

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

PSORIASIS VULGAR. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 200 PACIENTES

*Dr. Israel Alfonso Trujillo*¹ *Dra. María Antonia Díaz García*,² *Dra. Olga Torres Gemeil*,³ *Ing. Franz Torres Barbosa*,⁴ *Dra. Leopoldina Falcón Lincheta*⁵ y *Dra. Margarita Pérez Hernández*⁶

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, nacional, multicéntrico, en el que participaron 200 pacientes procedentes de 7 provincias, con el objetivo de conocer el comportamiento de la psoriasis vulgar en nuestro país. Se halló que los pacientes psoriáticos representaban el 6 % de la consulta de dermatología, que el 96 % de ellos había recibido tratamiento anterior, y que los esteroides habían sido los más utilizados. Hubo similitud de frecuencia entre ambos sexos y predominio de la raza blanca. El *Psoriasis area and severity index* (PASI) fue bajo (6,9 unidades) y el 88 % de los pacientes presentó prurito de variable intensidad. Se discutieron los resultados y se compararon con revisiones publicadas por otros países.

DeCS: PSORIASIS; PREVALENCIA; EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA.

Psoriasis, palabra derivada del griego, etimológicamente significa: psor: prurito, iasis: estado.¹ Se define como una dermatosis crónica, caracterizada por placas eritematoescamosas bien definidas que se localizan principalmente en codos, rodillas, región sacra y piel cabelluda, puede afectar también, toda la superficie cutánea, incluyendo las uñas. Se desconoce la causa, pero parecen influir factores inmunitarios, genéticos, psicosomáticos, ambientales y bacteriológicos.²

Uno de los aspectos más notables de la epidemiología de la psoriasis es la diversidad en su prevalencia entre las distintas regiones y poblaciones. Esta afección invalidante y frecuente afecta del 1 al 3 % de la población mundial.³ Se han observado tasas de

prevalencia que oscilan entre el 1 y el 2 % en EUA,⁴ entre el 1 y el 3 % en España,⁵ se aproximan al 5 % en los adultos de países escandinavos y, en algunas zonas de Europa superan al 2 %.^{6,7} En cambio, en las poblaciones andinas de Sudamérica rara vez se presenta.⁶ En Cuba, según estudios de *Miyares Caos* (comunicación personal) la tasa de prevalencia es del 2 %. Las causas de tales variaciones van desde factores raciales hasta geográficos y ambientales.

MÉTODOS

La frecuencia de esta enfermedad y la ausencia de publicaciones que permitan conocer su comporta-

¹ Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

² Especialista de II Grado en Dermatología. Profesora Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

³ Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Investigadora Auxiliar. Centro de Inmunología Molecular.

⁴ Ingeniero en Sistemas Automatizados de Dirección. Máster en Ciencias Bioestadísticas. Centro de Inmunología Molecular.

⁵ Especialista de II Grado en Dermatología. Profesora Asistente. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".

⁶ Especialista de II Grado en Dermatología. Profesora Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico "Miguel Enríquez".

miento en Cuba, en cuanto a: sexo, raza, estadio, fase evolutiva, número de brotes, duración de los mismos, PASI, presencia o no de prurito y utilización o no de tratamientos anteriores; motivó al colectivo de autores a realizar el presente estudio descriptivo de carácter nacional, multicéntrico, en el cual se incluyeron 200 pacientes procedentes de 7 provincias del país.

RESULTADOS

Los pacientes psoriáticos representaron el 6 % del total de casos de la consulta de dermatología. Se observó similar proporción entre pacientes masculinos (46,5 %) y femeninos (49,5 %) se desconocía el sexo en el 4,0 %.

La distribución según la raza aparece en la figura 1.

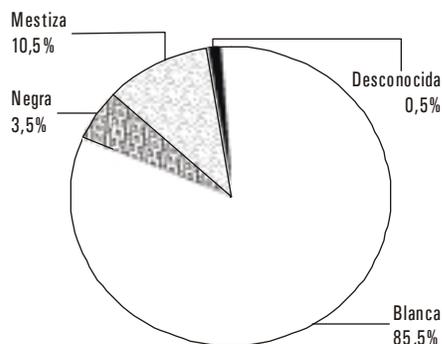


FIG. 1. Distribución de los pacientes, según la raza.

El 96,0 % de los pacientes había recibido tratamiento anterior (tabla). De estos, 89,5 % se trató con esteroides. El 53 % recibió terapéuticas reductoras a partir de breas, medicamentos antiquísimos, los primeros en ser utilizados en el tratamiento de la psoriasis (finales del siglo XIX).⁸

TABLA. Distribución de los pacientes según el tratamiento anterior recibido

Tratamiento anterior	Número de pacientes	Sí (%)	No. (%)
Esteroides	179	89,5	10,5
Brea	106	53,0	47,0
Otros	92	46,0	54,0
Calcipotriol	9	4,5	95,5
PUVA	12	6,0	94,0
Quimioterapia	14	7,0	93,0

El 63,5 % de los pacientes estaba en estadio progresivo de la enfermedad, 36 % en uno estacionario y el 0,5 % en estado regresivo.

