
Multimed 2019; 23(4)

Julio-Agosto

Artículo original

**Tratamiento de la Psoriasis vulgar con Autohemoterapia menor. Hospital
"Celia Sánchez Manduley". 2016-2018**

Treatment of vulgar Psoriasis with minor autohemotherapy. Hospital
"Celia Sánchez Manduley". 2016-2018

Tratamento da psoríase vulgar com auto-hemoterapia menor. Hospital
"Celia Sánchez Manduley". 2016-2018

Esp. II Dermatol. Odisa Mildres Cortés Ros. ^{1*}

Esp. I Dermatol. Susel Alarcón Olivera. ¹

Ms.C. Enferm. Infecc. Francisco Nelson Matos Figueredo. ¹

Ms.C. Educ. Méd. Sup. Marbelis Ramona Cruz Batista. ¹

Esp. I Dermatol. Lucelia Pulido García. ¹

Esp. Gerenc. Hosp. Ana María Ortiz Olivares. ¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital General Universitario Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Email: ocortes@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental con Autohemoterapia menor a los pacientes con Psoriasis vulgar, en el hospital "Celia Sánchez Manduley" desde marzo 2016 - mayo 2018; con el objetivo de describir la respuesta de estos pacientes a dicho tratamiento. La población objeto de estudio quedó conformada por 71 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión establecidos. Los datos se

obtuvieron de las historias clínicas y encuestas realizadas a los pacientes y los resultados se presentaron en tablas de contingencias mediante el sistema Windows Vista. Se estudiaron las variables: respuesta clínica, tiempo de evolución de la enfermedad, número de sesiones, efectos adversos, tiempo de aparición de brotes. Se realizó el cálculo inicial del PASI y en cada consulta de evaluación y al final del tratamiento; se calculó el porcentaje del cambio del PASI, pues la respuesta clínica se realizó teniendo en cuenta las categorías de éste. Se concluyó que en el estudio predominaron los pacientes respondedores al tratamiento con Autohemoterapia menor, sin influir en la respuesta el tiempo de evolución de su enfermedad. Necesitó la mayoría de los psoriásicos la mayor cantidad de sesiones para la mejoría o desaparición de las lesiones y se logró con esta terapéutica espaciar los brotes sin efectos adversos en ningún enfermo.

Palabras claves: Psoriasis; Autohemoterapia.

ABSTRACT

A quasi-experimental study with less autohemotherapy was performed on patients with vulgar Psoriasis, at the "Celia Sánchez Manduley" hospital from March 2016 - May 2018; with the objective of describing the response of these patients to said treatment. The study population consisted of 71 patients who met the established inclusion / exclusion criteria. The data were obtained from the clinical histories and surveys made to the patients and the results were presented in contingency tables using the Windows Vista system. The variables were studied: clinical response, time of disease evolution, number of sessions, adverse effects, time of appearance of outbreaks. The initial calculation of the PASI was performed and in each evaluation consultation and at the end of the treatment; the percentage of the PASI change was calculated, since the clinical response was made taking into account the categories of the latter. It was concluded that in the study the patients responding to treatment with minor autohemotherapy predominated, without influencing the response time of their disease evolution. The majority of psoriatics needed the most sessions for the

improvement or disappearance of the lesions and this therapy was achieved by spacing the outbreaks without adverse effects in any patient.

Key words: Psoriasis; Autohemotherapy.

