

Efectividad de la crema de *Aloe vera* en pacientes con psoriasis vulgar de la Parroquia San Fernando

Effectiveness of *Aloe vera* cream in patients with vulgar psoriasis from San Fernando Parish

Dr. Yoisel Belen Ruiz,^I Dra. Nancy Hernández León,^I Dra. C. Olga Lidia Pereira Despaigne,^{II} MsC. Maricela Silvia Palay Despaigne^{II} y MsC. Rafael M. Neyra Barrios^{III}

^I Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Hospital Oncológico Docente Provincial "Conrado Benítez García", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención terapéutica en 20 pacientes con psoriasis vulgar, pertenecientes a la Parroquia San Fernando, en Montes, Estado Sucre (Venezuela), de mayo a diciembre del 2013, quienes fueron seleccionados aleatoriamente y asignados en 2 grupos de idéntica cantidad de integrantes: el de control, que utilizó medicación convencional con triamcinolona, y el de estudio, que recibió tratamiento tópico con crema de *Aloe vera* (sábila) de base inerte; a fin de determinar la efectividad de esta última. Para establecer la comparación entre ambos grupos, se emplearon técnicas no paramétricas debido al número reducido de pacientes, y siempre se consideró un nivel de significación de 0,05. Se obtuvo que la modalidad terapéutica con crema de sábila fuera tan efectiva como la aplicación de la triamcinolona, pero a diferencia de esta última, no presentó reacciones adversas. Así, pudo concluirse que la terapia con *Aloe vera* es efectiva para tratar pacientes con psoriasis vulgar.

Palabras clave: psoriasis vulgar, *Aloe vera*, triamcinolona, Venezuela.

ABSTRACT

A therapeutic intervention study of 20 patients with vulgar psoriasis, belonging to San Fernando Parish, in Montes, Sucre State (Venezuela), was carried out from May to December, 2013 who were randomly selected and assigned in 2 groups of identical quantity of members: a control group which used conventional medication with triamcinolone, and the study group which received topical treatment with *Aloe vera* cream (sabila) with inert base; in order to determine the effectiveness of the last one. To establish the comparison between both groups, non parametrical techniques were used due to the reduced number of patients, and a significance level of 0.05 was always considered. It was obtained that the therapeutic modality with sabila cream was as effective as the triamcinolone use, but unlike this last drug, it showed no adverse reactions. Thus, it could be concluded that the therapy with *Aloe vera* is effective to treat patients with vulgar psoriasis.

Key words: vulgar psoriasis, *Aloe vera*, triamcinolone, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis (del griego *ψώρα*, que significa picor) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que produce lesiones escamosas engrosadas e inflamadas, con una amplia variabilidad clínica y evolutiva. No es contagiosa, pero sí puede ser hereditaria y existe una mayor probabilidad de que la adquieran los hombres.¹

Al respecto, las manifestaciones cutáneas de esta enfermedad son tan características, que el diagnóstico suele realizarse con facilidad. En la actualidad se contempla la psoriasis como una enfermedad de base inmunológica, mediada por los linfocitos T, que se asocia a inflamación dérmica y, como consecuencia, a hiperplasia epidérmica. Es posible que sea la enfermedad dermatológica, mediada inmunológicamente, predominante, y puede afectar cualquier parte de la piel, con mayor frecuencia en las zonas de los codos, las rodillas, el cuero cabelludo, el abdomen y la espalda.^{2,3}

La patogenia aún no está esclarecida, pero existen 2 hechos básicos: la hiperplasia epidérmica por un aumento de la población germinativa, y el infiltrado inflamatorio de la dermis. Se cree que no tiene una causa única, sino multifactorial, y se presenta en individuos con predisposición genética a padecerla; asimismo, puede ser desencadenada o agudizada por diversos factores ambientales, como traumatismos, infecciones, fármacos, y factores psicológicos, climáticos, metabólicos y endocrinos.⁴