El análisis de la fase evolutiva de la enfermedad mostró que el 74 % de los pacientes estaba en fase crónica agudizada, el 17,0 % en fase aguda y el 8,5 % en fase inveterada.

El 80 % de los pacientes presentó 1 o 2 brotes en el último año. El tiempo medio de duración de los brotes, para aquellos que los presentaron fue 157 d. La máxima duración de los mismos fue casi 2 años (670 d = 1,83 años).

Los pacientes en el momento del estudio se encontraban entre los 17 y 74 años de edad, con un promedio de 44 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 14 años y la cifra máxima alcanzada fue 50 años.

El 88 % de los pacientes se quejó de prurito cuya relación con la psoriasis se muestra en la figura 2.

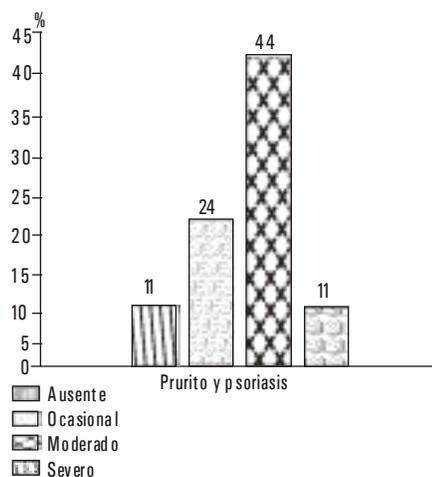


FIG. 2. Relación entre el prurito y la psoriasis.

A pesar del comportamiento rebelde de la enfermedad; la severidad y extensión de las lesiones, determinada por el *Psoriasis area and severity index* (PASI)⁹ fue baja (6,9 unidades). Fue moderada la intensidad del eritema, la infiltración y la escama y la superficie corporal afectada osciló entre el 1 y el 10 %.

DISCUSIÓN

El porcentaje de pacientes psoriáticos en la consulta dermatológica cubana fue elevado (6 %). En

México, la psoriasis se presenta en alrededor del 2 % de esta consulta.² Estas diferencias se deben a la amplia cobertura del sistema nacional de salud cubano, a la asistencia médica especializada gratuita que llega hasta los lugares más intrincados, sin embargo, muchos pacientes con formas mínimas jamás asisten a una consulta, por lo cual la verdadera incidencia es difícil de conocer.

La similitud de frecuencia de la enfermedad entre ambos sexos coincide con lo expresado en la literatura revisada, donde se plantea que esta enfermedad en la edad adulta no tiene predilección por algún sexo,^{10,11} a diferencia de lo que ocurre en la infancia y en la adolescencia, donde la proporción hembras/varones es 2:1.⁵ Estos resultados se deben a que todos los hospitales participantes ofrecen atención a pacientes adultos, mayores de 15 años.

El comportamiento de la raza coincidió con lo planteado en todas las publicaciones revisadas, las cuales afirman que la psoriasis es más frecuente en blancos, infrecuente en mestizos y negros, rara en indios.^{6,7}

El porcentaje de pacientes que habían recibido tratamiento anterior fue elevado por la vasta asistencia médica especializada que ofrece el Ministerio de Salud Pública. Tiene gran aceptación el tratamiento con esteroides por su excelente efecto cosmético, fácil aplicación, olor agradable, además no manchan la ropa, ni irritan la piel. No habían sido tratados con calcipotriol el 95,5 %, con PUVA el 94 %, ni con citostáticos el 93 %, por la escasa disponibilidad del medicamento, la dificultad de los enfermos para trasladarse largas distancias en reiteradas ocasiones hacia centros hospitalarios específicos, la toxicidad terapéutica y las indicaciones específicas, respectivamente.

El análisis simultáneo del número de brotes en el último año y la duración de estos mostró que el mayor porcentaje de los pacientes (80 %) presentó 1 o 2 brotes en el último año y no más, porque la duración de los mismos fue muy larga, aproximadamente 1 año o más.

En relación con la edad promedio de los pacientes en el momento del estudio, los resultados coinciden con los expresados por otros autores en sus publicaciones, los cuales plantean que la psoriasis predomina entre el segundo y quinto decenios de la vida.^{6,12}

El predominio del estadio progresivo pudo deberse a que el estudio se realizó en el invierno, estación del año en la que se exacerba la enfermedad, criterio compartido con otros autores.^{11,13-15}

El estudio simultáneo de las variables: estadio y fase evolutiva de la enfermedad, duración de los brotes, tiempo medio de evolución de la enfermedad y utilización o no de tratamientos anteriores mostró que predominaron: el estadio progresivo, la fase crónica agudizada, duración media de los brotes de 157 d, tiempo medio de evolución de la enfermedad de 14 años y la utilización frecuente de tratamientos anteriores. El análisis integral de los indicadores señalados indicó el curso tórpido y recalcitrante de la enfermedad en los pacientes, lo cual pudo deberse al abuso de los esteroides y a la presencia de dos de sus fenómenos adversos: la taquifilaxia y el rebrote.

