



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”**

**ESPECTRO CLÍNICO DE LA PSORIASIS EN PACIENTES
DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN:

PEDIATRÍA

PRESENTA:

DRA. DALIA ITZEL TELLO LÓPEZ

TUTOR DE TESIS:

DRA. HELENA VIDAURRI DE LA CRUZ



DR. EDUARDO LICEAGA

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2023



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.



DRA. SILVIA URIEGA GONZÁLEZ PLATA
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA
EN HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA.



DRA. MARÍA TERESA CHAVARRÍA JIMÉNEZ
COORDINADORA DE EDUCACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA
EN HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA.



DRA. HELENA VIDAURRI DE LA CRUZ
ADSCRITA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA - DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
EN HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA.



DRA. ROSANA HUERTA ALBARRÁN
ADSCRITA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA - NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
EN HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes

Oficio No.: **DECS/JPO-1796-2023**
Num. Ident. Protocolo: **(1198-109/23)**

Ciudad de México a 12 de junio del 2023

Dra. Dalia Itzel Tello López

Servicio de Pediatría
PRESENTE

Hacemos de su conocimiento que con esta fecha el Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes dictaminó la última versión de su Protocolo Titulado:
ESPECTRO CLÍNICO DE LA PSORIASIS EN PACIENTES DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA.
como:

APROBADO (con cambios sugeridos)

En caso de que su protocolo tenga el dictamen de aprobado cuenta con el siguiente número de registro:

DECS/JPO-CT-1796-2023

En el caso de que su protocolo tenga dictamen de **CONDICIONADO A CORRECCIONES**, éste **NO** cuenta con número de registro y debe realizar las correcciones que se enlistan en los puntos que integran la tabla adjunta a este documento para su consideración y en su caso, aprobación definitiva y asignación de número de registro. Si su protocolo tiene dictamen de **RECHAZADO**, este ya no podrá ser evaluado por este comité y no se le asignará ningún número de registro.

Deberá entregar la respuesta a las **CORRECCIONES** en un tiempo de 15 a 30 días **vía correo electrónico**, a partir de la fecha de este oficio. Cabe mencionar que de no entregarlo como se indica, no será revisado por el **Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes** y su protocolo será cancelado.

Si su protocolo tiene dictamen de **APROBADO**, haga caso omiso de las indicaciones anteriores, ya que el mismo cuenta con número de registro. Así mismo deberá entregar por escrito el avance del protocolo cada **3 meses** a partir de la fecha en que fue aprobado y hasta obtener resultado de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, de la Secretaría de Salud. **De no presentar los avances o resultados del proyecto, la Dirección de Educación y Capacitación en Salud se reserva el derecho de cancelar el registro del protocolo hasta la entrega de los mismos.**

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Dra. Rocío Natalia Gómez López

Jefa de Posgrado
Presidenta del Comité

Ccp.- Acuse
ccgr

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y mi abuelita:

Que por ellas ha sido posible llegar hasta aquí y lograr mi sueño y quienes han estado para mí de manera incondicional en cada momento de mi vida personal y profesional. No encuentro palabras para expresarles mi gratitud, solo espero en algún momento poder regresarles un poquito de todo lo que me han brindado.

A mi papá, mi tía y mi hermana:

Por ser una pieza esencial en mi vida y apoyarme siempre que lo he necesitado, pero, sobre todo, por consentirme tanto y ser mis cómplices en cada paso de este largo camino.

A Alejandro, Vanya y Sofía:

A quienes admiro sobremanera por ser los mejores padres para ahora quien es, la luz de nuestras vidas y por la cual me comprometo a ser mejor cada día para ser la mejor pediatra que pueda tener. Simplemente gracias por ser mi lugar feliz.

A Daniel y mi Magnolia:

Quien ha sido parte fundamental en mi carrera profesional y a quien admiro no solo por el gran profesionalista en el que se ha convertido, si no también por el gran ser humano que es. Gracias por convertirte en mi lugar seguro a lo largo de estos años.

A Magnolia por ser mi compañera de estudio, desvelos y motivo para sonreír a diario.

A mis amigos Ari y Luis:

Que siempre han celebrado mis triunfos como suyos, por su confianza y comprensión incondicional.

A mis amigos y profesores:

Que gracias a ellos pude disfrutar de estos tres maravillosos años y quienes se convirtieron en mi familia, compañeros de estudio, desvelos, risas e incluso desgracias. Gracias por sus enseñanzas, consejos y compañía.

A mi asesora de tesis:

A quien admiro completamente y a quien agradezco infinitamente por la paciencia, disponibilidad y confianza en mí. Gracias por ser mi guía a lo largo de este proceso.

A mis pacientes:

Por quienes siempre mantuve una sonrisa pese al cansancio y que gracias a ellos pude aprender todo lo que sé sobre Pediatría y por quienes me comprometo a seguir dando lo mejor de mí.

“El vivir realmente la vida, el tomar en serio la responsabilidad de vivir, nos exige mucho más que respirar y comer. Es nuestro deber superar los obstáculos y seguir adelante.”