Cabe señalar que la psoriasis en placas o psoriasis vulgar es la forma más frecuente y clásica de la enfermedad. Se caracteriza por la formación simétrica de placas de 1 a 30 centímetros, localizadas en cualquier zona de la piel. El diagnóstico, en general, suele ser suficiente con la realización de una buena observación clínica, y raramente es necesario recurrir a la biopsia cutánea. La curación solo es parcial y el tratamiento siempre debe ser individualizado, según las formas de presentación y la gravedad de los síntomas, sin olvidar las circunstancias personales, socioeconómicas, laborales, psicológicas y familiares de cada paciente.²

Por otra parte, el *Aloe vera*, o más propiamente *Aloe barbadensis*, es una planta de la familia de las liliáceas, originaria del nordeste de África, que se ha extendido por las zonas cálidas de todos los continentes, y fue traída a América del Norte en el siglo XVI.⁵⁻⁸

Se le atribuye una acción emoliente, cicatrizante, coagulante, hidratante, antialérgica, desinfectante, antiinflamatoria, astringente y laxante; también elimina las células muertas de la piel y ayuda a regenerar el crecimiento de las nuevas, regula el pH en las 3 capas de la piel y favorece la salud de los tejidos al acelerar la curación. En uso externo las reacciones adversas y alérgicas son muy raras; se mencionan las urticarias y las dermatitis por contacto. Las propiedades del *Aloe vera* son especialmente aptas para aliviar los síntomas de psoriasis y contribuir a la regeneración de los tejidos de la zona afectada.⁹⁻¹²

Típicamente presenta un efecto anestésico suave, antipruriginoso y analgésico; además, es antibacteriano y antimicótico, aumenta el flujo de sangre hacia las zonas dañadas y estimula los fibroblastos, que son las células de cicatrización de las heridas.^{13,16,17}

La medicina herbaria tiene mucho que ofrecer a las personas que acuden a las consultas en busca de tratamiento, donde se tiene la posibilidad de brindar una atención médica más humana y económicamente accesible. Por su uso terapéutico y profesional, está desempeñando un papel cada vez más importante en la población venezolana.

Teniendo en cuenta que el tratamiento en pacientes con psoriasis resulta controversial, debido fundamentalmente a los efectos secundarios tópicos y sistémicos importantes, a mediano o largo plazo, y que la enfermedad posee una larga evolución, con afectación de la estética corporal y de la integridad de la piel, lo que requiere otras opciones terapéuticas más inocuas; surgió la motivación para llevar a cabo estudio.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de intervención terapéutica en 20 pacientes con psoriasis vulgar, pertenecientes a la Parroquia San Fernando, en Montes, Estado Sucre (Venezuela), de mayo a diciembre del 2013, para evaluar la efectividad del tratamiento con *Aloe vera* (sábila) en comparación con los medicamentos esteroideos tópicos.

Para ello se tuvo en cuenta lo establecido en la Declaración de Helsinki sobre las investigaciones en seres humanos con fines terapéuticos; por tanto, los participantes recibieron una información adecuada sobre los objetivos, métodos, beneficios y riesgos, y dieron su consentimiento informado (de manera voluntaria) para participar en el estudio, el que podían abandonar si así lo deseaban.

La muestra se seleccionó aleatoriamente, tomando en cuenta determinados criterios de inclusión: afectado de cualquier sexo con diagnóstico de psoriasis en la forma clínica vulgar, en los inicios de la enfermedad o que mantuvieran seguimiento médico, tuvieran 18 o más años de edad, y confirmación de diagnóstico clínico e histopatológico. También se consideraron los criterios de exclusión: pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana-sida, de enfermedades malignas y/o crónicas descompensadas, embarazadas, y edad inferior a los 18 años. Asimismo, se establecieron criterios de salida: abandono voluntario o incumplimiento de las indicaciones del tratamiento.

Igualmente, las personas seleccionadas fueron asignadas en 2 grupos de idéntica cantidad de integrantes (10 cada uno): el de control, con medicación convencional (triamcinolona), y el de estudio, que recibió tratamiento con crema de sábila; a fin de determinar la efectividad de la sábila en la psoriasis vulgar.

Se utilizó la observación como método, fundamentalmente para el análisis clínico individual y para la medición de la evolución de los resultados terapéuticos; también, se realizaron la entrevista médica y el examen físico. La información primaria se obtuvo de la historia clínica de cada paciente y fue anotada en una planilla de recolección de datos.

