

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO PARA OPTAR POR EL GRADO
DE MEDICO GENERAL.



PERFIL METABOLICO NUTRICIONAL, FORMAS CLINICAS Y
PRONOSTICO DE LA PSORIASIS EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL
EN EL PERÍODO 2010 al 2015

JOUSTHYN ARMANDO GRANIZO FREIRE
AUTOR

DRA. MARIA ELENA VERA GORDILLO
DERMATÓLOGA
TUTORA

GUAYAQUIL – ECUADOR

2015 – 2016



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: PERFIL METABOLICO NUTRICIONAL, FORMAS CLINICAS Y PRONOSTICO DE LA PSORIASIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL EN EL PERÍODO 2010 AL 2015.		
AUTOR/ ES: Jousthyn Armando Granizo Freire		REVISORES:
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil		FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION:		Nº DE PÁGS: 77
<p>RESUMEN: Distintos síndromes metabólicos se han visto relacionados de manera algo inexplicable con la psoriasis con variantes clínicas que es una enfermedad con un lapso crónico, común, invalidante, estigmatizante, compleja, multisistémica, y de etiología aún desconocida, multifactorial, no tiene una sola causa, y esta puede ser genética y hereditaria y a su vez asociada a patologías a fin que afecta principalmente al sistema tegumentario, alterando la calidad de vida y la psique del paciente. El Hospital Universitario de Guayaquil es un hospital de según nivel de gran desarrollo social en el país, siendo una institución con alta demandas de consultas en pacientes con patologías metabólicas asociadas a enfermedades dermatológicas, aun así no se conocen los factores que inciden en la calidad de vida y desarrollo de los pacientes. Se describirá las patologías metabólicas más comunes asociadas a esta enfermedad clasificándola también a su vez ya sea por orden metabólico de incidencia, por casos demográficos, prevalencia e incidencia anual y sus distintas variantes clínicas.</p>		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI X	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996080380 0967326527	E-mail: jousthyn_27@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil - Facultad de Ciencias Médicas	
	Teléfono: 0422390311	
	E-mail: http://www.ug.edu.ec	

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Prometeo, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 250-9054.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

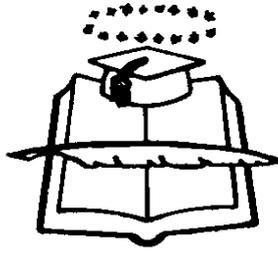
CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR EL SR. JOUSTHYN ARMANDO GRANIZO FREIRE CON C.I. # 0603863044.

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES PERFIL METABOLICO NUTRICIONAL, FORMAS CLINICAS Y PRONOSTICO DE LA PSORIASIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL EN EL PERÍODO 2010 AL 2015

REVISADA Y CORREGIDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DRA. MARIA ELENA VERA GORDILLO

TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a Sr. Jousthyn Armando Granizo Freire, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

DEDICATORIA

El señor dice: “Yo te instruiré, Yo te mostraré el camino que debes seguir, Yo te daré consejos y velaré por ti”

Salmos 32:8

Este trabajo va dedicado a mi Padre celestial, Dios y Señor de Señores, quien nunca me ha abandonado en el transcurso notorio arduo de mi camino, que ha puesto a prueba mi constancia y mi paciencia, mi lucha y mi fe, mi perseverancia y mi esperanza, que siempre ha permanecido fiel pese a mis errores y mi infidelidad. Señor mi Dios el único ante todos rey de reyes.

Gracias por lo que merezco y no merezco Dios misericordioso.
Jousthyn

AGRADECIMIENTO

A mi Padre Celestial, a mi Dios nuevamente. Muy agradecido por todo lo que has hecho en mí y por todo lo que harás en el transcurso de mi vida.

Agradezco a mi familia, mi soporte funcional. A mi madre, mi tan amada abuela, mis tíos que juntos han sido mi ayuda básica fundamental, sus enseñanzas, sus buenos valores morales y ética que me han ayudado a desarrollarme de a poco en esta sociedad y que me ayudara a cuidar de mi integridad y valorar a las demás personas con respeto y ayuda con base profesional y humanitaria

En especial a mi Madre Mónica, Mi maravillosa Madre y Abuela Águeda y mi Tia Amalia. Las Recuerda siempre, mi ímpetu de lucha y fuerza a diario para seguir adelante.

INDICE DE CONTENIDO

	<i>pág.</i>
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
INDICE DE CONTENIDO	VII
INDICE DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	14
I: EL PROBLEMA	14
1.1 EL PROBLEMA.....	15
1.2 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	19
1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.4 JUSTIFICACION.....	20
1.5 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	22
1.6 OBJETIVO.....	22
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
II: MARCO TEORICO	23
2.1 APORTES HISTORICOS.....	23
2.2 DATOS ACTUALES Y ESTADISTICOS.....	23
2.3 FISIOPATOLOGIA.....	27
2.4 ETIOLOGIA	29
2.4.1 FACTORES GENÉTICOS.....	29
2.4.2 PATRÓN DE HERENCIA.....	30
2.4.2.1 PATRON DE FACTOR METABOLICO.....	33
2.4.3 FACTORES INMUNOLÓGICOS.....	34
2.4.3.1 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LA PSORIASIS Y SU BASE INMUNOLÓGICA.....	35

2.4.3.2 LA INMUNIDAD INNATA EN LA PSORIASIS.....	35
2.4.3.3 CÉLULAS ASESINAS NATURALES (NK) Y LA PSORIASIS.....	35
2.4.3.4 LOS FACTORES AMBIENTALES Y LA PSORIASIS.....	36
2.5 CLÍNICA.....	37
2.6 TIPOS DE PSORIASIS.....	38
2.6.1 PSORIASIS VULGAR O PSORIASIS EN PLACAS.....	39
2.6.1.1 PSORIASIS EN PLACAS CRÓNICA.....	40
2.6.1.2 VARIANTES DE LA PSORIASIS VULGAR SEGÚN EL SITIO: PSORIASIS INTERTRIGINOSA.....	41
2.6.1.3 VARIANTES DE LA PSORIASIS VULGAR SEGÚN EL SITIO: PSORIASIS SEBORREICA.....	41
2.6.1.4 VARIANTES DE LA PSORIASIS VULGAR SEGÚN EL SITIO: CUERO CABELLUDO.....	42
2.6.1.5 VARIANTES DE LA PSORIASIS VULGAR SEGÚN EL SITIO: PALMO PLANTAR.....	43
2.6.2 PSORIASIS GUTTATA.....	44
2.6.3 PSORIASIS PUSTULOSA.....	45
2.6.3.1 PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA.....	45
2.6.3.2 PSORIASIS PUSTULOSA LOCALIZADA.....	46
2.6.4 PSORIASIS ERITRODERMICA.....	47
2.6.5 PSORIASIS UNGUEAL.....	48
2.6.6 ARTRITIS PSORIÁSICA.....	48
2.7 DIAGNÓSTICO.....	49
2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	50
2.9 TRATAMIENTO.....	50
2.9.1 EL TRATAMIENTO TÓPICO: FÁRMACOS TÓPICOS.....	51
2.9.2 FOTOTERAPIA.....	51
2.9.3 TRATAMIENTO SISTÉMICO: LOS MEDICAMENTOS ORALES O INYECTADOS.....	53
2.10 PRONÓSTICO.....	54
2.11 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	55
III: MATERIALES Y METODOS.....	56
3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	56
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	56

3.2.1 UNIVERSO.....	56
3.2.2 MUESTRA.....	56
3.2.3 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	56
3.3 VIABILIDAD DEL PROYECTO.....	57
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	57
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	57
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	57
3.5 VARIABLES.....	57
3.5.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	60
3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	60
3.7 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	60
3.8 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	60
3.9 TALENTO HUMANO.....	61
IV: RESULTADOS	61
4.1 FRECUENCIA DE CASOS DE PSORIASIS DURANTE EL PERÍODO 2012 A 2014 EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL	61
4.2 DESCRIPTORES DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO.....	63
4.3 PERFIL DE ANTECEDENTES CON PATOLOGÍA METABÓLICA EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUI..... ¡Error! Marcador no definido.	64
4.4 FRECUENCIA E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE PSORIASIS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL.....	65
4.5 FRECUENCIA ANUAL DE PACIENTES CON PSORIASIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL.....	66
4.6 OTRAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL.....	67
4.7 PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL.....	68
V: DISCUSIÓN	69
VI: CONCLUSIONES	73
VII: RECOMENDACIONES	74

VIII: VALORACION CRITICA	74
IX: BIBLIOGRAFÍA	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

pág.

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES ENCUESTADOS CON DIAGNÓSTICO DE PSORIASIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL 2010-2015.....	62
GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO 2010 AL 2015.....	63
GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN PERFIL DE ANTECEDENTES CON PATOLOGÍA METABÓLICA EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO 2010 AL 2015.....	64
GRAFICO 4: FRECUENCIA E INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE PSORIASIS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO 2010 AL 2015.....	65
GRÁFICO 5: FRECUENCIA ANUAL DE PACIENTES CON PSORIASIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO 2010 AL 2015.....	66
GRAFICO 6: CARACTERIZACIÓN DERMATOLÓGICA DE LOS CASOS DE PSORIASIS EN LA MUESTRA.....	67
GRÁFICO 7: PRESENCIA DE OTRAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO 2010 AL 2015.....	68
GRÁFICO 8: PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO 2010 AL 2015.....	69

RESUMEN

Antecedentes: Distintos síndromes metabólicos se han visto relacionados de manera algo inexplicable con la psoriasis con variantes clínicas que es una enfermedad con un lapso crónico, común, invalidante, estigmatizante, compleja, multisistémica, y de etiología aún desconocida, multifactorial, no tiene una sola causa, y esta puede ser genética y hereditaria y a su vez asociada a patologías a fin que afecta principalmente al sistema tegumentario, alterando la calidad de vida y la psique del paciente.

Ecuador no posee cifras e índices exactos sobre esta patología, contando con pocos estudios que brinden características epidemiológicas cercanas en su incidencia y pronóstico. El Hospital Universitario de Guayaquil es un hospital de según nivel de gran desarrollo social en el país, siendo una institución con alta demandas de consultas en pacientes con patologías metabólicas asociadas a enfermedades dermatológicas, aun así no se conocen los factores que inciden en la calidad de vida y desarrollo de los pacientes con psoriasis.

Objetivo: Determinar la asociación de síndromes metabólicos y formas clínicas en pacientes psoriásicos y también establecer el índice de calidad de vida y pronóstico de los mismos, atendidos en el servicio de consulta externa de dermatología en el Hospital Universitario de Guayaquil entre el período 2010 a 2015.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte retrospectivo que incluyó todas las consultas dermatológicas en esta institución durante el período 2010 a 2015.

Análisis Estadístico: Se han estudiado las más comunes patologías metabólicas con sus variantes clínicas y perfil poblacional, además los hallazgos del estudio se presentaron empleando frecuencias simples, índices y porcentajes.

Resultados: Durante los años 2010 a 2015, que es el período de estudio se han diagnosticado 2199 casos, el grupo de edad más afectado es de 18 a 65 años, con un 42%, siendo una afectación similar entre hombre y mujeres. Se ha demostrado que hay una alteración en la calidad de vida de los pacientes que la padecen en un 98%. Sólo el 2% no sufre ninguna alteración en la calidad de vida. El 92% de los pacientes se han sentido de algunas maneras avergonzadas por su condición. El 90% presenta algún síntoma de molestia.

Conclusiones: Las enfermedades metabólicas tienen su asociación a la psoriasis con una gran variabilidad clínica, esta es una enfermedad que altera el estilo y la calidad de vida de los pacientes que la padecen y pronóstico. Un gran porcentaje a lo largo de su vida ha presentado algún síntoma de molestia o ha interferido en la vida social o personal del paciente.

ABSTRACT

Background: Different metabolic syndromes have been related so unexplainable with psoriasis clinical variants which is a disease with a chronic, common, debilitating, stigmatizing, complex, multisystem period, and still unknown, multifactorial etiology, it has no single cause, and this may be genetic and hereditary and in turn associated pathologies so that mainly affects the integumentary system, altering the quality of life and the patient's psyche. Ecuador does not have exact figures and indices of this disease, with few studies that provide close epidemiological characteristics in incidence and prognosis. The University Hospital of Guayaquil is a hospital according to the level of great social development in the country, being an institution with high demands for consultations in patients with metabolic diseases associated with skin diseases, yet the factors affecting quality are not known life and development of psoriasis patients.

Objective: To determine the association of metabolic syndrome and clinical forms in psoriatic patients and also set the rate of quality of life and prognosis of them treated at the outpatient department of dermatology at the University Hospital of Guayaquil between the period 2010-2015.

Methodology: A descriptive retrospective cohort study that included all dermatological consultations in this institution during the period 2010-2015 was performed.

Statistical analysis: We have studied the most common metabolic diseases with clinical and population profile variants, plus the findings of the study were presented using simple frequencies, ratios and percentages.

Results: During the years 2010-2015, which is the study period, 2199 cases were diagnosed, the most affected age group is 18 to 65 years, with 42%, with a similar involvement between men and women. It has been shown that there is a change in the quality of life of patients suffering 98%. Only 2% undergoes no change in the quality of life. 92% of patients have felt in some ways embarrassed by their condition. 90% have symptoms of discomfort.

Conclusions: The metabolic syndrome have association with Psoriasis clinical variability, this is a disease that alters is style and quality of life of patients who suffer. A large percentage throughout his life has developed any symptoms of discomfort or interfered with social or personal life of the patient.

Keywords: METABOLIC SYNDROME, PSORIASIS, DERMATOLOGY, INDEXES, EPIDEMIOLOGY,

INTRODUCCIÓN

El proyecto titulado *“Perfil metabólico nutricional, Formas clínicas y pronóstico de la Psoriasis en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2010 al 2015”* nace de una mirada sugestionada dentro de la formación de la academia médica y a su vez dentro de un perfil nutricional y en la cátedra de especialidad de Dermatología, la cual nos enfoca hacia la problemática actual de la Psoriasis, una enfermedad que va deteriorando genuinamente la calidad de vida de la población que la padece, no respetando así la clase social, profesión, género o raza y ahora hablamos inclusive de edad, llevando al paciente a un sinnúmero de complicaciones que afectan su integridad física, emocional y social.

Universalmente podemos decir que la psoriasis es una enfermedad crónica que afecta al sistema tegumentario del ser humano, disuadiendo el funcionamiento del mismo, que hoy en día afecta del 2 al 3% de la población mundial según la OMS. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en el mundo existen más de 125 millones de pacientes con psoriasis y en 2013 acogió una solicitud para incluirla como enfermedad grave. (OMS 2012 Organización Mundial de la Salud)

Este es el propósito principal del proyecto, expresar los hechos de pacientes que se encuentran afectados en la carga psicofísica que representa el afrontar esta enfermedad. Para el cumplimiento correcto del objetivo principal de la investigación, la cual es analizar, describir y señalar los índices en el deterioro que produce esta enfermedad en un grupo de pacientes en el Hospital Universitario de Guayaquil y las repercusiones en su calidad de vida como respuesta ante una patología propiamente dificultosa, estigmatizante, crónica, limitante, invalidante, la cual genera cambios en su aptitud en su gran mayoría gran medida negativos; por lo que involucra su debido interés terapéutico en lo que se podría basarse un profesional de la salud para recuperar parte de la homeostasis de su paciente.

La importancia de esta investigación radica en el enriquecimiento de conocimientos sobre lo que se trata esta enfermedad, siendo el objetivo primordial establecer los perfiles metabólicos, formas clínicas y factores de riesgo que influyen en

la incidencia de psoriasis en un grupo de pacientes en el Hospital Universitario de Guayaquil, valorando el impacto y deterioro que se llega a producir en la calidad de vida del paciente.

Es un hecho titánico para la mayoría de los profesionales de la salud, intentar mejorar e influir en el estilo de vida de un paciente que psicológica y adaptativamente tiene alterado su modo de vida, de una forma menos efectiva que el resto de la población y todas las formas de afrontamiento que conllevan una patología crónica y sin cura.

CAPITULO UNO

1.1 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La psoriasis tiene un impacto profundo en la vida diaria de los pacientes. La carga de la enfermedad se extiende más allá de las manifestaciones físicas e incluye impedimento físico, social y psicológico. Numerosos estudios han demostrado el importante impacto negativo de la psoriasis en su pronóstico. Además, como una enfermedad crónica, la psoriasis afecta a la calidad de vida de los pacientes y sus familiares cercanos de manera acumulativa. Los familiares de los pacientes con psoriasis experimentan una amplia gama de efectos negativos en sus vidas lo que respecta a las modificaciones psicológicas sociales y de estilo de vida, las relaciones interpersonales, las cuestiones financieras, actividades familiares, el sueño y los problemas relacionados con el cuidado práctico de los pacientes.

Evidencia reciente da cuenta que la psoriasis se encuentra fuertemente asociada a algunos factores de riesgo cardiovascular clásicos como obesidad, diabetes, dislipidemia y tabaquismo, además de otros factores de riesgo como la elevación de la proteína C reactiva y la hiperhomocisteinemia. Debido a ello se ha generado una gran controversia respecto de la direccionalidad de dichas asociaciones, así como sobre el potencial rol que desempeñaría la psoriasis como un factor de riesgo cardiovascular y viceversa. Estudios epidemiológicos han reportado que existe una fuerte asociación entre psoriasis y el síndrome metabólico y sus componentes. De hecho se ha observado una fuerte relación entre el riesgo de padecer psoriasis y la obesidad, diabetes e hipertensión, particularmente con el riesgo de padecer las formas severas de esta

enfermedad. En consecuencia ha habido una serie de cambios en las recomendaciones de manejo de los pacientes con psoriasis. Hoy en día, por ejemplo, se alienta a que todos los pacientes con psoriasis sean sometidos a un descarte de enfermedad coronaria y otros trastornos metabólicos. (Metabolic syndrome as a factor associated with psoriasis in a dermatology outpatient clinic. Centro Médico Naval “CMST”, 2009)

Varios factores metabólicos pueden contribuir a malos pronósticos en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis. La naturaleza crónica de la enfermedad y la falta de control sobre los brotes inesperados de los síntomas son algunos de los aspectos más molestos de la psoriasis.