RESUMO

Um estudo quase experimental com menos auto-hemoterapia foi realizado em pacientes com psoríase vulgar, no hospital "Celia Sánchez Manduley", de março de 2016 a maio de 2018; com o objetivo de descrever a resposta desses pacientes ao referido tratamento. A população do estudo consistiu de 71 pacientes que preencheram os critérios de inclusão / exclusão estabelecidos. Os dados foram obtidos dos prontuários e levantamentos feitos aos pacientes e os resultados foram apresentados em tabelas de contingência utilizando o sistema Windows Vista. As variáveis estudadas foram: resposta clínica, tempo de evolução da doença, número de sessões, efeitos adversos, tempo de aparecimento dos surtos. O cálculo inicial do PASI foi feito e em cada consulta de avaliação e no final do tratamento; o percentual de mudança do PASI foi calculado, uma vez que a resposta clínica foi feita levando-se em consideração as categorias deste último. Concluiu-se que o estudo predominou em pacientes que responderam ao tratamento com auto-hemoterapia menor, sem influenciar o tempo de resposta da evolução de sua doença. A maioria dos pacientes com psoríase precisou da maioria das sessões para a melhora ou desaparecimento das lesões e foi conseguida com essa terapia para espaçar os surtos sem efeitos adversos em nenhum paciente.

Palavras-chave: Psoríase; Autohemoterapia.

Recibido: 20/4/2019

Aprobado: 28/5/2019

Introducción

La Psoriasis vulgar es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por lesiones maculosas o maculo papulosas, cubiertas de escamas estratificadas con tendencia a recidivas y casi siempre simétricas. ⁽¹⁾

Es una enfermedad universal que afecta cerca del 2% de la población con aproximadamente 150 000 casos diagnosticados por año, con una incidencia de 0.97% en Sudamérica, 1.3% en Alemania ,1.6% en Gran Bretaña, 1.7% en Dinamarca y 2,3% en Suecia. En nuestro país constituye el 3.5% de la práctica dermatológica corriente que se presenta con mayor frecuencia en la pubertad y la adolescencia. ⁽²⁾

A pesar de ser considerada una enfermedad de causa desconocida se plantea que en su producción participan múltiples factores dentro de los cuales tenemos: genéticos, inmunológicos, infecciosos, metabólicos, medicamentosos, endocrinos, psicológicos y ambientales. ^(1,3)

En estos pacientes se produce una merma en la calidad de vida debido a la gran importancia que tiene hoy la imagen de las personas. Los afectados por esta enfermedad sobre todo en los casos severos tienden a aislarse socialmente, debido al miedo que tienen al rechazo por parte de personas desinformadas. ⁽⁴⁾

El tratamiento para esta afección debe individualizarse atendiendo a la extensión, forma clínica y localización de la enfermedad, circunstancia personales, de trabajo y ambiente sociocultural. ⁽²⁾

Incluye medicamentos por vía sistémica dentro de las cuales tenemos corticoides, metotrexate, retinoides, ciclosporina entre otros y medicación por vía tópica en la que se emplean pomadas esteroideas, pomadas queratolíticas, alquitranes, antralina, calcipotriol o vitamina D₃ y otros como la fototerapia, talasoterapia y fotoquimioterapia. ^(3,4)

El retorno del mundo occidental hacia la medicina alternativa se ha utilizado en el tratamiento de la Psoriasis vulgar: la acupuntura, terapia neural, fangoterapia, talasoterapia, las plantas medicinales y la Autohemoterapia. ^(1,5)

La Autohemoterapia menor es una técnica simple y de muy bajo costo que, mediante la extracción de 2 cc a 10 cc de sangre, de la vena e inyectada en el músculo, estimula el sistema inmunológico incrementando el nivel de macrófagos de un 5% a un 22% en

sangre periférica, que son la compañía de limpieza del organismo, ocasionando el alivio del sufrimiento y la cura para diversas enfermedades como: acné , alergias, anemia, amigdalitis a repetición, artrosis, asma, cáncer, convulsiones por disrritimias, diabetes, enfermedades autoinmunes, esclerodermia, esclerosis múltiple, gota, hepatitis, hipertensión, artritis, ictiosis, mioma, psoriasis, púrpura, quistes de ovario, sida, prevención de enfermedades diversas y todas las infecciones causadas por virus y bacterias.⁽⁵⁾

Motivados por el alto costo de los medicamentos convencionales empleados para el tratamiento de estos pacientes, así como los efectos adversos que provocan cuando se utilizan por tiempo prolongado y conociendo el efecto de la Autohemoterapia menor es que decidimos realizar esta investigación que nos permita emplear métodos alternativos de tratamiento para la Psoriasis Vulgar.