Se creó una consulta en el ambulatorio de Quebrada Seca para efectuar el seguimiento clínico una vez a la semana (viernes a la 1.00 p.m.), donde asistieron los pacientes según sus diferentes turnos. Se realizó una coordinación con los médicos especialistas de los ambulatorios en estudio, para apoyar en el seguimiento, la atención oportuna y en la notificación de alguna situación con los pacientes en estudio, se le dio los datos y la ubicación exacta de estos pacientes. Todos los pacientes sin distinción de grupo de tratamiento fueron evaluados en consultas cada 15 días hasta completar los 3 meses de tratamiento.

Los pacientes del grupo de estudio (grupo 1) recibieron tratamiento tópico con crema de *Aloe vera* de base inerte, libre de sustancias nocivas o tóxicas, que fue comprada por los investigadores, en las farmacias naturalistas del área, y se aplicó 2 veces al día en las

lesiones. Se entregó la crema para la continuación del tratamiento en el domicilio. Los pacientes del grupo de control (grupo 2) recibieron tratamiento convencional con triamcinolona. Ambos grupos recibieron tratamiento antihistamínico con loratadina (tableta de 10 mg), una tableta cada 6 horas durante el estudio.

De manera general, en la serie se consideró como variable principal la efectividad del tratamiento aplicado. Teniendo en cuenta la reacción al tratamiento, se consignaron las categorías:

- Efectivo: pacientes que quedaron incluidos en la categoría de curado o mejorado sin presentar reacciones adversas al finalizar el tratamiento.
- No efectivo: pacientes que quedaron incluidos en la categoría de iguales y empeorados, o que presentaron reacciones adversas al finalizar el tratamiento.

Además, se consideraron las variables secundarias: sexo, edad al momento del diagnóstico, color de la piel, número de lesiones, intensidad del prurito, etapas del tratamiento, respuesta al tratamiento (curado, mejorado, igual o empeorado) y las reacciones adversas.

La información obtenida se procesó con el programa estadístico SPSS, versión 11.5, y los resultados se distribuyeron en frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación entre los grupos se emplearon técnicas no paramétricas, debido al número reducido de pacientes en cada grupo, así como la prueba de homogeneidad de la X^2 , para identificar asociación entre ambos grupos en relación con sus características generales. Siempre se tuvo en cuenta un nivel de significación de 0,05.

También fue evaluada la respuesta al tratamiento y la manifestación del prurito, antes y después del aplicada la terapia, en ambos grupos de estudio y en cada uno de los periodos, mediante el uso de la prueba de hipótesis no paramétrica de Kruskal-Wallis (K muestras independientes), con $p < 0,05$.

Por último, el análisis de las variables reacciones adversas y efectividad del tratamiento, fue realizado mediante la prueba no paramétrica para 2 variables independientes de Mann-Whitney.

RESULTADOS

De un total de 20 pacientes, se apreció un predominio de las edades de 38 a 47 años, con 7 afectados, para 35,0 %, de los cuales, 3 pertenecían al grupo 1, para 30,0 %, y 4 al grupo 2, para 40,0 %; le siguió el grupo etario de 28-37 años, con 6 pacientes (30,0 %). Independientemente de las variaciones observadas entre los grupos respecto a la edad, ambos fueron similares, pues no hubo diferencia significativa ($p > 0,05$).

En el estudio se observó, además, que 15 pacientes (75,0 %) pertenecían al sexo femenino: 7 del grupo 1 (70,0 %) y 8 del grupo 2 (80,0 %). Ambos grupos fueron homogéneos, sin diferencias entre ambos sexos ($p > 0,05$).

Al analizar a los pacientes según color de la piel, predominaron los afectados de piel blanca, con 11, para 55,0 %, seguidos de los de piel mestiza, con 6 pacientes, lo que representó 30,0 %.

Se observó una mejoría del prurito después del tratamiento, con predominio en el grupo de estudio, pues 6 pacientes presentaban prurito intenso al comenzar la terapia; sin

embargo, al finalizarla ningún paciente manifestaba el síntoma en esa categoría. Al finalizar la terapia del grupo 1 la gran mayoría de los pacientes presentaba prurito ligero.