- Claudia Celis

ÍNDICE

Resumen	5
1. Antecedentes	6
2. Planteamiento del problema	8
3. Justificación	9
4. Hipótesis	9
5. Objetivos	9
5.1 Objetivo general	9
5.2 Objetivos específicos	9
6. Metodología	10
6.1 Tipo y diseño de estudio	10
6.2 Población	10
6.3 Tamaño de la muestra	10
6.4 Criterios de selección: inclusión, exclusión y eliminación	10
6.5 Operacionalización de las variables a evaluar y formas de medirlas	10
6.6 Procedimiento y descripción de la obtención de la información	12
6.7 Flujograma	13
6.8 Análisis estadístico	13
7. Cronograma de actividades	14
8. Aspectos éticos y de bioseguridad	15
9. Relevancia y expectativas	15
10. Recursos disponibles	15
11. Recursos necesarios	15
12. Resultados	16
13. Discusión	19
14. Conclusiones	19
15. Referencias bibliográficas	20
16. Anexos	21

ESPECTRO CLÍNICO DE LA PSORIASIS EN PACIENTES DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

RESUMEN ESTRUCTURADO.

ANTECEDENTES: La psoriasis es una dermatosis crónica, inflamatoria, con aumento en la tasa de replicación de los queratinocitos, debida a factores genéticos y ambientales. Su prevalencia en menores de 18 años es de 0.71%. La psoriasis representa cerca del 5% de los motivos de consulta en dermatología pediátrica. Con un diagnóstico oportuno, adecuado tratamiento y enfoque multidisciplinario se puede mejorar la calidad de vida y evolución del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: La psoriasis infantil es una dermatosis infrecuente. Debido a sus múltiples diagnósticos diferenciales, puede pasar desapercibida. Es necesario realizar un análisis descriptivo de los pacientes diagnosticados por el servicio de Dermatología Pediátrica, para comunicar el curso clínico y el tratamiento para el grupo de edad.

JUSTIFICACIÓN: Conocer el espectro clínico de la psoriasis en niños contribuirá a plantear estrategias para el diagnóstico oportuno, tratamiento específico y la evaluación de los resultados.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, de elección y respuesta al tratamiento en pacientes con psoriasis atendidos en el HGM de enero de 2018 a diciembre de 2022.

METODOLOGÍA: Diseño descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Se recolectarán expedientes con el código CIE 10 L40.9 que corresponde a Psoriasis y se incluirán aquellos que cubran los criterios de selección. Se procederá al llenado de hoja de recolección de datos para elaboración de base de datos y análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Las variables cualitativas se expresarán en frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas, en media y desviación estándar.

RESULTADOS ESPERADOS: Se conocerán las características clínicas y de respuesta al tratamiento específico en los niños con psoriasis en nuestra institución, esperando mejorar la capacidad de diagnóstico y adecuada atención de dicho padecimiento en el servicio de Pediatría del Hospital General de México.

Palabras clave: psoriasis, dermatosis, esteroides, dermatología pediátrica.

ESPECTRO CLÍNICO DE LA PSORIASIS EN PACIENTES DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

1. ANTECEDENTES.

- **DEFINICIÓN**

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria y proliferativa, multifactorial crónica.^{1,2}

Su lesión elemental es la placa eritematoescamosa, que pueden aparecer en cualquier topografía, y acompañarse de fenómeno isomórfico.¹ Se puede clasificar como psoriasis estable o inestable dependiendo de la rapidez de presentación y las características de las lesiones.¹

- **EPIDEMIOLOGÍA**

La prevalencia de la psoriasis en niños se encuentra entre el 0 y el 0,71%, sin embargo, un tercio de los adultos con psoriasis comienzan en la infancia, con una edad media al diagnóstico de 9 años.^{1,3} La psoriasis representa cerca del 5% de los motivos de consulta en dermatología pediátrica. Tiene mayor prevalencia en mujeres respecto a los hombres.² Su incidencia es de 13.5 por 100 mil en los menores de 3 años de edad, y de 53.1 por 100 mil en el grupo de 14 a 18 años, La psoriasis puede seguir a diferentes padecimientos metabólicos.^{1,4}

- **PATOGENIA**

La patogenia de la psoriasis en el niño es compleja y multifactorial, con estrecha relación entre factores genéticos y ambientales. Está claramente admitido el papel del determinismo genético y se conoce la participación del complejo principal de histocompatibilidad (HLA Cw 06, B13, B17, B37, DR7, B46, B57, CW1, DQ9).² El principal gen de susceptibilidad se denomina PSOR1, que está situado en el cromosoma 6p21.3, sin embargo, se han identificado hasta 20 genes diferentes.¹ Los factores ambientales más asociados con la patogenia o exacerbación de la psoriasis son: las infecciones bacterianas y víricas; los traumatismos, algunos fármacos, el estrés psicológico, el aumento del índice de masa corporal y el consumo de alcohol.^{1,2,5}

- **DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

El diagnóstico de la psoriasis es clínico. Las lesiones elementales se localizan preferentemente en la piel cabelluda, las áreas salientes, como: codos y rodillas, también en el área del ombligo y los glúteos. La biopsia de la piel no es un método esencial para el diagnóstico, por lo que se realiza de manera excepcional. En la histología se encuentra: acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis con microabscesos de polimorfonucleares en el estrato córneo.^{1,2} Los diagnósticos diferenciales se presentan en el Anexo 1: Tabla.