Se realiza este estudio para describir la respuesta de los pacientes con Psoriasis vulgar tratados con Autohemoterapia menor, en el Hospital “Celia Sánchez Manduley” desde marzo 2016 - mayo 2018.

Método

Se realizó un estudio cuasi experimental para describir la respuesta de los pacientes con Psoriasis vulgar tratados con Autohemoterapia menor, en el Hospital “Celia Sánchez Manduley” desde marzo 2016 - mayo 2018.

El universo estuvo constituido por 98 pacientes con el diagnóstico de Psoriasis vulgar que acudieron a la consulta de Dermatología. La población objeto de estudio quedó conformada por 71 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión establecidos.

Para establecer el diagnóstico se tuvo en cuenta el criterio clínico e histopatológico que establece Manssur. Se incluyeron en la investigación los pacientes con el diagnóstico de Psoriasis vulgar mayores de 15 años de edad y en los que se obtuvo el consentimiento informado del paciente, por escrito. Se excluyeron pacientes menores de 15 años, los que presentaban enfermedades infecciosas asociadas en piel y

enfermedades crónicas severas que requerían tratamiento con esteroides y los pacientes con trastornos mentales.

Los criterios de evaluación se realizaron a través de la respuesta clínica del paciente según las categorías del PASI, (Psoriasis Area and Severity Index) que es un instrumento que nos permitió determinar el área de afectación de la piel de un paciente psoriásico. Para esto se dividió el cuerpo por sectores a los que se le designó un porcentaje, a cada sector se le determinó el área de lesión dando una mayor puntuación de acuerdo al porcentaje del área afectada. Se evaluó la severidad de las lesiones teniendo en cuenta el eritema, la escama y el grosor, dando a cada uno de ellos un valor dentro de una escala entre 0-4 puntos. ⁽³⁾ Teniendo en cuenta todos estos valores se realizó el cálculo del PASI.

Las variables se seleccionaron en correspondencia al problema científico; para darle salida a los objetivos trazados en la investigación se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas con su operacionalización correspondiente. Se estudiaron las variables: respuesta clínica, tiempo de evolución de la enfermedad, número de sesiones, efectos adversos, tiempo de aparición de brotes.

Se realizó una consulta de evaluación inicial en el hospital antes mencionado, en la cual se confeccionó una historia clínica a cada paciente con el diagnóstico confirmado o presuntivo de Psoriasis Vulgar. Los pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de esta enfermedad que cumplieran con los criterios de inclusión y que estuvieran de acuerdo a participar en el estudio se le entregaba la planilla del consentimiento informado para ser firmada y se calculaba el valor del PASI inicial. Aquellos que presentaban lesiones clínicas sugestivas de Psoriasis vulgar, sin confirmación histológica; se procedió a indicar chequeo preoperatorio para realizar la biopsia de piel y se citaba para una segunda consulta para evaluar su resultado y aquellos con criterios histopatológicos de la enfermedad se incluían en la investigación.

Se comenzó entonces con la aplicación de la Autohemoterapia menor en los pacientes, realizando este tratamiento durante cuatro semanas de lunes a viernes, siendo evaluado cada paciente al finalizar del total de sesiones (20 sesiones). Si las lesiones

psoriásicas mejoraron o desaparecieron se indicó una aplicación semanal hasta completar 4 semanas más para mantener un estado inmunológico elevado, lo que sumarian 24 sesiones de tratamiento, evaluando nuevamente al paciente al final de estas sesiones. Aquellos pacientes con categorías de limpios o virtualmente limpio y respondedores, se aplicó una sesión mensual de mantenimiento y evaluación en consulta tras cada aplicación con el objetivo de evaluar la aparición de nuevos brotes hasta los 12 meses.