En el grupo 2 también predominaron los pacientes con prurito intenso al iniciar el tratamiento, pero al concluirlo no existían grandes diferencias entre las categorías de ligero y moderado; además, 3 pacientes lo mantenían con igual intensidad.

La prueba de hipótesis no paramétrica de Kruskal-Wallis, permitió rechazar la hipótesis nula (H_0) y plantear la existencia de diferencias en la cantidad de pacientes evaluados antes y después del tratamiento para cada grupo, con $p < 0,05$. Este resultado demuestra los efectos antipruriginosos de la crema de *Aloe vera*.

Según la respuesta al tratamiento a las 4 semanas de estar aplicándolo, en el grupo de estudio, 5 pacientes mantenían iguales características clínicas que al inicio, lo cual representó 50,0 %, mientras 4 pacientes mejoraron sus manifestaciones clínicas y solo uno empeoró; este último caso estuvo relacionado con la presencia de una carga emocional intensa, permanente, tanto familiar como profesional. En el grupo de control, 5 lesionados mejoraron y 2 empeoraron por estar bajo estrés psicoemocional y sobrecarga laboral, además de presentar infecciones respiratorias del tracto respiratorio alto.

Al evaluar estadísticamente con la prueba de hipótesis no paramétrica de Kruskal-Wallis, se aceptó la hipótesis nula (H_0) y se planteó que no existieron diferencias significativas en la cantidad de pacientes evaluados en las diferentes categorías para cada grupo durante esta primera etapa, para $p > 0,05$. Por tanto, se concluyó que en esta primera etapa no se alcanzaron resultados de mejoría evidente con la aplicación de ambas modalidades terapéuticas, y se necesitaban más de 4 semanas.

Luego de 8 semanas de tratamiento (segunda etapa), la gran mayoría de los pacientes de ambos grupos alcanzó la categoría de mejorado, con 7 casos y 6 controles. El número de afectados con igual estado de salud, también fue similar en ambos grupos, y solo empeoró un paciente.

Con la prueba de hipótesis no paramétrica de Kruskal-Wallis, se aceptó la hipótesis nula (H_0) y se planteó que no existieron diferencias significativas en la cantidad de pacientes evaluados en las diferentes categorías, para cada grupo de investigación en esta segunda etapa ($p > 0,05$). En resumen entre la semana 4 y 8 de tratamiento, ambas modalidades terapéuticas alcanzaron resultados favorables.

En la tabla 1 se muestra que al finalizar el tratamiento (etapa 3) existían 2 pacientes curados en el grupo de estudio y uno en el de control; el número de pacientes mejorados era igual en ambos grupos, con 7 pacientes.

Tabla 1. Pacientes según respuesta al tratamiento a las 12 semanas

Respuesta al tratamiento	Grupo 1		Grupo 2	
	No.	%	No.	%
Curado	2	20,0	1	10,0
Mejorado	7	70,0	7	70,0
Empeorado				
Igual	1	10,0	2	20,0
Total	10	100,0	10	100,0

$p = 0,8$

Mediante la prueba de hipótesis no paramétrica, se aceptó la hipótesis nula (Ho) y se confirmó que no existieron diferencias significativas en la cantidad de pacientes evaluados en las diferentes categorías, para cada grupo en investigación, en esta tercera etapa, para $p > 0,05$.

En cuanto a la existencia de reacciones adversas según el tipo de tratamiento (tabla 2), en el grupo tratado con *Aloe vera* no hubo ningún efecto secundario, mientras que 4 pacientes del grupo de control sí presentaron reacciones adversas a la triamcinolona, para 40,0 %.

Tabla 2. Reacciones adversas según grupos de estudio al finalizar el tratamiento

Reacciones adversas	Grupo 1		Grupo 2	
	No.	%	No.	%
SI			4	40,0
NO	10	100,0	6	60,0
Total	10	100,0	10	100,0

$p=0,04$

Las reacciones adversas en los controles fueron las siguientes: atrofia cutánea en el área tratada (un paciente), hipopigmentación ligera (2 afectados) y erupción acneiforme (un paciente); estas reacciones aparecieron a los 3 meses de tratamiento.