- **PRESENTACIÓN CLÍNICA EN EL NIÑO.**

Psoriasis en placas: 75 a 90% de los pacientes presentan placas eritematoescamosas de distribución simétrica en: codos, rodillas u otras superficies de extensión, piel cabelluda y la cara.^{1,6,7} (Anexo 2: Figura 1, 2)

Psoriasis en gotas: Se caracteriza por erupción rápida de placas eritematoescamosas, de algunos milímetros de diámetro, que aparecen en algunos días. La topografía habitual es el tronco. El detonante más común es la infección de las vías respiratorias altas.^{1,6} (Anexo 2: Figura 3, 4)

Psoriasis palmoplantar: En los niños se presenta como pulpitis, es decir, fisuras dolorosas, poco eritematosas, y en ocasiones hiperqueratósicas,¹

Psoriasis del área del pañal: Se presenta con eritema brillante, o seco, bien delimitado, que puede llegar hasta los labios mayores o el escroto, el periné, incluso la región perianal.^{1,6,7} (Anexo 2: Figura 5, 6, 7)

Psoriasis eritrodérmica: Se trata de un eritema difuso, que cubre más del 90% de la superficie corporal, en ocasiones hiperqueratósico, que evoluciona durante varias semanas, asociado a síntomas sistémicos y que puede ser fatal.^{1,6}

Psoriasis pustulosa palmoplantar: Se caracteriza por múltiples vesículas y pústulas estériles, pruriginosas, en las palmas y plantas.^{1,6} (Anexo 2: Figura 8, 9)

Psoriasis ungueal: Se observan como depresiones puntiformes o en dedal, onicólisis, hiperqueratosis subungueal, leuconiquia. Acompaña a las manifestaciones cutáneas en 25 a 50% de los pacientes con psoriasis. ^{1,6} (Anexo 2: Figura 10)

- **COMORBILIDADES**

La psoriasis frecuentemente aparece en pacientes portadores de hiperlipidemia, sobrepeso u obesidad, hipertensión arterial, diabetes, artritis reumatoide y enfermedad de Crohn. ^{1,3,8}

- **TRATAMIENTO**

El primer paso de tratamiento es indicar medidas generales del cuidado de la piel.²

Es importante valorar la extensión y gravedad de la enfermedad para así determinar un adecuado tratamiento, las escalas clinimétricas incluyen, PASI (Psoriasis área severity index) y medición de la superficie corporal afectada (*Body Surface Area*, porcentaje corporal afectado: 0-100%) para determinar si se trata de psoriasis leve (<10%), moderada (10-25%) o grave (>25%).^{7,8,9} Los tratamientos se dividen en tópicos y sistémicos. Los tratamientos tópicos se prescriben en la psoriasis leve, la psoriasis moderada y grave requieren tratamiento sistémico.

Dentro de los tópicos se encuentran: queratolíticos, dermatocorticoides, análogos de vitamina A y vitamina D, tacrolimus y fototerapia. ^{1,7} Los tratamientos sistémicos, incluyen antiproliferativos, antiinflamatorios

inespecíficos y biológicos. A continuación se listan las características más importantes de dichos tratamientos

- Acitretina: Es un retinoide que modifica la tasa de exfoliación de los queratinocitos y es antiinflamatorio. Es teratogénico, por lo que su prescripción en las mujeres en etapa reproductiva se debe acompañar de asesoría para la anticoncepción.^{1,7}
- Metotrexato (MTX): Es un antimetabolito que compite con los folatos. Su uso debe acompañarse de evaluación de la función hepática, hematológica, renal y pulmonar.^{1,7}
- Ciclosporina: Es un potente inmunosupresor cuyos efectos adversos son: la toxicidad renal, la hipertensión y las complicaciones de la inmunosupresión prolongada.^{1,7}

En los últimos 20 años se ha avanzado importantemente en la investigación sobre la fisiopatogenia de la psoriasis. Así, se han descubierto vías inflamatorias susceptibles de modificación por fármacos antiinflamatorios más específicos, como los anticuerpos monoclonales, también llamados biológicos. Actualmente se encuentran 5 fármacos biológicos aprobados para el tratamiento de la psoriasis en los niños: etanercept, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab y adalimumab. Las moléculas blanco de diferentes clases de biológicos incluyen: factor de necrosis tumoral (anti-TNF α : Etanercept, Infliximab y Adalimumab), inhibidores de las interleucina 12 y 23 (Ustekinumab), inhibidores de la interleucina IL23 (Guselkumab, Tildrakizumab, Risankizumab y Mirikizumab) e inhibidores de la IL17A (Secukinumab, Ixekizumab y Brodalumab). Todos estos biológicos están aprobados para uso en pacientes adultos. En la medida que se evalúen su seguridad y su eficacia en niños, se actualizará la aprobación para su uso.

1, 5, 7, 10

- **SEGUIMIENTO**

Los pacientes con psoriasis requieren seguimiento regular con el fin de valorar la eficacia y la tolerabilidad del tratamiento.^{1,8}

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La psoriasis es una causa infrecuente de atención en el servicio de dermatología pediátrica. Para su diagnóstico se deben considerar otras entidades con placas eritematoescamosas. Comunicar las características clínicas, las pautas de elección del tratamiento y el seguimiento clínico de los pacientes contribuirá a que los pediatras y médicos de primer contacto consideren la psoriasis dentro de las dermatosis que se presentan en la infancia.

3. JUSTIFICACIÓN.

Conocer las características clínicas de presentación, el tratamiento iniciado, la evolución clínica, y el pronóstico de los pacientes atendidos en el servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital General de México, contribuirá a plantear estrategias para el diagnóstico oportuno, tratamiento específico y la evaluación de los resultados.

4. HIPÓTESIS.

El tipo de psoriasis presente en más de 75% de los niños con psoriasis es la de patrón en placas.

5. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo general.

- Describir las características clínicas, de tratamiento y de respuesta a la terapéutica empleada en los niños con psoriasis.