En caso de no responder o empeorar las lesiones, se interrumpió el tratamiento antes mencionado en estos pacientes y recibieron el tratamiento convencional (usual), empleado en las consultas de Dermatología Especializada de nuestro centro asistencial.

Los criterios que se usaron para la evaluación de la respuesta fueron: Limpio o virtualmente limpio, respondedor, no respondedor, empeorado. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas descriptivas de frecuencia expresados en los mismos números absolutos y porcentaje. Los resultados se presentaron en tablas.

Resultados

Tabla 1. Respuesta clínica de los pacientes con Psoriasis vulgar tratados con Autohemoterapia menor, según categorías del PASI.

Respuesta clínica	Nº	%
Limpio o virtualmente limpio	12	16,9
Respondedor	57	80,3
No respondedor	2	2,8
Empeorado	0	0
Total	71	100

La tabla 1 demuestra que de los 71 pacientes que recibieron tratamiento con Autohemoterapia menor, 12 para un 16,9 % mejoraron o desaparecieron sus lesiones y 57 pacientes para un 80,3% mejoraron, totalizando 69 pacientes que respondieron de forma efectiva al tratamiento, lo cual representó un 97,2%.

Tabla 2. Respuesta clínica de los pacientes con Psoriasis vulgar tratados con Autohemoterapia menor, según el tiempo de evolución de la enfermedad.

Respuesta Clínica	Tiempo de evolución de la enfermedad								Total	
	>1año		1-5		6-10		>10			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Limpio o virtualmente limpio	7	9,8	3	4,2	1	1,4	1	1,4	12	16,9
Respondedor	35	49,2	9	12,6	9	12,6	4	5,6	57	80,12
No respondedor	0	0	0	0	2	2,8	0	0	2	2,8
Empeorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	42	59,2	12	16,9	12	16,9	5	7,0	71	100

*% calculado con relación al total por tiempo de evolución de la enfermedad.

Fuente: Historia clínica.

Se observa en la tabla 2, que los 42 pacientes con menos de un año de padecer de Psoriasis vulgar respondieron al tratamiento, mientras que los dos pacientes no respondedores tenían entre 6 y 10 años con antecedentes de dicha enfermedad. Hay que destacar que los 5 pacientes con más de 10 años de padecer la enfermedad **respondieron también a este tratamiento.**

Tabla 3. Respuesta clínica de los pacientes con Psoriasis vulgar tratados con Autohemoterapia menor, según número de sesiones.

Respuesta clínica	Número de sesiones				Total	
	20 sesiones		24 sesiones		No	%
	No	%	No	%		
Limpio o virtualmente limpio	3	4,3	9	13,0	12	17,4
Respondedor	7	10,1	50	72,5	57	82,6
Total	10	14,5	59	85,5	69	100

Fuente: Historia clínica.

De los 69 pacientes con respuesta de limpio y respondedores al tratamiento, sólo 10 para un 14,5% recibieron 20 sesiones con las que respondieron favorablemente a la terapéutica, sin embargo 59 de ellos para un 85,5 % necesitaron 24 sesiones para obtener igual mejoría, como se demostró en la tabla 3.

Tabla 4. Distribución de los efectos adversos al tratamiento con Autohemoterapia menor.

Efectos adversos	Total	
	No	%
Presenta	0	0
No presenta	71	100

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 4 se muestra que ninguno de los 71 pacientes tratados con Autohemoterapia menor presentó efectos adversos.

Tabla 5. Distribución de la aparición de nuevos brotes en los pacientes limpios y respondedores, según tiempo de aparición de los mismos.