Al finalizar el tratamiento en los 2 grupos, predominaron los pacientes incluidos en la categoría de efectivo (figura), con un valor ligeramente superior en el grupo de estudio (90,0 %) respecto al de control (80,0 %); no obstante, esta diferencia no fue significativa.

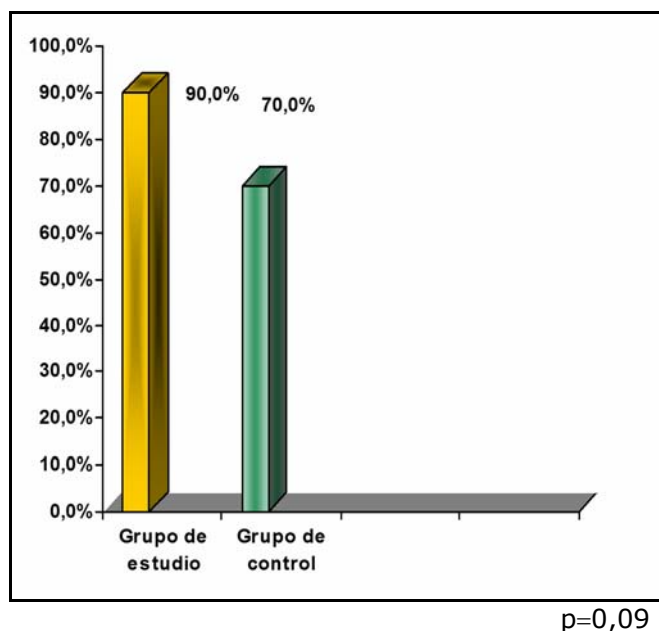


Fig. Evaluación de la efectividad de los tratamientos

Se usó la prueba no paramétrica para 2 variables independientes de Mann-Whitney, con la cual se aceptó la hipótesis nula (H_0) y se concluyó que no hubo diferencias entre ambos grupos ($p > 0,05$), lo que equivalió a que ambos tratamientos fueron igualmente efectivos.

DISCUSIÓN

El comportamiento de la variable edad fue similar en ambos grupos, pues estadísticamente no se apreció una diferencia significativa. Este resultado se correspondió con lo descrito en la bibliografía sobre el tema,¹⁸ donde se plantea un predominio de la enfermedad entre las edades de la segunda y la cuarta décadas de la vida, aunque existen formas clínicas como la lineal que se presenta en niños.

Se constató que la mayoría de los pacientes eran mujeres, por lo que se obtuvo una correspondencia entre este resultado y lo obtenido por otros autores,¹³ quienes plantean que la psoriasis es una enfermedad que afecta con ligero predominio al sexo femenino, aunque algunos investigadores rechazan estos planteamientos.

Dicha preponderancia de las féminas, puede estar relacionado, según la opinión de estos autores, con una mayor preocupación en este sexo por conservar la estética, por lo que acuden con mayor frecuencia a consulta médica, a pesar de la escasa cultura médica que aún existe en la población venezolana.

Por otra parte, primaron los pacientes de piel blanca. No obstante, se ha planteado que no hay una mayor frecuencia en una u otra persona por el color de su piel, aunque sí se ha descrito que es menos frecuente en individuos de piel negra o india. Este comportamiento pudiera deberse, según la opinión de los autores de este estudio, a las características de la población en Venezuela, que en su mayoría está compuesta por blancos y mestizos. En lo concerniente al predominio del color blanco de la piel en los integrantes de esta casuística, no se hallaron otras series con resultados similares, de modo que sería preciso efectuar una investigación en una muestra poblacional mayor para determinar este comportamiento.

En la evaluación de la respuesta al tratamiento a las 4 semanas, no se alcanzaron resultados de mejoría evidente con alguna de las modalidades terapéuticas aplicadas, y se necesitó un período más largo para poder lograr el efecto deseado. Este resultado coincidió con lo expuesto en la bibliografía sobre el tema. También en el grupo de estudio se observó que la respuesta al tratamiento fue lenta; de hecho, algunos autores plantean que la eficacia del tratamiento con sábila aumenta luego de la cuarta semana.¹⁰

Asimismo, los pacientes del grupo 1 no presentaron reacción adversa alguna, mientras que 4 pacientes del grupo 2 sí manifestaron efectos secundarios. Las reacciones adversas producidas por el tratamiento con triamcinolona se correspondieron con lo notificado en una publicación similar.¹²