5.2 Objetivos específicos.

- Describir las características clínicas de la psoriasis al diagnóstico.
- Describir las modalidades terapéuticas utilizadas en los pacientes con psoriasis
- Analizar la respuesta a la terapéutica empleada, las recaídas y el pronóstico de los pacientes con psoriasis.

6. METODOLOGÍA.

6.1. Tipo y diseño de estudio.

Descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo.

6.2. Población.

Expedientes de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de psoriasis, atendidos en el servicio de Dermatología pediátrica del Hospital General de México durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2022.

6.3. Tamaño de la muestra.

Con base en lo reportado por Dadban en el 2015 (1) y Botía en 2019 (7), quienes describen la prevalencia de psoriasis en placas entre 75 y 90%, se realiza el cálculo de muestra a través del programa Epi info versión 7.2.3.1 con la fórmula para estudios descriptivos, con una frecuencia del 82%, con un margen de error del 7%, para un nivel de significancia estadística del 95%, encontrando una N de 116 expedientes. Se incluirán todos los expedientes de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de psoriasis atendidos en el servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital General de México del 01 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2022.

6.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

6.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Expedientes de pacientes menores de 18 años atendidos en el Hospital General de México, con diagnóstico clínico de Psoriasis en el periodo del 01 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2022.

6.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que acudieron solo una vez a valoración.
- Pacientes en quienes se descarta el diagnóstico de Psoriasis.

6.4.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

No aplica al ser un estudio retrospectivo.

6.5. Operacionalización de las variables por evaluar y forma de medirlas:

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Unidad de medición	Codificación
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al diagnóstico definitivo de la enfermedad	Cuantitativa discontinua	Años	No aplica
Sexo	Condición orgánica definida fenotípicamente	Cualitativa nominal	Masculino	0= Masculino

	por los órganos sexuales	dicotómica	Femenino	1= Femenino
Antecedente familiar de Psoriasis	Antecedente familiar de psoriasis confirmado en algún familiar de primer o segundo grado	Cualitativa nominal dicotómica	No Sí	0=No 1=Si
Fecha de inicio de la primera lesión	Tiempo determinado por el mes y año en el que se tiene registro del primer síntoma	Cualitativa nominal politómica	Mes/Año	Enero a Diciembre/ 2018-2022
Tipo de lesión inicial	Primer tipo de lesión sugerente de psoriasis	Cualitativa nominal politómica	Psoriasis en placas, Psoriasis en gotas, Psoriasis palmoplantar, Psoriasis del pañal, Psoriasis eritrodérmica, Psoriasis pustulosa palmoplantar, Psoriasis ungueal	0=Psoriasis en placas 1=Psoriasis en gotas 2=Psoriasis palmoplantar 3=Psoriasis del pañal 4=Psoriasis eritrodérmica 5=Psoriasis pustulosa palmoplantar 6=Psoriasis ungueal.
Fecha de diagnóstico	Tiempo determinado por el día, mes y año en el que se tiene registro del diagnóstico	Cualitativa nominal politómica	Día/Mes/Año	1-31 Enero a diciembre 2018-2022
Fecha de inicio de tratamiento	Tiempo determinado por el día, mes y año en el que se tiene registro de inicio del tratamiento	Cualitativa nominal politómica	Día/Mes/Año	1-31 Enero a diciembre 2018-2022
Superficie corporal afectada	Extensión o superficie de la piel del paciente con presencia de lesiones de psoriasis	Cuantitativa discontinua	Porcentaje	0-100%
Primera línea de tratamiento	Modalidades de tratamiento con base al tipo clínico y la extensión	Cualitativa nominal politómica	Medidas generales, Queratolíticos, Dermocorticoides, Análogos de vitamina D, Análogos de vitamina A,	0= Medidas generales 1= Queratolíticos 2= Dermocorticoides 3= Análogos de