Respuesta clínica	Tiempo de aparición de nuevos brotes							
	<3 meses		3-6 meses		7-12 meses			
	No	%	No	%	No	%	Total	%
Respondedor	3	4,3	5	7,2	8	11,6	16	23,2
Limpio o virtualmente limpio	0	0	0	0	2	2,9	2	2,9
Total	3	4,3	5	7,2	10	14,5	18	26,1

Fuente: Historia clínica.

Al observar la tabla 5, sólo en 18 psoriásicos aparecieron nuevos brotes después del tratamiento en el período de un año, lo que representó un 26,1% del total de los 69 pacientes que respondieron al mismo, lo que evidenció que el mayor porcentaje de aparición de los mismos fue entre 7 y 12 meses de concluida dicha terapéutica, con 10 pacientes para un 14,5%.

Discusión

Anteriormente se pensaba que la causa primaria de la Psoriasis vulgar era la proliferación exagerada de queratinocitos, asociada con una diferenciación epidérmica anormal; sin embargo, actualmente se considera que la hiperplasia epidérmica es una reacción a la activación del sistema inmune en algunas regiones de la piel, mediada por linfocitos T, encontrándose los linfocitos T CD4, especialmente en la dermis y los linfocitos T CD8 que expresan CD103 ubicados en la epidermis, y un subtipo de linfocitos T CD8 que permanece en la dermis, que pueden estar en tránsito o dirigirse a la epidermis.⁽⁶⁾

Inicialmente existe una incorporación de antígenos no identificados aún por las células presentadoras de antígeno (CPA), las cuales migran al ganglio linfático más cercano y se unen a los linfocitos T vírgenes. Una vez que el linfocito T se activa, prolifera en forma de células T efectoras o de memoria. Este linfocito T entra al sistema circulatorio y, por medio de interacciones celulares del endotelio, migra hacia los sitios de

inflamación en la piel y se dirige al queratinocito a través de la dermis. Una vez llega el linfocito T a la piel inflamada se producen citocinas (TH1): IFN γ , IL-2 (interleukin-2) y TNF α . El TNF α incrementa la proliferación de los queratinocitos, aumenta la producción de citocinas proinflamatorias del linfocito T y de los macrófagos, y aumenta las quimiocinas de los macrófagos y de las moléculas de adhesión de las células endoteliales.⁽⁴⁾

La proliferación exagerada de queratinocitos es estimulada por citocinas del linfocito T y de otros queratinocitos. El queratinocito produce IL-6, IL-8, factor transformador de crecimiento (transforming growth factor, TGF) alfa y beta y amfirregulina. El TGF β , la amfirregulina y la IL-8 estimulan también la proliferación exagerada de los queratinocitos.⁽⁶⁾

La autora es del criterio que estos resultados obtenidos se deben al gran efecto antiinflamatorio que tiene la Autohemoterapia menor conociendo previamente la patogenia de la psoriasis vulgar donde juegan un papel importante los linfocitos t que son los que originan la aparición de las placas inflamatorias de la Psoriasis vulgar, con secuestro epidérmico dado por aumento de los linfocitos CD4 y disminución de los CD8 en sangre periférica.

Un médico peruano en su artículo menciona que en los 10 últimos años cuenta con 970 pacientes a los que le ha realizado este tratamiento obteniendo excelentes resultados pues todos mejoraron completamente sus diferentes enfermedades entre ellas la Psoriasis vulgar.⁽⁷⁾

Existen importantes diferencias entre la enfermedad “aguda” y “crónica”, o sea, en cuanto al tiempo de padecer la enfermedad. En esta última forma las lesiones pueden persistir sin modificaciones durante meses o años necesitando tratamientos más rigurosos en comparación con los de menor tiempo de padecer dicha enfermedad.⁽⁴⁾

