UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PSORIASIS: RELACION DAGNOSTICO CLINICO-PATOLOGICO

Revisión de casos en pacientes que se les practicó biopsia y clínicamente presentaron Psoriasis. Policlínica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Zona 1, y Hospital General de Enfermedad Común Zona 9, Agosto-Septiembre de 1994, Guatemala.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

MANUEL EDUARDO CASTILLO MORALES

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1995

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 20 de junio de 1995

DIF-035-95

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS MANUEL EDUARDO
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

CASTILLO MORALES Carnet No. 79-12194
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
PSORIASIS RELACION DIAGNOSTICO CLINICO-PATOLOGICO

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor
Firma y sello personal

Dr. EDUARDO SILVA LIZAMA
MEDICO Y CIRUJANO
DERMATOLOGO
COLEGIADO 4945

DR. SALVADOR GRANADOS GANDARA
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 3107

Revisor
Firma y sello

Registro Personal 12369

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIOS
DEPARTAMENTO MEDICO DE SERVICIOS TECNICOS
SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

FORMATO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 4 de AGOSTO de 1984

Yo MANUEL EDUARDO CASTILLO MORALES, estudiante de la Universidad de SAN CARLOS DE GUATEMALA, de la Facultad de: MEDICINA, por este medio solicito sea autorizado realizar mi trabajo de Tesis en la Unidad: POLICLINICA DEL IGSS. ENFERMEDAD COMUN ZONA 9 del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyo tema aprobado es: PSORIASIS RELACION DIAGNOSTICO CLINICO - DIAGNOSTICO PATOLOGICO

siendo mi asesor Institucional: (debe ser miembro del personal del IGSS) DR EDUARDO SILVA LIZAMA, quien es: (puesto que ocupa) DERMATOLOGO

Comprometiéndome a cumplir con la Reglamentación vigente para estudios de investigación, así como a entregar un ejemplar de la Tesis a la Sección de Docencia e Investigación y a la Unidad donde efectúe el estudio.

f) _____

APROBADO

f) _____ Asesor (sello)

F) _____ Jefe de Departamento o Coordinador del programa (sello)

DR. CESAR ANDRADES IDARRA RUIZ
DIRECTOR EJECUTIVO
IGSS

f) _____ Director de la Unidad (sello)

USO EXCLUSIVO DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constar: Que revisó el Protocolo de Investigación adjunto a esta solicitud, no encontrando ningún inconveniente para su ejecución, debido a que llena los requisitos académicos, éticos y de normas internacionales, como tampoco representa erogación para el Instituto.

AUTORIZADO

f) _____ Jefe de la Sección de Docencia e Investigación

f) _____ Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos

Esta Sección es para autorizar el Informe Final. (Debe adjuntarse nota del asesor, aprobando el Informe Final).

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constar: Que revisó el Informe Final de Tesis, autorizando al solicitante continuar sus trámites de impresión.

AUTORIZADO:

f) _____ Jefe de la Sección de Docencia e Investigación

Vo.Bo.

f) _____ Jefe del Departamento Médico de Servicios Técnicos

Esta solicitud debe llenarse en triplicado, adjuntando inicialmente el Protocolo de Tesis, autorizado por la Facultad respectiva.
Para autorizar el Informe Final debe traer nota del asesor de tesis institucional, donde aprueba su impresión.

CBM/saec 2213-1-1,000-01-11-71.OF.1633.

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: MANUEL EDUARDO CASTILLO MORALES

Carnet Universitario No. 79-12194

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

PSORIASIS RELACION DIAGNOSTICO CLINICO-PATOLOGICO

Trabajo asesorado por: DR. EDUARDO SILVA LIZAMA

y revisado por: DR. SALVADOR GRANADOS GANDARA

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 20 de junio de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

Dr. Edgar Axel Oliva González
D E C A N O

INDICE

I. INTRODUCCION

Las enfermedades de la piel siempre han llamado la atención de Médicos e investigadores, debido a que existen en gran variedad y responden a un limitado número de reacciones. (14)

Con las investigaciones Dermatológicas se han controlado muchas de estas enfermedades, pero queda aún una gran variedad de ellas poco conocidas, lo que ha llevado a los investigadores a profundizar en su estudio y a lanzar un gran número de teorías que con el tiempo se han y se irán unificando para llegar a diagnósticos definitivos y a tratamientos especificos y efectivos. (12, 14)

Durante mi práctica hospitalaria me llamó mucho la atención esta rama de la Medicina, y al elegir la práctica electivo, decidí por la sección de Dermatología de la Policlínica del IGSS. En donde tuve la oportunidad de conocer mucho de tan interesante rama, interesándome particularmente la Psoriasis, la cual presenta diferentes características clínicas y morfológicas, y que muchas veces por falta de conocimiento de la misma es confundida con otras patologías y que conllevan a un mal tratamiento.

Por tal motivo este trabajo de tesis, lo llevé a cabo investigando sobre resultados de patología, de pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoriasis, y así poder hacer una relación de diagnósticos.

Esta enfermedad en la mayoría de pacientes es asintomática si no hay ninguna complicación, y de pronóstico benigno, pero por sus características de presentación puede interferir con las

actividades diarias del paciente, evitando que lleve una vida social aceptable, y que lo expone a problemas psicológicos agravando la enfermedad. (9)

La presente investigación se realizó, revisando informes de Patología, así como expedientes clínicos de cada paciente que se le practicó biopsia, en la Policlínica del IGSS Zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS Zona 9, durante los años 1989-1993. Se llevó a cabo durante los meses de Agosto, Septiembre del año 1994.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La dermatología que es una de las especialidades de la Medicina, es motivo de interés para Médicos e investigadores, por la gran variedad de Dermatosis divulgadas a través de la piel.

Dentro de las enfermedades de la piel se encuentra la Psoríasis, la cual para algunos autores de literatura al respecto la consideran tan común como la Diabetes Mellitus, en E.E.U.U. 1 a 2% de la población. (12, 14, 16, 17)

En nuestro medio no hay un dato real, por haber poca investigación y escasa literatura sobre esta enfermedad. Durante mi práctica de Electivo, en la Policlínica del IGSS Zona 1, realice una investigación en la clínica # 1, de adultos, sobre las diez Dermatosis más frecuentes, situándose en octavo lugar, con 4.5% en relación a las diez Dermatosis más frecuentes.

Es una enfermedad crónica que afecta cualquier área de la piel, ocasionalmente aguda, caracterizada por eritema, pápulas planas, pardo rojizas, circunscritas, formando placas cubiertas de escamas de varios tamaños, color nacarado por lo que se le clasifica en el grupo de las Dermatosis Eritemato-pápulo-escamosas. (17)

En relación a su diagnóstico, aunque la ciencia Médica nos enseña que un examen clínico acucioso, nos da el 90% de un diagnóstico, se necesita de otros medios para completar el resto o confirmarlo, para Psoríasis se utiliza biopsia la cual teóricamente no se considera indispensable, pero en la práctica diaria de nuestro medio, aún en manos expertas, se hace necesario, realizarla

en algunos pacientes, debido a la cronicidad de la enfermedad, o que ha existido autodiagnóstico y automedicación, alterando las características clínicas típicas de la enfermedad o sobreagregando otros procesos patológicos. Por lo tanto es de utilidad para confirmar diagnóstico, determinar diagnósticos diferenciales, investigar sobre los hallazgos histopatológicos que tipifican la enfermedad y así relacionar lo clínico con lo histopatológico, ya que es una enfermedad de la que hay que aprender mucho, y no hay un estudio de nuestra práctica diaria que nos informe sobre este particular tema. (12, 14)

III. JUSTIFICACION

En nuestro medio las enfermedades Dermatológicas son muy frecuentes, y aún así en la formación académica de Médico y Cirujano no hay un programa específico para Dermatología.

