



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Graduados

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA**

TEMA:

**“Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de
Dermatología. Hospital “Dr. Luis Vernaza” 2000-2010”**

AUTORA:

Dra. Analía Karina Pasquel Soletto

DIRECTORA:

Dra. Maria Cecilia Briones

Guayaquil - Ecuador

2014



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, Analia Karina Pasquel Sotelo_.

DECLARO QUE:

El trabajo de tesis, **“Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital “Luis Vernaza” 2001-2010”**, previa a la obtención del título de Especialista en Dermatología, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando los derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de tesis mencionado

Guayaquil, a los 5 días del mes de julio de 2014.

LA AUTORA.

Analia Pasquel

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este trabajo a mi mente viene un infinito gracias , empezado por mi Padre Celestial, quien me otorga día a día lo maravilloso de la vida.

A mi madre, que gracias a su esfuerzo , dedicación y amor estoy alcanzando mis metas.

A mi querido esposo por el hermoso hogar lleno de paz que me brinda y sobre todo el apoyo incondicional en todos mis proyectos

A mi hermano por su apoyo incondicional, apoyo y amor infinito hacia mi

A todos mis profesores del Posgrado de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, del querido Hospital Luis Vernaza, por haber depositado en mi sus valiosos conocimientos

Y a mi Directora de tesis la Dra. Ma Cecilia Briones por su paciencia y dedicación para la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado para el hombre que siempre confió en mi y con su amor infinito me otorgo la vida.

Para que el que festeja desde el cielo mis logros, transmitiendo su alegría directo a mi corazón

Gracias papito por ser mi ejemplo, por enseñarme los valores, la moral y compartir conmigo esa sabiduría que te caracterizaba.

Cada día está en mi corazón esa sonrisa de aliento, que me ayuda a recordar que los que bien se aprende nunca se olvida.

Te amo con todo mi corazón

Analía

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	pag.
AGRADECIMIENTOS.....	II
DEDICATORIA.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VIII
ANEXOS.....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 EL PROBLEMA	6
2.1 Identificación, valoración y planteamiento	6
2.2 Formulación.....	6
3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.	7
3.1 General.....	7
3.2 Específicos.	7
4 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	8
4.1 Marco Referencial	8
4.2 Marco Teórico.....	9
4.2.1 Epidemiología.....	9
4.2.2 Fisiopatología	9
4.2.3 Etiología	11
4.2.4 Clínica	20
4.2.5 Diagnóstico.....	23
4.2.6 Tratamiento	23
4.2.7 Comorbilidades y Pronóstico	27
5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	29
6 METODO.....	30
6.1 Justificación de la elección del método	30

6.2 Diseño de la investigación	30
6.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	30
6.2.2 Variables	31
6.2.3 Técnica de recolección de la información.....	33
6.2.4 Técnicas de análisis de la información	33
6.2.5 Consideraciones Éticas	33
7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	34
7.1 Frecuencia e incidencia anual de casos de psoriasis en la consulta externa del hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2000-2010.....	34
7.2 Descriptores demográficos de los pacientes incluidos en el estudio.....	35
7.3 Caracterización dermatológica de los casos de psoriasis en la muestra.....	37
7.4 Servicio de procedencia y comorbilidades asociadas con esta patología.....	39
8 DISCUSIÓN.....	43
8.1 Frecuencia e incidencia anual de casos de psoriasis en la consulta externa del hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2000-2010.....	43
8.2 Descriptores demográficos de los pacientes incluidos en el estudio.....	44
8.3 Caracterización dermatológica de los casos de psoriasis en la muestra.....	46
8.4 Servicio de procedencia y comorbilidades asociadas con esta patología.....	48
9 CONCLUSIONES	52
10 RECOMENDACIONES.....	53
11 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS.

	Pág
Figura 4-1: Pápulas y placas típicas de la psoriasis.....	20
Figura 4-2: Onicodistrofia con pérdida de la placa ungular por psoriasis	21
Figura 4-3: Psoriasis vulgar	22
Figura 4-4: Psoriasis guttata extensa.....	22

ÍNDICE DE TABLAS

	pag.
Tabla 6-1: Matriz de operacionalización de variables	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pag.
Gráfico 7-1: Prevalencia de psoriasis en el hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2001-2010.....	34
Gráfico 7-2: Frecuencia anual de pacientes con psoriasis en el hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2001-2010.....	35
Gráfico 7-3: Sexo de los pacientes afectados por psoriasis en el hospital Luis Vernaza en el periodo 2001-2010	36
Gráfico 7-4: Edad de los pacientes con psoriasis atendidos en el hospital Luis Vernaza en el periodo 2001-2010	36
Gráfico 7-5: Servicio de procedencia de los casos de psoriasis atendidos en el en el hospital Luis Vernaza en el periodo 2001-2010	37
Gráfico 7-6: Tipo de psoriasis atendidas en el hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2001-2010.....	38
Gráfico 7-7: Complicaciones atribuibles a la Psoriasis en pacientes atendidos en el hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2001-2010.....	39
Gráfico 7-8: Presencia de otras patologías dermatológicas en pacientes con psoriasis atendidas en el Hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2001-2010.....	40
Gráfico 7-9: Presencia de neoplasias en pacientes con psoriasis atendidas en el Hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2001-2010.....	41
Gráfico 7-10: Presencia de diabetes en pacientes con psoriasis atendidas en el Hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2001-2010.....	42
Gráfico 7-11: Presencia de enfermedad Cardiovascular en pacientes con psoriasis atendidas en el Hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2001-2010	42

ANEXOS

	pag.
Anexo 1: Formulario de recolección de la información	70

RESUMEN

Antecedentes: La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel con variaciones considerables en su incidencia. En Ecuador se han realizado pocos estudios sobre su epidemiología y no existen informes sobre su incidencia. El hospital "Dr. Luis Vernaza" en la ciudad de Guayaquil, es una institución con alta demanda de atención dermatológica, pero tampoco se conoce la casuística epidemiológica de esta enfermedad.

Objetivo: Establecer las características epidemiológicas de la Psoriasis entre usuarios atendidos en el Servicio de Consulta Externa de Dermatología del hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2000-2010.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte retrospectivo que incluyó todas las consultas dermatológicas que se realizaron en la institución en el periodo 2000-2010.

Análisis Estadístico: Las características de la población y los hallazgos del estudio se presentaron empleando frecuencias simples, porcentajes, índices, media y desviación estándar.

Resultados: En el periodo en estudio se diagnosticaron un total de 4648 casos, para una prevalencia de aproximadamente 9% en las consultas dermatológicas del centro. La edad media de los pacientes afectados fue de $50,64 \pm 15,80$ años. La afectación entre hombres y mujeres fue similar. La psoriasis vulgar fue la modalidad más frecuente de presentación (99,69%). La diabetes (0,28%) y las enfermedades cardiovasculares (0,17%) fueron las comorbilidades más frecuentes, aunque en una mínima proporción de los pacientes.

Conclusiones: La psoriasis es una enfermedad con una incidencia elevada en las consultas dermatológicas del Hospital "Dr. Luis Vernaza". Su comportamiento epidemiológico es similar al informado en estudios internacionales.

Palabras clave: DERMATOLOGÍA. EPIDEMIOLOGÍA. PSORIASIS.

ABSTRACT

Background: Psoriasis is a chronic skin disease that presents considerable variation in incidence and may have a significant effect on the psycho-emotional sphere. In Ecuador there is no report on their frequency. The hospital "Dr. Luis Vernaza" in the city of Guayaquil is an institution with a high demand for dermatological care, but neither knows the epidemiology of this disease. **Objective:** To establish the epidemiology of psoriasis among users treated in our institution. **Methodology:** We performed a descriptive, retrospective study that included all dermatological consultations between 2000-2010 periods in our institution. **Statistical Analysis:** The study population characteristics and other results were presented using simple frequencies, percentages, indices, mean and standard deviation. **Results:** We included a total of 4648 cases, with a prevalence of approximately 9% from all dermatological consultations of the institution. The mean age was 50.64 ± 15.80 years. Involvement of men and women was similar. The most common type of psoriasis was the vulgaris (99%). Diabetes (0,28%) and cardiovascular diseases (0,17%) were the most common comorbidities, although in a minimum proportion of patients. **Conclusions:** Psoriasis is a disease with a high prevalence in dermatological consultations from Hospital "Luis Vernaza". Its epidemiological behavior is similar to those reported in international studies.