El objetivo ideal del tratamiento actual, es suprimir las manifestaciones clínicas (desaparición de las lesiones) e inducir una remisión prolongada una vez suspendida la terapéutica, sin causar toxicidad por las medicaciones utilizadas. El paradigma terapéutico actual se basa en la elección del tratamiento más eficaz y con el mayor

perfil de seguridad para cada paciente en particular, a fin de brindarle lo más rápidamente posible, una mejor calidad de vida.^(5,6)

Entre los factores que deben considerarse al elegir un tratamiento, se destacan: tipo de psoriasis, su severidad y extensión, patologías asociadas, ingesta de medicamentos y otras drogas, actividad laboral y consideraciones sobre calidad de vida, antecedentes y respuesta a terapéuticas previas, dificultades para realizar los tratamientos, accesibilidad al tratamiento, etc.^(5,7)

Independientemente de lo expresado anteriormente, en este estudio se demuestra que no influye directamente el tiempo de evolución de la enfermedad para responder de forma efectiva los pacientes psoriásicos al tratamiento con Autohemoterapia menor, pues los 5 pacientes que padecen la enfermedad desde hace más de 10 años también presentan una respuesta adecuada a este tratamiento, por lo que se plantea que esta es una terapia que puede ser aplicada independientemente de los años de padecer dicha enfermedad y considera por lo tanto que pueden ser otros los factores a tener en cuenta para elegir el régimen terapéutico específico, que pudiera estar más relacionado con una respuesta efectiva como los que se mencionan en el párrafo anterior.

La autora también expresa que la mayor cantidad de pacientes estudiados presentaban menos de un año de evolución de dicha enfermedad, lo que se relaciona proporcionalmente al resultado obtenido. Se destaca que la menor cantidad de pacientes fueron los incluidos en más de 10 años de evolución con igual respuesta terapéutica a los anteriores.

Se dispone de un amplio espectro de tratamiento antipsoriásicos tanto tópicos como sistémicos; la mayoría de ellos o casi todos, con efectos inmunomoduladores. Para elegir un régimen de tratamiento es importante reconciliar la extensión y la severidad mensurable de la enfermedad con la propia percepción del paciente de su enfermedad. En este contexto, un estudio encontró que el 40% de los pacientes se sintieron frustrados por la ineffectividad de sus actuales tratamientos y 32% revelaron que su tratamiento no era lo suficientemente agresivo.⁽⁸⁾

La mayoría de los tratamientos para esta enfermedad requieren de tiempos prolongados para lograr el efecto deseado, así se demuestra que la Ciclosporina requiere de 12 a 16 semanas de tratamiento, el Acitretín no menos de 8 a 12 semanas, el Metotrexate 36 semanas, la terapia con PUVA requiere un promedio de 24 sesiones con remisiones que van entre 3 y 6 meses y la Fototerapia de radiación ultravioleta B (banda estrecha) necesita 300 sesiones, alcanzando el paciente una mejoría del 50% con 15 a 20 sesiones.⁽⁹⁾

El queratinocito es una célula derivada del ectodermo y es el principal tipo celular de la epidermis, constituyendo por lo menos el 80% del total de células. La diferenciación del queratinocito (queratinización) consta de una serie compleja de modificaciones morfológicas y eventos metabólicos programados genéticamente, cuidadosamente regulados, cuyo punto final es un queratinocito muerto (corneocito). En los humanos, el tiempo de tránsito normal de esta célula, desde el momento en que pierde contacto con la capa basal hasta el momento que ingresa en el estrato córneo, es por lo menos 14 días. El tránsito a través del estrato córneo y la descamación subsiguiente requiere otros 14 días. Estos períodos pueden alterarse en estados hiperproliferativos o de detención del crecimiento.⁽¹⁰⁾