Aunado a esto existen situaciones difíciles de superar, como patrones mágico-religiosos, analfabetismo, diversas lenguas y dialectos, situaciones que motivan a los pacientes a automedicarse o utilizar procedimientos no adecuados para su tratamiento, y que muchas veces alteran las características normales de la enfermedad o sobreagregan otros procesos patológicos, dando como consecuencia que en la mayoría de casos se de un diagnóstico y tratamiento inadecuados. (12, 14)

La Psoríasis es una enfermedad muy frecuente y de la cual en nuestro medio existe poca investigación, por lo que consideré importante realizar este estudio sobre diagnóstico Patológico y sus hallazgos histopatológicos, en biopsias de pacientes que clínicamente se les diagnosticó la enfermedad, y así poder relacionar todos estos datos, para confirmar diagnóstico, determinar diagnósticos diferenciales de Psoríasis con otras patologías, establecer los diferentes hallazgos histopatológicos que tipican la Psoríasis, hacer conclusiones de tiempo de evolución, sexo, edad, antecedente familiar.

Además con este trabajo se aporta un nuevo estudio que contribuye con la investigación de nuestro país.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Comparar diagnóstico clínico con diagnóstico patológico, en biopsias de pacientes que clínicamente se les diagnóstico Psoriasis durante los años 1989-1993. En la Policlínica del IGSS Zona 1, Hospital de Enfermedad Común IGSS Zona 9.

ESPECIFICOS:

1. CUANTIFICAR la cantidad de biopsias que se practica en promedio anualmente, a paciente con Psoriasis, en relación con otras patologías.

2. DETERMINAR si el diagnóstico patológico coincidió con el diagnóstico clínico.

3. DETERMINAR diagnósticos diferenciales de Psoriasis, diagnósticados clínicamente.

4. IDENTIFICAR los signos y síntomas más frecuentes.

5. IDENTIFICAR los hallazgos histopatológicos de Psoriasis y de sus diagnósticos diferenciales, así como la frecuencia de micropústula espongiforme de Kogoj patognomómico de Psoriasis.

6. DESCRIBIR la topografía más frecuente de la enfermedad.

7. ESTABLECER si existe antecedente familiar de Psoríasis.

8. DETERMINAR la incidencia de la enfermedad en relación a la edad, sexo, tiempo de evolución, y si presentan el mismo hallazgo histopatológico.

9. PROPORCIONAR a Médicos y estudiantes información de tan interesante tema.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

HISTOLOGIA DE LA PIEL (piel y faneras)

La piel está formada de dos capas de tejido completamente diferentes, unidas una con otra en toda su extensión. La capa externa está formada por epitelio plano estratificado queratinizado y proviene del ectodermo. No contiene vasos sanguíneos, de manera que debe nutrirse por vía del líquido tisular de la segunda capa, más profunda, de la piel, formada por tejido conectivo dispuesto irregularmente, que proviene del mesodermo y que contiene vasos sanguíneos.

ESTRUCTURA Y DISTRIBUCION DE LA LLAMADA PIEL GRUESA Y PIEL DELGADA

La piel gruesa se encuentra en las palmas de las manos y las plantas de los pies. La piel delgada cubre el resto del cuerpo. La piel de palmas y plantas tiene una epidermis gruesa, con una capa particularmente ancha de queratina en su superficie externa. La piel que cubre el resto del cuerpo, aunque en algunos lugares tiene una dermis gruesa, como en la espalda, suele tener una epidermis relativamente delgada, y la capa externa queratinizada relativamente fina.

Las dos capas de piel constituyen una membrana cohesiva con espesor que varía de 0,5 mm a 3 o 4 mm, o más, en diversas partes del cuerpo, se apoya sobre el tejido celular subcutáneo y le da movilidad, y fijeza a la vez.

LAS FANERAS

Durante el desarrollo embrionario las células ectodérmias que desarrollan la epidermis crecen, penetrando en la dermis en desarrollo para dar lugar a las glándulas epiteliales y las estructuras de aspecto glándular que incluyen glándulas sudoriparas, folículos pilosos (que producen los pelos) y glándulas sebáceas. La invasión epidérmica del tejido conectivo también es causa de los surcos de epidermis que producen las uñas. En la epidermis tienen lugar más o menos continuamente diversos fenómenos: 1) división celular en las capas más profundas; 2) a consecuencia de ello, las células son desplazadas hacia la superficie; 3) las células más alejadas de la dermis se transforman en queratina; 4) la queratina de la superficie sufre descamación. Si estos procesos no están adecuadamente sincronizados, son productores de enfermedad cambiando el carácter de la epidermis.

La epidermis suele describirse como formada por cuatro o cinco capas dependiendo de que se incluya o no se incluya el estrato lúcido (que solo pude verse en algunas muestras de piel gruesa). La capa más profunda (germinativa) está separada de la dermis por una membrana basal que se ve de preferencia con microscopio electrónico. La superficie de las células del estrato germinativo que están en contacto con la membrana basal son irregulares. En la superficie interna de las células que tocan a la membrana basal hay hemidesmosomas. Las células del estrato germinativo son de forma más o menos cilíndrica. En corte corriente los límites de estas células no son muy netos. Esta capa recibe el nombre de estrato

germinativo porque constantemente produce nuevas células.

El estrato espinoso (o de células espinosas) tiene espesor de varias células. Las células de esta capa tienen forman poliédrica irregular. Según las imágenes observadas con microscopio de luz, las células de esta capa muchas veces parecen ligeramente separadas unas de otras; las células vecinas solo están unidas por líneas delgadas, estas últimas dan a las células aspecto espinoso, lo que explica que se les halla denominado células espinosas, las líneas son tiras muy delgadas de citoplasma que se extiende saliendo de cada una de las dos células vecinas para reunirse y entrar en contacto muy estrecho y firme donde las prolongaciones de una célula se unen a las de otra célula vecina por un desmosoma.

El estrato granuloso de la piel gruesa está formado por dos o tres capas celulares y se halla inmediatamente por fuera del estrato espinoso. Sus células tienen aproximadamente forma semilunar y se adaptan unas a otras con el eje mayor de cada una paralela al contorno del surco que la recubre. El citoplasma de las células de esta capa contiene gránulos que se tiñen intensamente con hematoxilina. Son los denominados gránulos de queratohialina.

El estrado lúcido ha recibido este nombre por ser una capa delgada y en forma de una línea clara, brillante homogénea.

No siempre resulta fácil de ver.

Se admite que está formado por eleidina, probablemente como producto de transformación de la queratohialina observada en el estrato granuloso.

La quinta capa y la más externa de la epidermis recibe el nombre de estrato córneo (corneus, calloso). Aquí la eleidina del estrato lúcido se ha transformado en escamas córneas estrechamente unidas entre sí, excepto en la parte más superficial, donde se descaman.

DERMIS

Está formada por dos capas de tejido conectivo que se fusiona. La externa es la más delgada, formada por el tipo laxo de tejido conectivo. Se denomina capa papilar por las papilas de tejido conectivo que se extienden hacia arriba penetrando en la epidermis como parte notable de ella. Esta capa solo se extiende ligeramente debajo de las bases de las papilas, donde se funde más o menos insensiblemente con la capa reticular, más gruesa formada por tejido conectivo denso dispuesto irregularmente.

Se llama capa reticular de la dermis porque los haces de fibras colágenas que la constituyen se entrelazan unos con otro a modo de red. Aunque ambas partes están formadas por tejido fibroso dispuesto irregularmente, el de la capa papilar tiene una textura más fina y laxa y se parece más al tejido conectivo laxo que al denso.

Fibras elásticas de las dermis. Gillman describe las fibras elásticas de la piel en dos localizaciones- una red de fibras muy finas en la capa papilar, y fibras más gruesas dispuestas al azar en la capa reticular, sin embargo el contenido de elasina de la piel no es muy grande.

Una diferencia muy importante entre las capas papilar y reticular se refiere a su contenido de capilares.