Los pacientes pueden sentirse humillados cuando tienen que exponer sus cuerpos durante las relaciones íntimas, la natación, el uso de duchas públicas, o de todos modos que viven en condiciones que no ofrecen privacidad adecuada. Por lo tanto la psoriasis afecta a la vida social de los pacientes, las actividades diarias, y el funcionamiento sexual. El tratamiento de la psoriasis, ya que puede estar asociada con el riesgo de efectos adversos, es también un componente importante de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis. Mediante la utilización de la Short Form-36 (SF-36), un instrumento de calidad de vida genérica, se ha demostrado que la psoriasis puede causar tanto la discapacidad como otras enfermedades médicas importantes, incluyendo enfermedades del corazón, la diabetes y el cáncer. (The story of Psoriasis – ELLEN SEYDEN)

La psoriasis también está relacionada con varios co-morbilidad, especialmente las enfermedades cardiovasculares y los trastornos psiquiátricos. Además, los factores de riesgo cardiovascular están fuertemente asociados con la gravedad de la inflamación y la duración de la enfermedad.

La mejora de pronósticos de vida en pacientes con psoriasis es un objetivo muy importante dentro de la mejora de patologías metabólicas. Por lo tanto, las intervenciones para mejorar el proceso de atención de esta población también deben evaluar los resultados de mejoría de síntomas metabólicos su pronóstico y además calidad de vida, tales como el funcionamiento social y el bienestar emocional, ajustando por los efectos de las co-existentes condiciones crónicas. Medidas específicas de enfermedad pueden ser lo suficientemente sensible para detectar y cuantificar los

cambios pequeños que son importantes para los médicos y los pacientes. Los profesionales de la salud tienen un papel crucial en la identificación y el apoyo a los pacientes y las familias afectadas. Con el fin de establecer una buena relación con los miembros de la familia y ser capaz de mejorar el cumplimiento de los pacientes, los dermatólogos deberían desarrollar una mayor comprensión de la vida de los pacientes con psoriasis y sus familiares. (Organización mundial de la Salud 2012 - OMS)

Decimos entonces que la Psoriasis es una dermatosis del sistema tegumentario, compleja multisistémica, con curso crónico, común, de etiología desconocida, no teniendo una sola causa, sino siendo Multifactorial, pudiendo ser genética y hereditaria, asociadas a enfermedades metabólicas y caracterizándose por lesiones eritematoescamosas, bien definidas, localizadas caracterizadas por una hiperplasia epidérmica, pudiendo ser en un principio placas únicas y llegando a ser múltiples, con un aumento de la queratopoyesis que se encuentra anormalmente acelerada, con un aumento en la tasa de renovación celular epidérmica que podría estar relacionada con una sustancia transportada en la sangre, con un defecto en el sistema inmune. (Psoriasis por Cecilia Cañarte Mantuano)

La Psoriasis es una enfermedad universal, como dijimos afecta a la población general, pero se hablan de tasas de prevalencia que se acercan al 0,1 – 6 %, en especial en los países escandinavos. Aun así se hallan diferencias en la prevalencia en el mundo entero. La mayoría de los estudios refieren datos hospitalarios y no de población. En el Ecuador no existen datos estadísticos adecuados, ni claros sobre la incidencia y prevalencia, el último dato oficial propio del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC), arroja un reporte de 86 casos de los egresos hospitalarios en el año 2000. En el del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) alrededor de 7 años, en el período de 1995-2002, se registraron 290 pacientes, con una prevalencia del 1.1% de casos en nuevas consultas. (Referencia INEC – HCAM 2001)

La enfermedad al ser común se puede presentar desde el momento del nacimiento hasta la vejez, con el peso de incidencia familiar y en ambos sexos. Se cree que un inicio temprano de la enfermedad suele significar un peor pronóstico, según la

estadísticas entre el 10 -15% aparece antes de los 10 años. El pico de edad de la enfermedad en su inicio es en la segunda década de la vida, el promedio de edad de presentación es los 27 años, clasificada de esta manera en dos tipos que son I y II (conocidas como forma juvenil y del adulto), el tipo I o juvenil, aparece más temprano, antes de los 40 años, siendo la edad promedio de su aparición alrededor de los 20 años, cuenta con antecedentes familiares, tiende a ser más generalizada, puede ser resistente a tratamientos y es en realidad mucho más grave, sugiriendo un mal pronóstico.(Enno C, Wolfram S. Psoriasis)

El tipo II, del adulto, de aparición tardía, después de los 40 años, alrededor de los 60 años como promedio, se caracteriza por presentar rara vez antecedentes familiares, la evolución clínica cursa como un cuadro benigno, está relacionada con el Cr 17q. La distribución por sexo es igual, pero es más frecuente en las mujeres en las edades pediátricas. Afectan a todas las razas en general, pero es menos frecuente en las razas amarillas, negras, y mongoloides, rara en los indios, sin embargo estos datos pueden ser fluctuantes y estar modificada por factores socioeconómicos y culturales. (Ottaviani C, Nasorri F, Bedini C, de Pità O, Girolomoni G, Cavani A. CD56brightCD16 (-))

En nuestro país existe un predominio de mestizos. En el Ecuador se realizó un estudio observacional, descriptivo, encuesta de prevalencia de la psoriasis, persona-persona, en un universo de todos los niveles socioeconómicos de la ciudad de Quito, en 1000 familias, escogidas aleatoriamente, de acuerdo a los planos oficiales de distribución de la ciudad de Quito, seleccionando unidades primarias (Parroquias), secundarias (Barrios, Manzanas, casas) y finales (pacientes).

De 4.911 personas entrevistadas, se encontraron un total de 29 pacientes diagnosticados de Psoriasis que corresponden al 0.59%, 15 fueron hombres (0.30%)y 14 mujeres (0.28%), de edades comprendidas entre 8-70 años con un promedio de 39 años (51), la mayoría de profesiones y ocupaciones distintas.

Ecuador no tiene cifras exactas, pero si podemos dar un dato en el distrito Metropolitano de Quito del 0.59% en una población de 1600.000 habitantes y como dato de población hospitalaria del 18.75 % en la Fundación Ecuatoriana de la Psoriasis FEPSO durante el año 2005. (FEPSO 2005 FEPSO OFICIAL PAGE)

Es común que la psoriasis transcurra por ciclos de erupciones y remisión, si bien no tiene cura y por ende no desaparece completamente, a veces desaparece durante meses o años. La edad suele ser un factor concluyente que puede determinar el hecho de mejorar o empeorar. Sin embargo, en los casos más graves (psoriasis generalizada) se puede complicar asociándose con la conocida artritis psoriásica, con síntomas similares a la reumatoide; dermatitis psoriásicaexfoliativa, en la que se inflama toda la piel teniendo características eritematosas que impide cumpla su función de barrera protectora; o, psoriasis pustulosa, en la que se forman granos pustulosos, sobre todo en las palmas de las manos y los pies. (Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis)

1.2 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO

El Hospital Universitario de Guayaquil es uno de los principales centros hospitalarios del país y uno de los más importantes en Guayaquil, donde día a día se reciben a pacientes provenientes de todo el país; cuenta con un servicio de Dermatología en consulta externa donde se atiende una gran cantidad de pacientes.

En dichas consultas en el área de dermatología se atienden pacientes con una gama de patologías cutáneas, tanto leves como complicadas cuya evolución difiere y ciertos principios podrían sugerir la presencia de Psoriasis.

La nulidad en el conocimiento de pronósticos de calidad de vida que afectan al paciente crónico, pueden desarrollar un abanico de complicaciones que podría no permitir actuar de manera oportuna para evitar el desarrollo de los mismo, disminuyendo la forma y la calidad de vida de los pacientes. Así mismo se ve afectada la supervivencia, disminuyendo el pronóstico a corto y a mediano plazo.

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

Naturaleza de la investigación: científica.

Área: Ciencia de la salud.

Línea de investigación: Medicina Interna – Dermatología.

Tema: Perfil Metabólico nutricional, formas clínicas y pronóstico de la Psoriasis.

Ubicación témporo-espacial de la unidad operativa: En el Hospital universitario localizado en la ciudad de Guayaquil, el servicio de Dermatología, en consulta externa, presta atención a pacientes con Psoriasis, se realizara el presente estudio, en el periodo de los años 2010 al 2015.

1.4 JUSTIFICACION

Si bien es cierto existe un sinnúmero de trabajos relacionados al tema, la problemática que gira alrededor de los pacientes que sufren un impacto en los hábitos de vida tras el diagnóstico de psoriasis siempre está presente. He ahí el deber de los trabajadores de la salud a priorizar y actualizar el enfoque que deben abordar los diversos factores que exacerban e impactan en la estabilidad del pronóstico de estos pacientes.

Se argumenta como motivo el hecho de adquirir y establecer las principales causas etiológicas metabólicas que motivan los cambios y pronostico en el estilo de vida del paciente. También analizar las diversas complicaciones que se llevan a cabo en los órganos que difieren del sistema tegumentario.

El trabajo se realiza para investigar, evaluar, reconocer y reflexionar las falencias en la prevención de complicaciones y alteración de vida del paciente con Psoriasis, además el motivo radica básicamente en la necesidad de obtener cifras estadísticas que arrojen cuál es la población más susceptible a la enfermedad, variantes metabólicas y así mismo cuál es la que mayor cambios y complicaciones sufren en sus cuadro clínico, así como los factores que empeoran su enfermedad y repercuten en su estilo de vida

El objetivo neto de este trabajo es que se innove un análisis detallado que permita reflejar los principales parámetros que deben liderar la elaboración de un programa operativo de actividades con el mero fin de responder a las necesidades prioritarias y emergentes que requiere la población que se encuentra afectada por la Psoriasis, no dejando atrás las expectativas y requerimientos primarios que carece la población, conforme a las posibilidades de las autoridades de salud.

Para máximo beneficio y aprovechamiento de este estudio y para que realmente alcance su propósito en su elaboración se espera que el mismo pueda servir como parámetro indicador y fuente de información de la población afecta y así frenar las diversas complicaciones en la psoriasis.

Es necesario rebasar las barreras de la mera y simple información, el hecho de cumplir con los objetivos propuestos, guían a que las actividades sean proyectadas con un carácter indicativo, instructor y preventivo que motiven e inviten a los trabajadores de la salud en la importancia que radica los cambios en la vida en los pacientes con esta patología.

Si bien es cierto esta patología no tiene cura y por ende no se la puede erradicar, se recuerdan que si existen medidas que ayudan a que esta no altere y desencadene un mal pronóstico en los pacientes con esta enfermedad.

Con los resultados a obtener en este estudio, se da apertura a nuevos trabajos que induzcan al desarrollo de medidas estratégicas para prevenir factores desencadenantes que empeoren la Psoriasis, dando a conocer causas metabólicas que la exacerban y los factores de riesgos que desatan la gravedad de la enfermedad en la población, desarrollando actividades de salud direccionadas a la instrucción, logrando la aprobación, independencia y acomodo del paciente en cuanto a su entorno. Que la comunidad en general, principalmente los familiares tomen conciencia y brinden el soporte necesario a los paciente con psoriasis, alejando así la distinción de la que muchas veces son víctimas este tipo de pacientes. Se vale también la idea de impulsar y motivar la creación de centros de terapia o programas amplios de salud para el alcance y

acceso hacia el tratamiento directo de esta patología, satisfaciendo así las necesidades básicas y necesarias de los pacientes. (Dermatosis Eritematoescamosas, Dr. Manuel Loayza Vivanco, Dr. Enrique Loayza)

FORMULACION DEL PROBLEMA

1. ¿Cuáles son los Síndromes metabólicos que influyen en pacientes con psoriasis de la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil?
2. ¿Cuáles son las diferentes variantes clínicas psoriásicos que se dan con mayor frecuencia en los pacientes que padecen esta patología?
3. ¿Qué edades son más vulnerables los pacientes que padecen esta patología?
4. ¿Cuál es la prevalencia e incidencia anual de estos casos de pacientes de afectación psoriásicos vistas en el departamento de consulta externa?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los indicadores metabólicos, formas clínicas y pronóstico de la calidad de vida de pacientes con psoriasis en los años 2010 – 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar pacientes con enfermedades metabólicas asociados a Psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil.
- Determinar la frecuencia e incidencia anual de casos de psoriasis en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.
- Caracterizar según descriptores demográficos los pacientes incluidos en el estudio.
- Caracterizar dermatológicamente los casos de psoriasis en la muestra.
- Determinar, si el tratamiento brindado ya influye en la asociación entre los factores de riesgo y la variación en la calidad de vida del paciente.
- Identificar el servicio de procedencia y las comorbilidades asociadas con esta patología.

CAPITULO DOS

MARCO TEORICO

2.1 APORTES HISTORICOS

La Psoriasis ha sido descrita a lo largo de la historia con diferentes términos como: impétigo, lopoí, alphas, usagro. Se la describe en el vocablo griego: [so' rja.sis], del griego ψώρα, picor, es decir “estado de picor”, Incluso hasta el siglo XVIII se la seguía incluyendo como una especie de lepra y los psoriásicos sufrieron a menudo el mismo destino que los leprosos, incluso el ser quemados en la hoguera.

Mantenido en secreto durante miles de años a través del tiempo, la psoriasis se presentó cuando se desenterraron las momias egipcias. Los griegos tenían una palabra para ella-psora, que quiere decir "picar", lo que podría calificarse como un atributo que ha permanecido a lo largo de los siglos.

Aparte de que el aislamiento de los síntomas, incluso las mentes médicas más respetadas de la antigüedad quedó desconcertadas por la psoriasis. El griego "padre de la medicina" Hipócrates (460-377 AC) sustituyó a la superstición con conocimientos en el tratamiento de enfermedades de la piel mediante la introducción de alquitrán en el arsénico tópico. El también conocido médico Galeno (133-200 dC) identificó la psoriasis como una enfermedad de la piel a través de la observación clínica y fue el primero en bautizarla como psoriasis. Pero, junto con el arsénico, sugirió así mismo la aplicación del caldo de una serpiente que había sido hervida.

Agrupados con trastornos de la piel similares que se creían ser contagiosa, la condición llevó a la confusión con la lepra lo cual en conjunto con las escrituras cristianas, nos dan indicio de el hecho de la discriminación y exclusión y por ende al estigma social que acompaña, el aislamiento y rechazo que sufría una persona con Psoriasis (confundido con lepra en ese entonces) quien era expulsado de su comunidad o en la sociedad, dándonos las primeras conjeturas de alteración en la calidad de vida de las personas que la padecían, considerándose en ese tiempo como un cuadro al pecado. Según recita Levítico 14:34 la persona que la padecía debía ser excluida, se consideraba maldita y se la declara inmundas. Las personas con psoriasis, miles en la Europa medieval, se vieron obligados a advertir unos a otros a manera de alarma.

En el pasado, los posibles factores etiológicos que causaban psoriasis incluían la mala nutrición, los microbios, la circulación sanguínea, la falta de higiene, las alergias y el mal funcionamiento de los órganos internos. Así mismo a inicios del siglo 19 existieron numerosos tratamientos mal concebidos que en vez de ir dirigidos a “curar” al paciente extendían las patologías confundidas con Psoriasis, algunos presos de la desesperación llegaban a extremos con remedios y recetas que incluían estiércol de gato y perro, aceite fresco, aceite de ganso, las cebollas mezcladas con sal del mar, el semen y toda una gama de productos de desechos orgánicos. Otras ideas incluían la lubricación de la piel y envolver el cuerpo en sábanas de día para crear una oclusión (cubierta) para aflojar las escamas. Las aplicaciones más populares envolvían a veces los ingredientes tóxicos tales como nitrato, azufre y mercurio, causando efectos secundarios dañinos suficientes para superar cualquier beneficio. La mayoría de las soluciones dañaban e irritaban la piel llevando a consumir mucho tiempo. (Beylot C. Clinical aspects of psoriasis. Rev Prat 2004)

Todo esto nos lleva inmediatamente a la terapia alternativa del siglo 21 principalmente en países como Croacia o Turquía, que ofrece a la psoriasis como alimento para peces (los conocidos peces rafas o peces doctores) que consiste en que estos se alimenten de la piel escamosa en una piscina, ofertando una humectación y suavización de la piel.

A principios del siglo 19 en el Hospital Saint-Louis de París, Jean-Louis Ailbert clasificó las enfermedades de la piel según la causa, la apariencia, la duración, el curso y la respuesta al tratamiento.

Mientras en Inglaterra, el Dr. Robert Willan, alrededor de 1809, reconoce por primera vez la psoriasis como una entidad clínica específica y lo describió con precisión. Willan hizo un estudio exhaustivo y una obra sobre la piel y la psoriasis que llevó toda su vida.

En 1836, Henry Daggett Bulkley abrió un dispensario en Broome Street en Nueva York, el primer dispensario en los Estados Unidos para el tratamiento de la psoriasis y otras alteraciones dermatológicas.

Fue en la década de 1840 que el doctor Ferdinand von Hebra, considerado como el fundador de la dermatología moderna, que elimina la palabra "lepra" de la descripción clínica de la psoriasis, acción que separa a la psoriasis de la lepra para siempre, estudiándose posteriormente con dos entidades completamente diferentes.

En 1872 Henrich Koebner presentó el concepto de la posibilidad que tenía la piel de los pacientes psoriásicos de desarrollar lesiones varios años después de traumatismos locales, incluidas mordeduras de animales o tatuajes.

En 1875 William John Munro médico de origen australiano describe los microabcesos en la epidermis psoriásica asociados a su nombre.

En 1898 Louis Brocq introduce el raspado metódico de la placa psoriásica con la técnica del raspado, descubriendo lo que se denomina "signo del rocío hemorrágico".

En 1937 Seghers y Robinson consideraron a la artritis psoriásica como una entidad clínica.

Siendo así en la década de 1960, empieza la investigación de la psoriasis como una enfermedad de tipo autoinmune. La artritis psoriásica finalmente fue identificada como una entidad clínica en su propio derecho.