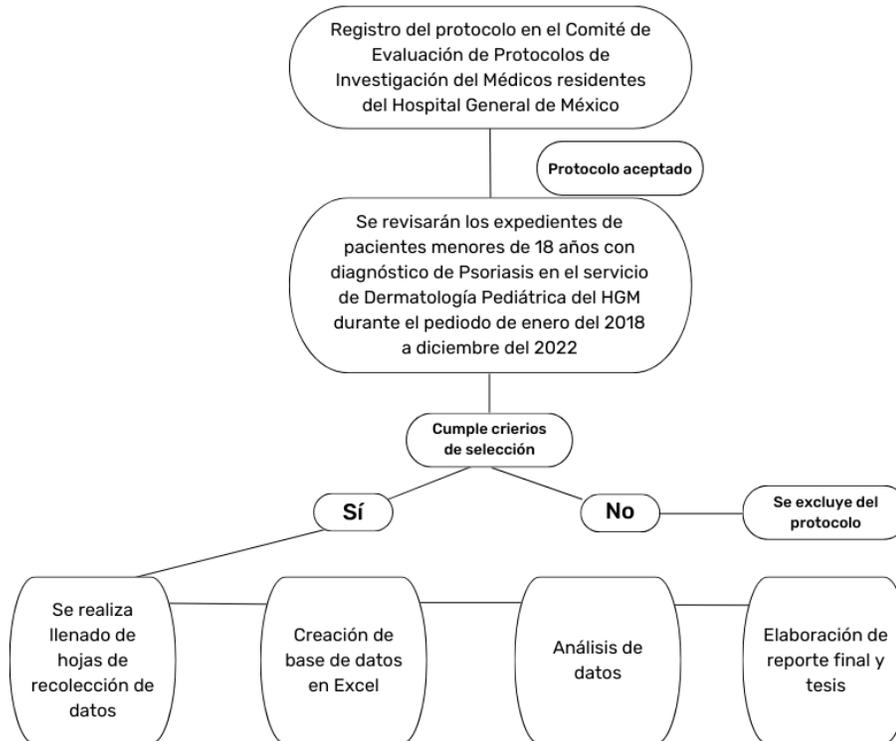
			Tacrolimús, Fototerapia, Acitretina, Metotrexato, Ciclosporina, Etanercept, Ustekinumab, Secukinumab, Ixekizumab, Adalimumab	vitamina D 4= Análogos de vitamina A 5= Tacrolimus 6= Fototerapia 7= Acitretina 8= Metotrexato 9= Ciclosporina 10= Etanercept 11= Ustekinumab 12= Secukinumab 13= Ixekizumab 14= Adalimumab 15= Otro tratamiento
Responde a tratamiento tópico	Mejoría del cuadro clínico posterior al inicio de tratamiento tópico	Cualitativa nominal dicotómica	No Sí	0=No 1=Si
Responde a tratamiento sistémico	Mejoría del cuadro clínico posterior al inicio de tratamiento sistémico	Cualitativa nominal dicotómica	No Sí	0 =No 1=Si
Recibe tratamiento biológico	Modalidad de tratamiento	Cualitativa nominal dicotómica	No Sí	0 =No 1=Si
Fecha de última consulta	Fecha en que recibió última consulta de oncología pediátrica en el Hospital General de México	Cualitativa nominal politómica	Día/Mes/Año	1-31 Enero a diciembre 2018-2022

6.6. Procedimiento.

Se registrará el protocolo en el Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes del Hospital General de México. Una vez aprobado se solicitará a estadística el reporte de números de expediente con el código CIE 10 L40.9 del servicio de Pediatría del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2022.

Se revisarán los expedientes que cubran los criterios de selección para posteriormente recabar información y crear una base de datos en Excel, para posterior análisis, discusión y elaboración de tesis.

6.7 Flujoograma



6.8 Análisis estadístico.

Las variables cualitativas se expresarán en frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas en media y desviación estándar. El análisis se realizará a través del programa SPSS versión 26.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL PARA REALIZAR EL MARCO TEÓRICO								
ESTRUCTURAR PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN								
REGISTRO Y REVISIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO								
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS EXPEDIENTES EN HOJA DE DATOS*								
ANÁLISIS DE RESULTADOS*								
REALIZAR DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PARA REDACTAR TESIS DE LA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA*								

*Una vez autorizado por el Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes del Hospital General de México.

8. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.

Este estudio será sometido al Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes del Hospital General de México, y se iniciará una vez aprobado. De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su artículo 17 se clasifica en la categoría I (investigación sin riesgo) que se trata de una investigación observacional retrospectiva en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, por lo que no se obtendrá consentimiento informado. Se mantendrá la confidencialidad de los datos sensibles mediante un sistema de codificación que únicamente será conocido por los investigadores del proyecto. Los resultados obtenidos se utilizarán exclusivamente para fines académicos y de investigación.

9. RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS.

Al realizar este protocolo de investigación se conocerán las características clínicas, de tratamiento y de supervivencia en los pacientes con el diagnóstico de psoriasis infantil en nuestra institución, esperando sea la base para poder crear proyectos para el diagnóstico y tratamiento oportuno, mejorando las condiciones de vida de los pacientes. Con expectativa de obtener la tesis para la graduación de la especialidad de pediatría.

10. RECURSOS DISPONIBLES (HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS).

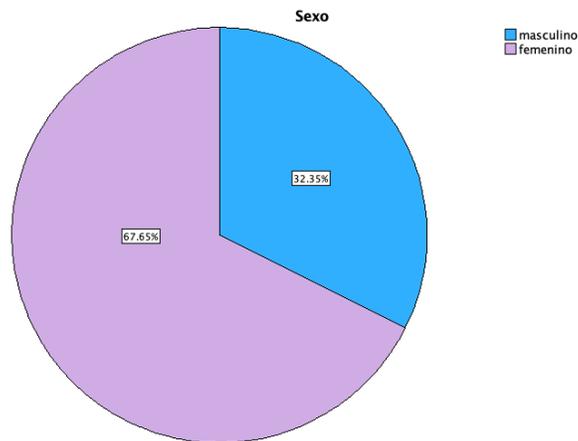
Humanos	Personal médico.
Materiales	Papel, computadora, impresora, Excel, Word, SPSS, expedientes físicos y electrónicos.
Financieros	No se requieren.

11. RECURSOS NECESARIOS.

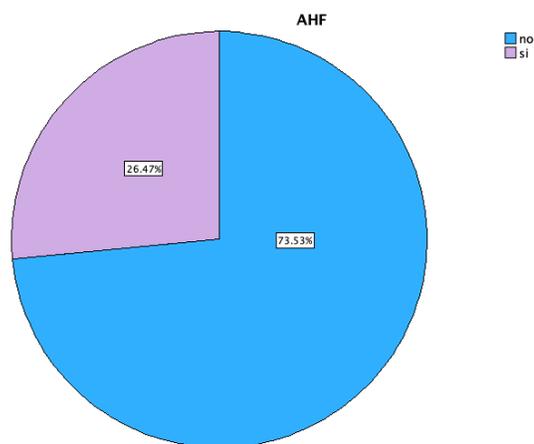
No se requieren recursos adicionales. Se ocupa acceso a revisión de expedientes solicitando para ello autorización por el Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes del Hospital General de México.