Keywords: DERMATOLOGY. EPIDEMIOLOGY. PSORIASIS.

INTRODUCCIÓN

La palabra psoriasis, derivada del griego, etimológicamente significa: *psor*: prurito, *iasis*: estado. La psoriasis es una dermatosis crónica recidivante, remitible, de tipo inflamatorio, que evoluciona por brotes y se caracteriza por presentar placas eritematoescamosas bien delimitadas, de forma y extensión variables, simétricas,¹ con bordes netos ligeramente elevados, producidos por una hiperplasia epidérmica y una queratopoyesis acelerada.²

La prevalencia es de 1-6% en la población mundial, afecta a hombres y mujeres por igual, se presenta en cualquier edad, pero su aparición predomina entre los 18 y 50 años, es más común en personas de raza blanca, que corresponden a piel tipo I y II según la clasificación de Fitzpatrick.³ Las causas de tales variaciones van desde factores raciales hasta geográficos y ambientales.⁴

Prevalencia de la psoriasis en algunos países.

PAIS	PREVALENCIA	POBLACION	REFERENCIA
EE.UU.	1%	General	Bell M.
Cuba	2%	-	-
Sudamérica	0-0.97%	Hospitalaria	Kerdel-Vegas F
España	1.17%-1.43%	General	Ferrandiz y colab
Alemania	1.3%	-	Hoede K.
Gran Bretaña	1.6%	-	Stern R.
Dinamarca	1.7%	General	Forssman H
Suecia	2.3	-	Forssman H
África	9.6%	Hospitalaria	Hartshorne ST
Ecuador	1.1%	Hospitalaria	Cañarte-Palacios
Ecuador	0.56%	General	Cañarte-Cabrera-Palacios

La psoriasis se presenta en todas las latitudes y constituye de 3 a 5 % de los casos de la práctica dermatológica corriente. Aproximadamente 25 % de los pacientes psoriáticos presentan formas de moderadas a graves.⁵

En Ecuador no se conoce la incidencia de la enfermedad a nivel nacional ni por provincias ya que la información proporcionada por organismos oficiales es muy pobre. Por ejemplo, el INEC reportó 86 casos de egresos hospitalarios en el año 2000 con diagnóstico de psoriasis.⁶ Existen sin embargo iniciativas particulares que logran dar una idea de la magnitud del problema aunque referido a circunscripciones específicas.⁷⁻⁹

La etiología es desconocida, sin embargo múltiples estudios relacionan a la psoriasis con factores ambientales, inmunológicos y genéticos. Se le ha relacionado además con diversos antígenos de histocompatibilidad (HLA). El locus de mayor susceptibilidad para el desarrollo de psoriasis es el PSORS1, que está localizado en el cromosoma 6p21y que es un factor de riesgo para la psoriasis tipo I.¹⁰

Algunos factores que pueden desencadenar y/o exacerbar la psoriasis incluyen: infecciones, fármacos (Beta-bloqueadores, AINES, litio y cloroquina), el consumo de alcohol, traumatismos físicos y el estrés psicológico, aunque para algunos la enfermedad por sí misma es la causante del estrés, y no al contrario.¹¹

La psoriasis se asocia a ciertas patologías cutáneas como el vitíligo, dermatitis seborreica, verrugas virales, foliculitis y alopecia areata.¹² Las complicaciones pueden estar asociadas al tratamiento o ser inherentes a la enfermedad, dentro de las primeras está la dermatitis por contacto y el impétigo secundario. La eritrodermia y la artropatía psoriásica están en el segundo rubro, y hoy por hoy esta última se considera una artropatía erosiva potencialmente destructiva que según algunas series se presenta en el 5% al 30% de la psoriasis cutánea.¹³

Actualmente, no existe un tratamiento curativo para la psoriasis, sin embargo, el arsenal

terapéutico para controlar estas alteraciones es amplio, actuando unos medicamentos en contra de la hiperproliferación epidérmica y otros en la regulación de la alteración inmunológica, siendo clave en el éxito del tratamiento la valoración del estilo de vida, la educación y el soporte emocional del paciente.¹⁴

Con vistas al tratamiento, la psoriasis puede ser categorizada en 2 formas: localizada y generalizada, de acuerdo con el área de superficie corporal involucrada. La forma localizada (enfermedad ligera a moderada) se define como lesiones que cubren menos del 10% de la superficie corporal, y en este grupo el tratamiento tópico por lo general es suficiente.¹⁵

Los tratamientos empleados incluyen queratolíticos,¹⁶ corticosteroides tópicos,¹⁷ metrotexate, retinoides y sulfasalazina, cuyos costos son accesibles,¹⁸ y otros como los alquitranes, la fototerapia con PUVA a dosis bajas, la fotoquimioterapia, la ciclosporina, los inhibidores tópicos de la calcineurina,¹⁹ el calcipotriol, y los relativamente nuevos agentes biológicos, como el Etanercept, Infliximab, Golimumab, entre otros.²⁰

Si bien no es una enfermedad con alta mortalidad, tiene un impacto negativo de gran magnitud sobre la relación salud-calidad de vida, pues su repercusión trasciende el ámbito dermatológico al psicosocial, ya que los pacientes experimentan frecuentemente aislamiento social, estigmatización, alcoholismo y depresión. Además, tienen niveles reducidos de empleo, ingresos y disminución de la calidad de vida.²¹

Su frecuente asociación con diversas comorbilidades, entre otras la enfermedad inflamatoria intestinal, patologías cardíacas y la obesidad, complican su manejo e impactan negativamente en la esfera psíquica y emocional de los pacientes;²² así, los pacientes con psoriasis presentan una disminución de la calidad de vida similar, o incluso mayor, que la de los pacientes con otras enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica o la diabetes mellitus.²³

En este sentido, se ha señalado que un 25% de los afectados manifiesta en algún momento deseos de morir como causa de todo el peso emocional que les produce esta patología. Un 80% considera que el padecimiento de este trastorno es un factor estresante, que empeora aún más su psoriasis.²⁴ Estos deben ocupar muchas horas del día en cuidados de sus lesiones, aplicación de incómodos tratamientos y ocultamiento de las repercusiones estéticas de sus lesiones. De hecho se ha señalado que las repercusiones de esta enfermedad solo pueden compararse a la de enfermedades incapacitantes y/o deformantes por el impacto psicosocial que tiene.²⁵ Hoy se considera una discapacidad cutánea.

Para disminuir este efecto, es indispensable la información que se tenga sobre la enfermedad en cuanto a su distribución y comportamiento, pues de ésta se derivan intervenciones efectivas a largo plazo. En países desarrollados con una alta tasa de incidencia de psoriasis, la preocupación por el manejo adecuado de esta enfermedad ha llevado inclusive a que Gobiernos de turno manejen información a partir de los casos reportados, con el fin de realizar intervenciones (estímulo para acceder a educación sobre su padecimiento, modificaciones al estilo de vida) que le permitan participar activamente en la disminución de la repercusión adversa de esta enfermedad entre la población económicamente activa.²⁶

Sin embargo, es necesario recordar que la medicina no funciona en base a "recetas" y no existe por lo tanto la fórmula mágica que pueda aplicarse a individuos sometidos a la influencia de diversos determinantes.²⁷

Solo el conocimiento de la expresión particular de las enfermedades se convierte en la herramienta más valiosa para el manejo de cualquier patología. Un dermatólogo correctamente instruido, además del diagnóstico, deberá dar una orientación adecuada sobre todos los aspectos de la enfermedad, en las particularidades determinadas por las variables geográficas, raciales, los factores desencadenantes, entre otros.

La información como la que se presenta a continuación contribuye sin duda a mejorar la comprensión del comportamiento de una patología que ha demostrado tener una frecuencia sumamente variable.

PROBLEMA CIENTÍFICO.