En el siglo XX se pueden ya reconocer los mecanismos subyacentes por los cuales la psoriasis se manifiesta, lo que llevó a tratamientos basados en la evidencia de la eficacia de cada persona, de acuerdo a las necesidades individuales en lugar de ensayo y error. Estos incluyen tópicos (aplicados a la piel), láser y fototerapia y sistémicos (oral, intramuscular o IV, siendo estos medicamentos que inhiben el sistema inmunitario). Aunque es más conocido por sus propiedades curativas desde tiempos bíblicos, el Mar Muerto de Israel comenzó a ser promocionado como una fuente de terapia efectiva en la década de 1970. (History Psoriasis Hellen Seyden)

En la década de 1990 se desató el Proyecto del Genoma Humano, lo que desató la búsqueda sistemática para identificar los genes que determinan la psoriasis.

Es en 1998 que los medicamentos biológicos, introducidos en la última parte del siglo 20, se convirtieron en la vanguardia de la investigación en el tratamiento de la

psoriasis. Estos agentes están hechos de sustancias que se encuentran en las células y que actúan y viven en el sistema inmunológico del cuerpo, siendo diseñados para tratar la psoriasis y la artritis psoriásica atacando las células hiperactivas del sistema inmunológico del cuerpo. La historia de la psoriasis con sus teorías fuera de sitio, sobre cómo se originó la enfermedad y algunos remedios escandalosas en el camino, en realidad no presagiaba nada bueno para los pacientes en un primer momento. Pero con una mejor comprensión de su causa, la nueva tecnología de investigación, los tratamientos basados en la evidencia, en lugar de ensayo y error, dirigidos a los genes que causan la psoriasis, y en desarrollo medicamentos que bloquean las células inmunes, la historia de la psoriasis ha cambiado para mejor. (Julien D. Pathogenesis of psoriasis. Ann Dermatol Venereol. 2012)

2.2 DATOS ACTUALES Y ESTADISTICOS

La Psoriasis tiene una distribución universal y su incidencia varía de forma significativa de acuerdo a la región. De acuerdo con estudios de la National Institutes of Health (NIH), aproximadamente el 2,2% de la población de Estados Unidos tiene psoriasis. A nivel internacional, la incidencia de la psoriasis varía dramáticamente. Un estudio de 26.000 indios sudamericanos no reveló ningún caso de la psoriasis, mientras que en las Islas Feroe, se observó una incidencia de 2,8%. (Stadistic NIH 2013)

Aunque la psoriasis puede comenzar a cualquier edad, la enfermedad es menos común en niños que en adultos. Aproximadamente el 10-15% de los nuevos casos comienzan en los niños menores de 10 años. Parece que hay dos picos de la edad de inicio: uno entre las edades de 30 y 39 años y otro entre las edades de 50 y 69 años. La edad media de inicio es de 28 años. Puede presentarse desde el nacimiento (sin ser congénito) hasta los 108 años Si el comienzo de la enfermedad es prematuro es decir antes de los 15 años, podría augurar una afectación más severa en relación al porcentaje de piel afecta y a la respuesta terapéutica. Además, a más temprano comienzo hay mucho más posibilidades de que se presente en el futuro historia familiar de psoriasis. (Lomholt G. Psoriasis)

No hay predilección de género clara para la psoriasis, aunque parece ser ligeramente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres; Sin embargo, los

hombres se cree que son más propensos a experimentar la enfermedad ocular. La psoriasis es ligeramente más común en mujeres que en hombres.

La incidencia de la psoriasis depende del clima y el patrimonio genético de la población., la ubicación geográfica parece influir en la probabilidad de tener psoriasis; la prevalencia de la enfermedad tiende a aumentar a medida que aumenta la distancia del ecuador. Es menos común en los trópicos y en las personas de piel oscura. Prevalencia Psoriasis en los afroamericanos es del 1,3% frente al 2,5% en los blancos.

La prevalencia en niños varió de 0% (Taiwan) a 2,1% (Italia), y en adultos que varió de 0,91% (Estados Unidos) a 8,5% (Noruega). En los niños, la estimación de incidencia (Estados Unidos) fue de 40,8 / 100.000 personas-año.

En el Ecuador no existen datos epidemiológicos estadísticos nacionales adecuados y actuales acerca de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad. El último dato del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC 2000) reporta 86 casos de los egresos de ese mismo año. El Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) registra 290 pacientes entre 1995-2002, con una prevalencia del 1,1% de las consultas nuevas. Según un estudio de la FEPSO en la ciudad de Quito en el año 2004 de 4.911 personas encuestadas, se encontró un total de 29 pacientes (0,59%) con psoriasis. (2006 INEC HCAM Base de datos)

Tabla 1: Cuadro comparativo de Prevalencia de Psoriasis en Algunos países.

PAIS	POBLACIÓN	PREVALENCIA	REFERENCIA
ECUADOR	0,56%	General	Cañarte/Palacios/Cabrera
ECUADOR	1%	Hospitalaria	Palacios/ Cañarte ⁹
CUBA	2%	-	-
SUDAMÉRICA	0- 0.97%	Hospitalaria	Kerdel, Vegas
TAIWAN	2%	General	Symmons, Griffiths
ITALIA	2,1%	General	Symmons, Griffiths
ESPAÑA	1,17%	Hospitalaria	Ferrandiz y Colab.
USA	0,91%	General	Symmons, Griffiths
NORUEGA	8,5%	General	Symmons, Griffiths

En nuestro país, también predomina un poco más en mujeres en comparación a los hombres, aunque vale dejar en claro que las cifras y estadísticas mundiales hasta hace poco sostenían la igualdad en ambos sexos, así mismo la edad de presentación en mujeres es con frecuencia en adultas jóvenes y en varones en adultos mayores. Las regiones de mayor incidencia en nuestro país están dentro del perfil costanero debido tal vez a su clima tropical; en las provincias de Guayas, Manabí y Los Ríos; (seguidas por El Oro y Esmeraldas.), dentro de la región interandina, en general su incidencia es menor, y no se han reportado casos en los indígenas puros. (Fuente EL Universo 2013)

2.3 FISIOPATOLOGIA

Se considera ahora a la Psoriasis como un trastorno multifactorial que tiene varios factores como la predisposición genética, la inflamación mediada inmunológicamente, y varios factores ambientales. Existen factores que la modifican y empeoran el cuadro clínico como la obesidad, trauma, infección y una posible deficiencia de las formas activas de la vitamina D3. Diferentes subconjuntos de linfocitos T, células presentadoras de antígenos, queratinocitos, células de Langerhans, macrófagos, células asesinas naturales, una serie de citocinas de tipo Th1, ciertos factores de crecimiento como el factor de crecimiento vascular endotelial, factor de crecimiento de queratinocitos, etc están involucrados. (Baran R. The burden of nail psoriasis)

La psoriasis fue considerada durante mucho tiempo como un trastorno del crecimiento descontrolado de queratinocitos o una inflamación crónica. Sin embargo, el avance en las técnicas inmunológicas y en los análisis genéticos en las últimas cuatro décadas ha dado lugar a una reevaluación de la fisiopatología implicada. Algunos consideran que la psoriasis como una enfermedad específicamente propia del sistema autoinmune que se desencadena por un sistema inmune celular activado y es similar a otras enfermedades autoinmunes tales como la enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, esclerosis múltiple y diabetes juvenil. Todos estos se ajustan a la definición de una enfermedad autoinmune como "un síndrome clínico causado por la activación de células T y células B, o ambos, en ausencia de una infección en curso u otra causa discernible. (Barker JNWN. The pathophysiology of psoriasis)

A pesar de la gran cantidad de estudios de investigación en su patogénesis, la psoriasis todavía representa un reto para la comunidad científica y se busca establecer cómo y por qué se produce y por lo tanto el desarrollo de un medicamento mágico para tratarla.

Las principales conclusiones de la piel afectada de los pacientes con psoriasis incluyen congestión vascular superficial debido a la dilatación de los vasos sanguíneos y el ciclo celular epidérmico alterado. Una hiperplasia epidérmica conduce a una tasa de recambio celular acelerado (de 23 d para 3-5 d), lo que lleva a la maduración celular inapropiada.

Las células que normalmente pierden sus núcleos en el estrato granuloso conservan sus núcleos, una condición conocida como paraqueratosis. Además de paraqueratosis, las células epidérmicas afectadas no liberan niveles adecuados de lípidos, que normalmente son adherencias de cemento de corneocitos. Posteriormente, se forma estrato córneo poco adherente conduce a la descamación lo que lleva a la presentación escamosa de las lesiones de psoriasis y la superficie que a menudo se asemeja a escamas de plata. (Andressen C, Henseler T. Inheritance of psoriasis)

2.4 ETIOLOGIA

2.4.1 FACTORES GENÉTICOS

La idea de que la psoriasis tiene un componente genético ha estado allí por más de 100 años, pero fue un estudio epidemiológico clásico de Lomholt en 1963 que realmente estableció el componente genético en la psoriasis. Él investigó más de 11.000 casos en las islas Feroe de 30.000 habitantes y estudió pacientes con psoriasis y sus familiares no afectados. Él encontró una clara base genética ya que la incidencia de la psoriasis era mucho mayor entre los familiares de primer grado y segundo de los pacientes con psoriasis. Lomholt sin embargo, no pudo establecer un patrón de herencia particular. (Lomholt disociase Phoriasis Pathology)

Otros estudios realizados en Suecia y más tarde en Alemania apoyaron datos de Lomholt. Hellgren publicó numerosas cifras sobre la prevalencia de la psoriasis a ser del

7,8% en familiares de primer grado en comparación con una prevalencia del 3,14% en los controles emparejados, y un 1,97% en la población general.

Existe una marcada variación en concordancia para los gemelos monocigóticos en diversos estudios: 35-73% y la concordancia nunca se aproxima al 100% y se plantea la posibilidad de que el factor genético probablemente interactúa con los ambientales. La concordancia de la psoriasis en los gemelos monocigóticos se acercó a 65-72%, frente al 15-30% en los gemelos dicigóticos. Sin embargo, en un estudio australiano se encontró la tasa de concordancia gemelo monocigóticos a ser considerablemente menor (35% para los gemelos monocigóticos y 12% para los gemelos dicigóticos), dando una heredabilidad estimada del 80%. (Al Shobili HA, Shahzad M, Al-Marshood A, Khalil A, Settin A and Barrimah I. Genetic Background of Psoriasis)

2.4.2 PATRÓN DE HERENCIA

A pesar de todo el trabajo sobre la psoriasis, el patrón de herencia no ha sido comprobado y la psoriasis es considerado por varios autores como un trastorno de un único gen con una herencia autosómica dominante con su expresividad variable y penetrancia reducida o un trastorno autosómico recesivo debido a múltiples individuos afectados en una familia. Los pacientes con mayor predominio de los factores genéticos tienen una enfermedad más grave y en un grupo de edad más joven. El riesgo de una persona de desarrollar psoriasis es del 41% si ambos padres afectados; 14% si 1 padre está afectado, el 6% si un hermano se ve afectada y sólo el 2% cuando ningún padre o hermano se ve afectada.

Sin embargo, Swanbeck presenta datos empíricos que pueden ser de mayor relevancia para la genética. Después de la evaluación de más de 3.000 familias en las que uno o ambos padres tenían psoriasis, el riesgo calculado de contraer la psoriasis, si ninguno de los padres, uno de los padres o ambos padres tienen psoriasis resultó ser 0,04, 0,28 y 0,65, respectivamente. Si ya un niño afectado se encontraba en la familia, los riesgos correspondientes fueron 0.24, 0.51 y 0.83, respectivamente. (Swanbeck studies genetic psoriasis)

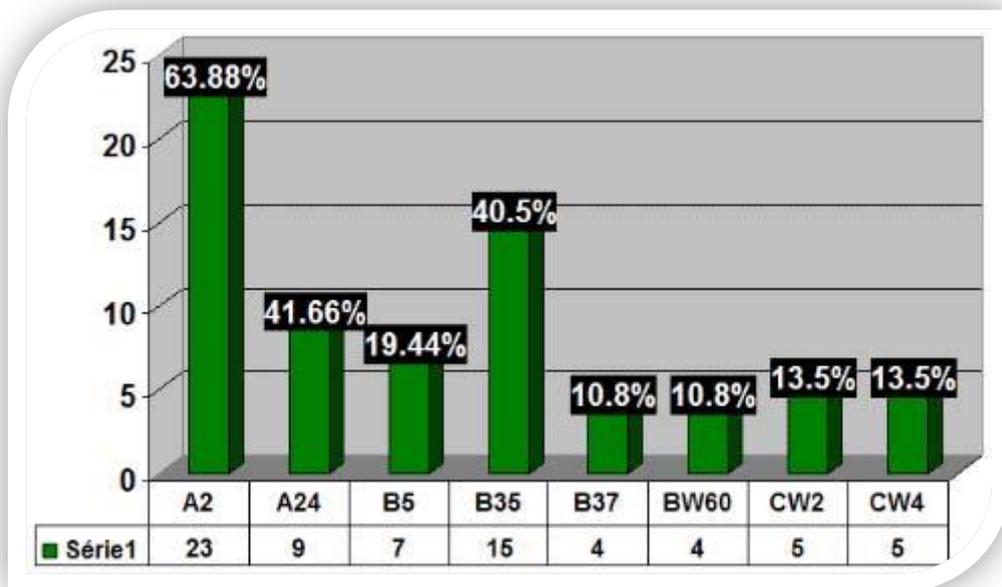
La posesión de ciertos antígenos HLA de clase I, en particular HLA-Cw6, se asocia con una edad más temprana de inicio y con una historia familiar positiva. Este hallazgo condujo a la propuesta de que existen dos formas diferentes de psoriasis: tipo I psoriasis, con una edad de aparición antes de los 40 años, y HLA-asociado, y el tipo II, con edad de inicio después de 40 años y carente de asociaciones HLA, aunque muchos pacientes no encajan en esta clasificación. No hay evidencia de que el tipo I y tipo II psoriasis responden de manera diferente a diferentes terapias. Hasta ahora, se han propuesto entre 10 y 20 regiones cromosómicas que albergan genes de psoriasis, pero menos de un puñado de genes han sido identificados. Esto se debe, en parte, a los efectos de bajo riesgo y las limitaciones en el número de pacientes y las familias que se han estudiado. Un locus identificado consistentemente en estudios de psoriasis es la región de clase I de los principales antígenos locus de histocompatibilidad. (Bowcock AM and Barker JN. Genetics of psoriasis)

Aunque la asociación con el antígeno leucocitario humano (HLA) Cw6 y la psoriasis se informó hace de más de 25 años, el desequilibrio de ligamiento se extiende en toda la región de clase I y su compleja historia evolutiva ha hecho la identificación de la variante (s) de susceptibilidad muy difícil. Los genes dentro de esta región situada a unos 160 kilobases teloméricas de HLA-C, como corneodesmosina (CDSN) y la varilla en espiral-bobina- α helicoidal (HCR), se han propuesto como contendientes. Otros poligenes predisponentes pueden afectar el sistema inmune o estar involucrados en la diferenciación de los queratinocitos. Variantes comunes en la región SLC9A3R1 / NAT9 y la pérdida de un sitio potencial de unión RUNX han descrito que potencialmente podría afectar la regulación de la sinapsis inmune.

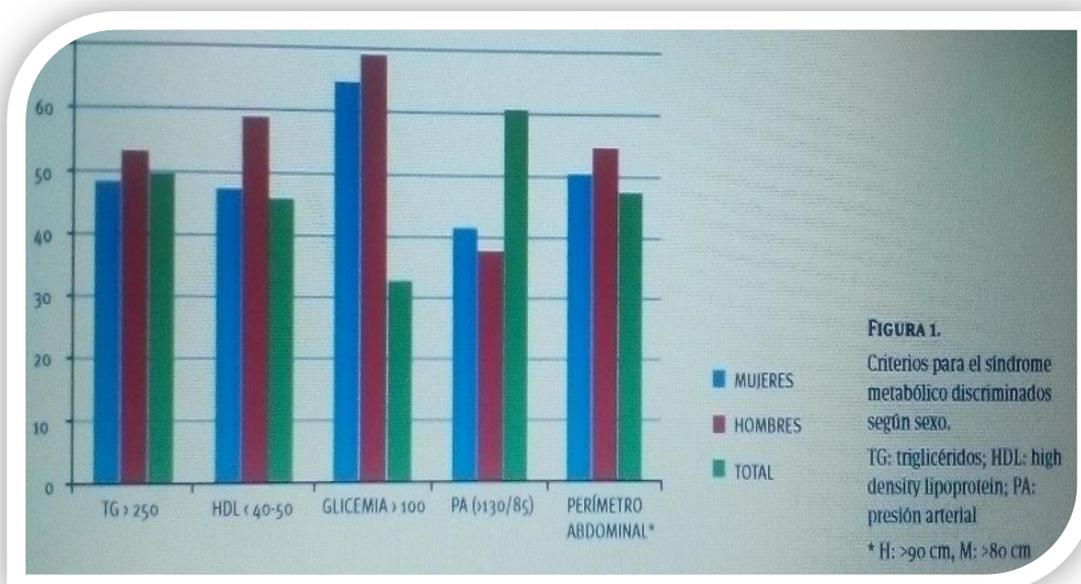
En el Ecuador se realizó un estudio analítico retrospectivo durante 13 años (1990-2003) en los Hospitales Carlos Andrade Marín (HCAM) y Dermatológico Gonzalo González (HDGG), para establecer factores hereditarios de la Psoriasis, su relación con la descendencia, antecedentes familiares en la que uno de la pareja o ambos padecían la enfermedad y determinar una mayor predisposición a tener hijos con la patología si sus progenitores tuvieron la enfermedad en edades temprana Además se realizaron determinaciones de Antígenos Mayor de Histocompatibilidad (HLA) en 36

pacientes del HCAM, en donde se encontró que el 16.59 % de la muestra si tiene un antecedente de Psoriasis en el que el padre representa el 33.03 %, además el 77.67 % con historia familiar de Psoriasis son menores de 30 años. En cuanto a los HLA, los que predominaron en nuestra serie fueron A2 (63.88 %), B5(19.44 %), B35(41.66 %)

Tabla: HLA en Ecuador. Estudio de 36 pacientes



2.4.2.1 FACTOR METABOLICO



2.4.3 FACTORES INMUNOLÓGICOS

La inmunidad innata y adquirida se cree que son responsables del desarrollo de las placas psoriásicas. Se han encontrado diferentes tipos de subconjuntos T auxiliares, células dendríticas, así como las células de Langerhans para jugar un papel en la psoriasis. La investigación ya había sugerido el papel de las células T en la psoriasis. También existe la posibilidad de que la psoriasis puede ser una enfermedad propia del sistema autoinmune con similitudes con la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple, siendo así, el uso reciente de los llamados fármacos "etio-patogénicos" como metotrexato, y alefacept sugiere la autoinmunidad como un factor importante en la patogénesis. (Giraldo C, Velásquez MM. Psoriasis. Revisión del tema con énfasis en la inmunopatogénesis. Iatreia. 2009)

2.4.3.1 Características histológicas de la psoriasis y su base inmunológica

Las características histológicas de la psoriasis incluyen tres grupos predominantes de cambios: i) la hiperplasia epidérmica ii) infiltrado inflamatorio y iii) cambios vasculares. Todos estos cambios deben ser explicados satisfactoriamente por cualquier hipótesis, para soportar un escrutinio crítico. Los cambios epidérmicos incluyen hiperplasia de queratinocitos, una capa atenuada o ausente de células granulares y alteración de la diferenciación y maduración de los queratinocitos. La combinación de estos cambios epidérmicos conduce a las placas escamosas gruesas característicos de la psoriasis.