El riego sanguíneo de la capa papilar es amplio, un grupo de vasos se extiende en asas subiendo y penetrando en las denominadas papilas de tejido conectivo que se proyectan en la epidermis y también intervienen en la regulación del calor. Otro grupo son las vénulas que forman un lecho por debajo de las bases de las papilas. Las células de la dermis de la piel gruesa son principalmente fibroblastos dispuestos al azar, también hay algunos macrófagos, pueden verse células grasas asiladas, pero más frecuentemente están agrupadas. La papilar tiene pues un rico riego sanguíneo. (10)

PSORIASIS

Concepto e Historia:

La Psoríasis fue descrita clínicamente por primera vez, en el año de 1808, por el médico inglés Robert Williams.

La palabra Psoríasis derivada del griego a través del latín, que significa estado: Iasis; de Prurito: Psor, Moderadamente se aplica a un cuadro común tipificado por la presencia de pápulas o placas descamativas, de evolución crónica.

SINONIMOS: Lepra Alfos, Psoríasis Vulgar.

Es una enfermedad muy frecuente. Las primeras manifestaciones pueden originarse a cualquier edad, pero usualmente ocurren entre los 20 y 40 años. En 5,600 pacientes con Psoríasis, Farber y Nall (1974) encontraron que la edad media al inicio fue de 24 años; en

un 10% ocurrió antes de los 10 años, siendo la frecuencia igual en hombres y mujeres.

Aunque son millones las personas afectadas y se ha investigado mucho sobre su etiología y Patogénesis, ésta en gran parte aún permanece incierta. La hipótesis que más se acepta en la actualidad es que obedece a factores metábolicos genéticamente determinados. (8, 12, 14, 16)

ETIOLOGIA

La hay varias teorías postuladas como producto de las investigaciones mencionando algunas de ellas.

FACTORES NEUROGENICOS

Algunos autores confieren importancia a esta teoría, debido que la Psoríasis se exacerba cuando existen trastornos Psicosomáticos, tales como ansiedad, tensión, depresión, susto, miedo, cansancio y SHOCK.

FACTORES ESTACIONALES DEL AÑO

Se ha visto que la enfermedad es más activa durante el invierno y su incidencia disminuye en el verano y está asociada con la fiebre del heno su activación es mayor durante la estación del polen.

FACTORES DESENCADENADOS POR PROCESOS INFECCIOSOS

Estudio realizado por Norviland en 65 pacientes con Psoríasis y en el 64% de los mismos, interviene en sus brotes una infección

previa de las vías respiratorias superiores (estreptococcica), de una a tres semanas antes de iniciarse el cuadro agudo. El 56% tenía elevado el título de antiestreptolisinas. (4, 12, 14)

FACTORES DE HERENCIA

Indudablemente, es un trastorno de base genética, parece que los pacientes heredan rasgos o factores predisponentes, más que la enfermedad en sí misma. Si ambos progenitores la sufren las posibilidades del hijo de padecerla son de un 60%, en tanto que si un sólo de los padres está afectado, las posibilidades son de un 30%. El hermano de un gemelo no idéntico tiene un 70% de posibilidades de estar afectado, pero, si su gemelo es idéntico, el riesgo sube a un 90%, un 30% tiene un compromiso familiar.

Se sabe que ciertos tipos de HLA se asocian, pero no lo que dispara los síntomas. El más definitivo es el HLA CW6, pero también los B13, 17 Y 37, todos los cuales tienen relación con el gene que causa la expresión CW6, parece ser que los genes comprometidos en la producción de Psoríasis se encuentra en el sexto cromosoma y, probablemente, en las regiones de los LOCI C y D del complejo mayor de histocompatibilidad humano.

Varios mecanismos de transmisión han sido propuestos. En 1931, Hoede postuló un modo dominante de herencia. Kimberling y Dobson sugirieron un traso autosómico dominante con penetración incompleta. En contraste con las investigaciones precedentes Steimberg Etal Satson Etal han concluido que la Psoríasis puede ser poligénica. Otros datos sugieren una herencia multifactorial. Es

sin embargo probable que sea genéticamente heterogénea, es decir que más de un mutante alelo cause el fenotipo de Psoriasis. De este modo puede que existan otros trazos, además de las dominantes de herencia. (12, 14)

FACTORES INMUNOLOGICOS

Los mecanismos inmunes participan en la patogénesis con la formación de anticuerpos contra el estrato córneo (presente en casi todas las personas), pero cuyo antígeno permanece escondido mientras no sucede su descamación por la acción hidrolítica de las enzimas de los neutrófilos, los cuales llegarían al lugar de iniciación de la lesión por la noxa (desconocida) iniciadora.

Un trauma local (ver fenómeno de Koebner) y una infección estreptocóccica, son fenómenos clínicos disparadores de la Psoriasis bien conocidos, que serían ejemplos de tal mecanismo. Esta hipótesis inmune, con todo, no contesta muchos interrogantes y situaciones experimentales diversas. Por otra parte, existen cambios funcionales en los linfocitos T y aumento de la actividad de los macrofagos. Entre los cambios inmunológicos observados se encuentran los siguientes:

A. Disminución en la reacción a los alergenos de contacto.

B. Disminución en la reacción a los antígenos intradérmicos.

C. Depresión de la respuesta los mitógenos in vitro.

D. Disminución en la producción de linfocinas entre antígenos in vitro.

E. Los linfocitos T pueden estar normales o bajos, retornan a la

normalidad luego del tratamiento.

F. Disminución de la función de los linfocitos T supresores pero también puede ser normal.

No se piensa que el neutrófilo sufra de alguna aberración estructural o funcional que lo haga causante del problema, pero si que juegue un rol importante en la patogénesis de la Psoríasis (8, 14)

FACTORES METABOLICOS

Es posible hacer una descripción de los cambios en el metabolismo y en la cinética celular epidérmica, modificaciones estructurales y alteraciones bioquímicas en las queratinas sintetizadas pero nada acerca del factor iniciador de algo, que inclusive se duda sobre si es una sola entidad nosológica o si, por el contrario, son diversas identidades que comparten una expresión fenotípica común. En la Psoríasis el fenómeno más llamativo es una proliferación acelerada de las células epidérmicas, debida quizás a un desequilibrio en el metabolismo de los nucleótidos cíclicos y de las prostaglandinas, con una alteración del AMP cíclico, los datos a veces son contradictorios entre diversos observadores, y quizás, los multifactorial de la enfermedad es lo que hace que solo algunos de los enfermos expresen tales situaciones. Las llamadas poliaminas, moléculas importantes en la espermadina se encuentran elevadas en la piel sana y en la enferma de los Psoríaticos. En la transformación hiperplástica que sucede al pasar la piel de su estado no comprometido clínicamente a la lesión, es muy probable

que suceda lo siguiente: El ácido araquidónico se libera de los fosfolipidos de las membranas y se transforma en el ácido 12 hidroxi-ecosatetranoico mediante la acción de la 12-lipooxigenasa. Como paso anterior se forma leucotrienos y prostaglandinas E_2 y F_2 alfa, todas sustancias proinflamatorias que pueden atraer a los leucotrienos, polimorfonucleares de la sangre hacia la epidermis, además de tener una acción sobre el AMP cíclico. El leucocito poliformo nuclear descarga su leucotrieno B y los macrófagos C_4 y D_4. Aparte de estos fenómenos metabólicos de los leucotrienos y en el mismo contexto, se habla de desequilibrios y cambios entre las proteasas sustancias que son importantes en la proliferación y diferenciación celular. (8, 12, 13)

INCIDENCIA

La enfermedad no respeta edad, pero hay pocos reportes de Psoríasis en infantes, y de primeras erupciones en personas de edad avanzada. Se ha visto que es más frecuente en los jóvenes y adultos que en niños. Según el estudio de tesis realizado por el Dr. Arturo Mont Martínez en 1974, la Psoríasis se presenta en Guatemala con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de la vida. Respecto a la raza llegó a la conclusión de que se presenta tanto en la indígena, ladina y mestizos.