12. RESULTADOS

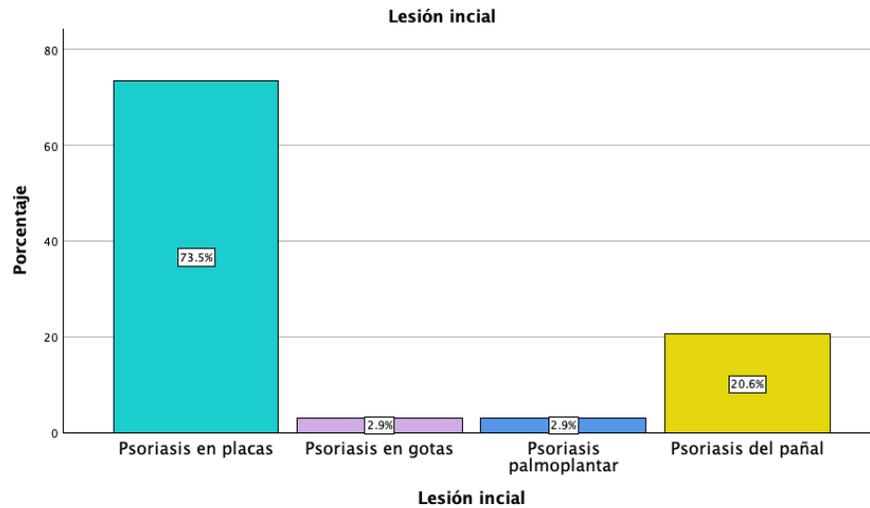
Se incluyeron en total 34 pacientes con diagnóstico de Psoriasis, que se presenta en el 0.96% de consultas de primera vez, de los cuales 11 fueron pacientes del sexo masculino (32.35%) de entre 2 y 15 años y 23 pacientes del sexo femenino (67.65%) de entre 1 y 17 años; como se muestra en la siguiente gráfica. Del total de pacientes se obtuvo una media de edad de años de 8 años, con diferencia de esta media de 9 años para el sexo femenino y 7 años para el sexo masculino.



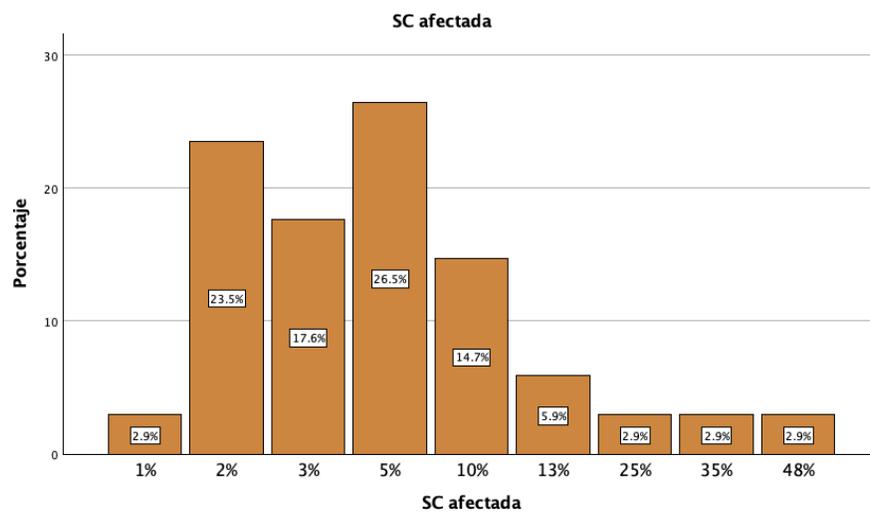
Del total de pacientes se encontró que el 26.47% (n=9) contaban con antecedente familiar de Psoriasis en familiares de primer grado, sin evidenciar predominio de esta relación familiar en ambos sexos.



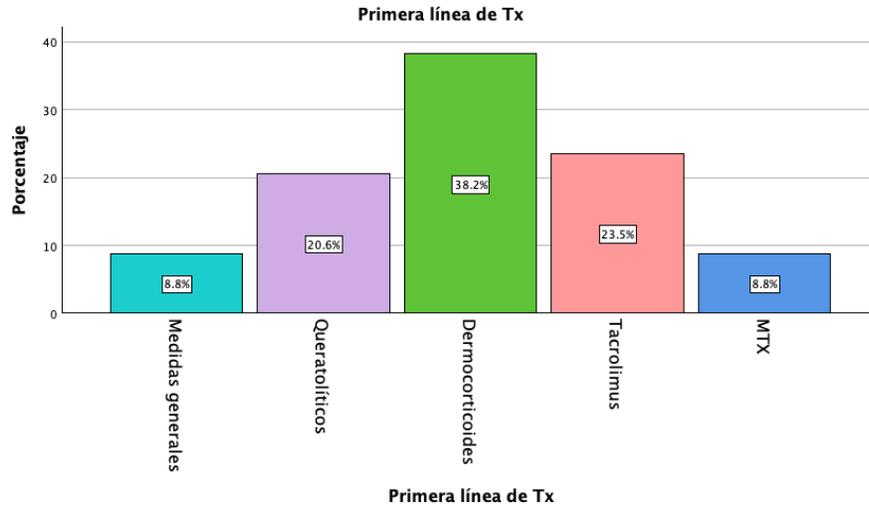
En lo que respecta a la lesión inicial la mayoría de los casos presentó psoriasis en placas 73.5% (n=25), seguido de psoriasis del pañal 20.6% (n=7) y por último, psoriasis en gotas 2.9% (n=1) así como también, psoriasis palmoplantar 2.9% (n=1),