El infiltrado inflamatorio en la dermis se ve a invadir la epidermis (la exocitosis) y se compone principalmente de células T auxiliares Th1, así como el citotóxicos CD8. Además, existe una infiltración de neutrófilos que van a formar las pústulas que son características histológicas y diagnóstica de los Microabscesos de Kogoj y Munro. El tercer cambio es vascular y consiste en el aumento de número de los vasos en el plexo vascular superficial con tortuosidad de los vasos y lo más interesante venulization de la red capilar de modo que los vasos se HEV (High endotelial vénulas).

La presencia de células T en el infiltrado inflamatorio en las placas psoriásicas, indica una base autoinmune mediada inmunológicamente o la patogénesis de la

psoriasis. La evidencia de una base inmunológica procede de la investigación en el laboratorio con animales de experimentación, así como de la investigación clínica y en particular la regresión significativa de la enfermedad con los agentes inmunosupresores como ciclosporina que actúan contra las células T. (Lebwohl M, Drake L, Menter A et al. Consensus conference)

2.4.3.2 La inmunidad innata en la psoriasis

El papel del sistema inmune innato en la psoriasis se considera cada vez más importante. Los neutrófilos se encuentran en el estrato córneo de la piel psoriásica. bYa que los neutrófilos tienen una vida corta (aprox. 3 días), su presencia persistente en la epidermis sugiere que requieren continuamente. Las células dendríticas (DC) se incrementan en las lesiones psoriásicas y también parecen desempeñar su papel en la respuesta de las células T.

Hay aumento del número de células dendríticas maduras y activadas en las lesiones psoriásicas lo que implica que estas células pueden ser estimulantes en otros aspectos de la respuesta inmune. La inmunidad innata se asocia con la producción de citocinas proinflamatorias o primarias. El más importante de ellos son IL-1 α y TNF- α . El papel de la IL-1 α está claro como la detección de las lesiones de psoriasis. TNF- α se incrementa en la piel lesional de pacientes con psoriasis y en la membrana sinovial de pacientes con artritis psoriásica. (Das RP, Jain AK, Ramesh V. Current concepts in the pathogenesis of psoriasis)

2.4.3.3 Células asesinas naturales (NK) y la psoriasis

Las células NK son linfocitos que se consideran generalmente como parte del sistema inmune innato. Son los más conocidos por su capacidad para matar las células cancerosas infectadas por virus y; sin embargo, también producen una gama de citoquinas, incluyendo IFN- γ , TNF- α , y TGF- β . Se pueden definir fenotípicamente por la presencia de determinados antígenos de superficie: o bien CD3-CD56 + células NKp46 o. Mientras que el papel de las células NK en la psoriasis sigue siendo relativamente no estudiado, hay más pruebas de que estas células pueden contribuir a la enfermedad.

Más peso se añade a la posibilidad de que un sistema inmune mal regulado pueda jugar un papel en la psoriasis por la impresionantemente buena respuesta tras el tratamiento con medicamentos que neutralizan el TNF- α . Por ejemplo, un tratamiento con infliximab (Remicade) da como resultado una impresionante control de la Psoriasis lo que significa que al menos el 80% de los pacientes tienen una disminución de al menos el 75% de sus síntomas de la piel psoriasis. (Griffiths CE and Voorhees JJ. Psoriasis, T cells and autoimmunity, J R Soc Med.)

2.4.5 LOS FACTORES AMBIENTALES Y LA PSORIASIS.

Entre los factores desencadenantes ambientales pueden ser una lesión mecánica, ultravioleta, y una lesión química; diversas infecciones; uso de medicamentos recetados como AINES; estrés psicológico; fumar; y otros factores más. La más convincente de estas es la infección por estreptococos del grupo A. Algunas infecciones de la garganta por estreptococos, frecuentemente preceden a brotes de psoriasis guttata lo cual puede llevar a la psoriasis en placas crónica. Por otra parte, la psoriasis guttata es más común en las personas con antecedentes familiares de psoriasis en placas. Un estudio reciente de 29 pacientes del Reino Unido reveló que todos los pacientes con psoriasis guttata llevaron el HLA-Cw * 0602 alelo. Estas mismas asociaciones de HLA se observan en la psoriasis en placas crónica, que también puede ser agravada por la infección. Los pacientes con psoriasis también pueden tener diferentes características clínicas dependiendo de si son HLA-Cw6 positivo o negativo. Además de la posibilidad de tener una edad inferior de inicio, se reportó en pacientes HLA-Cw * 0602 positivos a tener placa más extensas en los brazos, las piernas y el tronco, una enfermedad más grave, mayor incidencia del fenómeno de Koebner.

También se indicó que con mayor frecuencia la psoriasis tiene un empeoramiento del cuadro clínico durante o después de infecciones de la garganta, y con mayor frecuencia tenían una respuesta favorable a la luz solar. Por el contrario, se presentan cambios en las uñas distróficas y la artritis psoriásica a ser más común en pacientes Cw6-negativos.

Deluvio (2006) exploró la relación de la amigdalitis por *Streptococcus pyogenes* con psoriasis. Utilizando el análisis de TCR, trataron de identificar un vínculo entre la

angina estreptocócica y la respuesta autoinmune mediada por células T en la psoriasis. Se compararon el uso de TCR de lesiones de la piel psoriásica, la sangre, amígdalas, y las células T de las amígdalas fraccionados de acuerdo a la expresión de la dirección de la piel en " Ag cutánea asociado a los linfocitos " (CLA). Ellos encontraron que los clones de células T en la garganta de al menos uno de sus tres pacientes estreptococos fueron similares a los clones de células T en la lesión psoriásica. Porque, después de la amigdalectomía se aclaró la psoriasis en los tres de sus pacientes, concluyeron que las células T de la amigdalitis estreptocócica pueden conectarse a la inflamación psoriásica. Ellos sugieren que el estímulo inmunológico estreptocócica crónico dentro de las amígdalas podría actuar como una fuente para las células T patógenas en los trastornos postestreptocócicos, y pueden ayudar a explicar por qué la eliminación de esta fuente con la amigdalectomía puede mejorar algunas veces la psoriasis inducida como secuela de estreptococos. (Balasubramaniam P, Berth-Jones J. Erythroderma)

2.5 CLÍNICA

Clínicamente la psoriasis se caracteriza y se manifiesta con mayor frecuencia por placas más o menos redondeadas, eritematosas, descamativas, e infiltradas de tamaño, número y formas variables, lo cual da lugar a términos como Psoriasis punctata, guttata, anular, gyratta, numular, ostrácea, geográfica, invertida, etc. en cualquier parte del cuerpo de preferencia en áreas de extensión y de flexión codos, rodillas, cuero cabelludo, áreas lumbosacra, hendiduras interglúteo y el glande del pene. La topografía es simétrica con frecuencia. El prurito que algunos autores creen inexistente y discreto es bastante frecuente.

Las articulaciones también se ven afectadas por la psoriasis en hasta el 30% de los pacientes con la enfermedad. Además existe también una forma pustulosa generalizada (Von Zumbusch) y una forma localizada en palmas y plantas.

La artropatía psoriásica es la única manifestación extracutánea reconocida de la psoriasis del 10-15 %.

Las lesiones en la piel demuestran 4 características:

1. Son notoriamente demarcadas con límites precisos, su tamaño puede ir desde una cabeza de alfiler hasta extensas placas que cubren extensas áreas de la superficie

corporal, la presentación clínica de la psoriasis se entiende mejor si tomamos en cuenta que la enfermedad puede ir desde un proceso inicialmente estacionario crónico a un proceso autorresolutivo o a brotes comúnmente consecutivos de la enfermedad que pueden asociarse con pústulas estériles.

2. Presencia de escamas plateadas no adherentes a la superficie de la piel.

3. Bajo la escama hay un eritema homogéneo y una tenue membrana brillante.

4. El raspado metódico de Brocq es el método diagnóstico por excelencia, siendo de gran utilidad en el diagnóstico clínico: consiste en hacer un raspado de las escamas de una placa de psoriasis con una cureta roma, donde vamos encontrar secuencialmente los siguientes signos: El signo de la bujía o de la vela de estearina que está en relación con la existencia histológica de paraqueratosis, luego se observa una superficie lisa y opaca que está constituido por las últimas hileras del estrato córneo, es la llamada membrana de Duncan-Buckley, al levantar esta membrana encontramos el tercer signo que consiste en la aparición de una hemorragia puntiforme dando lugar al denominado rocío hemorrágico o signo de Auspitz, descrito por Heinrich Auspitz Dermatólogo austriaco y que traduce la existencia de congestión activa dérmica y papilomatosis. .

El fenómeno de Koebner, Dermatólogo alemán quien fue el que exteriorizó la posibilidad que podría tener la piel de los psoriásicos de desarrollar lesiones varios años después de sufrir traumatismos locales, como son los tatuajes, heridas o mordeduras de animales sin estudiar con profundidad los mecanismos patogénicos del fenómeno, posteriormente se ha comprobado la presencia de nuevas lesiones luego de irritación inespecífica, un simple trauma como un rasguño, un piquete de insecto, la presión en un sitio previamente sano, podría inducir este fenómeno. (Kalayciyan A, Aydemir EH, Kotogyan A. Experimental Koebner phenomenon in patients with psoriasis)

Los cambios en las uñas son tan frecuentes que recientes estudios revelan que las de las manos se afectan hasta en un 50% de pacientes, mientras que las de los pies en un 35%, éstas coexisten a menudo con manifestaciones reumáticas y con lesiones palmo – plantares. La psoriasis ungueal puede alcanzar la matriz y manifestar depresiones cupuliformes en forma de dedal de coser, que interesan todo el grosor de la lámina

ungueal. También puede originar alteraciones inespecíficas: coloración amarillenta, estrías longitudinales, engrosamiento del lecho de la uña y friabilidad de toda la lámina ungueal.

2.6 TIPOS DE PSORIASIS

En la actualidad no se ha aclarado las causas del polimorfismo en esta enfermedad y se mantiene la teoría de que en qué momento se pierde la tolerancia inmunológica para determinar las diferentes formas clínicas de la psoriasis. En un estudio realizado en Ecuador, en una muestra de 425 pacientes se encontraron las siguientes formas clínicas y su localización:

Tabla: Principales Tipos de Psoriasis en Ecuador.

TIPO	Nº Pacientes	Porcentaje %
Placas	309	72.7
Guttata	36	8.4
Pustulosa	7	1.6
Eritrodérmica	4	0.9
Anular	4	0.9
Inversa	3	0.7
Artritis Psoriásica	3	0.7
Palmo Plantar	2	0.4
Crónica	2	0.4
No refiere	53	12.4

2.6.1 PSORIASIS VULGAR O PSORIASIS EN PLACAS

El tipo más común de psoriasis, que representa el 90% de todos los casos, también se la conoce como psoriasis vulgaris, en el que las placas papuloescamosas están bien delineadas en la piel normal circundante. Las placas son de color rosa de color rojo vivo o color salmón, cubierta por escamas blancas o plateadas y pueden ser gruesas, finas, grandes o pequeños. Son mucho más activas en el borde: las lesiones progresan rápidamente pueden ser anular (es decir en forma de anillo), con la piel normal en el centro. Las placas suelen distribuirse simétricamente, y se presentan más comúnmente en los sitios de extensión de los codos y las rodillas; cuero cabelludo (donde rara vez invaden más allá de la línea del cabello), región lumbosacra, y el ombligo. Psoriasis inflamatoria activa se caracteriza por el fenómeno de Koebner, en el que se desarrollan nuevas lesiones en los sitios de trauma o de presión.



Psoriasis Vulgar

2.6.1.1 Psoriasis en Placas Crónica

Como consecuencia, la psoriasis en placas crónica es la forma de la enfermedad de mayor estudio en ensayos clínicos y es objeto de la mayoría de las investigaciones de la genética y la patogénesis de la psoriasis. Se caracteriza por el color rojo vivo, con escamas, lesiones discoidales que varían en tamaño de 0,5 cm de diámetro hasta grandes áreas confluentes en el tronco y las extremidades. Hay una línea clara de demarcación entre una placa y la piel clínicamente normal y no involucrada. Los estudios longitudinales de placas individuales han demostrado que las placas son dinámicas con un borde activo y en expansión, a veces hasta el punto de que el borde de avance puede ser anular dejando la piel clínicamente normal en el centro de la placa inicial. La variedad de la placa se caracteriza por placas bien delimitadas con una escala de color blanco plateado poco adheridos, que afectan preferentemente los codos, las rodillas, zona lumbosacra, región interglútea, y el cuero cabelludo. En ocasiones, las lesiones pustulosas pueden aparecer en la placa (la denominada psoriasis con pústulas).

La Psoriasis en placas crónica es la variedad más común de psoriasis, que representa alrededor del 70% al 80% de los pacientes con psoriasis.



Psoriasis Anular: Nótese la piel normal en el centro.

2.6.1.2 Variantes de la Psoriasis Vulgar según el sitio: Psoriasis Intertriginosa.

Conocida también como Psoriasis Inversa, Psoriasis de flexión ó Psoriasis de Los Pliegues. Por lo general se la encuentra en los pliegues de la piel: es decir, las axilas, debajo de los senos, pliegues de la piel alrededor de la ingle y entre las nalgas. Es particularmente originada por la irritación causada por el roce y la sudoración debido a su ubicación en los pliegues de la piel y las zonas sensibles. Las placas son delgadas, tienen escala mínima y una superficie brillante, se encuentra comúnmente acompañada por fisuras secundaria y / o maceración. La manifestación clínica principal de la psoriasis inversa es de placas muy delimitadas eritematosas, de color rojo intenso y brillante con diferentes grados de infiltración, que a menudo tienden a picar y quemar. Pueden producir fisuras que son muy dolorosas, en el fondo del pliegue con riesgo de probable infección, también se caracterizan por presentar el signo de Auspitz negativo. Las lesiones más comunes se encuentran en los pliegues inguinales, submamario, interglutaeal, ombligo y genitales, mientras que el poplíteo y axilas rara vez se encuentran afectados. La humedad y el calor típico de estos sitios, junto con la



combinación de factores traumáticos locales a menudo asociados con las infecciones causadas por dermatofitos y *Candida albicans*, junto a otros factores como la obesidad contribuyen al desarrollo de la este tipo de Psoriasis.

Psoriasis Invertida: Nótese sus ubicaciones más frecuentes en pliegues. Es común que no presente escamas.

2.6.1.3 Variantes de la Psoriasis Vulgar según el sitio: Psoriasis Seborreica.

También es conocida como “sebopsoriasis”, llamada así por su similitud en la morfología y la distribución anatómica de la dermatitis seborreica, puede ocurrir ya sea en forma aislada o asociada con psoriasis en placas en otros lugares. Sitios de lesiones más frecuentes son los pliegues nasolabiales, mejillas, nariz, orejas, cejas, línea del cabello, cuero cabelludo, regiones presternal y interescapular. Es característico que las lesiones sean delgadas, de colores rojos y bien delimitados (algo así como la psoriasis intertriginosa) con grados variables de escala.



Sebopsoriasis: En surco nasaolabial. Nótese la apariencia grasa.

2.6.1.4 Variantes de la Psoriasis Vulgar según el sitio: Cuero Cabelludo.

El cuero cabelludo es frecuentemente el sitio de presentación inicial de la Psoriasis y es el sitio anatómico más común de ubicación de la psoriasis y por el sitio de ubicación, al ser un área expuesta es el que posiblemente cause más vergüenza en el paciente. Morfológicamente van desde placas discretas a la participación total del cuero cabelludo, ya sea con placas gruesas o escamosas áreas casi idénticas a la dermatitis seborreica o caspa. Los sitios de predilección son la zona retroauricular inmediata y la región occipital. Una observación importante y fascinante es que las lesiones del cuero cabelludo raramente se extienden > 2 cm más allá de la línea del cabello. En comparación con la psoriasis en otros sitios, la participación de cuero cabelludo es frecuentemente asimétrica. (Das RP, Jain AK, Ramesh V. Current concepts in the pathogenesis of psoriasis)



Psoriasis del Cuero Cabelludo. Nótese la asimetría en relación a otros sitios afectados por la Psoriasis.