Se ha comprobado que la incidencia es mayor en el sexo masculino (14, 16, 18)

SINTOMAS Y SIGNOS

La Psoríasis aparece en forma lenta y progresiva, a veces sin síntomas asociados; pero algunos pacientes se quejan de prurito leve o severo, está clasificada en el grupo de las Dermatosis que tiene como común denominador una pápula escamosa con lesión estas pápulas son de color y aspecto eritematoso; posteriormente se cubren de escama anacarada o plateada, seca laminar, y pueden confluir hasta formas placas grandes sólidas, que llegan a cubrir grandes extensiones de la piel. La simetría de las lesiones es una característica de esta patología. Existen signos clínicos que no son diagnóstico seguro, pero si sugestivos de Psoríasis:

1. FENOMENO DEL ROCIO HEMORRAGICO:

   Llamado también signo de Auspitz, que consiste en una hemorragia de pequeños vasos del cuerpo papilar, después de la cuidadosa separación de las escamas.

2. FENOMENO DE LA VELA:

   Conocido como el signo de Darier, consiste en que las escamas aruñadas, tienen el aspecto de polvillo fino y blancuzco como de vela.

3. FENOMENO DE KOEBNER:

   En 1887 Koebner descubrió la peculiar reacción postraumática en los pacientes con Psoríasis. La extensa variedad de estímulos traumáticos probablemente estimulan la aparición

Psoriática. Los bordes de las lesiones son netos, el tiempo aproximado entre el aparecimiento de las lesiones y el trauma es de 7 a 30 días. La mayoría de los pacientes tiene lesiones características a las dos semanas. (2, 3, 12)

4. Otro signo importante se presenta en las uñas de los dedos de la mano, son frecuentes en ellas los cambios con gravedad variable, es común la presencia de foveas en la placa ungueal la cual toma el aspecto de un dedal. En casos severos hay surcos transversales y cambios de color de la placa ungueal la cual se torna amarillenta, quebradiza y con hiperqueratosis en su borde libre y lecho. Las alteraciones más severas pueden asociarse con un cuadro de artritis de las falanges distales, denominado artropatía Psoriática. (3, 14)

ZONAS DE LOCALIZACION

Es una Dermatosis que puede estar localizada, diseminada, o generalizada, puede afectar cabeza, con predominio en cuero cabelludo sin causar alopecía, el borde la frente, y las sienes. En región retroauricular, en miembros superiores: los codos aunque puede existir lesiones en brazos, antebrazos y dorso de las manos. En miembros inferiores: ambas rodillas y tobillos. En tronco afectando preferentemente el dorso con lesiones extensas y agrupadas en región lumbosacra, las lesiones también pueden atacar genitales y área perianal.

Las lesiones son polimorfas, pudiendo presentar lesiones

únicas o múltiples, agrupadas en pequeños o grandes grupos de formas diversas, tamaños variables desde 1-2 mm hasta ocupar segmentos en su totalidad o en su mayor parte. El color va del rojo vinoso al rosado pálido hasta formar lesiones costrosas, con escamas numerosas, que sangran al desprenderse y en lesiones extensas pueden dar el aspecto de paquidermias por crecimiento acelerado de la capa córnea.

FORMAS CLINICAS DE PSORIASIS

A. PSORIASIS SEBORREICA

B. PSORIASIS PUSTULAR

C. PSORIASIS EN GOTAS

D. PSORIASIS CRONICA

E. PSORIASIS PSORIATICA

PSORIASIS SEBORREICA

Afecta cuero cabelludo, región retroauricular, oído, región preesternal, región interescapular y axilas. Este tipo de Psoríasis es comúnmente confundida con la Dermatitis seborreica, características en la piel o en las uñas ayuda a la diferenciación de ambas. En el cuero cabelludo usualmente forma placas aisladas cubiertas de escamas plateadas, mientras que la Dermatitis seborreica presenta placas difusas con escama grasosa y amarillenta.

PSORIASIS PUSTULAR

Es rara, se trata de un proceso que puede evolucionar con abcesos numerosos, diferentes a los que se encuentran en las formas corrientes (microabcesos). Se reserva el nombre de Psoriasis tipo Von Zumbush a la Psoriasis que se complica con pústulas asépticas numerosas, de aparición aguda, acompañada de gran compromiso general, (escalofríos, fiebre, molestias artríticas, tendencia a la eritrodermia); pudiendo ser mortal, o que no afecta el estado general, tipo Konigsbeck Barber, (pústulas situadas simétricamente en las palmas de las manos y plantas de los pies, pero no confluente, sobre la piel rojiza no escamativa. La presencia de cambios sutiles en las uñas, es de gran valor para hacer el diagnóstico clínico de estos casos.

PSORIASIS EN GOTAS

Se presenta con mayor frecuencia en personas jóvenes, es una forma explosiva de erupción de pequeñas lesiones como gotas, con predominio en la región dorsal y lumbosacra. Esta forma de Psoriasis está relacionada con infecciones por Estreptococos Beta hemolítico del grupo A. (principalmente en orofaringe) por lo que se recomienda el tratamiento de estas infecciones en los pacientes Psoriáticos, el predominio de edad es de 28 años.

PSORIASIS CRONICA

Son localizadas en forma de placas, las lesiones pueden ser escasas y limitadas al cuero cabelludo, codos, rodillas, se inicia

en forma lenta y progresiva y sigue un curso recurrente con exacerbaciones. En otros casos las lesiones permanecen fijas por periodos largos, pudiendo durar años.

ARTRITIS PSORIATICA

En la Psoriasis hay ocasiones en que las pequeñas articulaciones radiocarpianas e interfalángicas, están afectadas y otras veces se afectan las grandes. Los brotes repetidos deforman o anquilosan las articulaciones. La incidencia de artritis en pacientes con Psoriasis es de un 6.7% y se presenta con más frecuencia, alrededor de los 30 años, y la artritis reumática entre los 40 y los 50 años.

PSORIASIS CLASIFICADA SEGUN SU MORFOLOGIA

A. PUNTATA

B. GUTATA

C. DISCOIDE O EN PLACA

D. CIRCULAR

E. FOLICULAR

F. RUPIOIDE

G. INVENTERADA

H. GENERALIZADA O UNIVERSAL

PSORIASIS PUNTATA: en forma de puntos.

PSORIASIS GUTATA: en forma de gotas aisladas y por lo general en

el tronco y extremidades.

PSORIASIS DISCOIDE O EN PLACAS: en forma de moneda o disco con lesiones bien delimitadas en los bordes.

PSORIASIS CIRCULAR: son lesiones que demuestran su actividad en la parte externa del circulo, el centro se ve libre y van extendiéndose por su periferia.

PSORIASIS FOLICULAR: invaden los orificios externos de glándulas, sebáceas y los foliculos pilosos.

PSORIASIS RUPIOIDE: en forma de costras escamosas gruesas superpuestas unas con otras y enmarcadas por anillos concéntricos en múltiples placas.

PSORIASIS INVENTERADA: se caracteriza porque la piel es profundamente infiltrada y a menudo fisurada y cubierta por escamas gruesas.

PSORIASIS GENERALIZADA O UNIVERSAL: es aquella que abarca toda la piel. (7, 8, 14, 18)

DIAGNOSTICO:

1. Historia completa, con investigación cuidadosa de los antecedentes familiares o infecciosos.

2. Exploración física.
3. La biopsia no es indispensable, pero si como complemento dentro del diagnóstico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe distinguirse de la Dermatitis seborréica, liquen plano, dermatitis exfoliativa, micosis superficiales, sífilis secundaria dermatomiositis, neurodermatitis, el mal de pinto, lupus eritematoso diseminado, pitiriasis rosada, Parapsoriasis, dermatitis por medicamentos. (8, 9, 14, 18, 15)

EVOLUCION

Esta enfermedad cambia de acuerdo con la variedad clínica y podemos ver la forma eritrodermica que se inicia en forma brusca y se disemina rápidamente, llegando en poco tiempo a generalizarse. En cambio la forma crónica se inicia en forma lenta y progresiva, sin prodromos y sigue un curso recurrente con brotes de exacerbaciones durante los cuales pueden aparecer nuevas lesiones.