Identificación, valoración y planteamiento

En la consulta externa de Dermatología del hospital "Luis Vernaza" se realizan aproximadamente 6000 consultas anuales. Si bien en el 2008 se realizó un estudio¹² que señala que las dermatitis y los eccemas entre 1999 y 2007 correspondieron al 16,1% de las afectaciones, hasta el momento no se dispone de información precisa sobre la incidencia y características clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos en nuestro centro. Por tal razón, se diseñó el presente estudio, con el objetivo de establecer las características epidemiológicas de la psoriasis en los usuarios atendidos en el Servicio de Consulta Externa de Dermatología de nuestro hospital durante el periodo 2000-2010.

Formulación

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos en el hospital "Luis Vernaza" durante el periodo 2000-2010?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

General

Establecer las características epidemiológicas de la psoriasis en usuarios atendidos en el Servicio de Consulta Externa de Dermatología del hospital "Luis Vernaza" durante el periodo 2000-2010.

Específicos.

Determinar la frecuencia e incidencia anual de casos de psoriasis en la consulta externa del hospital Luis Vernaza en el periodo 2000-2010.

Caracterizar según descriptores demográficos los pacientes incluidos en el estudio.

Caracterizar dermatológicamente los casos de psoriasis en la muestra.

Identificar el servicio de procedencia y las comorbilidades asociadas con esta patología.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marco Referencial

460-377 a.C., Hipócrates utiliza el término psoriasis (del griego "psora" = picazón) para caracterizar a la enfermedad pero sin separarla de otras enfermedades de la piel como como la lepra o la dermatitis.²⁸

130-200 a.C., Galeno utiliza la denominación "psoriasis vulgaris" o psoriasis común para incluir todas las dermo y epidermopatías acompañadas de prurito.²⁸

1803 Robert Willan incluye a la psoriasis en el grupo de afecciones eritematoescamosas.

1841 Ferdinand von Hebra y Moritz Kaposi de la Escuela de Viena, separan definitivamente a la psoriasis de la lepra y describen separadamente sus características clínicas y anatomopatológicas.²⁸

1818 Jean Louis Alibert describió la asociación de la psoriasis y artritis.²⁹

1860 Pierre Bazin denomina a esta asociación como "psoriasis arthritique".²⁹

1872 Henrich Koebner presentó el concepto de la posibilidad que tenía la piel de los pacientes psoriásicos de desarrollar lesiones varios años después de traumatismos locales, incluidas mordeduras de animales o tatuajes.²⁹

1875 William John Munro médico de origen australiano describe los microabcesos en la epidermis psoriásica asociados a su nombre.²⁹

1898 Louis Brocq introduce el raspado metódico de la placa psoriásica con la técnica del curetaje, descubriendo lo que se denomina "signo del rocío hemorrágico".²⁹

Microabcesos de Munro.²⁹

1937 Seghers y Robinson consideraron a la artritis psoriásica como una entidad clínica.²⁹

La etiología y mecanismo de la psoriasis permanecieron desconocidos durante los últimos

siglos. Se conocía el rápido crecimiento de las células de la piel. Algunos autores, sobre bases empíricas, teorizaron que existía un componente genético en la enfermedad.²⁹

1950 se utilizaron la aplicación local y el uso sistémico de los corticoesteroides.^{28,29}

1970 - 1980 se introdujeron la luz UVA, el metotrexate y los antimetabolitos.^{28,29}

1980 se centra el estudio sobre la alteración del sistema inmunitario especialmente de las células T alteradas en la etiopatogenia de la psoriasis.^{28,29}

1990 se emplean la vitamina D3 en aplicaciones tópicas, los retinoides y la ciclosporina. Las últimas adquisiciones fueron las terapias biológicas y el tratamiento con laser.^{28,29}

Marco Teórico

Epidemiología

La incidencia de la psoriasis varía de forma importante. Un estudio en indios sudamericanos no reveló ningún caso de psoriasis, mientras que en poblaciones específicas se puede observar una incidencia del 2,8%. Aproximadamente el 2-3% de las personas en todo el mundo se ven afectadas por la psoriasis. Puede comenzar a cualquier edad pero el 10-15% de los casos nuevos comienzan en los niños menores de 10 años con una edad media de aparición de 28 años.³⁰ Parece ser un poco más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, sin embargo, se cree que los hombres son más propensos a sufrir la enfermedad ocular.³¹

La incidencia depende del clima y herencia genética de la población. Es menos común en los trópicos y en personas de piel oscura. La prevalencia de la psoriasis en los afroamericanos es del 1,3% frente al 2,5% en los blancos.³⁰

Fisiopatología

La psoriasis es una enfermedad compleja y multifactorial que se considera se asocia a un determinante genético e inmunitario.

La patogénesis de esta enfermedad es desconocida existiendo múltiples teorías sobre los desencadenantes del proceso de la enfermedad, incluyendo un episodio infeccioso, lesión traumática, fármacos como los AINES, corticoides sistémicos, un acontecimiento vital estresante y comorbilidades. En muchos pacientes, el desencadenante obvio no existe en absoluto. Sin embargo, una vez activado, parece que es sustancial una acumulación de leucocitos en la dermis y epidermis resultante en placas psoriásicas características.³²

La epidermis está infiltrada por un gran número de células T activadas que, al parecer, inducen la proliferación de queratinocitos. Un informe calcula que un paciente con una superficie corporal afectada del 20% tiene alrededor de 8000 millones de células T circulando en su sangre en comparación con aproximadamente 20 mil millones de células T situadas en la dermis y la epidermis de las placas de psoriasis.³³

Como resultado, sobreviene un proceso inflamatorio desregulado, con una gran producción de diversas citoquinas (por ejemplo, tumor necrosis factor- α [TNF- α], interferón-gamma y la interleucina-12). Muchas de las características clínicas de la psoriasis, se explican por la gran producción de estos mediadores. De hecho, los niveles elevados de TNF- α se correlacionan específicamente con brotes de psoriasis.³³

Un estudio añade soporte adicional de que la hiperactividad de las células T y los mediadores proinflamatorios resultantes (en este caso IL-17/23) juegan un papel importante en la patogénesis de la psoriasis.³²

Los principales hallazgos en la piel afectada de pacientes con psoriasis incluyen congestión vascular debido a la dilatación superficial de los vasos sanguíneos y el ciclo celular epidérmico alterado. La hiperplasia epidérmica conduce a una tasa de renovación celular acelerada (de 23 días a 35 días), que conduce a maduración celular inadecuada.³²

Las células que normalmente pierden sus núcleos en el estrato granuloso retienen sus

núcleos, una condición conocida como paraqueratosis. Además de la paraqueratosis, las células epidérmicas afectadas no liberan niveles adecuados de lípidos, los cuales normalmente propician adherencias de los queratinocitos. Posteriormente, el estrato córneo poco adherente da lugar a la formación de escamas, lo que a menudo produce la presentación escamosa de lesiones de psoriasis, que da la impresión de una superficie que a menudo se asemeja a escamas de plata.⁹

La citología conjuntival ha demostrado una mayor incidencia de metaplasia escamosa, agrupamiento de neutrófilos, y cambios en la cromatina nuclear en pacientes con psoriasis.⁹

Etiología

La psoriasis implica la hiperproliferación de los queratinocitos de la epidermis, con un aumento en la tasa de renovación de las células epidérmicas. La causa de la pérdida de control de proliferación de queratinocitos es desconocida. Sin embargo, los factores ambientales, genéticos e inmunológicos parecen desempeñar un papel importante.

Factores ambientales

Muchos factores se han observado como desencadenantes de exacerbaciones, incluyendo trauma, frío, infecciones (por ejemplo, estreptococos, estafilococos, virus, la inmunodeficiencia humana), el alcohol y las drogas (por ejemplo, yoduros, la retirada de esteroides, aspirina, litio, beta-bloqueantes, A botulínica, antipalúdicos) y estrés percibido que puede exacerbar la psoriasis. Algunos autores sugieren que la psoriasis es una enfermedad relacionada con el estrés debido a un aumento de las concentraciones de neurotransmisores en las placas de psoriasis, pero las evidencias que implican factores multifactoriales y genéticos están bien establecidos en esta enfermedad.²⁴ El calor, la luz solar y el embarazo pueden ser beneficiosos, aunque este último no siempre es así.