2.6.1.5 Variantes de la Psoriasis Vulgar según el sitio: Palmo Plantar

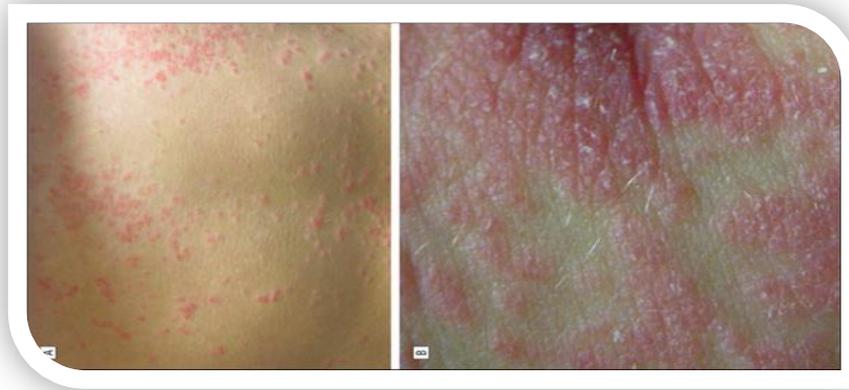
La Psoriasis Palmoplantar pustulosa, consistente en pústulas amarillo-marrón estériles en palmas y plantas, es todavía descritos en libros de texto de la dermatología como un subtipo de la psoriasis. Alrededor del 25% de las personas con psoriasis pustulosa palmoplantar también tienen psoriasis en placas de tipo crónica. La enfermedad tiene diferentes características demográficas de la psoriasis vulgar en que los pacientes son en su mayoría mujeres (9: 1 mujeres: hombres) y en los fumadores actuales o anteriores (95%) y la aparición se produce en la cuarta o quinta década de la vida.



Psoriasis Palmo Plantar

2.6.2 PSORIASIS GUTTATA

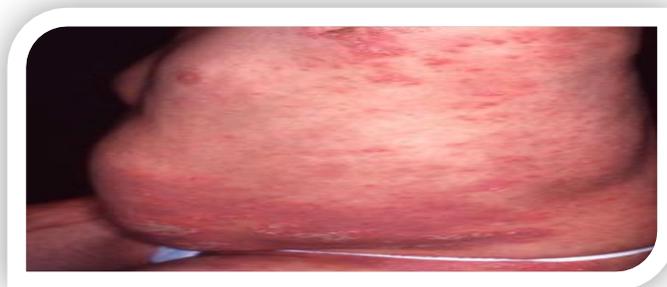
La psoriasis afecta aproximadamente al 2% de la población mundial, y de estos casos, 2% manifiesta como psoriasis guttata. Guttata significa "caída de gota " en latín; Conocida también como Psoriasis en gota de lluvia o psoriasis o exantemática, es



el segundo tipo más común de psoriasis. La psoriasis guttata, es una importante variante clínica, se presenta con

mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes.

Se caracteriza por la aparición repentina de pequeñas placas escamosas rojas dispersas principalmente sobre el tronco y las extremidades proximales. Los síntomas de la psoriasis guttata son numerosas lesiones papulares pequeñas de 0,5 cm a 1,5 cm, de color rojo, manchas en forma de gota que cubren una gran parte de la piel, llegando a tener una escala abundante. Las lesiones suelen localizarse en el tronco, los brazos, las piernas y el cuero cabelludo. La psoriasis guttata se puede aclarar sin tratamiento o desaparecer y reaparecer en forma de psoriasis en placas. Es especialmente común en niños o adultos jóvenes con antecedentes familiares de psoriasis y el brote es precedente o concomitante a una infección estreptocócica de vías respiratorias altas y / o acontecimientos estresantes agudos. (Telfer NR, Chalmers RJ, Whale K, Colman G. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis)



Psoriasis Guttata en Abdomen A) Imagen sin ampliar. B) Imagen Ampliada.

La psoriasis guttata se asocia a menudo con una infección de garganta por estreptococos anterior o a un aumento en el título de suero anti-estreptocócico.⁵⁰ Las infecciones estreptocócicas bacterianas (amigdalitis estreptocócica, amigdalitis crónica) o una infección respiratoria viral suelen preceder y desencadenar los primeros signos de psoriasis guttata en personas con predisposición a la psoriasis. En esto, el Dr. Loh en 2012 reportó un caso que sugiere una asociación de ese tipo. En este caso de este joven de 15 años de edad con un caso de la psoriasis guttata aguda poco después del inicio de la mononucleosis. Las características estructurales de su erupción y sus hallazgos de la biopsia de la piel son consistentes con psoriasis guttata.(Julien D. Pathogenesis of psoriasis. Ann Dermatol Venereol. 2012)

2.6.3 PSORIASIS PUSTULOSA

En un estudio de la población con psoriasis, se reportó lesiones pustulosas en cualquier momento durante el curso de la psoriasis en aproximadamente un 20% de los pacientes.

2.6.3.1 Psoriasis pustulosa generalizada

Los pacientes con psoriasis pustulosa generalizada pueden tener psoriasis preexistente en placas o desarrollarlo después. Los episodios agudos pueden ser desencadenados en los pacientes con psoriasis en placas que cursan terapia tópica o retirada abrupta de corticosteroides. En el inicio de un ataque de Psoriasis pustulosa generalizada aguda (tipo Von Zumbusch) la piel se pone muy roja y suave. Puede haber fiebre y síntomas sistémicos como la anorexia y náuseas. En cuestión de horas, aparecen numerosas pústulas del tamaño de una cabeza de alfiler, con un fondo eritematoso. Las pústulas pueden confluir, produciendo lagos de pus. Posteriormente, las pústulas se secan, dando resultado a costras, dejando una superficie acristalada, suave eritematosa en el que pueden aparecer nuevos cultivos de pústulas. La psoriasis pustulosa generalizada debe distinguirse de pustulosis exantemática generalizada aguda, una reacción a un fármaco febril autolimitada que se resuelve generalmente en 2 semanas después de la retirada del agente sospechoso, que se caracteriza por pústulas no foliculares milimétricas en placas eritematosas que involucran principalmente pliegues.

Células necróticas individuales en la epidermis, los eosinófilos y los cambios de vasculitis en la dermis son características patológicas peculiares.

Primera Fase de Psoriasis pustulosa generalizada, con placas edematosas y pústulas.

2.6.3.2 Psoriasis pustulosa localizada.

Además de la llamada psoriasis con pústulas (a veces conocido por el término engañoso "forma localizada de la psoriasis pustulosa generalizada"), las 2 principales variedades clínicas son reportadas como psoriasis pustulosa localizada: acrodermatitis continúa de Hallopeau y pustulosis palmoplantar:



Acrodermatitis continua, también conocido como dermatitis repens, es una rara, crónica, erupción pustulosa de los dedos de manos y pies. A menudo, comienza después de un trauma localizado a partir de la punta de un solo dígito.

Acrodermatitis continúa mostrando cultivos de lesiones pustulosas en las puntas de los dedos.

Palmoplantar pustulosa, se caracteriza por hiperqueratosis y cúmulos de pústulas en las caras ventrales de las manos y / o pies. La clasificación de pustulosis palmoplantar dentro del espectro de la psoriasis es controversial. La enfermedad predomina en mujeres (más del 70% de los pacientes son mujeres) y está mucho más fuertemente asociado con el tabaquismo de la psoriasis en placa.⁵⁶ Generalmente aparece entre las edades de 20 y 60. Produce pústulas grandes en la base del pulgar o a los lados del talón. Con el tiempo, las pústulas se vuelven marrones y en costras. La enfermedad por lo general se convierte en mucho menos activa por un tiempo después de desnudar las costras.



Palmoplantar pustulosa

2.7 PSORIASIS ERITRODERMICA

Como ya se ha mencionado, la psoriasis en placa es un trastorno bastante estable. La transición a una participación más amplia, debido a factores desencadenantes con frecuencia no identificables, es frecuentemente marcada por la aparición de una fase inflamatoria predominante con eritema y descamación limitada asociada con lesiones picazón y progresando rápidamente. Esta psoriasis inestable a veces puede evolucionar a la participación de todo el cuerpo. La fase eritrodérmica está dominado por eritema generalizado, la pérdida de las características clínicas peculiares de la psoriasis, y el fracaso de la piel, es decir, la incapacidad para mantener las funciones homeostáticas.

La psoriasis eritrodérmica está caracterizada por descamación, picazón y dolor que afecta a la mayor parte del cuerpo, la psoriasis eritrodérmica altera el equilibrio químico del cuerpo y puede causar una enfermedad grave. Esta forma particular inflamatoria de la psoriasis puede ser el primer signo de la enfermedad, pero a menudo se desarrolla en pacientes con antecedentes de psoriasis en placas.



Psoriasis Eritrodérmica.



2.6.5 PSORIASIS UNGUEAL

Aproximadamente el 50% de todos los pacientes con psoriasis desarrollan cambios en las uñas característicos como un correlato clínico de la inflamación psoriática de la matriz de la uña y / o lecho ungueal. Los signos más frecuentes de la psoriasis ungueal son los pittings ungueales y la onicolisis distal. Las manifestaciones clínicas van desde pittings, decoloración amarillenta, paroniquia, hiperqueratosis subungueal, onicolisis, y onicodistrofia grave. (Beylot C. Clinical aspects of psoriasis)

2.6.6 ARTRITIS PSORIÁSICA

La artritis psoriásica es una enfermedad articular inflamatoria crónica que ocurre en un porcentaje del 6-39% de los pacientes con psoriasis, con una prevalencia de artritis psoriásica en la población general de alrededor de 0,1 a 0,25%. Basado en varias características clínicas y radiológicas comunes, la artropatía psoriásica se considera como un miembro de la familia de espondiloartritis. Este tipo de artritis puede tener un desarrollo lento y leve o puede desarrollar rápidamente. La artropatía psoriásica puede ser una forma grave de artritis con el pronóstico similar a la de la artritis reumatoide. La artritis psoriásica se caracteriza por erosiones óseas focales mediadas por los osteoclastos en la unión hueso-pannus. Es importante destacar que el 80% de los pacientes con artritis psoriásica tienen psoriasis ungueal. En la patogénesis de la destrucción ósea asociada con la artritis reumatoide, la membrana sinovial es un sitio de interacción activa entre las células inmunitarias y de los huesos. La interacción entre las células T y los osteoclastos es un tema crítico en el campo de osteoimmunología. Es frecuente la afectación asimétrica de las articulaciones pequeñas y grandes, incluyendo las sacroilíacas y la columna vertebral. No existen nódulos reumatoides. Pueden coincidir las exacerbaciones y las remisiones de los síntomas cutáneos y articulares. Las remisiones de la artritis tienden a ser más frecuentes, rápidas y completas que en la artritis reumatoide, pero puede ocurrir la progresión a artritis crónica y discapacidad grave.



Cambios en la mano producidos por la artritis psoriásica a través del tiempo.

Algunas enfermedades concomitantes con la Psoriasis, según estudios revelan una mayor incidencia de enfermedades en pacientes psoriásicos en comparación con individuos sanos:

1. Artritis: 15 veces más común.
2. Enfermedad de Crohn: 4 veces más común.
3. Enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes.
4. Infección orofaríngea crónica.

Por otro lado la dermatitis atópica y la urticaria no se ven con frecuencia en pacientes con psoriasis, habiéndose sugerido que la psoriasis y la dermatitis atópica son mutuamente excluyentes, representando dos tipos contrastantes de inmunopatología cutánea.

2.7 DIAGNÓSTICO

En realidad el diagnóstico de la psoriasis se basa fundamentalmente en el examen clínico (por excelencia) pero en caso de duda, se recurre a la biopsia de la piel en la que vamos a encontrar:

- Epidermis hiperplásica.
- Hiperqueratosis.
- Paraqueratosis.
- Engrosamiento de los botones interpapilares (acantosis).
- Alargamiento y edema de las papilas dérmicas (papilomatosis).
- Microabscesos de Munro, que es un edema de las papilas dérmicas en la capa córnea, cuyas asas capilares se presentan dilatadas y congestivas y un infiltrado perivascular superficial rico en polimorfonucleares.

El aporte de los exámenes de laboratorio es escaso, sin embargo una bioquímica sanguínea nos puede revelar anemia ferropénica, hiperglicemia, e incluso pueden presentarse hiperuricemia o hiperlipidemia. A parte una serología para lúes, hepatitis B y C, y HIV deben realizarse, esto por supuesto está relacionado con la clínica del paciente. Sin embargo esto no significa que dichas pruebas sean rutinarias para todo paciente con psoriasis.

También es útil para el diagnóstico el antecedente previo de psoriasis o historia de antecedentes de psoriasis en la familia.

En un Estudio realizado en Ecuador, para correlacionar el cuadro clínico de la Psoriasis con el histopatológico, realizado en el período del 2002 -2003, en 99 pacientes diagnosticado clínicamente de Psoriasis y a quienes se le realizó biopsia, de la muestra total 51.5 % tuvieron hallazgos histopatológicos patognomónicos de Psoriasis , en el 34.3 % el hallazgo fue de una dermatitis psoriasiforme y en el resto (14.2 %) se encontraron otras imágenes histopatológicas.

2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe tomarse en cuenta a la Candidiasis, Carcinoma basocelular in situ, dermatitis seborreica, la pitiriasis rosada, el liquen plano, el eccema, dermatitis de contacto, sífilis, tiña y el lupus eritematoso.

2.9 TRATAMIENTO

Si bien no hay cura para la psoriasis, pero hay muchos tratamientos que pueden reducir los síntomas y la apariencia de la enfermedad.

En general, hay tres opciones de tratamiento para los pacientes con psoriasis: La fototerapia, tópicos y sistémicos. A menudo se recomienda una combinación de terapias. La combinación de varios tratamientos tópicos, sistémicos y fototerapia a menudo permite dosis más bajas de cada uno y puede resultar en una mayor eficacia para el paciente.

2.9.1 EL TRATAMIENTO TÓPICO: FÁRMACOS TÓPICOS

El tratamiento de primera línea en la psoriasis del adulto de leve a moderado es con tratamiento tópico, incluyendo los análogos de vitamina D y corticosteroides tópicos. Las terapias tópicas están indicadas para pacientes cuya área afectada es <10% de la superficie corporal. Los Análogos tópicos de vitamina D y esteroides tópicos son tratamientos tópicos ampliamente usados para la psoriasis. Calcipotriol es un análogo de la vitamina D que regula la proliferación celular y la diferenciación epidérmica, así como la producción y liberación de citocinas pro-inflamatorias. Los esteroides tópicos presentan una amplia gama de efectos biológicos tales como la inhibición del reclutamiento y la migración de células inflamatorias, la modulación de la síntesis de citoquinas, quimioquinas liberación y la regulación de la síntesis de ADN. Los corticosteroides tópicos están disponibles en diferentes potencias y formulaciones pero a pesar de más de 40 años de experiencia, su uso sigue siendo en su mayoría basados en la experiencia individual.

2.9.2 FOTOTERAPIA

La radiación solar ultravioleta (UV) se ha utilizado desde la antigüedad para tratar diversas enfermedades. Esto tiene un fondo científico radicado en el hecho de que un gran número de moléculas (cromóforos) interactuar en diferentes capas de la piel y absorber UV. Estas interacciones pueden tener implicaciones tanto biológicas positivas como negativas. La mayoría de los efectos positivos de la radiación solar están mediados a través de los rayos ultravioleta-B (UVB) inducidos por la producción de la vitamina D en la piel ⁷³. En la actualidad la fototerapia es una opción valiosa en el tratamiento de muchas condiciones psoriásicas y no psoriásicas, incluyendo dermatitis atópica, afecciones de la piel de tipo esclerosantes como morfea, esclerodermia, vitiligo, y micosis fungoide. La radiación UVB alcanza la epidermis y la dermis donde es absorbida por el ADN, ácido trans-urocánico (trans-UCA), y las membranas celulares. La absorción de UVB por los nucleótidos conduce a la formación de fotoproductos de ADN, principalmente dímeros de pirimidina. La exposición a los rayos UVB reduce la tasa de síntesis de ADN. Además, la radiación UVB causa fotoisomerización de trans-UCA para cis-UCA, que tiene efectos inmunosupresores. Además, la radiación UV puede afectar algunos factores extranucleares moleculares (receptores de superficie

celular, quinasas, fosfatasas, y factores de transcripción) situados en el citoplasma y en las membranas de células. Los queratinocitos, que circulan y los linfocitos T cutáneo, monocitos, células de Langerhans, mastocitos y fibroblastos son todos blanco de banda estrecha UVB. La luz UVB de banda estrecha también induce efectos inmunosupresores locales y sistémicos que pueden contribuir especialmente a los efectos beneficiosos de esta fuente de luz. La radiación UVA penetra más profundamente en la piel que los UVB, y no sólo llega a la epidermis, sino también dermis con vasos sanguíneos que afectan a las células dérmicas dendríticas, fibroblastos dérmicos, células endoteliales, mastocitos y granulocitos. La radiación UVA es absorbida por nucleótidos de piridina (NAD y NADP), riboflavinas, porfirinas, pteridinas, cobalaminas y bilirrubina. Las porfirinas y riboflavinas son fotosensibilizantes.

Luz solar: Ya varios miles de años atrás la luz del sol (helioterapia) se usa para tratar una variedad de enfermedades de la piel en Egipto, Grecia y Roma ⁷⁹ La radiación ultravioleta (UV) es una longitud de onda de luz en una gama demasiado corta para la vista del ojo humano para ver.

Fototerapia UVB: La dosis controladas de luz UVB es una fuente de luz artificial pueden mejorar síntomas leves a moderados de psoriasis. La fototerapia UVB, también llamada UVB de banda ancha, puede ser utilizada para tratar los parches individuales o únicos de psoriasis, la psoriasis generalizada y psoriasis que resiste a los tratamientos tópicos.

Terapia UVB de banda estrecha: un nuevo tipo de tratamiento de la psoriasis, la terapia UVB de banda estrecha puede ser más eficaz que el tratamiento UVB de banda ancha. Por lo general se administra dos o tres veces a la semana hasta que la piel mejora, entonces el mantenimiento puede requerir sólo sesiones semanales. (Juzeniene A, Moan J. Beneficial effects of UV radiation)

Terapia Goeckerman: Este tratamiento consiste en la combinación de UVB y alquitrán de hulla. Las dos terapias juntas son más eficaz que cualquiera solo porque alquitrán de hulla hace que la piel sea más receptiva a la luz UVB.

La fotoquimioterapia: La fotoquimioterapia implica tomar un medicamento que sensibiliza a los (psoralenos) antes de la exposición a la luz UVA. Luz UVA penetra más profundamente en la piel de lo que logra la luz UVB, los psoralenos por su parte hace que la piel sea más sensible a la exposición UVA.