Complicaciones: aunque son raras, entre las más frecuentes tenemos: Dermatitis por contacto, por el uso de medicamentos muy irritantes; la infección piogena, la dificultad al movimiento por el dolor y hemorragia de las grietas que se hacen en las lesiones; los trastornos de la personalidad por la cronicidad y falta de alivio.

El uso corticoesteroides sistémicos mejoran la enfermedad

transitoriamente, pero después de un corto tiempo sobreviene el fenómeno de rebote; no solo regresa a su estado inicial sino que se generaliza, volviéndose universal, afectando inclusive cara, palmas y plantas comprometiendo la vida del paciente. (3, 7, 5, 8)

HISTOPATOLOGIA

El cuadro histológico se caracteriza por 1) elongación regular de las redes de las crestas, con engrosamiento de su porción inferior, 2) elongación y engrosamiento de papilas, 3) adelgazamiento relativo de las porciones suprapapilares del estrato Malpighi, con presencia ocasional de una "pústula espongiforme" muy pequeña, 4) ausencia de células granulosas, 5) presencia de microabcesos de Munro, solamente la pústula espongiforme es verdaderamente diagnóstica de Psoriasis con base histológica. En detalle se puede decir que: las redes de la crestas muestran elongación considerable y se extienden hacia abajo hasta un nivel uniforme. A menudo son delgadas en su parte superior y engrosadas en su parte inferior, de manera que las redes de crestas vecinas a menudo coalescen por sus bases. En general no hay edema intercelular ni intracelular en las redes de crestas en las que aun las células ubicadas bien por encima de la capa basal muestran basofilia intensa. Además, la mitosis no se limitan, en la piel normal, a la capa basal, sino que se encuentran también en las dos hileras de células ubicadas por encima de la capa basal. Las papilas tienen forma de clavas, muestran edema y los capilares de

la porción más superior de las papilas están dilatados. En la dermis superior y en las papilas se encuentra un infiltrado inflamatorio moderadamente grave. Consta de células mononucleares, excepto a las lesiones recientes, donde además, hay neutrófilos en la porción superior de las papilas, el estrato de Malpighi que las recubre aparece relativamente delgado en comparación con las redes de crestas marcadamente elongadas y las células pueden mostrar edema intracelular. Las células epidérmicas situadas inmediatamente por debajo del estrato córneo paraqueratósico pueden estar intromesclados con neutrófilos. El cuadro histológico es entonces el de una pústula espongiforme de Kogoj pequeña. Aunque es solo una micropústula. Pertenece no obstante al mismo tipo que las pústulas mucho más grandes que se ven en la Psoriasis Pústulosa. Está pústula espongiforme patognomómica de Psoriasis y sus variantes, muestra agregados de neutrófilos en los intersticios de una red espongiforme formada por células epidérmicas degeneradas y adelgazadas. En las lesiones recientes activas de la Psoriasis puede faltar el estrato granuloso por completo, pero a menudo se van áreas sin células granulosas, entremezcladas otras con células granulosas.

En algunos casos, la capa córnea consta totalmente de células paraqueratósicas, y como existe una relación directa entre la ausencia de gránulos queratohialinos y la presencia de paraqueratosis, hay, concomitantemente una ausencia de estrato granuloso. No obstante con frecuencia hay cierta ortoqueratosis con células granulosas subyacentes.

Los microabcesos de Munro se ubican dentro de las áreas paraqueratósicas de la capa córnea. Están compuestos de acúmulos de neutrófilos pictónicos que han emigrado allí, desde los capilares de las papilas a través de la epidermis subpapilar. En general los microabcesos de Munro se encuentran en las lesiones recientes, mientras que en las más antiguas son escasos o están ausentes. El cuadro histológico totalmente típico, descrito, se encuentra en realidad, en un sólo pequeño porcentaje de muestras de biopsia, aun cuando se examinan únicamente lesiones clínicamente típicas de psoriasis. En un estudio Cox y Watson observaron, en 33 de 107 lesiones examinadas, que la ortoqueratosis era más extensa que la paraqueratosis. Había columnas verticales de ortoqueratosis separando las columnas de paraqueratosis o menos comúnmente, capas horizontales alternadas de ortoqueratosis y paraqueratosis.

A nivel de la dermis papilar los capilares se ven dilatados, congestionados y rígidos y hay infiltración inflamatoria crónica alrededor.

Los puntos sangrantes que se producen por rascado suave sobre la piel, corresponden a los vértices de las papilas, se los atribuye a los siguientes cambios histológicos: 1) paraqueratosis 2) edema intracelular de los queratinocitos de la epidermis suprapapilar y 3) dilatación de los capilares de la porción superior de las papilas. (7, 13, 15)

VI. METODOLOGIA RECURSOS

METODOLOGIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Se asistió diariamente, durante las mañanas de Lunes a Viernes al Laboratorio de Patología, Hospital General de Enfermedad Común IGSS Zona 9 y Policlínica del IGSS Zona 1, donde existe un promedio de ocho mil biopsias practicadas anualmente, a las cuales se les da un número correlativo, no separándolas por especialidad.

En ese total se procedió a buscar los informes de estudio anatomohistopatológico, de cada paciente, que clínicamente se les diagnosticó Psoríasis, así como hacer un recuento, de biopsias por otras dermatosis. En dicho informe se adjuntó la hoja de solicitud de examen anatomohistopatológico. Por lo que al revisarlos se recolectó los datos necesarios para el estudio, enumerados en la boleta de recolección de datos, cuando en esta se omitía algún dato, se revisaron los expedientes clínicos de dichos pacientes.

Posteriormente se tabularon todos los datos; en base a los objetivos y se presentaron en este trabajo en cuadros de distribución simple con sus respectivos análisis.

MARCO DE LA MUESTRA: Número total de pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoríasis, y se les practicó biopsia. En la policlínica del IGSS y Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9. Durante los años 1989-1993.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Después que se estableció el tamaño de la muestra se trabajó con el total de pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Todos los pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoriasis y se les practicó biopsia durante 1989-1993.

Pacientes de todas las edades, ambos sexos, diferentes tiempos de evolución de la enfermedad, que su diagnóstico perteneciera al período de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todos los que no estén incluidos en los criterios anteriores.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES

```
1   XXXXX
2      XXXXXX
3            XXXXXXXX
4                 XXXXXXXX
5                         XXX
6                           XX
7                            XXX
8                              XXXXXXXXX
9                                       XXXXXXXXX
10                                                XXX
11                                                   XXX
12                                                   XX
13                                                    XXXXXXX
14                                                            XXXXXXXXXX
15
   ____________________________________________________________________
   1  2  3  4  5  6  7  8  9 10 a 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25
```

ACTIVIDADES

1. Selección del tema para el proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el Comité de Docencia del IGSS.
6. Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis de la USAC.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de cuadros.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen Público en defensa de la tesis.

RECURSOS

HUMANOS

1. 1 estudiante de medicina (investigador)
2. Médicos patólogos del laboratorio de Patología.
3. Secretarias de archivo y registros clínicos de Policlínica del IGSS zona 1 y Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9.
4. Enfermeras de cada una de las instituciones arriba mencionadas.
5. Personal de bibliotecas.

FISICOS

1. Edificios de: Policlínica del IGSS Zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS Zona 9, Bibliotecas de USAC, HGSJD, IGSS, Banco de Guatemala, Hospital Roosevelt.
2. Expedientes clínicos e informes del laboratorio de Patología.
3. Libros y tesis de bibliotecas de IGSS, USAC, HGSJD, HOSPITAL ROOSEVELT Y BANCO DE GUATEMALA.
4. Máquina de Escribir, hojas de papel bond, fotocopias, lapiceros.

INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICION
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, cada uno de los periodos de la vida.	La misma definición	Tomado de informes de patología y expedientes clínicos
Sexo	Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer.	Idem	Idem
Tiempo de evolución de la enfermedad	Tiempo que transcurre desde que se inician los síntomas hasta el estado actual de la enfermedad.	Idem	Idem
Antecedente familiar	Relativo a la enfermedad, parientes cercanos que padecen o han padecido una una enfermedad.	Idem	Idem
Diagnósnostico Clínico	El que se hace en la clínica de acuerdo a los síntomas presentados por el paciente para diferenciar una enfermedad de otra.	Idem	Idem
Diagnósnostico Patológico	Diagnóstico de enfermedades benignas y malignas por medio del estudio de células y tejidos, lesionados, tanto micro como macroscópico.	Idem	Idem
Diagnósnostico Diferencial	Mención que se hace de una enfermedad con otra por sus similitudes con esta.	Idem	Idem
Signo	Cualquier prueba objetiva de una enfermedad o lo perceptible por el médico examinador.	Idem	Idem
Síntoma	Cualquier prueba subjetiva de la enfermedad, o padecimiento que refiere el paciente.	Idem	Idem

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO # 1
Frecuencia de biopsias de pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoriasis, y otras dermatosis, practicadas anualmente, durante 1989-1993. En Policlínica del IGSS zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9.
(porcentaje en relación al total de cada año)

AÑO	PSORIASIS	OTRAS DERMATOSIS	TOTAL	% PSORIASIS	% OTRAS DERMATOSIS	% TOTAL
1989	12	595	607	2.0	98.0	100
1990	13	466	479	2.8	97.2	100
1991	10	540	550	1.8	98.2	100
1992	15	520	535	2.8	97.2	100
1993	13	580	593	2.2	98.2	100
TOTAL	63	2701	2764			

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 2
Diagnósticos clínico, diferencial, y Patológico, de 63 pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoriasis, y practicó biopsia, Durante los años 1989-1993. En Policlínica del IGSS Zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS Zona 9.
(porcentaje en relación al total de cada diagnóstico durante los 5 años)

ENFERMEDAD	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	DIAGNOSTICO PATOLOGICO	% DIAGNOSTICO CLINICO	% DIAGNOSTICO PATOLOGICO
PSORIASIS	63	0	44	100	69.9
DERMATITIS SEBORREICA	0	0	9	0	14.3
LIQUEN PLANO	0	0	7	0	11.1
QUERATOSIS PALMO PLANTAR	0	0	3	0	4.7
TOTAL	63	0	63	100	100

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 3
Signos y Síntomas más frecuentes en los 63 pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoriasis y practicó biopsia durante 1989-1993. En policlínica del IGSS zona 1, Hospital de Enfermedad común IGSS, zona 9.

(porcentajes en relación al total de cada signo o síntoma)

SIGNOS Y SINTOMAS	TOTAL C/U	% C.U
NO SE DESCRIBE NINGUNO	20	31.8
AUSPITZ	14	22.2
PRURITO	11	17.4
DARIER	8	12.7
KOEBNER	6	9.5
FIEBRE	2	3.2
MALESTAR GENERAL	2	3.2
TOTAL	63	100

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 4
Clasificación de acuerdo a la descripción clínica de las lesiones, en los 63 pacientes, que se les diagnosticó Psoriasis y practicó biopsia durante 1989-1993. En Policlínica del IGSS, zona 1. Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9.

DESCRIPCION CLINICA DE LAS LESIONES	SIMETRIA		TOTAL
PAPULAS ERITEMATOSAS, PLANAS EN PLACAS, CUBIERTAS DE ESCAMAS GRUESAS DE VARIOS TAMAÑOS FACILMENTE DESPRENDIBLES, COLOR NACARADO.	SIMETRICAS	15	45
	ASIMETRICAS	20	
	NO SE DESCRIBE	10	
LESIONES COSTROSAS, CON ESCAMAS AMARILLENTAS	SIMETRICAS	4	13
	ASIMETRICAS	4	
	NO SE DESCRIBE	5	
DERMATOSIS ESCAMOSAS CON BORDES ACTIVOS	SIMETRICAS	4	5
	ASIMETRICAS	1	
	NO SE DESCRIBE	0	

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 5

Hallazgos histopatológicos de cada enfermedad que se diagnosticó en patología, de los 63 pacientes que clínicamente se les diagnóstico Psoríasis, durante 1989-1993. En Policlínica del IGSS zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9

ENFERMEDAD	HALLAZGO HISTOPATOLOGICO	TOTAL
PSORIASIS	HIPERQUERATOSIS PARAQUERATOSIS ACANTOSIS ELONGACION REGULAR DE LAS REDES DE CRESTAS ENGROSAMIENTO DE PAPILAS PRESENCIA DE MICROABCESOS DE MUNRO-SABOURAUD NO HAY EDEMA INTER NI INTRACELULAR EN LAS REDES DE CRESTAS	44
DERMATOSIS SEBORREICA	HIPERQUERATOSIS ACANTOSIS MODERADA PARAQUERATOSIS ESPONGIOSIS FIBROSIS EN DERMIS SUPERIOR POR AUMENTO DE COLAGENO NUMERO DE CAPILARES AUMENTADO Y SUS PAREDES ENGROSADAS	9
LIQUEN PLANO	HIPERQUERATOSIS HIPERGRANULOSIS HIPERTROFIA ESTRATO ESPINOSO INFILTRADO DERMICO EN BANDA MUY POCAS O NINGUNA CELULA PARAQUERATOSICA ACANTOSIS IRREGULAR	7
QUERATOSIS PALMO PLANTAR	HIPERQUERATOSIS MASIVA HIPERGRANULOSIS POROQUERATOSIS DERMIS LIBRE DE INFILTRADO DERMICO	3
	TOTAL	63

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 6

Frecuencia de micropústula espongiforme de Kogoj, en muestras de 44 pacientes que se les practicó biopsia durante 1989-1993. En policlínica del IGSS zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS, Zona 9.

MICROPUSTULA ESPONGIFORME DE KOGOJ		POSITIVO	NEGATIVO
CASOS DE PSORIASIS	44	0	0
TOTAL	44	0	0

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 7

Casos de Psoríasis, con antecedente familiar, de los 44 pacientes con diagnóstico clínico y Patológico de Psoriasis, durante 1989-1993. En Policlínica del IGSS zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9.

(porcentaje en relación al total de negativo o positivo)

ANTECEDENTE FAMILIAR	No.	%
NEGATIVO	36	81.9
POSITIVO	8	18.1
TOTAL	44	100

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 8

Areas de localización afectadas, en los 63 pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoríasis y practicó biopsia, durante 1989-1993. En policlínica del IGSS zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9.

(porcentaje en relación al total de cada área)

AREA AFECTADA	No.	%
MIEMBROS INFERIORES	35	27.4
MIEMBROS SUPERIORES	34	26.6
CUERO CABELLUDO	33	25.8
TORAX ANTERIOR	13	10.1
GENERALIZADA	3	2.3
PALMA DE MANOS	3	2.3
PLANTA DE PIES	3	2.3
TORAX POSTERIOR	2	1.6
ABDOMEN	2	1.6
TOTAL AREAS AFECTADAS	128	100

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 9

Clasificación de sexo y edad de los 44 pacientes que su diagnóstico clínico y patológico correspondió a Psoriasis, durante 1989-1993. En policlínica del IGSS zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9.

(porcentaje en relación al total de cada grupo etáreo y total en ambos sexos)

GRUPO ETAREO EN AÑOS	SEXO M	SEXO F	TOTAL	%
0 - 10	2	1	3	6.8
11 - 20	4	2	6	13.6
21 - 30	10	5	15	34.1
31 - 40	6	5	11	25.0
41 - 50	3	2	5	11.4
51 - 60	1	1	2	4.5
61 - 70	0	1	1	2.3
71 - 80	1	0	1	2.3
TOTAL	27	17	44	100
% en Total de Ambos Sexos	61.3	31.7	100	

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

CUADRO # 10

Tiempo de evolución de la enfermedad, en los 44 pacientes, que su diagnóstico clínico y patológico correspondió a Psoríasis, durante 1989-1993. En policlínica del IGSS zona 1, Hospital General de Enfermedad Común IGSS zona 9.