Los resultados sobre la ausencia de reacciones adversas en el grupo de estudio, se correspondieron con otros similares obtenidos en una investigación, donde se plantea que con el uso de la crema de *Aloe vera* no son frecuentes los efectos secundarios significativos.⁹

Conforme el criterio de los autores, los 3 pacientes que se mantuvieron con iguales características clínicas en ambos grupos, podrían tener asociados elementos que pueden actuar como factores contribuyentes al proceso patológico y que no fueron controlados en la presente serie, como las infecciones subclínicas, ya sean bacterianas, virales, micóticas o parasitarias.

Al finalizar el tratamiento en ambos grupos, predominaron los pacientes incluidos en la categoría de efectivo, con un valor ligeramente superior en el grupo de estudio en relación con el de control. Dicha diferencia no fue significativa.

Ahora bien, no se encontraron resultados similares en las investigaciones relacionadas con la enfermedad; sin embargo, en la mayoría de la bibliografía médica, tanto nacional como foránea, se confirma la efectividad del *Aloe vera* en diferentes enfermedades cutáneas, como el liquen plano, el acné vulgar y la dermatitis por contacto.

La terapéutica con crema de *Aloe vera* en pacientes con psoriasis vulgar demostró ser muy efectiva, pues se logró la mejoría de las manifestaciones clínicas sin producir reacciones adversas. Además, este producto es económico y de fácil adquisición, provisto por la naturaleza, con distribución y empleo mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Psoriasis. En: Wikipedia. La enciclopedia libre [citado 12 May 2013].
2. US National Library of Medicine. Psoriasis. Rockville Pike, Bethesda MD: NCBI [citado 12 May 2013]; 2013.
3. Beers MH, Porter R, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M. El Manual Merck. 11 ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 456-78.
4. Alfonso Trujillo I, Díaz García MA, Sagaró Delgado B, Alfonso Trujillo Y. Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. Rev Cubana Med. 2001 [citado 23 May 2013]; 40(2).
5. Pargas Torres F. Enfermería en la medicina tradicional y natural. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 1-51.
6. García Chacón R. Dietoterapia. Caracas: Editorial Armonía y Plenitud; 2010. p. 42-50.
7. Estrada Pacheco PL. Aloe vera [citado 23 May 2013].
8. Rodríguez Domínguez I, Santana Gutiérrez O, Recio López O, Fuentes Naranjo M. Beneficios del *Aloe vera* L. (sábila) en las afecciones de la piel. Rev Cubana Enfermer. 2006 [citado 23 May 2013]; 22(3).
9. Romero R. La sábila, un milagro llamado *Aloe vera* [citado 12 May 2013].
10. Jiménez Ruiz AD, Herrera Díaz C. Tratamiento con *Aloe vera* L. en dermatosis inflamatorias [citado 20 May 2013].

11. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K. Dermatología en medicina general. 5 ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 757-74.
12. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. JAAD. 2006 [citado 12 May 2013]; 54(1).
13. Zuluaga A, Uribe CM, Velásquez GE. Terapia dermatológica. 3 ed. Medellín: Editorial CIB; 2010. p. 506-20.
14. Falabella Falabella R. Dermatología. 6 ed. Medellín: Editorial CIB; 2006. p. 40-7.
15. Fernández JM. Dermatología. 2 ed. Caracas: Editorial Armonía y Plenitud; 2009.
16. Ascaño Ortega A, Quiñones Castro M. El aloe en el tratamiento tópico de las úlceras postrombóticas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc. 2003 [citado 12 May 2013]; 4.
17. Hamman JH. Composition and applications of Aloe vera Leaf gel. Molecules. 2008; 13(8): 1599-616.
18. Zhang AL, Story DF, Lin V, Vitetta L, Xue CC. A population survey on the use of 24 common medicinal herbs in Australia. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2008; 17(10): 1006-13.

Recibido: 22 de febrero de 2014.

Aprobado: 23 de junio de 2014.

Yoisel Belen Ruiz. Universidad de Ciencias Médicas, avenida de las Américas, entre calles I y E, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.