Se evidencia en este estudio que la Psoriasis vulgar es una enfermedad de difícil manejo terapéutico para el cual se requieren en la mayoría de los pacientes de muchas semanas de tratamiento para obtener la total resolución de las lesiones, en ocasiones de combinaciones terapéuticas, pues con un solo medicamento no resuelven. En este estudio la mayoría mejoran al haber concluido las 24 sesiones de Autohemoterapia menor, que representa 2 meses y una menor cantidad de pacientes habían obtenido la resolución total de las lesiones a las 20 sesiones, o sea, 30 días después de iniciado el tratamiento. Si tenemos en cuenta que esta es una enfermedad inmunológica donde se ve afectada el principal tipo celular de la epidermis (queratinocito) y que necesita de 28 días aproximadamente para lograr la normal diferenciación del mismo, podemos darnos cuenta por lo tanto que son los días mínimos para que esa piel dañada vuelva a su estado normal, de ahí que es difícil evidenciar la mejoría antes de este período de tiempo.

En un estudio titulado "Autohemoterapia menor o autovacuna ozonizada" se plantea que esta técnica carece de efectos secundarios.⁽¹¹⁾

En una entrevista realizada al Dr. Luiz Moura, prestigioso médico Brasileño, quien práctica esta terapia desde que era estudiante de medicina, plantea que esta es una técnica con pocos efectos adversos, que los que pueden presentarse se relacionan más que todo en el sitio de la punción.⁽¹²⁾

Los resultados obtenidos evidencian precisamente lo que han planteado otros autores,^(11,12) que se trata de una terapia con pocos efectos adversos, que debe ser realizada por un personal preparado con sumos conocimientos sobre la técnica y que debe tener en cuenta la asepsia para evitar iatrogenia o efectos secundarios.

Los pacientes con Psoriasis vulgar tienen gran variabilidad en lo que respecta a las recaídas. Algunos tienen recaídas frecuentes que se producen semanal o mensualmente y otros tienen una enfermedad más estable con solamente recidivas ocasionales. Los pacientes con recaídas frecuentes tienden a desarrollar una enfermedad más grave con lesiones que aumentan rápidamente de tamaño y recubren porciones significativas de la superficie corporal y que pueden requerir un tratamiento más riguroso en comparación con los que tienen una enfermedad más estable.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Tanto el debut de la enfermedad como los brotes, pueden ser desencadenados por traumatismos físicos (golpes, fricciones, rascaduras), infecciones (la infección estreptocócica aguda), el estrés (se le atribuye un 40% de los brotes en adultos y más en niños), fármacos (glucocorticoides, antiinflamatorios, litio, antipalúdicos, interferón, β -bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, progesterona, sales de oro, yoduro de potasio). También parecen relacionarse con los brotes de psoriasis otros factores como la infección por VIH, alcoholismo y tabaco; factores hormonales, como el embarazo, el hipotiroidismo, la hipocalcemia; factores metabólicos, como la diabetes o la obesidad y factores digestivos: dieta. También el clima, con empeoramiento en invierno y mejoría en verano, especialmente si se toma el sol. Aunque también hay brotes esenciales, donde no existe ningún factor desencadenante conocido.^(7, 8, 16,17)

Dentro de los elementos que influyen en el desarrollo de la psoriasis vulgar, cobra especial importancia en este caso el estrés psíquico, uno de los factores desencadenantes mejor conocidos por los pacientes, asociado frecuentemente a niveles elevados de activación simpática y dificultades de regulación emocional. Ellos mismos lo identifican sin dificultad como responsable de muchos de sus brotes y ha sido descrito en numerosas ocasiones relacionado a sufrimiento psicológico como sentimientos de vergüenza, timidez, baja autoestima, estigmatización. ^(11, 12)

La autora es del criterio que los brotes de Psoriasis vulgar se presentan en cualquier momento de la vida del paciente, relacionando su aparición sobre todo con los factores mencionados anteriormente, pero los resultados obtenidos en este estudio demuestra que la Autohemoterapia menor no sólo constituye una terapéutica para mejorar o eliminar estas recaídas, sino también para espaciar la aparición de las mismas dado por el efecto que ejerce sobre el sistema inmune de estos pacientes, por lo que al reconocer cada uno de estos como agentes extraños en el organismo los combate eliminando la posibilidad por lo tanto de un factor agravante o desencadenante de las nuevas lesiones.