En pacientes con VIH se ha mencionado también una prevalencia ligeramente mayor de

psoriasis. Esta probabilidad se incrementa cuando el conteo de CD4 es menor de 100 células/ μ L, y podría llegar a ser la manifestación clínica inicial en estos pacientes. No obstante, esta relación es también complicada pues se ha señalado que la psoriasis tiende a mejorar en estadios finales de la enfermedad.³⁴

Factores afectivos en Psoriasis

Los primeros estudios sobre este tema corresponden a Jacquet, Stokes, Wittkower, Russell y Obermayer, que delinear tipos de personalidad en el paciente con psoriasis, aunque con anterioridad Brocq había reconocido que el estrés jugaba un papel relevante en el desencadenamiento de la psoriasis y su localización en áreas como la cara y las manos, además de señalar que la dificultad de curación clínica por la cronicidad de la enfermedad, perjudicaban el entorno social y ocupacional del paciente, especialmente si el trabajo consistía en una labor frente al público, desarrollando preocupación con respuesta negativa, que influiría en el desarrollo psicosocial, actividad laboral, actividades de ocio e incluso en su función social y sexual.³⁵

Actualmente las terapia de relajación en los pacientes son fundamentales, pues se conoce que uno de los desencadenantes de la aparición de brotes de psoriasis o agravamiento del cuadro clínico es el estrés, cuyos detonantes pueden ser problemas personales, laborales, afectivos, de relación con el medio sociocultural, entre otros. Nuestro cuerpo reacciona en una secuencia de cambios químicos, hormonales y metabólicos, que afectan nuestro organismo y estado de ánimo: tenemos insomnio, cansancio, dolores musculares, irritación; nos sentimos deprimidos y sin posibilidades. Muchas veces, el corolario es la aparición de la psoriasis que, a su vez, realimenta el estrés.³⁶

Muchas enfermedades cutáneas (liquen plano, verrugas comunes, dermatitis atópica, urticaria crónica, alopecia areata y en particular la psoriasis) se encuentran asociadas a

trastornos psiquiátricos. En todas ellas existe un componente inmunológico, pero cuando existen ciertos factores psicológicos se desencadena la aparición de las lesiones en la piel, por ello podemos hablar de razones neuroinmunológicas. La causa fundamental se debe a neuropéptidos como la sustancia P y el péptido vasoactivo intestinal, que influyen de manera relevante en la fisiopatología y en la evolución de estas enfermedades. La acción neuroreguladora puede estar representada teóricamente por el estrés psicológico y ciertos estados psicopatológicos como los estados de depresión mayor y ansiedad.³⁷

La psoriasis ha sido relacionada incluso con el suicidio como liberación del paciente a la fealdad de sus lesiones (adversa imagen corporal) y refugio a la vergüenza que le produce el estar en tratamiento crónico, exacerbado por el alcoholismo que algunos pacientes recurren para callar su soledad y su tristeza.³⁵

Factores genéticos

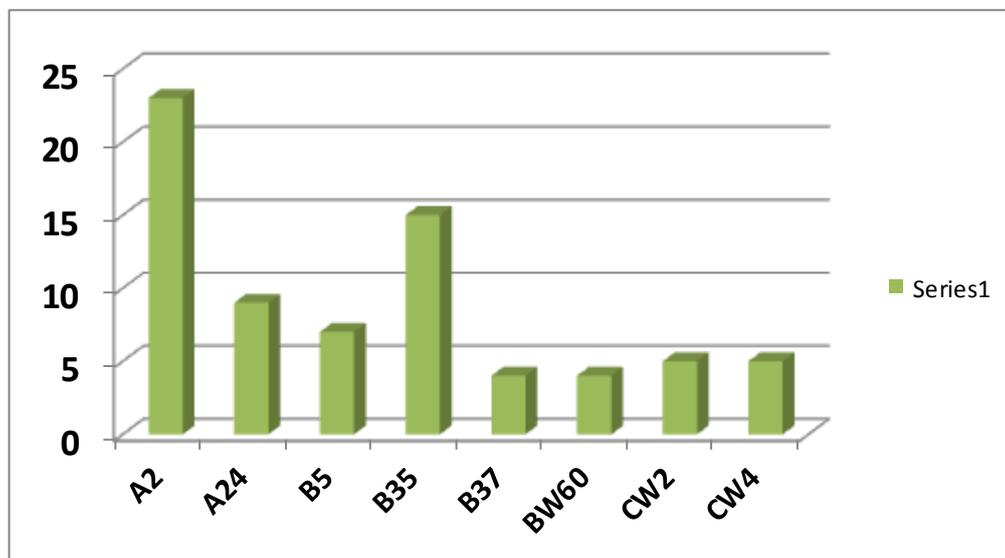
La psoriasis tiene una base genética bien fundamentada, pues se ha señalado que si ambos padres la sufren, la posibilidad del hijo de padecerla es del 60 %. Por el contrario, si un solo padre se afecta, las posibilidades bajan del 20 al 30 %. El hermano de un gemelo no idéntico tiene 70 % de posibilidades de estar afectado, pero si un gemelo es idéntico, el riesgo asciende a 90 %.³⁸ De hecho, diversos estudios han reportado antecedentes familiares de la enfermedad entre el 5-30 % de los pacientes.³⁹⁻⁴²

El principal antígeno leucocitario humano (HLA, en inglés) es el HLA-CW6 y se ha destacado también el papel del locus de susceptibilidad psoriática (PSORS 1).^{38,42} Estos genes de susceptibilidad psoriática se encuentran localizados principalmente en el brazo corto del cromosoma 6.^{42,43}

Traub y Marshall³⁸ han señalado otros factores relacionados con el huésped que pudieran ser modificados genéticamente:

- Sistema inmunitario
- Sistema de comunicación intercelular por membrana
- Sistema de regulación del crecimiento y diferenciación de nucleótidos cíclicos y poliamidas
- Cascada inflamatoria del ácido araquidónico y prostaglandinas
- Medio de la circulación dérmica
- Otros factores epidérmicos enzimáticos

HLA en Ecuador⁴⁴



A2 (63.88%), A24 (31.66%), B5 (19.44%), B35 (40.50%), B37 (10.80%), BW60 (10.80%), CW2 (13.50%), CW4 (13.50%)

En el Ecuador se realizó un estudio analítico, retrospectivo,⁴⁴ durante 13 años (1990-2003) en los Hospitales Carlos Andrade Marín (HCAM) y Dermatológico Gonzalo González (HDGG), para establecer factores hereditarios de la Psoriasis, su relación con la descendencia, antecedentes familiares en la que uno de la pareja o ambos padecían la enfermedad y determinar una mayor predisposición a tener hijos con la patología si sus progenitores

tuvieron la enfermedad en edades temprana. Además se realizaron determinaciones de Antígenos Mayor de Histocompatibilidad (HLA) en 36 pacientes del HCAM, en donde se encontró que el 16.59 % de la muestra si tiene un antecedente de Psoriasis en el que el padre representa el 33.03 %, además el 77.67 % con historia familiar de Psoriasis son menores de 30 años. En cuanto a los HLA, los que predominaron en nuestra serie fueron A2 (63.88 %), B5 (19.44 %), B35 (41.66 %).

