

PSORIASIS. ESTUDIO PRELIMINAR DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Dra. Viviana Lorena Escobar Solari, Dr. Baltazar Angel Paniagua
Prof. Dr. Manuel Fernando Giménez. Titular Cátedra de Clínica Dermatológica. Facultad de Medicina. UNNE

RESUMEN

Comunicamos un reporte parcial sobre el desarrollo de un protocolo de psoriasis. El mismo incluye hasta el momento 29 pacientes ingresados por consultorio externo del Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez" de la ciudad de Resistencia-Chaco. Los datos más representativos fueron: la edad de aparición en la mayoría de los pacientes fue entre 30 a 65 años. Hubo similitud de frecuencia entre ambos sexos. El 79% presentaron antecedentes familiares. Como desencadenantes predominaron los factores psíquicos. Con respecto a la clínica el patrón predominante fue el de psoriasis en placa. En el 62% de los pacientes se encontró compromiso ungueal y un 86% refirió prurito. Además se investigó exhaustivamente compromiso articular de los mismos.

Palabras claves: psoriasis; equipo multidisciplinario; artritis psoriásica; protocolo.

SUMMARY

We give a partial report on the development of a protocol of psoriasis. It includes 29 patients examined up to now at the external surgery offices of the Dermatologic Center "Dr Manuel M. Giménez" of the city of Resistencia, Chaco. The most relevant data was the age of coming down of the disease between 30 to 65 years in most of the patients. There was a similarity of frequency between both sexes. The 79% of them had family antecedents. Psychic factors predominated as starting. As regards clinic, the predominant pattern was Psoriasis in plaque. In 62% of the patients nail disorders were found as well as the 86% of them had pruritus. In addition, was investigated exhaustively joint related affection.

Key words: psoriasis; multidisciplinary equipment; psoriatic arthritis; protocol.

INTRODUCCION

Psoriasis palabra derivada del griego, etimológicamente significa: psor: prurito, iasis: estado.⁽¹⁾

La psoriasis es una enfermedad de la piel, semimucosas y uñas que también puede comprometer las articulaciones, de características inflamatorias y de evolución crónica.⁽²⁾ En los Estados Unidos la prevalencia se estima en 4.6% de la población, en Europa en 3%⁽³⁾, en Sudamérica la incidencia es de 0,97% de la población. La mayoría de los pacientes desarrollan lesiones iniciales en la tercera década de la vida. Con respecto al sexo existe similitud entre ambos y hay mayor predisposición a padecer la enfermedad en familiares directos.⁽⁴⁾

La psoriasis puede presentarse posterior a la artropatía, aquí una historia familiar de psoriasis puede ser un indicio importante.⁽⁵⁾

La psoriasis artropática se puede definir como una artropatía inflamatoria crónica con factor reumatoideo negativo, en el curso de una psoriasis. Tiene una incidencia entre 5%-8% de todos aquellos pacientes que padecen la enfermedad.⁽⁶⁾

El presente artículo tiene como objeto presentar el protocolo de psoriasis elaborado por médicos dermatólogos del Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez" de la ciudad de Resistencia – Chaco, en el cual intervienen además médicos reumatólogos y psicólogos conformando un equipo multidisciplinario que

permite un control clínico exhaustivo detectando precozmente las complicaciones. Conjuntamente deseamos dar a conocer los resultados obtenidos a 6 meses de protocolización.

MATERIALES Y METODOS

Los 29, pacientes con psoriasis ingresados en protocolo fueron entrevistados en consultorios externos del centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez", entre los meses de Abril y Septiembre del año 2006.

Protocolo de Psoriasis

1. Nombre y apellido, fecha de nacimiento, antecedentes personales, antecedentes familiares, edad de aparición e internaciones.
2. Factores desencadenantes: fallecimiento, enfermedad sistémica severa, drogas, accidente, corte o abrasión, físicos, pérdida de trabajo, quemaduras solares, otros.
3. Compromiso cutáneo:
 - Porcentaje: cabeza, tronco, miembros superiores, miembros inferiores.
 - Patrón: placas, gotas, invertida, pustulosa, eritrodermica, combinadas y otros.
 - Uñas: pies y manos (pits, manchas de aceite, coiloniquia y onicólisis).
 - Semimucosas.
4. Prurito: ausente, leve, moderado, severo.
5. Perfil psicológico.
6. Exámenes complementarios: hemograma completo, VSG, uricemia, proteinograma,

creatininemia, CDE, PCR, factor reumatoideo, FAN, hepatograma.

