secretion, and insulin sensitivity in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48(6):882-5.
34. Avi O, Cakiskan S, Erythema measurements may allow early diagnosis of diabetes mellitus in adult psoriatics. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17(3):280-4
35. Valverde M, Acosta B, Hipertensión arterial, obesidad y herencia en la ocurrencia de diabetes mellitus no dependiente de insulina. *Rev Med IMSS*.1995;33:263-269
36. Nickoloff BJ, The Skin cancer Paradox of Psoriasis: a Matter of Life and Death Decisions in the Epidermis. *Arch of Dermatol*.2004;40(7)873-75.

VII. Conclusiones

- 1.- Se estudiaron 124 pacientes mexicanos con diagnóstico clínico de psoriasis en cualquiera de sus variedades que pertenecen a La Clínica de Psoriasis del Hospital General de México
- 2.- Se observó un predominio del sexo masculino de un 64.51% sobre el sexo femenino de un 35.48%. Contrario a lo que sucede diariamente en la consulta externa general del Hospital general de México en donde el 60% de los consultantes son del sexo femenino y el 40% es masculino.
- 3.- La mayoría de los pacientes se encuentran dentro del grupo de edad entre los 51 a 60 años con un 27.41%, seguido del grupo de edad entre los 41 a 50 años con un 26.61%
- 4.- La variante clínica que con mayor frecuencia se presentó fue la psoriasis en placas con 80% de los casos, seguida de la psoriasis en gotas que representa en 15% de los casos
- 5.- El tiempo de evolución de la psoriasis en más de la mitad de la población (54%) fue de más de 10 años.
- 6.- La edad de inicio que con mayor frecuencia se observó se encuentra entre los 41 a los 50 años en un 26%.
- 7.- Se observó un leve predominio de pacientes con psoriasis tipo 2 (inicio > de 40 años) con un 51%. En la psoriasis tipo 1 la relación H:M fue de 4:1, mientras que la tipo 2 de 2:1.
- 8.- La complicación más frecuentemente observada representada por un 16 % fue la artritis psoriásica en comparación con eritrodermia que se presentó en solo el 1.5% de los casos.
- 9.- De los 124 pacientes estudiados solo 65 (52.4%) pacientes presentaron alguna asociación ya sea con enfermedad sistémica o enfermedad cutánea.
- 10.- La más frecuente asociación con psoriasis y enfermedad sistémica fue la hipercolesterolemia con un 38%, seguida de la obesidad con 33%, la hipertensión arterial sistémica con un 26% y finalmente la amigdalitis crónica con 12%.
- 11.- Dentro de las dermatosis más frecuentemente asociadas se encuentra en primer lugar las infecciones por dermatofitos en un 23%, seguido de dermatitis seborreica con 16%.
- 12.- Las dermatosis de menor asociación fueron la dermatitis atópica y la dermatitis de contacto alérgica ambas con 1.5%. Al igual que las queratosis actínica con un 1.5%.
- 13.- Es necesario realizar más estudios que comprendan grupos controles sin psoriasis para lograr confirmar las asociaciones de enfermedades sistémicas y otras dermatosis en pacientes con psoriasis.

IX. Anexos

Anexo 1. Cuestionario para obtención de datos del estudio de enfermedades asociadas a psoriasis

Caso no. _____

Fecha: _____

Nombre(s): _____

Apellido paterno Apellido materno nombre(s)

Expediente general no. _____

Expediente Dermatológico _____

Ocupación: _____

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____

Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Unión libre _____

Otro _____

Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____

Universidad _____ Otro _____

Dirección: _____

Calle Colonia C.P. ENT FED

Teléfono de casa: _____

Teléfono oficina: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

| Psoriasis | Abuelos | Padres | Hijos | Hermanos | Otros |
|---------------------------------|----------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|
| Artritis | | | | | |
| Artritis Psoriásica | | | | | |
| Vitiligo | | | | | |
| Diabetes Mellitus | | | | | |
| Trastornos Tiroideos | | | | | |
| Atopia | | | | | |
| Cáncer | | | | | |
| Lupus eritematoso | | | | | |
| Otras | | | | | |

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Amigdalitis crónica: ____

Impétigo vulgar: ____

Obesidad: ____

Dermatitis seborréica: ____

Hipertensión arterial sistémica: ____

Pénfigo vulgar: ____

Enfermedad cardíaca: ____

Penfigoide ampolloso: ____

Diabetes mellitus: ____

Lupus eritematosos: ____

Artritis reumatoide: ____

Otros: _____

Trastornos tiroideos: ____

Tabaquismo: ____

Asma bronquial: ____

Etilismo: ____

Hipercolesterolemia: ____

Hiperuricemia: ____

Cáncer: ____

Cuál? _____

Vitiligo: ____

Candidosis: ____

Acné: ____

Infección por dermatofitos: ____

Dermatitis de contacto: ____

Urticaria: ____

Dermatitis atópica: ____

Condiloma acuminado: ____

Verrugas vulgares: ____

Rosacea: ____

Erisipela: ____

Examen físico: (Realizado por investigador)

Psoriasis: Placas _____ **Pustular** _____ **Eritrodermia** _____

Evolución: Inicio _____ **años** _____ **meses** _____

Topografía:

Cuero cabelludo _____

Cara _____

Tronco anterior _____

Tronco posterior _____

Glúteos _____

Genitales _____

Brazos _____ **Antebrazos** _____ **dorso de manos** _____ **palmas** _____

Muslos _____ **Piernas** _____ **dorso de pies** _____ **plantas** _____

Uñas _____ **codos** _____ **rodillas** _____

Superficie Corporal Afectada (%): _____

OTRAS

DERMATOSIS: _____

(Erisipela, foliculitis, acné, eritema multiforme, lupus eritematosos discoide, eritrodermia, candidosis, dermatitis por contacto alérgica, urticaria, impétigo vulgar, dermatitis atópica, herpes zoster, infección por dermatofitos, condiloma acuminado, verrugas vulgares, cancer de piel, otros especifique)