La obesidad es otro factor asociado con la psoriasis. Si está relacionada con el peso solo, o con la predisposición genética a la obesidad, o una combinación de los 2 no está aún establecida. Lo cierto es que la psoriasis aparece o empeora con el aumento de peso y/o mejora con la pérdida de peso.⁴⁵

Otros factores

En adición a la susceptibilidad genética, otros factores involucrados en la aparición y/o exacerbación de la psoriasis como la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo y la dieta han sido enunciados. Uno de los mayores estudios que han investigado la relación entre el tabaquismo, la obesidad y la psoriasis fue el *Nurses Health Study II*.⁴⁶ Este estudio incluyó una cohorte de 78.000 enfermeras, demostrando una relación dosis-respuesta entre estos dos factores y la incidencia incrementada de psoriasis. Específicamente, el estudio demostró que el 30% de los casos nuevos de psoriasis se relacionó con el sobrepeso corporal. Otros estudios europeos han confirmado también el tabaquismo y la obesidad como factores de riesgo independientes para el desarrollo de psoriasis.⁴⁷

También se ha demostrado una mayor prevalencia de psoriasis en fumadores (probabilidad 1.78 veces mayor) respecto a los exfumadores (probabilidad 1.37 veces mayor) o aquellos que nunca han fumado.⁴⁸ Un estudio de corte transversal realizado en 818 pacientes demostró que en pacientes con psoriasis el consumo diario mayor de 20 cigarrillos se

relacionó con una probabilidad dos veces mayor de padecer la enfermedad respecto a aquellos con consumo menor de 10 cigarrillos al día.⁴⁹

A pesar de estos datos, aún no se ha establecido si las modificaciones del peso corporal o la evitación del tabaquismo reducen el riesgo de desarrollar psoriasis. Un estudio italiano de casos-control demostró que el consumo de frutas y vegetales (zanahorias, tomates) con alto contenido de β -carotenos se asocian con un menor riesgo de psoriasis.⁵⁰

Como se había mencionado anteriormente, diversos estudios epidemiológicos han también relacionado el consumo de alcohol con el desarrollo de psoriasis. Un estudio de casos-control que incluyó 144 pacientes con psoriasis vs 285 controles, demostró que la probabilidad de padecer psoriasis en aquellos con consumo de 100 gramos de alcohol fue 2.2 veces mayor respecto a los no bebedores.⁵¹

Clínica

La enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia en la piel de los codos, rodillas, cuero cabelludo, áreas lumbosacra, hendiduras interglúteo y el glande del pene. Las articulaciones también se ven afectadas por la psoriasis en hasta el 30% de los pacientes con la enfermedad.

Semiología:

PIEL.- Pápulas y placas con bordes delimitados, de color "rosa salmón" y superficie compuesta por escamas blanquecinas plateadas, de distribución bilateral por lo general en codos – rodilla – cuero cabelludo. Por debajo de la misma pueden observarse minúsculas gotas de sangre que se hacen visibles al desprenderla (Signo de Auspitz)⁵² (Figura 1).



Figura 1. Pápulas y placas típicas de la psoriasis.

UÑAS.- La afectación de las uñas puede presentarse en un 10 a 15% de los pacientes con psoriasis. Pueden observarse depresiones puntiformes, onicodistrofias con o sin pérdida de la placa ungular y manchas amarillentas por debajo de la placa ungular, llamadas "manchas en aceite".⁵² (Figura 2).



Figura 2. Onicodistrofia con pérdida de la placa ungular por psoriasis.

Formas Clínicas:

- 1) Psoriasis Vulgar: Es el tipo clínico más frecuente, que afecta al 80 % - 90 % de los pacientes. Se caracteriza por lesiones eritemato-escamosas, bien definidas y elevadas, de color rojo intenso, con una gruesa descamación blanca o plateada; las

lesiones pequeñas llegan incluso a confluir y formar placas. Los sitios que se encuentran más afectados son el cuero cabelludo y las superficies extensoras de codos y rodillas, región sacra y extremidades, aunque naturalmente puede aparecer en cualquier región de la superficie cutánea. El curso de la psoriasis vulgar es crónico, con periodos de exacerbación y remisión.⁵³

- 2) Psoriasis Guttata: Se localiza de preferencia en la parte superior del tronco y la parte proximal de las extremidades en adolescentes y adultos jóvenes. Las lesiones son pápulas rosadas ovoides, monomórficas y más pequeñas que las de la psoriasis vulgar. Por lo general, aparece en el curso de una a dos semanas de infecciones estreptocócica aguda (por ej. Faringitis estreptocócica) u otitis media, infección urinaria o caries dental. Es similar a un exantema como una "lluvia de lesiones".⁵⁴
Pocos estudios han examinado el curso clínico de esta variante, pero recientes evidencias sugieren que hasta el 33%-38% de los pacientes evolucionan a psoriasis vulgar. La artritis es menos común y se ha reportado sólo en el 3%-11%.⁵⁴
- 3) Psoriasis pustulosa: Existen diversas variantes, las que pueden ser localizadas o generalizadas.



Figura 3. Psoriasis vulgar.



Figura 3. Psoriasis guttata extensa.

- Psoriasis pustulosa generalizada (Von Zumbusch): Se caracteriza por presentar una erupción brusca generalizada de pústulas estériles de aproximadamente 3 mm de diámetro, diseminada en tronco, extremidades, palmas de las manos, planta de los pies y se originan sobre una piel muy eritematosa. Se acompaña con una mortalidad importante, va acompañada de fiebre, aspecto general malo y leucocitosis.⁵⁵
- Psoriasis pustulosa anular: las formas principales consisten en pústulas sobre un fondo de eritema anular semejante a un eritema anular centrífugo.⁵⁵
- Pustulosis palmoplantar: Se caracteriza por numerosas pústulas pequeñas, de color amarillas que se tornan de color marrón y aparecen sobre un fondo bien definido de eritema. Por lo general son simétricas, estériles, acompañada de hipersensibilidad en dicha área y se localizan en las plantas y palmas.⁵⁵

Otras formas clínicas son:

- Artritis psoriásica: es una artritis inflamatoria seronegativa en la que suelen estar afectadas las articulaciones interfalángicas distales de los dedos de las manos y los pies. Es frecuente la afectación asimétrica de las articulaciones pequeñas y grandes, incluyendo las sacroilíacas y la columna vertebral. No existen nódulos reumatoides. Pueden coincidir las exacerbaciones y las remisiones de los síntomas cutáneos y articulares. Las remisiones de la artritis tienden a ser más frecuentes, rápidas y completas que en la artritis reumatoide, pero puede ocurrir la progresión a artritis crónica y discapacidad grave.⁵⁶
- Eritrodermia Psoriásica: Se considera una complicación infrecuente de la psoriasis, precipitada fundamentalmente por infecciones y una pérdida del control de la enfermedad. El eritema es generalizado y puede comprometer la vida del paciente. Las manifestaciones sistémicas más comunes incluyen fiebre, fatiga, pérdida de peso, prurito, edema periférico. Dependiendo de la extensión de la enfermedad puede presentarse deshidratación, hipotermia, sepsis y pérdida de proteínas.⁵⁷
- Psoriasis Invertida: Se presenta en los pliegues mayores de la piel, como la ingle, axilas, pliegue infra mamario en las mujeres, la vulva, entre los glúteos y en la cara flexora de los miembros.⁵⁸

1.1.1 Diagnóstico

El diagnóstico de la psoriasis se basa fundamentalmente en el examen clínico, aunque ante una duda o sospecha debe confirmarse con estudios histopatológicos, con cuatro características orientadoras:

- 1) Engrosamiento y adelgazamiento de la epidermis asociado con alargamiento de procesos interpapilares.

- 2) Mitosis aumentada de queratinocitos, fibroblastos, células endoteliales.
- 3) Hiperqueratosis paraqueratósica.
- 4) Células inflamatorias en la dermis y epidermis, formando los microabscesos de Munro en la capa córnea.⁵⁹

También es útil para el diagnóstico el antecedente previo de psoriasis o historia de psoriasis en la familia.

4.2.6 Tratamiento

Los agentes empleados en el tratamiento de la psoriasis pueden dividirse en cinco grupos:

- Agentes tópicos (corticosteroides, derivados de la vitamina D, ácido salicílico, retinoides, entre otros).
- Inyecciones intralesionales de esteroides.
- Fototerapia y fotoquimioterapia.
- Medicaciones sistémicas tradicionales (metrotexato, ciclosporina, sulfasalazina).
- Agentes biológicos (adalimumab, etanercept, ustekinumab).⁶⁰

Aproximadamente el 80% de los pacientes con psoriasis tienen una intensidad de la enfermedad de ligera-moderada que puede ser tratada con medicamentos tópicos. Los corticosteroides tópicos constituyen la primera línea de tratamiento y pueden ser empleados solos o en combinación con otros medicamentos tópicos, fototerapia o medicamentos sistémicos. La edad, severidad de la enfermedad, localización de las lesiones y preferencias del paciente deben tomarse en cuenta a la hora de seleccionar la potencia del esteroide y el vehículo a emplear (loción, crema, gel o ungüento).⁶¹