En Cuba, la psoriasis, haciendo gala a su significado etimológico, “pica y bastante” como bien dijera el Dr. *Darío Argüelles Casals* (comunicación a sus alumnos) hace ya más de 30 años. En otros países se reporta como una enfermedad asintomática.^{2,16} Esta diferencia puede deberse a que Cuba es un país tropical, donde predomina un clima cálido, que favorece la colonización por hongos y bacterias de las placas de psoriasis, este hecho se incrementa por el uso excesivo de los esteroides (drogas inmunosupresoras).

La baja intensidad y severidad de la psoriasis (PASI) pudo deberse a que el archipiélago cubano se encuentra próximo al ecuador, por tal motivo los pacientes están expuestos a abundantes radiaciones ultravioletas provenientes del intenso sol, las cuales mejoran notablemente esta enfermedad, criterio reafirmado por otros autores.^{17,18}

AGRADECIMIENTOS

En la realización de este estudio participaron además otros dermatólogos, a quienes el colectivo de autores expresa su más profundo respeto y agradecimiento, sin su colaboración esta publicación no hubiera sido posible; sus nombres se relacionan a continuación: Jorge Luis Navarro, Laura Rodríguez, Matías Carbajal, Aleida Urquiza, María del Carmen Seijas, Mayra Guerra, Leyla Ponce de León, Pedro Álvarez, Jorge Delgado, José Guillermo Díaz, Victoria Fundora, Lorenzo González, Virginia Álvarez, Zobeida Lovio, María de los Angeles Delfín.

SUMMARY

A national multicentre and descriptive study was conducted among 200 patients from 7 provinces in order to know the behavior of psoriasis vulgaris in our country. It was found that psoriatic patients accounted for 6 % of those receiving attention at the Dermatology Department, that 96 % of them had been treated before and that steroids had been the most used. A frequency similitude was observed between both sexes, as well as a predominance of the white race. The Psoriasis Area and Severity Index (PASI) was low (6.9 units) and 88 % of the patients had pruritus of variable intensity. The results were discussed and compared with reviews published by other countries.

Subject headings: PSORIASIS; PREVALENCE; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falabella R, Escobar CE, Giraldo N. Fundamentos de medicina. Dermatología. 5 ed. Medellín: Ediciones Rojo, CIB, 1997:221-4.
2. Arenas R. Dermatología. Atlas. Diagnóstico y tratamiento. 2 ed. México, DF: McGraw-Hill, Interamericana, 1996;415-9.
3. Tribó B. Psoriasis: actualización terapéutica. Act Dermatol 1998;1:35-41.
4. Páez ME, Miquilarena SM. Psoriasis: revisión actualizada. Derm Venez 1993;31(1):3-10.
5. Puig LI. Psoriasis infantil. Madrid: Ediciones Shering, 1995:107-72 (Biblioteca de Dermatología Pediátrica).
6. Stern RS. Epidemiología de la psoriasis. Clin Dermatol 1995;4:779-83.
7. Christopher E. The management of psoriasis. ODYSSEY 1998;4(1):28-9.
8. Ferrándiz C, Ribera M. Dermatología. Madrid: Mosby, Doyma Libros, 1996:149-55.
9. Coven TR, Burack LH, Gilleaudeau P, Keogh M, Ozawa M, Krueger JG. Narrowband UV-B produces superior clinical and histopathological resolution of moderate to severe psoriasis in patients compared with broad UV-B. Arch Dermatol 1997;133(12):1514-22.
10. Cristophers E, Sterry W. Psoriasis. En: Fitzpatrick BT, Eisen ZA, Wolff K, Freedberry MI, Austen KF. Dermatología en medicina general. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997:515-41.
11. Orkin M, Maibach HI, Dahl MV. Dermatología. México, DF: El Manual Moderno, 1994:591-8.
12. Fleischer AB, Stephen RR, Reboussin DM, Vanarhos JC, Felman SR. Autoevaluación de la severidad de la psoriasis con un método estructurado. J Invest Dermatol 1994;102:967-9.
13. Camp RDR. Psoriasis. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. Textbook of Dermatology. 6 ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1998;t 2:1589-650.
14. Sousa A, Miguelote M. Algumas reflexões sobre a incidencia e custos da psoríase. Arigo original. Psoríase em revista. Lisboa: Ediciones MEDISA Porto, 1994:9-14.
15. Zivkovic D. Psoriasis: a dermatological enigma. Acta Med Croat 1998;52(4-5):199-202.
16. Alonso EA, Martín VJ. Revisiones en Dermatología II. Madrid: Fundación Salud y Comunicación, 1996:18-20.
17. Jordá E. Psoriasis. Actualizaciones temáticas en dermatología. Madrid: Ediciones Madaus, 1994;7-9.
18. Ozawa M, Ferenczi K, Coven TR, Gilleaudeau P, Cardinale I, Krueger JG. Treatment of psoriasis with 312 nm UVB (narrow band UVB): therapeutic actions linked to suppression of alpha/beta IL-2 receptor subunits and T-lymphocyte apoptosis. J Invest Dermatol 1997;108(4):558.

Recibido: 19 de febrero de 2001. Aprobado: 9 de mayo de 2001.

Dr. *Israel Alfonso Trujillo*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.