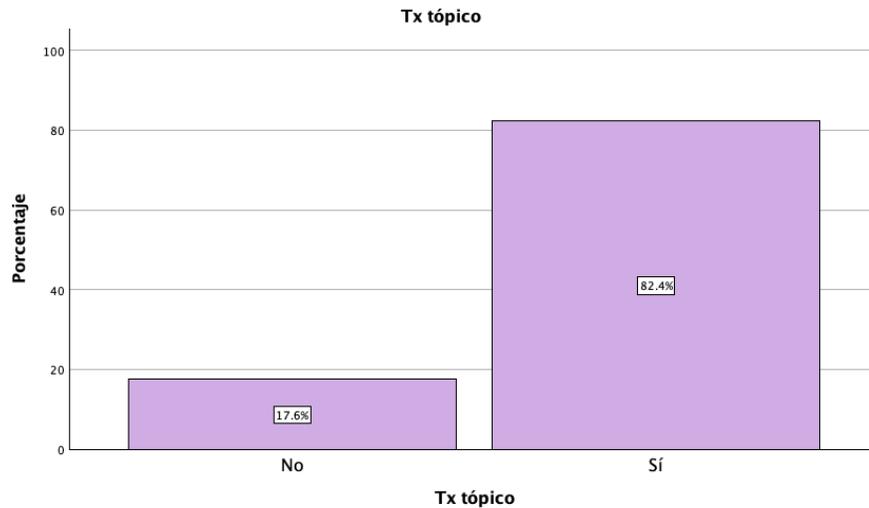
De acuerdo con la extensión de la superficie corporal afectada, los pacientes presentaron psoriasis leve en 85.2% (n=29) con media de superficie de 3%, psoriasis moderada en 8.8% (n=3) con media de superficie de 17% y psoriasis grave en 5.8% (n=2) con media de superficie de 41%, del total de pacientes estudiados (n=34), se identificó una media de superficie corporal afectada del 7%.



En el abordaje en consulta de dichos pacientes, en 38.2% (n=13) se utilizó como línea de primer tratamiento los dermatocorticoides con análogos de vitamina D, seguidos de tacrolimus en 23.5% (n=8), queratolíticos: 20.6% (n=7), medidas generales del cuidado de la piel en 8.8% (n=3) y únicamente 8.8% (n=3) ameritó tratamiento sistémico con metotrexate como primera línea.



Valorando la respuesta al tratamiento, podemos observar en las siguientes gráficas 82% de los pacientes con psoriasis leve y moderada, respondieron de manera favorable, mientras que el 17.6% (n=6) ameritó ajuste de tratamiento, iniciando tratamiento sistémico siendo Metotrexate elegido como primera línea. El seguimiento en pacientes tanto con diagnóstico de psoriasis leve como grave, en el 50% (n=17) su seguimiento se realizó un mes posterior, el 20% (n=7) presentó una mejoría clínica con una media de respuesta a los 2 meses, solo al 11% (n=4) se le inició fototerapia. Ningún paciente requirió inicio de tratamiento biológico ni presentó efectos adversos al tratamiento.



13. DISCUSIÓN

Se estudiaron 34 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio atendidos en el Hospital general de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se encontró que existe una mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino, con una edad media de presentación de 8 años, estos resultados concuerdan con lo encontrado en la bibliografía en donde se describe que la psoriasis infantil se presenta con una edad media al diagnóstico de 9 años, además de que tiene mayor prevalencia en mujeres respecto a los hombres. Con la población seleccionada en este estudio, se observó que el 73.5% de los pacientes presentó psoriasis en placas, y pese a no cumplir con tamaño de la muestra, dicho porcentaje se asemeja a lo reportado en la bibliografía tal como lo menciona Dadban del 75%. Respecto a lo reportado en la bibliografía, la psoriasis frecuentemente aparece en pacientes portadores de alguna comorbilidad, información que se reafirma al observar que en nuestra muestra por lo menos el 50 % (n=17) tiene una comorbilidad, tratándose en el 58 % (n=10) de obesidad o sobrepeso. Como bien se menciona en la bibliografía, los casos leves de psoriasis cuentan con indicación de tratamiento tópico, en este estudio se observó que el 82.4% de los pacientes respondieron de manera favorable a tratamiento tópico y no ameritaron inicio de tratamiento sistémico; se reporta una media de edad de mejoría o resolución a los 2 meses de inicio de tratamiento, por lo que ninguno de los pacientes estudiados, ameritó inicio de tratamiento con biológicos.

14. CONCLUSIONES

En este estudio se es posible confirmar la hipótesis realizada, como bien se mencionó previamente, pese a no cumplir con el tamaño de la muestra, podemos observar que las características clínicas observadas en nuestra población estudiada, se asemejan a lo reportado en la bibliografía. Además, se pudo observar que la Psoriasis no es un padecimiento frecuente en la consulta de primera vez, representando el 0.96% de la misma, no obstante, al ser una entidad con diversos diagnósticos diferenciales y variedades clínicas, puede ser infradiagnosticada. Como se observó en este estudio, la mayoría de los pacientes responden de manera favorable al tratamiento tópico, por lo que este estudio tiene como finalidad que el servicio de Pediatría logre reconocer a estos pacientes, y al conocer las características de esta patología, se logre realizar un diagnóstico oportuno, que a su vez, favorecerá el inicio de la terapéutica específica y mejor pronóstico.