Los esteroides de baja potencia son ideales para la cara y los pliegues, tronco y extremidades en la edad pediátrica, sobre todo por su eficacia y rapidez de los principios

activos, con una demostrada acción antiinflamatoria y antiproliferativa. Para placas psoriáticas más gruesas se requiere frecuentemente de esteroides tópicos como la betametasona al 0.1% y la triamcinolona al 0.5% y las placas y plantas esteroides más potentes como el clobetasol al 0.05% (aplicado dos veces al día durante cuatro semanas) o el dipropionato de betametasona. Los ungüentos (sobre todo indicados por la noche) son más efectivos que las cremas. Las lociones y el gel son los vehículos preferidos para el cuero cabelludo y los pliegues.⁶⁰

Los análogos sintéticos de la vitamina D (calcitriol, calcipotriol, tacalcitol), pueden ser empleados como monoterapia o en combinación con corticosteroides tópicos. Incluso el calcipotriol tiene un efecto beneficioso que ha demostrado ser más persistente en el tiempo que el dipropionato de betametasona.⁶² El Tazaroteno, un retinoide tópico, es también empleado mejor en combinación con esteroides, con efectos sobre la onicólisis y las lesiones punteadas en la psoriasis ungueal.⁶³ El ácido salicílico es un queratolítico que ayuda a suavizar las placas de psoriasis y promueve la penetración de los esteroides tópicos. Los inhibidores de la calcineurina (Tacrolimus y pimecrolimus) son empleados ocasionalmente, sobre todo en zonas de pliegues.⁶⁰

Las placas pequeñas y resistentes de psoriasis pueden responder a la inyección intralesional de esteroides. Para estos casos se emplea triamcinolona con una concentración de 2.5-10mg/mL con un máximo de 2-3mL de inyecciones locales cada 6-8 semanas.

La fototerapia es otra opción de tratamiento, pero debe tenerse en cuenta que el lupus eritematoso sistémico y la xerodermia pigmentosa son contraindicaciones absolutas, mientras que una historia de melanoma, presencia de nevos atípicos, estados de inmunosupresión o sospecha de porfiria, son contraindicaciones relativas.⁶⁴

El metrotexate se emplea principalmente en la artritis psoriática sintomática, en dosis única de 0.2-0.4 mg/Kg por semana. Los pacientes deben ser monitorizados cuidadosamente por supresión medular o hepatotoxicidad. La ciclosporina puede usarse en bajas dosis por un tiempo de 1-2 años y los pacientes deben ser monitorizados en búsqueda de nefrotoxicidad, hipertensión e interacción potencial con otras drogas.⁶⁰

4.2.7 Comorbilidades y pronóstico

La historia natural de la psoriasis varía de acuerdo con el subtipo clínico. Puede presentarse con placas estables, crónicas, con exacerbaciones y remisiones intermitentes o de forma aguda con una progresión rápida. Las placas pueden persistir por meses a años en las mismas localizaciones, aunque pueden ocurrir periodos de remisión completa, las que han sido reportadas durante un periodo de cinco años o más hasta en el 5% de los pacientes.⁶⁵

El pronóstico de la psoriasis guttata es excelente, con remisiones espontáneas durante el curso de semanas a meses en niños. En adultos, las lesiones de psoriasis guttata tienden a hacerse crónicas. La pustulosis palmoplantar es una enfermedad crónica que tiende a permanecer localizada en las palmas y plantas. Esta variante de psoriasis responde menos al tratamiento estándar y se asocia frecuentemente con lesiones óseas inflamatorias (sinovitis, hiperostosis y osteítis). En adición al tipo subclínico de psoriasis, la infección por VIH o el embarazo pueden afectar poderosamente el curso natural de la enfermedad.⁶⁶

Por otra parte, los pacientes con psoriasis se encuentran con un riesgo incrementado de desarrollar otras enfermedades, debido a mecanismos genéticos e inmunológicos comunes, toxicidades relacionadas con la medicación y la afectación psicológica asociada. Estos pacientes tienen una prevalencia incrementada de enfermedad

inflamatoria intestinal, especialmente de enfermedad de Crohn, debido a que comparten el mismo locus genético.⁶⁷ Otros estudios han demostrado que estos pacientes tienen un riesgo incrementado de desarrollar desordenes metabólicos, como la obesidad.⁶⁸ Recientemente se ha demostrado también una mayor predisposición a padecer de diabetes en pacientes con psoriasis, independiente de factores de riesgo tradicionales.⁶⁹ Igualmente, Gelfand y colaboradores⁷⁰ demostraron en un largo estudio de cohorte que los pacientes con psoriasis tienen un riesgo incremento de infarto del miocardio. La naturaleza inmunológica de la psoriasis así como las terapias inmunosupresoras usadas en el tratamiento, pueden predisponer a estos pacientes a un riesgo incrementado de cáncer.⁷¹

FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La incidencia de psoriasis entre las consultas dermatológicas del hospital "Dr. Luis Vernaza" realizadas entre el 2000 y el 2010 es del 3%.

MÉTODO.

Justificación de la elección del método

Como existía una base de datos disponible, se decidió la realización de un estudio descriptivo de corte retrospectivo de todos los pacientes atendidos en el hospital.

Diseño de la investigación

Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población objeto de estudio estuvo integrada por pacientes mayores de 18 años, de cualquier sexo, que acudieron a la consulta externa de dermatología del hospital "Luis Vernaza", que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

Atención entre el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2010.

Primeras consultas.

Criterios de exclusión

Diagnóstico no concluyente

Se incorporaron un total de 4648 pacientes al estudio de manera no aleatoria y por conveniencia.

Variables.

Variable	Dimensión	Indicador	Tipo de variable
<u>Relacionadas con el primer objetivo</u>			
Prevalencia anual	*0-100%	*Número de casos de psoriasis / Número de consultas dermatológicas en la institución	*Cuantitativa continua
Frecuencia anual	*0-100%	*Frecuencia absoluta de casos	*Cuantitativa continua
<u>Relacionadas con el segundo objetivo</u>			
Género	*masculino *femenino	*Características fenotípicas	*Cualitativa nominal dicotómica
Edad	*18-29 años *30-39 años *40-49 años *50-59 años *60-69 años *70-79 años *80-80 años *90-99 años	*Según años de vida cumplidos en el momento del estudio	*Cualitativa ordinal
<u>Relacionadas con el tercer objetivo</u>			
Tipo de Psoriasis	*Vulgar *Guttata *Pustulosa	*Según criterios dermatológicos	*Cualitativa nominal politómica
Complicaciones	*Sí *No	*Presencia de patología	*Cualitativa nominal dicotómica
Otras enfermedades dermatológicas	*Sí *No	*Antecedentes de otro proceso Fisiopatológico	*Cualitativa nominal dicotómica

<i>Relacionadas con el cuarto objetivo</i>			
Servicio de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> *Dermatología *Medicina interna *Dermatología CC IESS *Reumatología *Oftalmología *Geriatría *Medicina Interna CC IESS *Cardiología *Cirugía General *Dispensario anexo IESS *Psiquiatría *Alergología *Traumatología *Fisiatría *Gastroenterología *Ginecología *Hematología *Nefrología *Endocrinología 	*Lugar físico de procedencia de la consulta o el paciente	*Cualitativa nominal politómica
Comorbilidad con enfermedad neoplásica	<ul style="list-style-type: none"> *Sí *No 	*Antecedentes de enfermedad neoplásica	*Cualitativa nominal dicotómica
Comorbilidad con Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> *Sí *No 	*Si se recogió el antecedente de diabetes o empleo de hipoglicemiantes orales o insulina	*Cualitativa nominal dicotómica
Comorbilidad con enfermedad cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> *Sí *No 	*Si se recogió el antecedente de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o enfermedad cerebrovascular	*Cualitativa nominal dicotómica

Tabla 6-1: Matriz de operacionalización de variables

Técnica de recolección de la información

Se revisó el sistema informático de las consultas de dermatología en el periodo de estudio, y se seleccionaron los casos con el empleo de la clave del CIE 10 (L40) correspondiente a psoriasis. A partir de estos casos mediante observación estructurada se procedió a recopilar la información en una hoja diseñada para el efecto (Anexo 1). Posteriormente, los datos fueron tabulados, ordenados y procesados estadísticamente.

Técnicas de análisis de la información

Las variables cualitativas se agruparon en números absolutos y porcentaje y las continuas en índices, media y desviación estándar. Los resultados se presentaron en tablas, gráficos circulares y de columnas. Para el análisis estadístico se utilizó la aplicación de análisis avanzado de Excel de Microsoft Office 2010 ®.