7. Histopatología.
8. Tratamientos recibidos: locales, sistémicos.
9. Tratamiento actual.
10. Examen reumatológico: compromiso articular (poliarticular, monoarticular, oligoarticular asimétrica, columna lumbar o dorsal, sacro-ilíacas).
11. Examen clínico: síntomas (artralgias, sinovitis, dolor lumbar, rigidez matinal, talalgias o entesopatías).
12. Radiografías de articulación afectada: pelvis, manos, pies, columna lumbosacra, columna dorsal.
13. Tomografía Axial Computada de columna lumbosacra

RESULTADOS:

En un total de 29 pacientes incluidos en protocolo el porcentaje según la edad de los mismos al momento de la inclusión fue de 13 % para edades entre 14 a 30, de 68% entre 30 – 65 años y de 17% en mayores de 65 años.

Según la edad de aparición de la enfermedad los porcentajes fueron de 17 % para edades entre 0 a 30 años, de 55% entre 30 a 65 y un 10% en mayores de 65 años (figura 1).

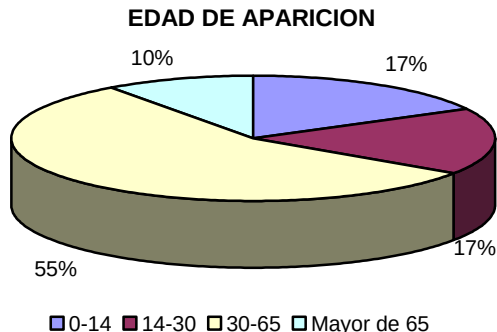


Figura 1. Edad de aparición de Psoriasis.

En cuanto al sexo hubo un pequeño predominio del 1% a favor del masculino. Los pacientes presentaron antecedentes personales (como falsa tiña amiantácea, eccema seborreico, entre otros) en un 86% y antecedentes familiares de psoriasis en un 79%.

Entre los desencadenantes, los factores psíquicos representaron un 65%, los físicos 17% y el resto desconocidos. La forma más frecuente de patrón clínico fue en placas en un 93% seguida por la forma en gota en un 7%, no se encontraron pacientes que presentaran las demás formas clínicas (figura 2).

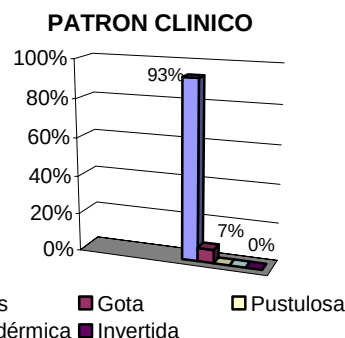


Figura 2. Patrones clínicos de presentación.

El compromiso ungueal se constató en un 62% de los pacientes; un 86% refirió prurito. En referencia a los exámenes complementarios en la mayoría de los pacientes los mismos se encontraron dentro de los parámetros normales.

Al examen reumatológico, el compromiso articular fue oligoarticular asimétrico en el 28%, sacroilíaco 14%, poliarticular y de columna lumbar o dorsal en un 3%; los síntomas al examen clínico fueron: artralgias en 31%, rigidez matinal en 24%, sinovitis, talalgias o entesopatías en un 17%. En las placas radiográficas del total de pacientes con síntomas se vieron afectadas en un 14% las articulaciones de manos, 10% rodillas, 7% pies, 3% pelvis y columna lumbosacra.

Con respecto a pacientes con psoriasis artrópática el porcentaje hallado fue de 34%.