Excimer láser: Esta forma de terapia de luz, que se utiliza para la psoriasis leve a moderada, trata sólo superficialmente la piel afectada. Consiste en un haz controlado de la luz UVB de una longitud de onda específica se dirige a las placas de psoriasis para controlar la escala y la inflamación. Como resultado hace que la piel sana que rodea los parches no se vea perjudicada.

Láser de colorante pulsado: Al igual que el láser excimer, el láser de colorante pulsado utiliza una forma diferente de luz para destruir los vasos sanguíneos diminutos que contribuyen a las placas de psoriasis.

2.9.3 TRATAMIENTO SISTÉMICO: LOS MEDICAMENTOS ORALES O INYECTADOS

Los pacientes con enfermedad moderada a severa generalmente requieren agentes sistémicos (por ejemplo, ciclosporina, metotrexato, retinoides orales, ésteres de ácido fumárico) para controlar su enfermedad adecuadamente. La severidad de la psoriasis tradicionalmente ha sido evaluada por la medición objetiva de la extensión de la superficie del cuerpo afectada y la consideración del subtipo de psoriasis, grado de discapacidad, y la viabilidad de la terapia tópica.

Retinoides: Varios retinoides sistémicos (derivados de la vitamina A) se han desarrollado para el tratamiento de la psoriasis. Los retinoides sistémicos se sabe que tienen actividad inmunosupresora y anti-inflamatoria y para modular la proliferación y la diferenciación epidérmica. Como se mencionó anteriormente, los datos clínicos sugieren que la combinación de la terapia con retinoides-PUVA puede ser más efectiva que cualquier tratamiento solo, y pueden minimizar las toxicidades asociadas con cada modalidad a través de ahorro de dosis o efectos quimiopreventivos independientes .

Metotrexato: Fue introducido como tratamiento para la psoriasis en 1958 (Edmondson 1958). Tomado por vía oral, el metotrexato ayuda en la psoriasis por la disminución de la producción de células de la piel y la supresión de la inflamación. También puede retardar la progresión de la artritis psoriásica en algunas personas. El metotrexato es generalmente bien tolerado en dosis bajas. La fibrosis hepática ocurre típicamente después de dosis acumulativas totales de metotrexato encima de 1.5 g. El riesgo de hepatotoxicidad puede disminuir si metotrexato se da en cursos cortos y se interrumpe rápidamente después de la mejoría clínica.

Ciclosporina: Se utilizó por primera vez (sin intención) para el tratamiento de la psoriasis en 1979. La ciclosporina suprime el sistema inmune y es similar al metotrexato en la efectividad. Las toxicidades principales asociadas con la terapia de ciclosporina incluyen nefrotoxicidad, la hipertensión y la inmunosupresión.

Ésteres de ácido fumárico (FAE): La terapia oral para ésteres de ácido fumárico para la psoriasis se informó por primera vez en 1959. El dimetilfumarato, y su metabolito monometilfumarato, parecen ser los principales componentes activos de Fumaderm®. El tratamiento con dimetilfumarato y / o monometilfumarato produce un cambio beneficioso hacia la secreción de citoquinas Th2 asociado con una reducción en los linfocitos periféricos (principalmente células T) e inhibe la proliferación de queratinocitos epidérmicos en pacientes con psoriasis. Cambios hematológicos, especialmente leucopenia, linfopenia y eosinofilia, se observan con frecuencia durante el tratamiento con ésteres de ácido fumárico.

Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF α): se sabe que el TNF alfa es elevado tanto en la piel y membrana sinovial de pacientes con psoriasis y la efectividad de su bloqueo por estos dos agentes en psoriasis y artritis psoriásica (APs) confirma su papel en su patogénesis. TNFi (infliximab, etanercept y adalimumab) ha revolucionado el tratamiento de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante, la enfermedad de Crohn y la psoriasis en placa. La terapia anti-TNF alfa ha demostrado tener actividad reductora de la enfermedad en la artritis psoriásica y la psoriasis y parece ser bien tolerado. El uso generalizado de los

antagonistas de TNF α en los últimos años ha conducido al reconocimiento de los efectos adversos paradójicos, definido como el inicio o la exacerbación de trastornos que por lo general se mejoran mediante antagonistas de TNF α . Durante estos tratamientos, los efectos adversos cutáneos pueden ocurrir como eczema, lupus, la alopecia areata o psoriasis, que representa un efecto. Entonces, la terapia con inhibidores de TNF α puede estar asociada con reacciones paradójicas. Son considerados un efecto de clase de estos fármacos, y su incidencia varía de 1 a 5%, con psoriasis paradójica (psoriasis vulgaris, pustulosis palmoplantar, psoriasis del cuero cabelludo y de sus combinaciones) que se informa con más frecuencia.

2.10 PRONÓSTICO

Es una enfermedad que varían según sus subtipos clínicos. La enfermedad puede persistir por meses o años, a veces en las mismas localizaciones, pudiendo ocurrir remisión completa de las placas en algunas ocasiones, pudiendo llegar a años de remisión en un porcentaje aproximado de un 5%. Es una enfermedad benigna que en su sintomatología molesta poco en realidad, pero preocupa al paciente por su aspecto y las recidivas frecuentes afectando sobre su calidad de vida, sobre todo con tratamientos agresivos; se convierte en un padecimiento difícil de tratar y hasta grave (formas eritrodérmicas y artropáticas), por lo que podemos decir es una enfermedad impredecible.

Por otra parte, los pacientes con psoriasis se encuentran con un riesgo incrementado de desarrollar otras enfermedades, debido a mecanismos genéticos e inmunológicos comunes, toxicidades relacionadas con la medicación y la afectación psicológica asociada. Estos pacientes tienen una prevalencia incrementada de enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente de enfermedad de Crohn, debido a que comparten el mismo locus genético. Se acompaña de artritis en aproximadamente en un 10% de los casos.

La psoriasis leve no parece aumentar el riesgo de muerte. Sin embargo, los hombres con psoriasis severa murieron 3,5 años antes en comparación con los hombres sin la enfermedad. Las mujeres con psoriasis severa murieron 4,4 años antes en comparación con las mujeres sin la enfermedad.

La psoriasis se asocia con el tabaquismo, el alcohol, el síndrome metabólico, el linfoma, la depresión, el suicidio. La naturaleza inmunológica de la psoriasis así como las terapias inmunosupresoras usadas en el tratamiento, pueden predisponer a estos pacientes a un riesgo incrementado de cáncer.

2.11 FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS

¿Cuáles son los perfiles metabólicos de los pacientes que son más propensos a contraer esta patología, su incidencia y prevalencia y distintas variantes clínicas anatomopatológicas en pacientes psoriásicos en el Hospital Universitario de Guayaquil durante los años 2010 al 2015?

CAPITULO TRES

MATERIALES Y METODOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El estudio se realizará en Ecuador, Provincia del Guayas, Cantón Guayaquil, Parroquia Tarqui.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 UNIVERSO

Pacientes con Diagnóstico definitivo de Psoriasis según el código (CIE 10) L40 en consulta externa de dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil.

3.2.2 MUESTRA

Pacientes en los que se determinara mediante entrevista personal y uso de test para determinar las patologías metabólicas estudios de forma clínica y cuáles son las respuestas de afrontamiento a su enfermedad y de ellas elaborar una conclusión sobre su relación con el curso y alteración de su pronóstico.

3.2.3 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO

Se ha solicitado a la Subdirección de Docencia del Hospital Universitario de Guayaquil una base de datos con los pacientes con Psoriasis según el código (CIE 10)

L40. En base de esto se decide hacer la realización de un estudio descriptivo de corte retrospectivo de todos los pacientes atendidos en el hospital.

3.3 VIABILIDAD DEL PROYECTO

El Proyecto reúne características, condiciones técnicas y operativas que aseguran el cumplimiento de sus metas y objetivos.

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

La población objeto de estudio estará integrada por pacientes, de cualquier sexo, que acudieron a la consulta externa de dermatología del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil, que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Atención entre el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2015.

Primeras consultas.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Diagnóstico no concluyente

Se incorporaron un total de 2199 pacientes al estudio de manera no aleatoria y por conveniencia

3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Nombre de la variable	Indicadores	Instrumento de recolección de datos
Relacionadas		Primer	Objetivo
Identificación	*Pacientes con síndrome metabólico	* Hipertensión Arterial *Diabetes Mellitus2	*Información en el sistema

	psoriásicos	*Obesidad Central * Dislipidemia *Insulinorresistencia	
	Relacionadas	Segundo	Objetivo
Prevalencia anual	*0-100%	*Número de casos de psoriasis / Número de consultas dermatológicas en la institución	*Cuantitativa continua
Frecuencia anual	*0-100%	*Frecuencia absoluta de casos	*Cuantitativa continua
	Relacionadas	Tercer	Objetivo
Género	*masculino *femenino	*Características fenotípicas	*Cualitativa nominal dicotómica
Edad	*18-29 años *30-39 años *40-49 años *50-59 años *60-69 años *70-79 años *80-80 años *90-99 años	*Según años de vida cumplidos en el momento del estudio	*Cualitativa ordinal

	Relacionadas	Cuarto	Objetivo
Tipo de Psoriasis	*Vulgar *Guttata *Pustulosa *Palmo Plantar * Eritrodérmica	*Según criterios dermatológicos	*Cualitativa nominal politómica
Complicaciones	*Sí *No	*Presencia de patología	*Cualitativa nominal dicotómica
Otras enfermedades dermatológicas	*Sí *No	*Antecedentes de otro proceso Fisiopatológico	*Cualitativa nominal dicotómica
	Relacionadas	Quinto	Objetivo
Tratamiento brindado	*Si Efectivo *No Efectivo	*Mejoría clínica	*Cuantitativa continua
	Relacionadas	Sexto	Objetivo
Servicio de procedencia	*Dermatología departamento de Consulta Externa	*Lugar físico de procedencia de la consulta o el paciente	*Cualitativa nominal politómica

Tabla: Matriz de operacionalización de variables

3.5.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Tiempo								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Presentación del tema del proyecto a investigar	x								
Recolección de datos para la investigación		x	x	X	x	x	x		
Presentación del anteproyecto a la universidad							x		
Presentación y corrección del anteproyecto								X	
Presentación trabajo final de investigación									x

Tabla: Matriz de cronograma de actividades

3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se revisará el sistema informático de la consulta externa de dermatología del Universitario de Guayaquil en el periodo de estudio, y se seleccionarán los casos con el empleo de la clave del CIE 10 (L40) correspondiente a Psoriasis. A partir de estos casos mediante observación estructurada se procederá a recopilar la información. Posteriormente, los datos serán tabulados, ordenados y procesados estadísticamente.

3.7 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las variables cualitativas se agruparán en números absolutos y porcentajes y las continuas en índices, media y desviación estándar. Los resultados se presentarán en tablas, gráficos circulares y de columnas. Para el análisis estadístico se utilizará la aplicación de análisis avanzado de Excel de Microsoft Office 2010 ®

3.8 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Los estudios se conducirán de acuerdo con las guías propuestas en la Declaración de Helsinki y previa aprobación de la Subdirección de docencia del Hospital Universitario de Guayaquil antes de su inicio.

La investigación ha realizarse se basará en la recolección de información de la base de datos del servicio de Dermatología Hospital Universitario de Guayaquil.

Por tal razón, los hallazgos de los estudios almacenados en la computadora se manejarán como estrictamente confidenciales. Los nombres de los pacientes encuestados en todo momento serán mantenidos en secreto.

3.9 TALENTO HUMANO

Autor

Jousthyn Armando Granizo Freire

Sujetos a Investigar

Pacientes con síndromes metabólicos asociados al diagnóstico definitivo de psoriasis (Hombres y Mujeres) que acuden a Consulta Externa del Hospital Universitario de la Ciudad de Guayaquil.

Tutora

Dra. María Elena Vera Gordillo (Especialista en Dermatología)

CUATRO

RESULTADOS

FRECUENCIA DE CASOS DE PSORIASIS DURANTE EL PERÍODO DEL 2010 AL 2015 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

Durante el período comprendido desde el 1 de enero del 2010 Al 31 diciembre del 2015 se han diagnosticado 2199 pacientes con Psoriasis con distintos síndromes metabólicos y variantes clínicas, de este total todos (99.99%) fueron atendidos en la consulta externa de Dermatología del Hospital Universitario de Guayaquil.

4.1 Gráfico 1: Distribución por sexo de pacientes encuestados con diagnóstico de Psoriasis en el Hospital Universitario de Guayaquil 2010-2015.

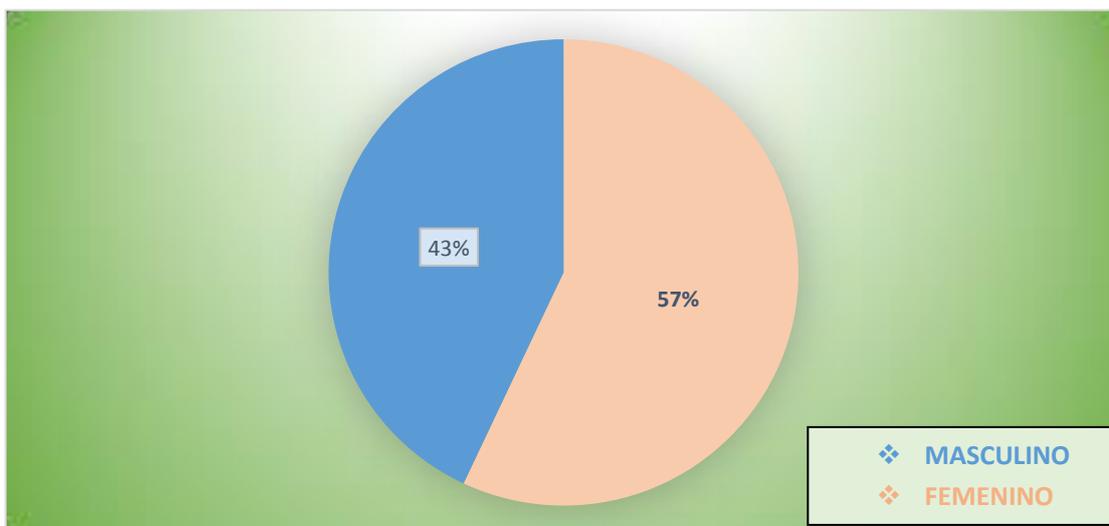


Gráfico 1: Distribución por sexo de pacientes encuestados con diagnóstico de Psoriasis en el Hospital Universitario de Guayaquil 2010-2015

Fuente: Base de datos

El grupo más afectado fue el de 40 a 59 años (38%), mientras que los menos afectados se encontraban en ambos extremos de la vida (menores de 20 años y mayores de 65 años)

4.2 Gráfico 2: Distribución por grupos de edad de pacientes con Psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.

La distribución en el cuadro de edades de mayor incidencia dentro de los periodos 2010-2015 de patología psoriásica, la mayor proporción está en los pacientes entre las edades de 50 a 59 años siendo esta su máxima incidencia representando el 38% del porcentaje total, siendo así el grupo que a su vez representa en segunda escala de máxima incidencia entre las edades de 40 a 49 años de edad representando el 26%, el 15% representa a un porcentaje entre las edades de 30 a 39 años de edad que a su vez lo ubica en el tercer grado de incidencia, cuarto grado de incidencia se encuentra entre los 60 a 69 años de edad, en menor porcentaje en quinto grado de incidencia se encuentran las edades comprendidas entre 18 a 29 años de edad, dejando así en minúscula proporción de entre los 70 años en adelante hasta los 99 años de edad.

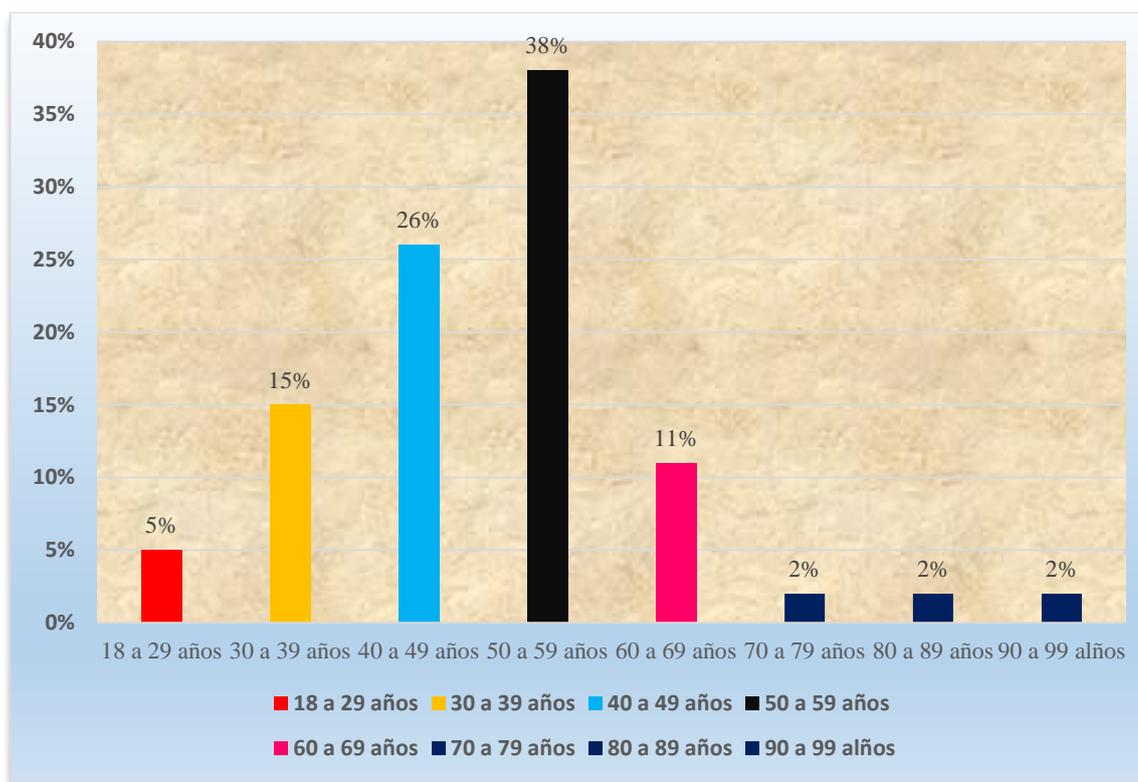


Gráfico 2: Distribución por grupos de edad de pacientes con Psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.