6.2.5 Consideraciones éticas

Los estudios se condujeron de acuerdo con las guías propuestas en la Declaración de Helsinki y recibió la aprobación del Comité de Ética de nuestra institución antes de su inicio. La investigación realizada se basó en la recolección de información de la base de datos del servicio de Dermatología de nuestro centro. Por tal razón, los hallazgos del estudio almacenados en la computadora se manejaron como estrictamente confidenciales. Los nombres fueron en todo momento mantenidos en secreto.

7 RESULTADOS

7.1 Frecuencia e incidencia anual de casos de psoriasis en la consulta externa del hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2000-2010.

Durante el periodo en estudio se incluyeron un total de 4648 casos con diagnóstico de psoriasis. La mayor incidencia se encontró en los años 2000, 2001 y 2010, con un rango entre el 10% y el 13 %. La incidencia anual promedio durante todo el periodo en estudio (2000-2010) fue del 9% (Gráfico 7-1).

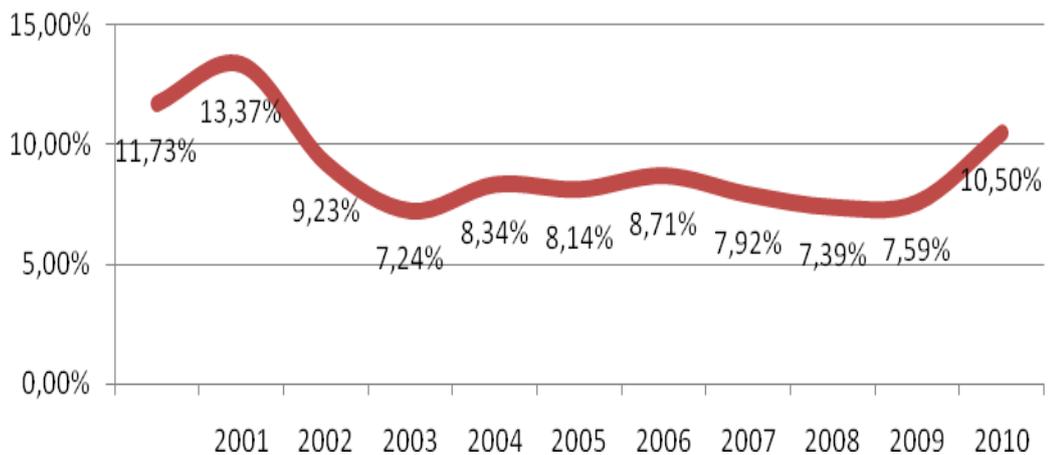


Gráfico 7-1: Prevalencia de psoriasis en el hospital "Dr. Luis Vernaza". Periodo 2000-2010.

Fuente: Base de datos.

En números absolutos, en el año 2009 se informó el mayor número de casos (n= 643) con un promedio de 422 casos diagnosticados al año (Gráfico 7-2).

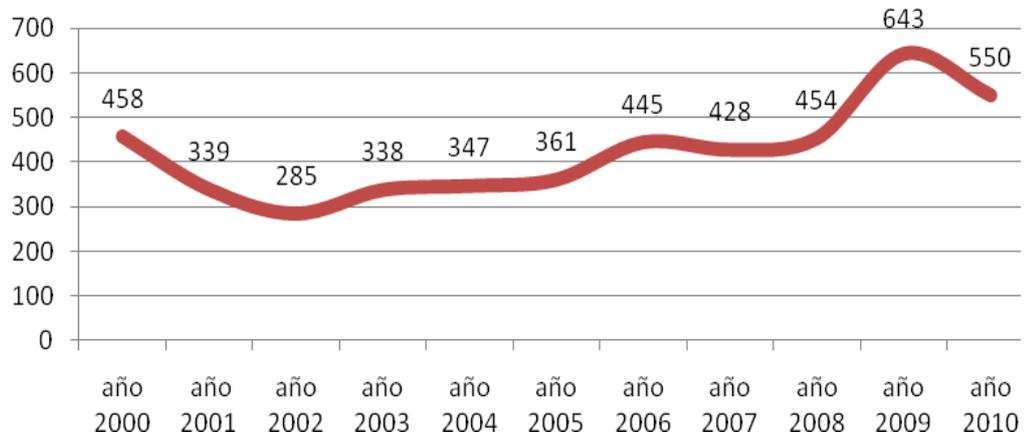


Gráfico 7-2: Frecuencia anual de pacientes con psoriasis en el hospital "Dr. Luis Vernaza". Período 2000-2010.

Fuente: Base de datos

7.2 Descriptores demográficos de los pacientes incluidos en el estudio.

El porcentaje de hombres y mujeres afectados por la enfermedad fue similar (Gráfico 7-3). La edad media de toda la muestra fue de $50,64 \pm 15,80$ años. El grupo más afectado fue el de 50 a 59 años (n=1228, 25.3%), mientras que los menos afectados se encontraban en ambos extremos de la vida (menores de 20 años y mayores de 80 años) (Gráfico 7-4).

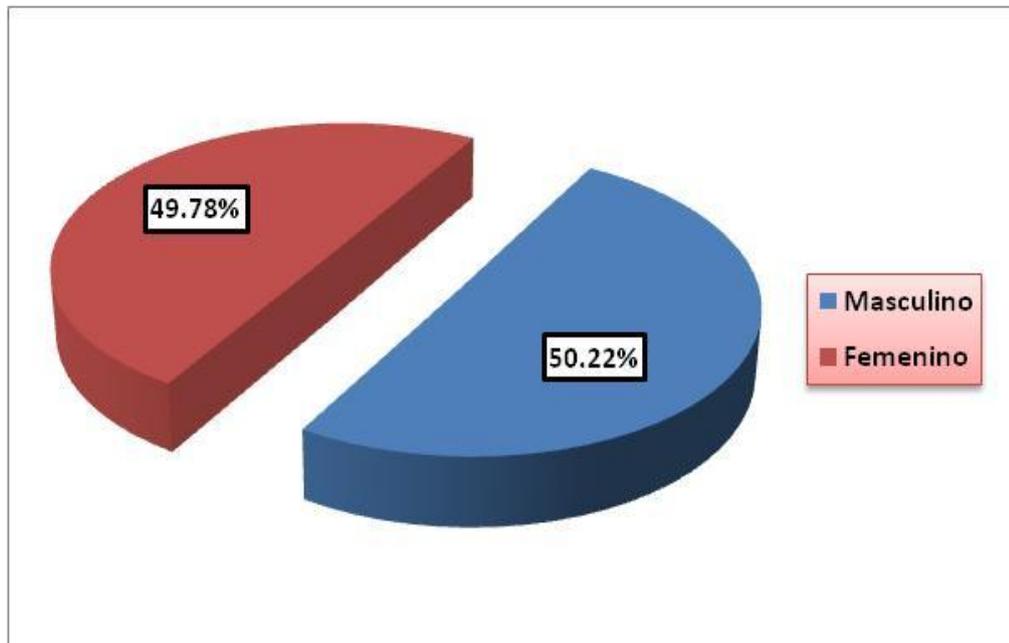


Gráfico 7-3: Distribución por sexo de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en el hospital "Dr. Luis Vernaza". Período 2000-2010.