(porcentaje en relación al total de pacientes de cada grupo)

EN AÑOS TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENF.	No. de Pacientes	%
0 - 5	20	45.4
6 - 10	13	29.5
11 - 15	6	13.7
16 - 20	4	9.1
21 - 25	1	2.3
TOTAL	44	100

Fuente: Informes de Patología, expedientes clínicos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Nota: Los cuadros # 1, 3, 4, 5, 6, 8 se basa en pacientes únicamente con diagnóstico clínico, o sea la totalidad de 63 pacientes que se les practicó biopsia.

CUADRO # 1

En este cuadro se puede observar que el total de biopsias practicadas en los 5 años es de 63, el promedio de biopsias por Psoríasis que llega al laboratorio de Patología, oscila entre 10 y 15 por año.

Siendo la mayor cantidad en el año 1992, 15 biopsias con 2.8%, y la menor cantidad en el año 1991, 10 biopsias con 1.8%, relacionándolo con biopsias por otras Dermatosis, es muy bajo. Para el año 1992 es de 520 con 97.2%, para el año 1991, 540 con 98.2%, aunque en este cuadro no se da el total de biopsias practicadas, incluyendo otras especialidades, se calculó que como promedio son 8 mil anuales. Por lo que se podría determinar que el porcentaje de biopsias por Psoríasis, relativamente es muy bajo, tomando en cuenta la frecuencia de la enfermedad.

CUADRO # 2

Podemos observar que durante los 5 años, a los 63 pacientes o sea el 100% clínicamente se les diagnóstico únicamente Psoríasis, y de los cuáles, por examen histopatológico, solo 44 correspondieron a Psoríasis. El resto correspondió así: 9 fueron

Dermatitis seborreica con 14.3%, 7 Liquen Plano con 11.1%, y 3 Queratosis palmo plantar con 4.7%.

Siendo Dermatitis seborreica con la cuál tiende a confundirse más, y menos con Queratosis palmo plantar, cuando la Enfermedad afecta palma de manos, y plantas de los pies. Se deduce que las lesiones clínicamente, muchas veces presenta las características, de Psoriasis, y al hacer el estudio histopatológico corresponde a otras dermatosis. Los diagnósticos que dio Patología los libros de texto los consideran Diagnósticos diferenciales de Psoriasis.

CUADRO # 3

Este cuadro refleja cuál es el signo y síntoma más frecuente, entre los signos el de Auspitz es el más frecuente, presentándolo 14 pacientes con 22.2%, seguido de prurito que cuando existe, lo confiesa el paciente debido a la molestia que provoca. En 8 pacientes se encontró positivo el signo de Darier con 12.7%, el de Koebner es el menos frecuente en relación al total de pacientes, con 9.5% en 6 pacientes, fiebre y malestar general únicamente lo presentaron 2 pacientes con 3.2%, y se trató de pacientes que su diagnóstico clínico e histopatológico fue Psoriasis pustular.

Hay que tomar en cuenta que en 20 pacientes que es la mayoría en relación al total no se describe ninguno, y en su mayoría es debido a que son negativos, corresponde a otra dermatosis, o no lo refieren los pacientes, y que al no existir contribuyen a no tipificar la enfermedad, y que algunas veces ponen en duda el diagnóstico. Por lo que debe tomarse en consideración la toma de

biopsia.

CUADRO # 4

Del total de pacientes que son 63 a 45 se les hace una descripción detallada de la lesión, en cuanto a la simetría se observa que de los 45, 20 son lesiones asimétricas, y se dice que la enfermedad tiende a la simetría. En el resto se hace una descripción muy generalizada y breve. En conclusión estudiando este cuadro podemos darnos cuenta, que también son factores que al compararlos con la teoría pueden poner en duda el diagnóstico.

CUADRO # 5

Hallazgos histopatológicos de cada enfermedad que se diagnosticó en patología, de los 63 pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoriasis, 44 pertenecieron a Psoriasis, 9 a Dermatitis seborreica, 7 a Liquen Plano, y 3 a Queratosis Palmo plantar, existe una constelación de hallazgos suficientemente diagnósticos, para las dermatosis descritas, y aunque algunos son comunes para muchas dermatosis, otros son el prototipo, que aunado a los demás dan un diagnóstico histopatológico. Por ej: tenemos ACANTOSIS muy marcada en Psoriasis y en Dermatitis seborreica en forma irregular o moderada.

HIPERQUERATOSIS en las 4 Dermatosis, PARAQUERATOSIS en Psoriasis y Dermatitis seborreica, HIPERGRANULOSIS en Liquen plano y Queratosis palmo plantar. Pero los hallazgos que sirven como substrato en cada dermatosis, en combinación con los otros

hallazgos, comunes para otras son: En Psoríasis Microabscesos de munro-sabouraud, elongación y engrosamiento de papilas y las redes de crestas. ESPONGIOSIS y fibrosis en dermis superior por aumento de colágeno, en Dermatitis seborreica que no encontramos en otras dermatosis descritas en este cuadro, y su presencia excluye Psoríasis cuando así se ha determinado. En el Liquen plano, el infiltrado dermico en banda nos asegura en un 90% su diagnóstico aumentando su porcentaje, la existencia de pocas o ninguna célula paraqueratosica e hipertrofía del estrato espinoso.

En Queratosis palmo plantar hay HIPERQUERATOSIS masiva, así como una dermis libre de infiltrado inflamatorio. Como podemos ver hay una combinación de hallazgos histopatológicos, para formar un criterio y decidir un diagnóstico histopatológico, y que siempre va a necesitar el apoyo de una buena descripción clinica.

Los médicos patólogos consideran que el diagnóstico de Psoríasis algunas veces es muy difícil hacerlo en comparación con otras dermatosis, y hay que hacerlo por exclusión, al encontrar hallazgos de las otras dermatosis, o a la inversa.

CUADRO # 6

En ninguna de las muestras se hizo el hallazgo de micropústula espongiforme de Kogoj, siendo Patognomómico de Psoríasis, su hallazgo es muy difícil por lo que el diagnóstico histopatológico, se basa en lo descrito en el cuadro # 5.

NOTA: Los cuadros # 2, 7, 9, 10 están basados en pacientes que su diagnóstico clínico y patológico correspondió a Psoríasis, siendo 44, de los 63 que clínicamente se les diagnosticó Psoríasis y se les practicó Psoríasis.

CUADRO # 7

Casos de Psoriasis con antecedente familiar, únicamente 8 pacientes con un 28.1% presentaron antecedente positivo, y en cada uno existió de 2 - 3 parientes cercanos afectados. Entre las diversas teorías consideran su etiología a factores de herencia, en el que se heredan rasgos o factores predisponentes, aunque no es muy frecuente.

CUADRO # 8

Este cuadro nos muestra cuáles son las áreas más afectadas, en los pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoriasis y practicó biopsia.

La mayor parte de pacientes están afectados en varias áreas a la vez, siendo según la combinación del cuadro, miembros superiores, inferiores y cuero cabelludo, 15 pacientes con 22.2%, seguido de los que fueron afectados en miembros superiores, inferiores, cuero cabelludo y torax anterior, con 17.4%, cuando fueron afectados en torax posterior, abdomen, cuero cabelludo, algunos fueron a una única lesión, aunque la lesión tenía las características de Psoríasis en patología correspondieron a otros diagnósticos. Los 3 casos que afectó palmas de manos y plantas de

los pies, correspondieron 3 a Queratosis palmo plantar y 1 a Psoríasis que tenían las mismas características y las dos afectan la misma área.