DISCUSION

En lo referente al sexo, el masculino presentó un leve predominio del 1%, mientras que bibliográficamente es de ambos sexos por igual. ⁽³⁾

La presencia de antecedentes familiares referida en la bibliografía es de 30% no concordando este con los porcentajes hallados en los protocolos que fueron de un 79%. ⁽²⁾

La forma más frecuente de patrón clínico encontrada fue en placas con un porcentaje de 93% para la misma concordando con la bibliografía consultada la que menciona un porcentaje de 90%. ⁽²⁾

En cuanto a los desencadenantes, coincidieron con los planteados por otros autores en sus publicaciones que hablan de un 30% a 40% para los factores psíquicos superando a estos porcentajes los hallados por protocolo donde fueron de 65%.

El prurito fue hallado en un 86% de los pacientes, si bien en otros países se reporta como una enfermedad asintomática, creemos que en nuestra zona la frecuencia del mismo puede deberse al clima cálido el cual favorecería la colonización por bacterias y hongos en las placas de psoriasis. ⁽⁷⁾

La afectación ungueal fue hallada en 62% de los pacientes encontrándose dentro de el rango

de porcentajes referidos bibliográficamente, 60 a 80%.⁽⁶⁾

El porcentaje de pacientes con psoriasis artropática hallado fue de 34% el cual no concuerda con la bibliografía consultada donde la incidencia es de 5 a 8%, esta diferencia podría deberse a que al comienzo de la protocolización fueron incluidos solo a pacientes que referían síntomas de compromiso articular, esto significaba excluir a pacientes que padecían la enfermedad pero sin presentar molestias articulares, aquí cabe recordar que existen otras artritis inflamatorias con similares síntomas las cuales fueron diferenciadas luego de haber realizado los exámenes complementarios pertinentes.⁽⁶⁾

El compromiso articular más frecuente fue oligoarticular asimétrico coincidiendo con las publicaciones consultadas.^(6, 8)

En las placas radiográficas realizadas se encontró como mayoritariamente afectadas a las articulaciones de manos, no habiendo similitud con lo expresado en la literatura revisada donde el compromiso es más frecuente en la articulación sacroilíaca.⁽⁶⁾

CONCLUSION

El diagnóstico de certeza de psoriasis y de artropatía por medio de un equipo multidisciplinario capacitado, podría mejorar la calidad de vida de los pacientes y la contención de familiares además de prevenir las secuelas in-

validantes de esta patología. Esta es nuestra primera experiencia de un protocolo de psoriasis, en el cual se busca tener un registro estadístico local y el cual podría aportar datos a las estadísticas nacionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Falabella R, Escobar CE, Giraldo N. Fundamentos de la medicina. Dermatología. 5ed. Medellín: Ediciones Rojo: 1997:221-4.
2. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso Nacional de Psoriasis y Guías de Tratamiento. Buenos Aires. Sociedad Argentina de Dermatología. Año 2004.
3. Alexandra B, Alio S, Martin C, Mihm Jr. Psoriasis y otras enfermedades eritematoescamosas. En: Torres Lozada V, Camacho FM, Mihm MC, Sober A, Sánchez Carpintero I, ed. "Dermatología práctica" Ibero-Latinoamericana. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica. 1ed. México DF: Nieto Editores: 2005: vol 46:474-486.
4. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. En: Fitzpatrick BT, Eisen ZA, Wolf K, Austen KF, Goldsmith L, Katz S, ed. Dermatología en medicina general. 6ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana: 2005: 42:469-488.
5. Helliwelll PS, Taylor WJ. Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis Journal 2005; 64(supl 2):3-8.
6. Gatti CF, Bocca M, Romanowicz A, Milano M, Larroude C. Psoriasis artropática. Revisión. Rev. Dermatología Argentina 2000; 6 (supl 2):93-100
7. Trujillo AI, Díaz García MA, Torres Gemeil O, Torres Barbosa F, Falcón Lincheta L, Pérez Hernández L. Psoriasis vulgar. Estudio descriptivo de 200 pacientes. Rev. Cubana Med 2002; 41(supl 1):12-15.
8. FitzGerald O, Dougados M. Psoriatic arthritis: one or more diseases? Best Practice & Research clinical Rheumatology 2006; 20(supl 3):435-450.