Fuente: Base de datos

4.3 Gráfico 3: Distribución perfil de antecedentes con patología Metabólica en pacientes con Psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.

El estudio distribucional en este cuadro muestra el cuadro de patologías metabólicas asociadas a psoriasis de mayor incidencia dentro de los periodos 2010-2015, la mayor proporción está en los pacientes donde su causa es de origen idiopático y pueden presentar otros factores ya sea genético o autoinmune siendo esta su máxima incidencia representando el 30% del porcentaje total, siendo así el grupo que a su vez representa en segunda escala de máxima incidencia la Diabetes Mellitus tipo 2 representando el 22%, el 16% representa a un porcentaje los pacientes con antecedentes de Estrés que a su vez lo ubica en el tercer grado de incidencia, el cuarto grado de incidencia se encuentra enfermedad tal como la Dislipidemia y enfermedades con el orden metabólico lipídico representando este el 7% de casos, un 5% de patologías metabólicas asociadas a psoriasis se encuentran dos entre ellas la Insulinorresistencia y la Obesidad central.

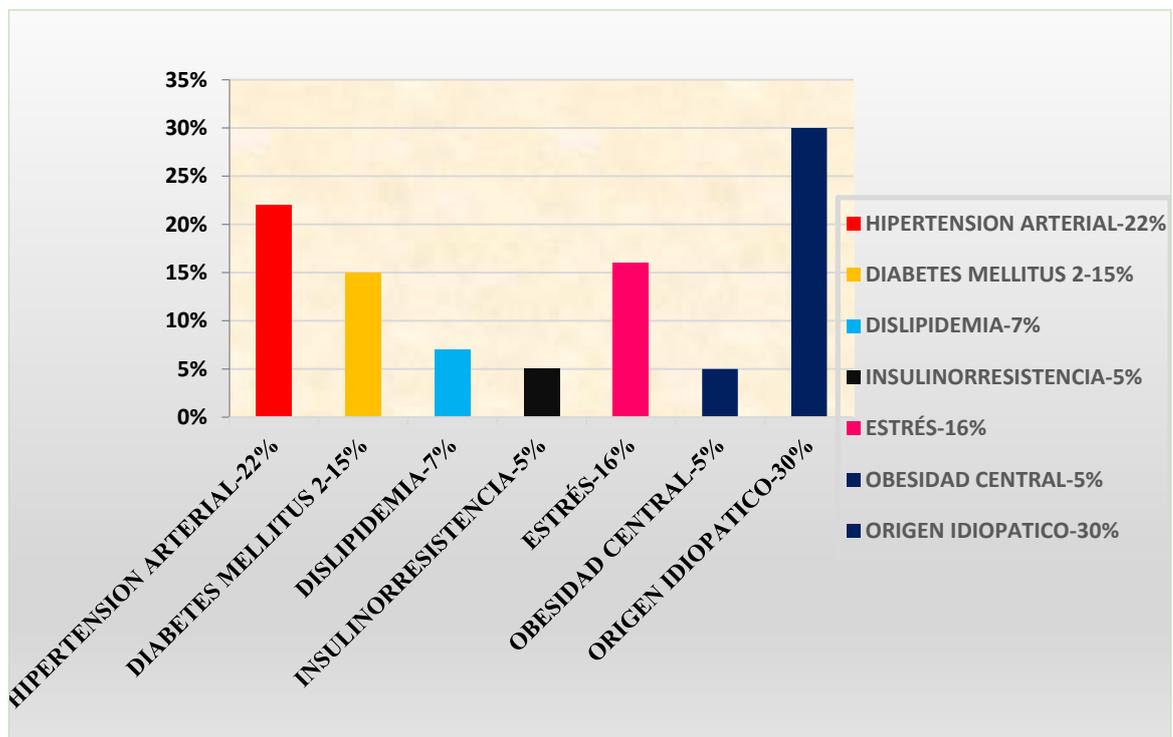


Gráfico 3: Distribución perfil de antecedentes con patología Metabólica en pacientes con Psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.

Fuente: Base de datos

4.4 Grafico 4: Frecuencia e incidencia anual de casos de psoriasis en la consulta externa del Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.

Durante el periodo en estudio se incluyeron un total de 2199 casos con diagnóstico de Psoriasis. La mayor incidencia se encontró en los años 2012, 2014 y 2015, con un rango entre el 24% dentro del año 2012, un 22% dentro del año 2014 y un 23% dentro del año 2015; tenemos una menor incidencia en los años 2010 (9%) 2011 (12%) y 2013 (10%).

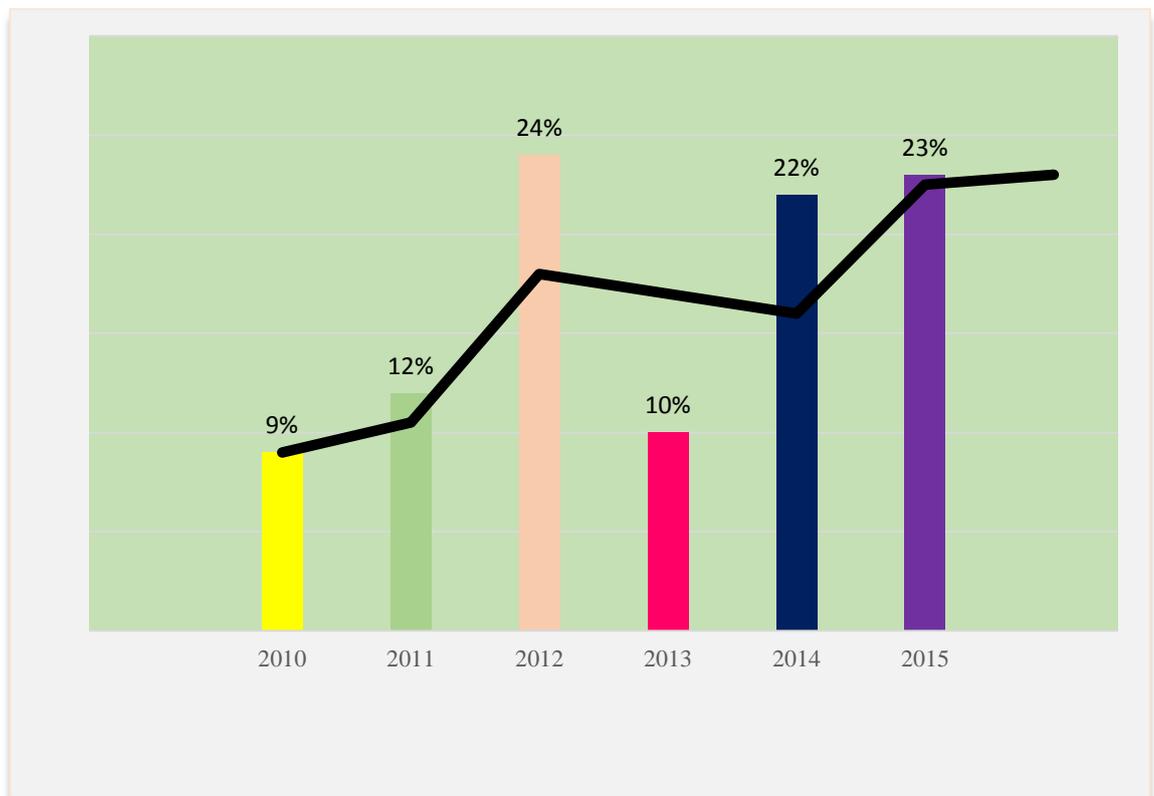


Gráfico 4: Prevalencia de Psoriasis atendidos en el Hospital Universitario en el periodo 2010 al 2015.

Fuente: Base de datos

4.5 Gráfico 5: Frecuencia anual de pacientes con psoriasis en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.

En números absolutos, en el año 2012 se informó el mayor número de casos (n= 467) con un promedio de 366.5 casos diagnosticados al año.

Describiendo así que en el año 2010 hubo una cantidad atendida de pacientes de 224 personas siendo este uno de los años con menor incidencia en pacientes psoriásicos, en el año 2011 tenemos una cantidad de pacientes de 342 atendidos en el año, no obstante en el año 2012 siendo uno de los años con gran cantidad de pacientes atendidos hubo una cantidad de 467 personas atendidas, en el año 2013 fueron atendido 267 personas siendo un año de no mucha afluencia con este tipo de patología, a su vez en el año 2014 la afluencia superior y se contabiliza una cantidad de 445 personas atendidas, en el año 2015 tenemos entonces una cantidad de 454 personas atendidas diagnosticadas con esta patología.

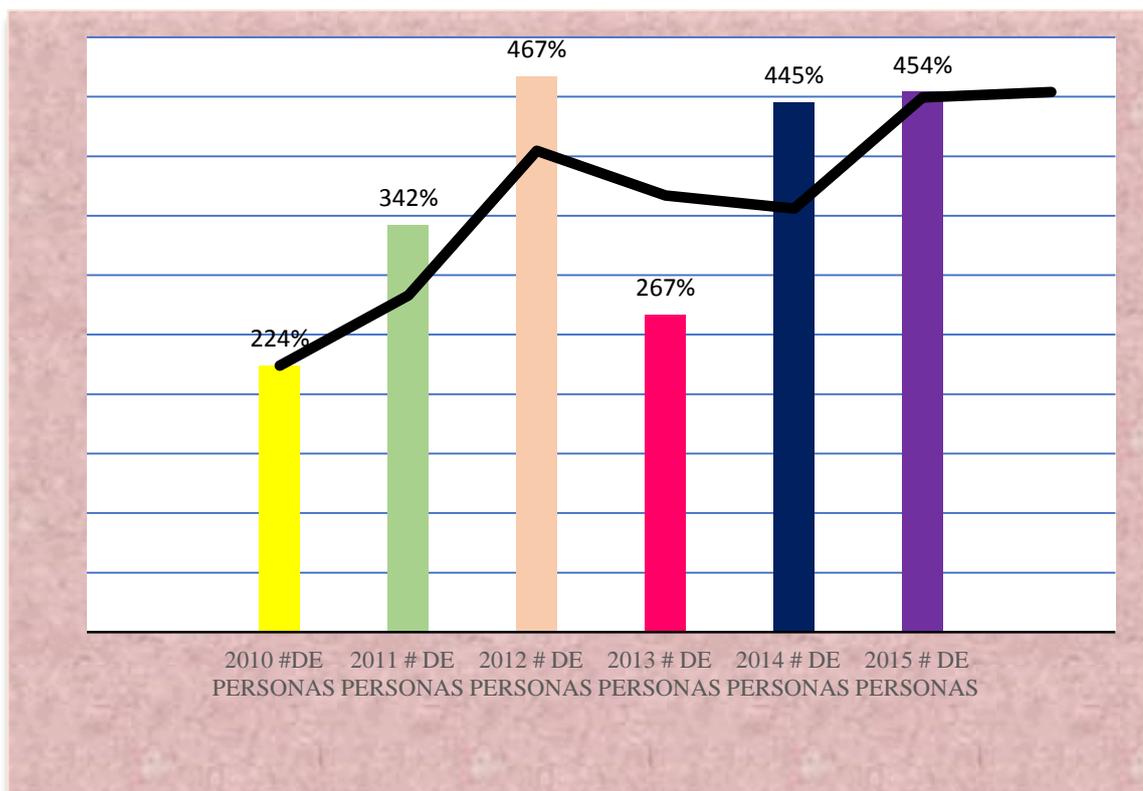


Gráfico 5: Frecuencia anual de pacientes con psoriasis en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.

Fuente: Base de datos

4.6 Grafico 6: Caracterización dermatológica de los casos de psoriasis en la muestra.

El tipo de psoriasis de mayor frecuencia fue la de tipo vulgar, que representó casi el 90% de los casos. El restante 8% de los casos fueron psoriasis guttata (n=50, 8%) y liquenoide (n=41 0,98%), y la pustulosa (n=38 0.74%), por ese orden el resto de variantes clínicas de Psoriasis con patologías asociadas metabólicas dieron un 0.28% de variantes anatomopatológicas clínicas.

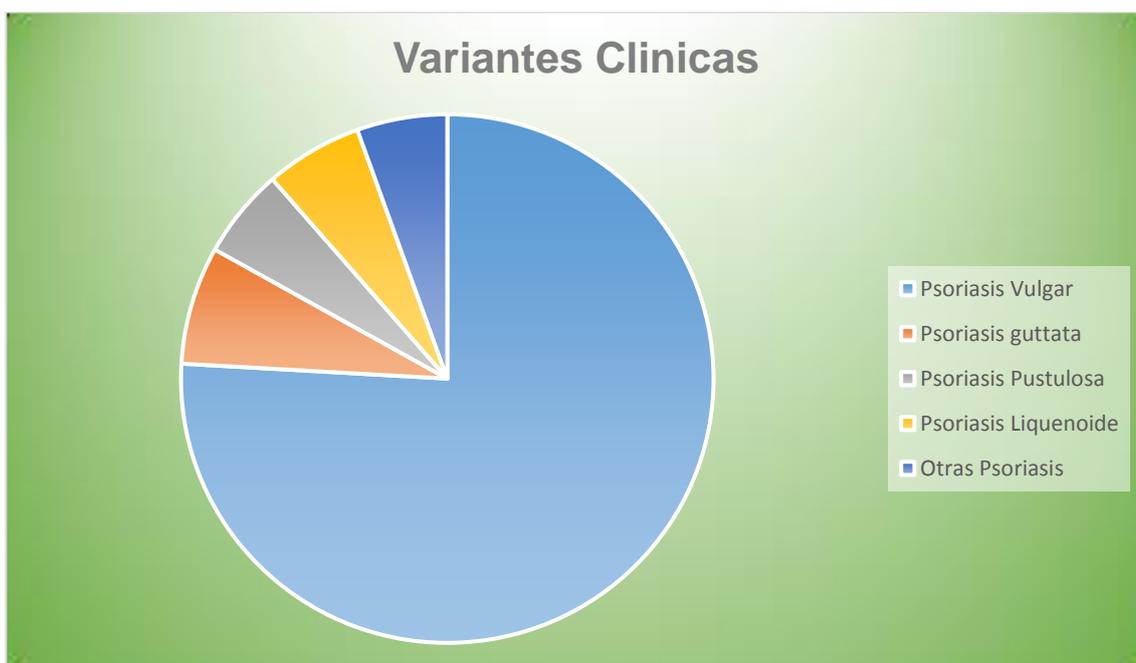


Gráfico 6: Tipos de psoriasis atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil en el Periodo 2010 al 2015.

Fuente: Base de datos

4.7 Gráfico 7: Presencia de otras patologías dermatológicas en pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil en el Periodo 2010 al 2015.

Se informaron otras patologías dermatológicas en el 4,75% de los casos (n=221), de las cuales la pitiriasis rosada, la pustulosis palmo plantar y la micosis, fueron las más frecuentes

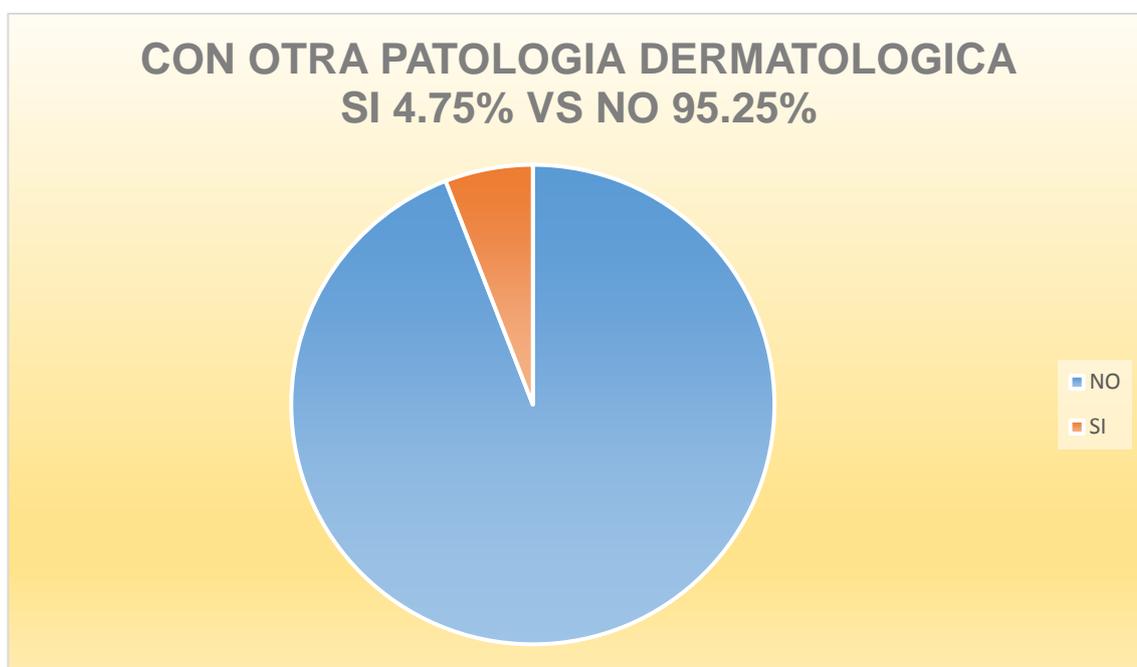


Gráfico 7: Presencia de otras patologías dermatológicas en pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil en el Periodo 2010 al 2015.

Fuente: Base de datos

4.8 Gráfico 8: Procedencia de los pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil en el Periodo 2010 al 2015.

Desde el año 2010 al año 2015 de estudios de síndromes metabólicos asociados a patologías psoriasis existió un total de 2199 pacientes representando este el 100% de casos, la mayor parte de personas afectadas provienen de sector rural dando un porcentaje de 53% y número de 1165 personas, el 43% representa a las personas afectadas siendo así 946 personas de procedencia urbana.