CUADRO # 9

En este cuadro podemos comparar los datos epidemiológicos de los libros de texto, afectó más pacientes entre la segunda y tercera década,.15 pacientes con 34.1%, la enfermedad no respeta edad, pero es muy escasa en infantes, en la totalidad de estos pacientes los tres, que están en el grupo etáreo de 0 a 10 años incluye 1 niño de 3 meses de edad, 1 de 6 meses, y una niña de 6 años, los de edad avanzada están entre los 61 y 70 años, considerada una enfermedad muy escasa en personas de edad muy avanzada, debemos tomar en cuenta, que estos pacientes de edad avanzada son los que tienen mayor tiempo de evolución.

Un paciente de 76 años con el 2.3% es el de mayor edad, y los de menor edad tienen menor tiempo de evolución siempre hay que relacionar la edad del paciente y tiempo de evolución para determinar la edad de primeras erupciones.

CUADRO # 10

Los pacientes que tienen mayor tiempo de evolución de la enfermedad, comprenden menos de 5 años, 20 pacientes con 45.5%, siendo un niño de 3 meses de edad quien tenía solo 1 mes de padecer la enfermedad, el mayor tiempo fue en 1 paciente de 76 años con 25 años de tiempo de evolución.

En conclusión la mayoría padecen de enfermedad crónica, y tienen poco tiempo de haber iniciado tratamiento en el IGSS, otros han consultado en lo privado pero todos ha sido con poca mejoría, otra razón que justifica su biopsia.

IX. CONCLUSIONES

1. La cantidad de biopsias que se práctica anualmente a pacientes clínicamente se les diagnóstica Psoríasis es muy escasa, en relación a Datos epidemiológicos, de la frecuencia de la enfermedad, y otras dermatosis.
2. Aunque se tenga mucha práctica y conocimiento clínico, cuando la enfermedad, su presentación no es típica, al compararlo con examen histopatológico nos da otro diagnóstico, en un porcentaje bastante considerable.
3. Cuando su diagnóstico se hace en otras especialidades, hay mayor incidencia de error en su diagnóstico. Por lo que pacientes con este tipo de lesiones deben ser referidos a Dermatología.
4. La enfermedad no siempre se presenta típicamente como se describe en los libros de texto.
5. Si hacemos una síntesis de algunos cuadros nos damos cuenta que hay algunos factores que ponen en duda su diagnóstico.
6. Tomando en cuenta la incidencia de la enfermedad es elevado el porcentaje de pacientes que únicamente, se les hace diagnóstico clínico, y que son sometidos a tratamientos con efectos nocivos, Ej: PUVA, esteroides.

X. RECOMENDACIONES

1. Que se aumente la cantidad de biopsias practicadas, en pacientes que se tiene duda de su diagnóstico, porque la enfermedad no se tipifica o que van a ser sometidos a tratamientos con efectos secundarios nocivos, y así tener confirmado su diagnóstico.

2. Que clínicamente en todo paciente se haga una descripción detallada de la enfermedad, haciendo énfasis en su topografía, morfología, síntomas, determinar si existen todos los signos descritos en teoría. Con el fin de apoyar tanto el diagnóstico clínico como patológico, y dejar datos registrados que pueden ser de utilidad para posteriores estudios.

3. Que siempre se solicite descripción de los hallazgos histopatológicos y que el médico se familiarice con estos, para poder discernir en el diagnóstico y tratamiento.

XI. RESUMEN

El presente estudio es de carácter retrospectivo, en un período de 5 años (1989 - 1993). Efectuado en la ciudad Capital de Guatemala, en dos unidades del IGSS; Policlínica Zona 1, Hospital General de Enfermedad Común Zona 9, durante los meses de Agosto y Septiembre de 1994.

En un total de 63 informes de Patología y expedientes clínicos de pacientes que clínicamente se les diagnosticó Psoriasis y se les practicó biopsia.

La metodología se basó, en revisar los informes de Patología, hojas de solicitud de examen anatomohistopatológico, y expedientes clínicos, para recolectar los datos enumerados en la boleta de recolección de datos.

Para el efecto se buscó en un promedio de ocho mil informes de Patología cada año, dado que a cada biopsia se le da un número correlativo, y no son separadas por especialidades, por lo que las que se necesitaban para este estudio, estaban intercaladas.

Siendo la muestra el total de la población que se encontró en los 5 años, comprobándose que en estos pacientes, lo más común es las características de la lesión. Pero no de otras características clínicas que tipifican la enfermedad, de los 63 pacientes, en el estudio anatomohistopatológico, solo 44 corresponden a Psoriasis, con 69.9%, afectando más al sexo masculino, 35 pacientes con el 55.5%. El grupo etáreo más afectado es entre segunda y tercera década con 31.8%. Las áreas más afectadas incluye pacientes que presentaron lesiones en miembros superiores, inferiores y cuero

cabelludo a la vez, 15 pacientes con 22.2%, tiempo de evolución la mayoría tenían menos de 5 años.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Amado, Saúl, Lecciones Dermatológicas, novena edición 1979; Editorial Francisco Méndez Cervantes, México Distrito Federal; Capítulo 18 Páginas 289-294.

2. Anderson W. A. D. Patología, octava edición, impreso en Argentina 1986, editorial Médica Panamericana, S, A. Páginas 1879-1880.

3. Andrews George. Clinical Dermatology. Edición Copyrigits 1971 by W. B. Saunders, Company Salvat Editores S. A. Barcelona Páginas 209-216, 284.

4. Bogart Díaz Humberto, Manual de Dermatología the, C. V. Mosby company. San Luis, Toronto, Londres 1,979 México. Páginas 233-240.

5. Callen Hernández, Emilio Tesis Actualización tratamiento de Psoríasis año 1979. Páginas 1, 2, 7, 8.

6. Cecil. Tratado de Medicina interna, Volumen 2, XVIII edición impreso en México 1,991, Capítulo 534, Páginas 2576-2578.

7. Cordero C. Fernando. Dermatología médico quirúrgico, IV edición impresora editográfica, 1976, volumen II, capítulo XX Páginas 375-482.

8. Falabella F. Rafael, Fundamentos de Medicina Dermatológica, IV edición, editora Carbajal, S. A. impreso en Colombia, capítulo 40, páginas 205-210.

9. Falla Santizo, Rolando Alfonso. Tesis estudio retrospectivo sobre Psoríasis, en el Hospital General San Juan de Dios entre los años 1975-79, realizado en 1980. Páginas 1, 2, 3, 8, 9.

10. Ham Arthur W. Tratado de Histología, séptima edición, nueva editorial Interamericana S. A. de C. V. México D. F. 1975. Páginas 555-581.

11. Harrison; Principios de Medicina Interna. Volumen I editora Interamericana, McGraw-Hill, Séptima edición en español, capítulo 8, páginas 1273-1274.

12. Hernández Pérez Enrique. Clínica Dermatológica, primera edición 1978, UCA, editores, San Salvador, Centroamericana volumen I, capítulo 16, páginas 233-242.

13. Lever Walter F. y Gundula Schaumburg Lever, Histopatología de la piel, quinta edición año 1,979, editorial Interamericana, Buenos Aires Argentina, capítulo 8, páginas 119-125.

14. Mont Martínez, Luis Arturo. Tesis Análisis de 130 casos en el Hospital Roosevelt, Departamento de Dermatología, sobre Psoríasis Años 1964-1969, realizado en 1971, páginas 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13.

15. Nelson Waldo E. Tratado de Pediatría, 13 edición tomo II editorial Centroamericana, McGraw-Hill, México, Páginas 1523-1526.

16. Porres Mayen, Erick Arnoldo. Tesis Psoríasis revisión del tema a propósito de su frecuencia en el departamento de dermatología de hombres del Hospital General San Juan de Dios, años 1979-1981 realizado en 1982. Páginas 1, 2, 4, 5, 6, 7.

17. Stanley L. Robbins M. D. y Ramzi S. Cotran M. D. tercera edición, Editorial Interamericana México, D. F. 1987 capítulo 27 páginas 1268-1269.

18. Rubentein Edwar y Federman Daniel, Enciclopedia medicina científica americana, editora científica médica, latinoamericana S. A. de C. V. México Páginas.

A N E X O S