15. REFERENCIAS.

- ¹- Dadban A. Psoriasis infantil. EMC – Pediatría. Francia: Elsevier; 2017; Volumen 52(1):1-8.
- ²- Ilvay Mendoza SS, Sánchez Yaguachi FX, Moreno Castro FI, López Toledo MG. Psoriasis en niños. RECIAMUC. 2022;6(3):136-42.
- ³- Nieto Benito LM, Carretero G, Rivera-Díaz R, Carrascosa JM, Daudén E, de la Cueva P, Sahuquillo-Torralba A, Herrera-Acosta E, Baniandrés-Rodríguez O, Lopez-Estebanz JL, Belinchón I, Riera-Monroig J, Ferrán M, Gómez-García FJ, Mateu A, Rodríguez L, Vilar-Alejo J, García-Donoso C, Ballezá F, Velasco LM, Botella-Estrada R, Herrera-Ceballos E, Ruiz-Genao DP, Descalzo MA, García-Doval I; el grupo de estudio BIOBADADERM. Moderate to Severe Psoriasis in Pediatric and Young Patients: The BIOBADADERM Registry Experience. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(4):401-406.
- ⁴-Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM; Global Psoriasis Atlas. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. BMJ. 2020;369:m1590.
- ⁵-Budu-Aggrey A, Brumpton B, Tyrrell J, Watkins S, Modalsli EH, Celis-Morales C, et al. Evidence of a causal relationship between body mass index and psoriasis: A mendelian randomization study. PLoS Med. 2019;16(1):e1002739.
- ⁶-De La Pedraja. LM. Abordaje de enfermería en el paciente con psoriasis. [tesis de grado]. España: Universidad de Cantabria; 2022:1-27.
- ⁷-Botía S, Dussan G, Bohórquez T. Actualidad y nuevos retos en psoriasis en pediatría. Revista Neuronum. 2019;5(2):99–125.
- ⁸-Luna Cerón E, Flores Camargo AA, Bonilla Hernández R, Vichi Lima LJ, Gómez Gutiérrez AK. Abordaje diagnóstico y manejo de psoriasis en atención primaria. Aten Fam. 2020;28(1):54.
- ⁹-Azaña Defez J. M, Martínez Martínez M. L. Psoriasis en la infancia y adolescencia. Pediatría Integral. 2016; XX (4);234–43.
- ¹⁰- López Pérez A, Psoriasis Infantil. [Grado en medicina]. España: Universidad de Cantabria; 2021; 1-52.

16. ANEXOS.

Anexo 1: Tabla

PRESENTACIÓN	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
Forma en placas	Eccema crónico o eccema numular Pitiriasis rosada de Gibert Liquen plano Dermatofitos Sífilis secundaria Lupus cutáneo
Forma pustulosa	Pústulas de origen infeccioso: estafilococo, herpes, candidiasis Pustulosis exantemática aguda de origen medicamentoso
Cuero cabelludo	Tiña, dermatitis seborreica
Glúteos	Dermatitis irritativa Candidiasis
Eritrodermia	Eccema Pitiriasis rubra pilaris Eritrodermia medicamentosa Escabiosis hiperqueratósica

Tabla 1: Diagnósticos diferenciales de la psoriasis. (Tomado de Dadban A. 2017) (1)

Anexo 2: Imágenes clínicas representativas.



Figura 1 y 2: Psoriasis en placas. (Tomado de Ilvay Mendoza SS y et al., 2022) (2)



Figura 3 y 4: Psoriasis en gotas. (Tomado de De La Pedraja, 2022) (6)



Figura 5, 6 y 7: Psoriasis del pañal. (Tomado de Botía S., 2019) (7)



Figura 8 y 9: Psoriasis eritrodérmica. (Tomado de De la Pedraja, 2022) (6)



Figura 10: Psoriasis ungueal. (Tomado de Ilvay Mendoza SS y et al., 2022) (2)

Anexo 3: Hoja de recolección de datos

ESPECTRO CLÍNICO DE LA PSORIASIS EN PACIENTES DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	
Nombre	Iniciales
ECU:	
Edad (años)	
Antecedente familiar de Psoriasis	1=Si 0=No
Sexo	0= M 1= F
Fecha de inicio de primer signo:	
Signo inicial de psoriasis	0=Psoriasis en placas 1=Psoriasis en gotas 2=Psoriasis palmoplantar 3=Psoriasis del pañal 4=Psoriasis eritrodérmica 5=Psoriasis pustulosa palmoplantar 6=Psoriasis ungueal
Fecha de diagnóstico	
Fecha de inicio de tratamiento	
Superficie corporal afectada	
Primera línea de tratamiento	1= Medidas generales 2= Queratolíticos 3= Dermocorticoides 4= Análogos de vitamina D 5= Análogos de vitamina A 6= Tacrolimús 7= Fototerapia 8= Acitretina 9= Metotrexato 10= Ciclosporina 11= Etanercept 12= Ustekinumab 13= Secukinumab 14= Ixekizumab 15= Adalimumab 16= Otro tratamiento
Responde a tratamiento tópico	1=Si 0=No
Responde a tratamiento sistémico	1=Si 0=No
Recibe tratamiento biológico	1=Si 0=No
Fecha de última consulta:	