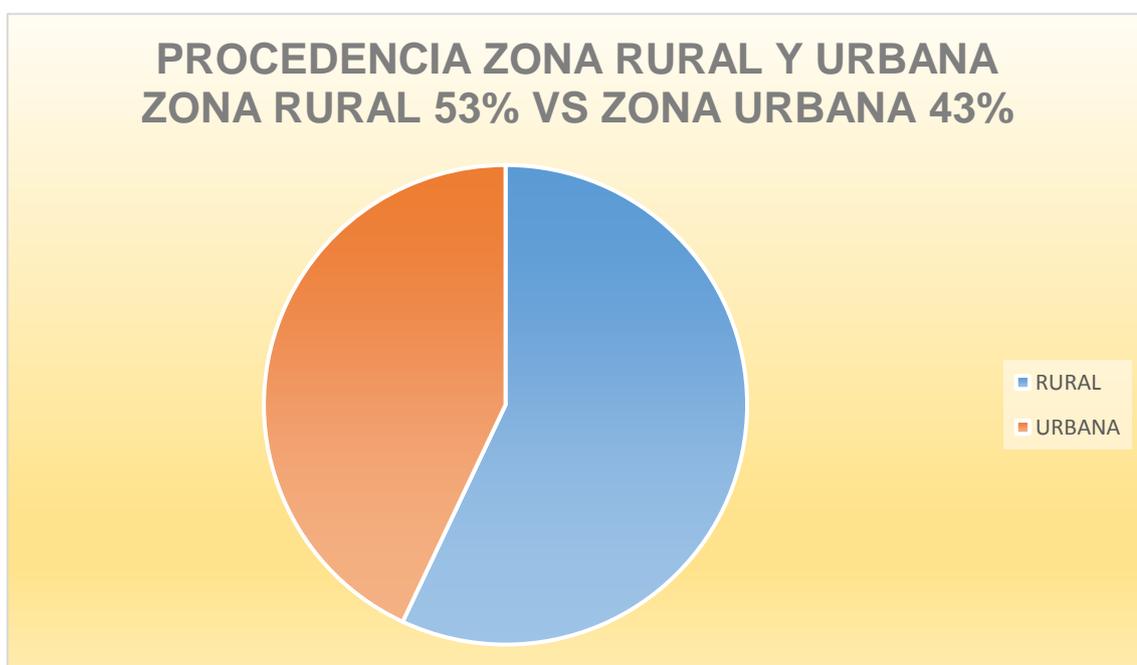


Gráfico 8: Procedencia de los pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil en el Periodo 2010 al 2015

Fuente: Base de datos

CINCO

DISCUSIÓN

La psoriasis es una entidad clínica que conlleva a una alteración sistemática en la calidad de vida de aquellos pacientes que la padecen. Como tal es una afectación frecuente en la consulta externa de dermatología.

Se demuestra que altera la calidad de vida de los pacientes que la padecen en un 98%. Sólo el 2% no sufre ninguna alteración en la calidad de vida., asemejándose a los estudios realizados por Boshle y Feldman en 2006

Muchos pacientes con psoriasis experimentan dificultades sociales y psicológicas creadas por su ambiente. Pueden sentirse humillados cuando tienen que exponer sus cuerpos en condiciones que no ofrecen privacidad adecuada, concordando con Fortune y Griffiths en 2009

Claro ejemplo es que en los Estados Unidos las cifras alcanzan más de 250.000 nuevos casos de psoriasis al año, afectando así alrededor el 2,2% de la población de Estados Unidos. Afecta a la población general, pero se hablan de tasas de prevalencia que se acercan al 0,1 – 6 %, en especial en los países escandinavos. Aun así se hallan diferencias en la prevalencia en el mundo entero.

En el Ecuador estudios arrojan una prevalencia general del 0,56% de la población. En esta investigación, durante el período 2010 a 2015 se atendieron 2199 pacientes, de esta cifra EL 100% han sido atendidos en la consulta externa de este centro de salud, dando también lugar a los posibles casos de cronicidad y exacerbación de la enfermedad.

Es importante destacar que el 80% de los pacientes con artritis psoriásica desarrollaron a lo largo de su vida psoriasis ungueal.

Es sumamente importante y recalcar la importancia de la asociación de patologías metabólicas asociadas a esta enfermedad las cuales resultaron en más del 50% llevar como antecedentes entre las principales la diabetes mellitus tipo dos, la hipertensión

arterial la obesidad central y con ello la Dislipidemia, el estrés que en los últimos años por el mayor avance y obligaciones personales surge como una causa aparente y debe considerarse a la psoriasis como una entidad debido a la relación constante con enfermedades que van más allá del sistema tegumentario.

Este estudio también deja en claro que la enfermedad afecta casi de igual proporción a hombres y mujeres, sin distinguir género ya que 57% fueron mujeres mientras el 43% fueron hombres. La frecuencia en las edades también ha sido objeto de estudio demostrando que no hay distinción tampoco en la edad, siendo así el grupo más afectado fue el de 50 a 59 años (38%), mientras que los menos afectados se encontraban en ambos extremos de la vida (menores de 20 años y mayores de 80 años).

El estudio valoro de manera distante los parámetros que inciden en la alteración sistemática en la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, demostrándose que al 51% de los pacientes afecta mucho su calidad de vida. Sin embargo sólo se demostró que el 2% de los pacientes no tienen ningún tipo de alteración en su calidad de vida, mientras en contraparte el 4% tiene afectada su calidad de vida en extremo, siendo que el 28% tiene afectada moderadamente su calidad de vida y el 15% poco afectada.

A la vista un 98% de ellos desarrollan algún tipo de alteración a lo largo de su vida, recordando que la psoriasis es una enfermedad crónica, común, propiamente dificultosa, estigmatizante, limitante e invalidante.

En el presente estudio, la incidencia anual promedio de psoriasis en nuestro centro fue del 9%.

La incidencia de la psoriasis tiene amplias variaciones. Se han señalado variaciones geográficas, que dependen de la distancia del ecuador (las poblaciones localizadas más cerca del ecuador [Egipto, Tanzania, Sri Lanka, Taiwan] son menos afectadas por la psoriasis en comparación con las más distantes [Europa y Australia]).

En Europa se reporta una incidencia del 2.0%, mientras que en los Estados Unidos varía desde el 2,2 hasta el 3,15%. En Asia es del 0,3 al 1,2%. Bell y colaboradores han mostrado una incidencia anual ajustada por sexo y edad de 60.4 por cada 100.000 habitantes en Rochester, durante el periodo 1980-1983. En un estudio más reciente, Huerta y colaboradores reportaron una incidencia anual de 140 por cada 100.000

habitantes en Gran Bretaña. Donker y colaboradores reportaron una incidencia en Holanda de 120-130 por cada 100.000 habitantes al año.

Tres estudios importantes han reportado la incidencia de la psoriasis en adultos (dos en los Estados Unidos y uno en Italia). Los dos estimados en los Estados Unidos, fueron bastante similares (78,9 y 80,0 por cada 100.000 habitantes, respectivamente).

El estudio italiano reportó una incidencia mucho mayor (230 por cada 100.000 habitantes) en el año 2005. Por el contrario, la psoriasis es extremadamente rara (los estimados no sobrepasan el 0.5%) o no existe en ciertos grupos étnicos, como los Africanos, Afro-Americanos, Japoneses, Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital “Dr. Luis Vernaza” 2001-2010”.

Australianos, Noruegos, habitantes de Alaska y poblaciones indígenas en América. En una investigación efectuada en Quito se encontró una frecuencia de 0,59%. Esto señala una gran diferencia con los resultados encontrados en la investigación actual, donde se señala una prevalencia del 9%. A propósito de esta diferencia es importante señalar que los estudios de incidencia son muy pocos, en parte debido a la evolución propia de la enfermedad, con remisiones y exacerbaciones, y a la falta de registros adecuados que la reflejen.

Otro aspecto importante que puede haber influido en la mayor incidencia reportada en nuestro estudio, es que se presenta una frecuencia de casos nuevos diagnosticados generados en una demanda de atención en consulta de dermatología y no en la población general.

Si bien se señala que la psoriasis puede comenzar en cualquier momento de la vida, desde el nacimiento hasta edades avanzadas, en casi todos los estudios se describe una clásica curva bifásica, con un incremento gradual en la incidencia de psoriasis hasta los 39 años de edad, luego decrece entre los 40-49 años, para luego alcanzar un pico a los 50-59 años y decrecer nuevamente hacia la etapa final de la vida, lo que coincide con el presente estudio, donde la edad media fue de 50 años y el grupo de edad más frecuente el de 50-59 años, mientras que los menos frecuentes se ubicaron en las edades extremas de la vida.

Al respecto, es importante señalar que muchas de las lesiones psoriásicas en su inicio suelen ser erróneamente clasificadas como otro tipo de dermatosis, y este comienzo insidioso se relaciona con elevados niveles de automedicación que enmascaran el cuadro o trastornan la presentación del mismo, difiriendo el diagnóstico y el tratamiento y no es sino hasta después de varios años, cuando empeora la sintomatología, que los pacientes se ven obligados a Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital “Dr. Luis Vernaza” 2001-2010”, acudir a una consulta médica especializada y se realiza el diagnóstico correcto.

En los niños, la incidencia también se incrementa con el aumento de la edad, desde 13,5 por cada 100.000 habitantes al año en los grupos de 0-3 años hasta 53,1 por cada 100.000 habitantes al año en los grupos de 14-18 años. Respecto al sexo, no existe

consenso sobre posibles diferencias en la prevalencia y/o incidencia de la psoriasis según género.

En este estudio, el porcentaje de hombres y mujeres afectados por la enfermedad fue similar. Igualmente, otros estudios tampoco han encontrado diferencias en este sentido.

En el único gran estudio poblacional conducido en niños hasta el momento, Tollefson y colaboradores reportaron una incidencia ligeramente mayor en las hembras (43.9 por cada 100.000 habitantes al año) respecto a los varones (37.9 por cada 100.000 habitantes al año), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Algunos estudios han mostrado una mayor incidencia en las mujeres respecto a los hombres, mientras que otros reportaron los resultados opuestos.

Cuando se analiza la distribución del sexo según grupos de edad, los dos picos de mayor incidencia para las mujeres son a los 20-29 años y 50-59 años, mientras que en los hombres los picos de mayor incidencia son a los 30-39 años y los 60-69/70-79 años. En relación con la frecuencia, el comportamiento es similar. No se han encontrado diferencias en la frecuencia de presentación de la psoriasis para ambos sexos en niños Taiwaneses, en adultos de los Estados Unidos y Noruega, y en individuos de todas las edades en otros estudios.

Por otro lado, se ha reportado una mayor prevalencia en niñas respecto a varones en Suecia (0.5% vs 0.1%),⁸⁹ y en Alemania (0.76% vs 0.66%);⁹⁰ también en mujeres respecto a hombres de todas las edades en los Estados Unidos⁹¹ (2.5% vs 1.9%) y en Noruega⁹² (1.5% vs 1.2%). Por el contrario, se ha reportado una mayor prevalencia de la Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital “Dr. Luis Vernaza” 2001-2010”. enfermedad en hombres respecto a mujeres en adultos de Dinamarca⁹³ (4.2% vs 3.3%) y Australia (8.9% vs 4.5%) y en individuos de todas las edades en Suecia⁹⁵ (2.3% vs 1.5%) y China(0.17% vs 0.12%).

SEIS

CONCLUSIONES

-La psoriasis que en su gran mayoría es de origen idiopático y en mayor proporción la más común patología metabólica fue la hipertensión arterial.

- La psoriasis es una enfermedad que altera el estilo y la calidad de vida de los pacientes que la padecen, el 98% es afectado de una manera u otra en su calidad de vida. Sólo el 2% no sufre ninguna alteración.
- El 53% de los pacientes con psoriasis provienen de la zona rural y el 47% de zona urbana.
- El 28 % de los pacientes están afectados moderadamente.
- En su gran mayoría la mayor parte afectada en este estudio por un mínimo porcentaje de superioridad fueron las mujeres.
- Se denota que a mayor avance de los años y desarrollo socioeconómico e impacto ambiental el número de casos de Psoriasis acompañados de alguna patología metabólica ha aumentado notablemente.
- El 90% tiene algún síntoma de molestia.
- El grupo más afectado es de 50 a 59 años de edad con un 38%, siendo una afectación similar entre hombres y mujeres.
- La psoriasis vulgar fue la modalidad más frecuente de presentación

SIETE

RECOMENDACIONES

1. Realizar una investigación para evaluar la calidad de vida de los pacientes afectados por psoriasis.
2. Desarrollar un estudio para evaluar los diferentes manejos terapéuticos que se aplican en los pacientes con esta patología.
3. Iniciar un trabajo para establecer los factores de riesgo de desarrollar complicaciones en pacientes afectados por esta enfermedad.
4. Divulgación de los resultados obtenidos en la presente investigación.
5. Convocar grupos de autoayudas.
6. Realizar educación a la comunidad.
7. Que sea considerada política de estado por su cronicidad y alto costo

OCHO

VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien el estudio se realizó tomando como base la base de datos del sistema informático del Hospital Universitario de Guayaquil es necesario recordar que ésta es auditada de manera frecuente, lo que asegura la veracidad y la validez de la información. Esto asegura la validez de los datos presentados en el estudio.

NUEVE

BIBLIOGRAFÍA

1. Diario PP el verdadero (Guayaquil, Ecuador), edición impresa. Tomada de la edición impresa del Martes, 17 Junio 2014.
2. Diario el Telégrafo (Guayaquil, Ecuador), edición impresa. Tomada de la edición impresa 23 de febrero de 2014.
3. Metabolic syndrome as a factor associated with psoriasis in a dermatology outpatient clinic. Centro Médico Naval “CMST”, 2009
4. The History of Psoriasis (Ellen Seiden)
5. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis (Steven R Feldman, MD, PhD)
6. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM
7. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Ashcroft DM
8. Libro de datos del Instituto Ecuatoriana de Estadísticas y Censos. INEC 2001
9. Cañarte C., Palacios S., Epidemiología de la Psoriasis en el Hospital Carlos Andrade Marín, IESS-Quito, Dermatología, Vol. 9, N.2, 2000 (2-7)
10. Trujillo A, Díaz M, Delgado B, Trujillo V. Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. Rev Cubana Med. 2001; 40(2):122-34
11. Enno C, Wolfram S. Psoriasis. Epidermis: trastornos de la cinética y diferenciación celular. Dermatología en Medicina General. Fitzpatrick T. Cuarta edición, Editorial Panamericana. Madrid, España. Tomo I. 1997: p. 515-38
12. Epidemiología de la Psoriasis en el Distrito Metropolitano de Quito. Dra. Cecilia Cañarte, Dr. Franklin Cabrera, Dr. Santiago Palacios.
13. Predominio de la psoriasis en España. Ferrandiz, Bordas X, García Z, Puig S, Pujol R, Smandia A.
14. Dermatitis Eritematoescamosas, Dr. Manuel Loayza Vivanco, Dr. Enrique Loayza Sánchez
15. Das RP, Jain AK, Ramesh V. Current concepts in the pathogenesis of psoriasis. Indian J Dermatol 2009;54:7-12

16. Lowes MA, Bowcock AM & Krueger JG. Review Article: Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature* 445; 866-73
17. Lomholt G. Psoriasis: Prevalence, Spontaneous Course and Genetics. A Census Study on the Prevalence of Skin Diseases on the Faroe Islands. Copenhagen: GEC Gad, 1963: 31–3.
18. Christophers, E. and Krueger, G. (eds) (1987) Psoriasis. McGraw-Hill, New York.
19. Andressen C, Henseler T. Inheritance of psoriasis. Analysis of 2035 family histories. *Hautarzt* 33 (4): 214-217, 1982.
20. Al Shobili HA, Shahzad M, Al-Marshood A, Khalil A, Settin A and Barrimah I. Genetic Background of Psoriasis. *Qassim University IJHS* Vol. 4 No. 1 (May 2010)
21. Lowes MA, Bowcock AM & Krueger JG. Review Article: Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature* 445; 866-73.
22. Shobili HA, Shahzad M, Al-Marshood A, Khalil A, Settin A and Barrimah I. Genetic Background of Psoriasis. *Qassim University IJHS* Vol. 4 No. 1 (May 2010)
23. Bos JD and De Rie MA. The pathogenesis of psoriasis: immunological facts and speculations. *Immunology Today*, Volume 20, Number 1, 1 January 1999, pp. 40-46(7)
24. Griffiths CE and Voorhees JJ. Psoriasis, T cells and autoimmunity, *J R Soc Med.* 1996; 89(6): 315-319.
25. Krueger J G, Bowcock AM. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. *Ann Rheum Dis* 2005;64(Suppl II):ii30–ii36.
26. Giraldo C, Velásquez MM. Psoriasis. Revisión del tema con énfasis en la inmunopatogénesis. *Iatreia.* 2009; 22(3)
27. Julien D. Pathogenesis of psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2012 Apr;139 Suppl 2:S68-72
28. Krueger JG. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Jan;46(1):1-23.
29. Kalayciyan A, Aydemir EH, Kotogyan A. Experimental Koebner phenomenon in patients with psoriasis. *Dermatology.* 2007;215(2):114-7.

30. España A, Soria M. Psoriasis y síndrome de Reiter en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Piel*. 1989; 4:459-56
31. Capítulo 35: Psoriasis por Cecilia Cañarte Mantuano. *Dermatología Ibero Americana*
32. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007; 370 (9583): 263-71.
33. Beylot C. Clinical aspects of psoriasis. *Rev Prat* 2004; 54: 19–27.
34. Telfer NR, Chalmers RJ, Whale K, Colman G. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch Dermatol*. 1992; 128: 39-42.
35. Mallon E, Bunce M, Savoie H, Rowe A, Newson R, Gotch F, Bunker CB. HLA-C and guttate psoriasis. *Br J Dermatol*. 2000; 143: 1177-82.
36. Roelandts R. The history of phototherapy: something new under the sun? *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46: 926-30.
37. Cañarte C., Palacios S., Barzallo J., Conferencia en Evento de psoriasis. México, Octubre 2005. Comunicación verba
38. Cañarte C., Cabrera F., Castillo P., Ochoa G., Tello S., Palacios S., CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA DE LA SORIASIS, Fundación Ecuatoriana de la psoriasis. Congreso Nacional de Dermatología Quito 2003.