Conclusiones

En el estudio se demostró que predominaron los pacientes respondedores al tratamiento con Autohemoterapia menor, sin influir en la respuesta el tiempo de evolución de su enfermedad; necesitando la mayoría de los pacientes Psoriásicos la mayor cantidad de sesiones para obtener la mejoría o desaparición de las lesiones y se logró con esta terapéutica espaciar los brotes, sin efectos adversos en ningún enfermo.

Referencias bibliográficas

1. Manzur Julián, Díaz Almeida J, Cortez Hernández M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.

-
2. Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General. 7ma ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2013.
 3. Sánchez-Martínez G. Biblioteca mundial sobre ozonoterapia, una herramienta para la investigación. *Revista Española de Ozonoterapia* 2014; 4(1): 73-77.
 4. Flor García A, Martínez Valviveso L, Mené F. Actualización en el tratamiento de la Psoriasis. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha* 2013; 14(1): 1-8.
 5. Vargas Mamani JH, Vargas De La Fuente J. Psoriasis vulgar. *Rev Cient Cienc Med [Internet]*. 2015 [citado 10 Oct 2018]; 18(1): 62-3.
 6. Maldonado García CA, Cardona Hernández MA, Jurado Santa Cruz F. Comorbilidades en psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2013; 22(1): 15-21.
 7. Barreda-Zaleta L, Pérez-Rojas DO, Espinoza-Hernández CJ, Ramírez-Terán AL, Vega-Memije ME. Psoriasis y diabetes mellitus en la consulta dermatológica. *Gac Med Mex* 2017; 153: 524-5.
 8. García-Sánchez L, Montiel-Jarquín ÁJ, Vázquez-Cruz E, May-Salazar A, Gutiérrez-Gabriel I, Loría-Castellanos J. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gac Med Mex* 2017; 153: 185-9.
 9. Ballester Torrens M del Mar, Senán Sanz R, Ferran Farres M, Barcala del CF. Terapia tópica de la psoriasis en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2011.
 10. Vivas S, Núñez Z, González L, Acosta D, Puerta L, Ochoa F. Psoriasis: perfil clínico epidemiológico de la consulta. Servicio de dermatología, ciudad hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" 2002-2012. *Comunidad y Salud* 2014; 12(1): 20-7.
 11. Bronsard V, Paul C, Prey S, Puzenat E, Gourraud PA, Aractingi S, et al. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24(Suppl 2): 10-6.
 12. Vargas Mamani JH, Vargas De La Fuente J. Psoriasis Vulgar. *Rev Cient Cienc Med* 2015; 18(1): 62-3.
 13. Martínez M, Levrero P, Carusso R, Morales C, Arretche V, Nicola A, et al. Psoriasis Vulgar moderada y severa: opciones terapéuticas (tratamientos convencionales). *Arch Med Interna* 2013; 35(3): 93-100.

-
14. Valdés-Solís E, Colorado-García LM, Lozano-Nuevo JJ, Rubio-Guerra AF. Asociación entre la severidad de la psoriasis en placas y el síndrome metabólico. *Med Int Méx* 2016; 32(2): 190-200.
 15. Jurado SF, Torres González S, Ramos Garibay A, Casasola Vargas J, Lizárraga García C, Fernández Arista G. Psoriasis pustulosa. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2005; 14(2): 87-92.
 16. Manzur-Barbur MC, Tamayo Escobar S. Psoriasis de Von Zumbusch. *Rev Cienc Biomed* 2012; 3(2): 327-32.
 17. Sánchez Regaña M, Ojeda Cuchillero R, Umbert Millet I, Umbert Millet P, Lupo W, Solé Fernández J. El impacto psicosocial de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94(1): 1-64.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.