Fuente: Base de datos

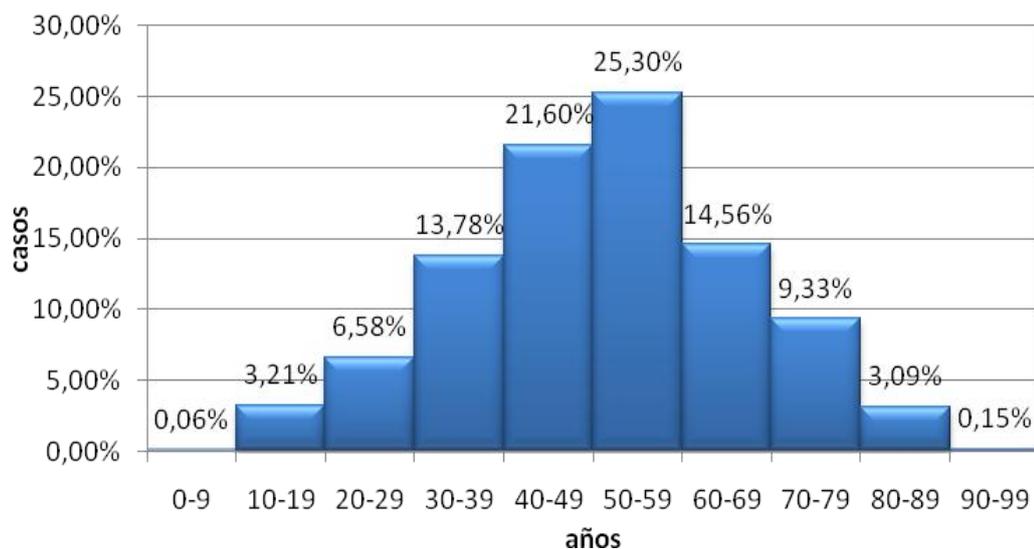


Gráfico 7-4: Distribución por grupos de edad en los pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos en el hospital "Dr. Luis Vernaza". Período 2000-2010.

Fuente: Base de datos

7.3 Caracterización dermatológica de los casos de psoriasis en la muestra.

El tipo de psoriasis de mayor frecuencia fue la de tipo vulgar, que representó casi el 99% de los casos. El restante 0,31% de los casos fueron psoriasis guttata (n=93, 0,20%) y pustulosa (n=51, 0,11%), por ese orden (Gráfico 7-5).

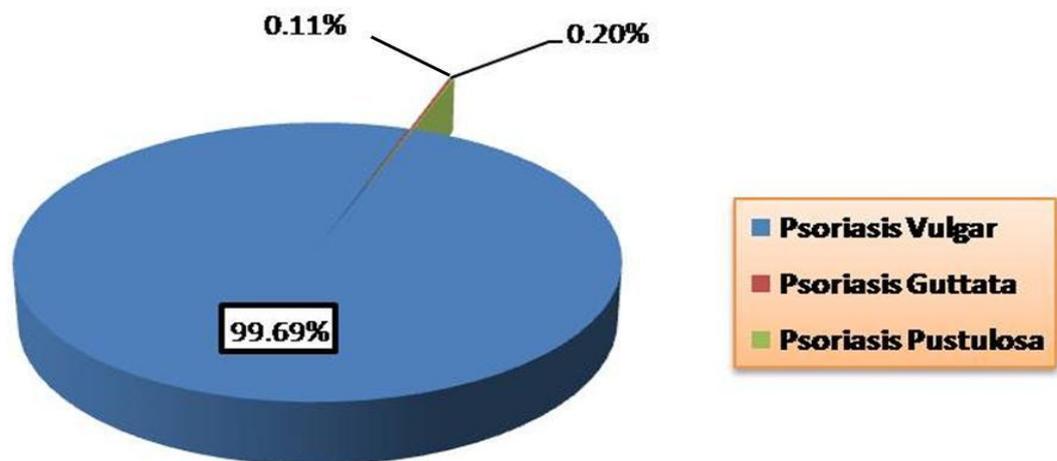


Gráfico 7-5: Tipos de psoriasis atendidas en el hospital "Dr. Luis Vernaza". Período 2000-2010.

Fuente: Base de datos

Un reducido número de pacientes presentaron complicaciones que se pueden atribuir directamente a la psoriasis, generalmente artritis psoriásica (Gráfico 7-6).

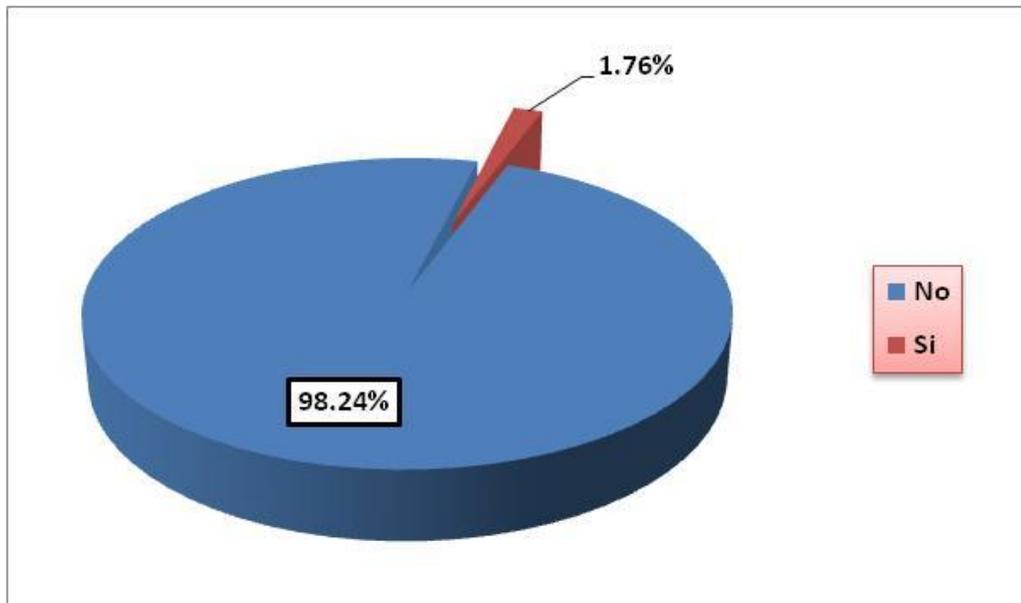


Gráfico 7-6: Complicaciones atribuibles a la Psoriasis en pacientes atendidos en el hospital "Dr. Luis Vernaza". Período 2000-2010.

Fuente: Base de datos

Se informaron otras patologías dermatológicas en el 4,75% de los casos (n=221), de las cuales la pitiriasis rosada, la pustulosis palmoplantar y la micosis, fueron las más frecuentes (Gráfico 7-7).

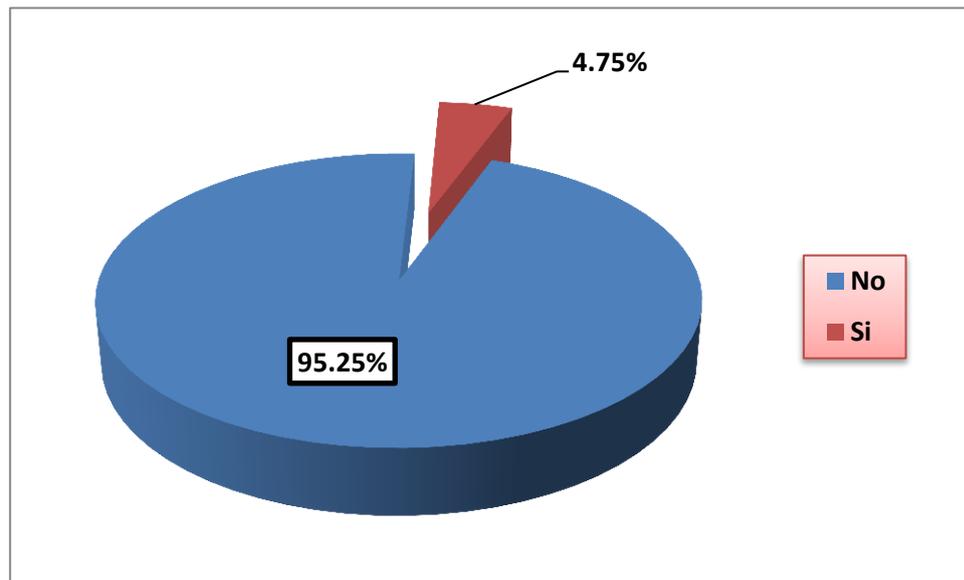


Gráfico 7-5: Presencia de otras patologías dermatológicas en pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital "Dr. Luis Vernaza". Periodo 2000-2010.

Fuente: Base de datos

7.4 Servicio de procedencia y comorbilidades asociadas con esta patología.

La mayoría de los pacientes del estudio fueron casos que procedieron del servicio de dermatología. Otro servicio que contribuyó con un número importante de casos fue el de medicina interna (Gráfico 7-8).

Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital "Dr. Luis Vernaza" 2001-2010".

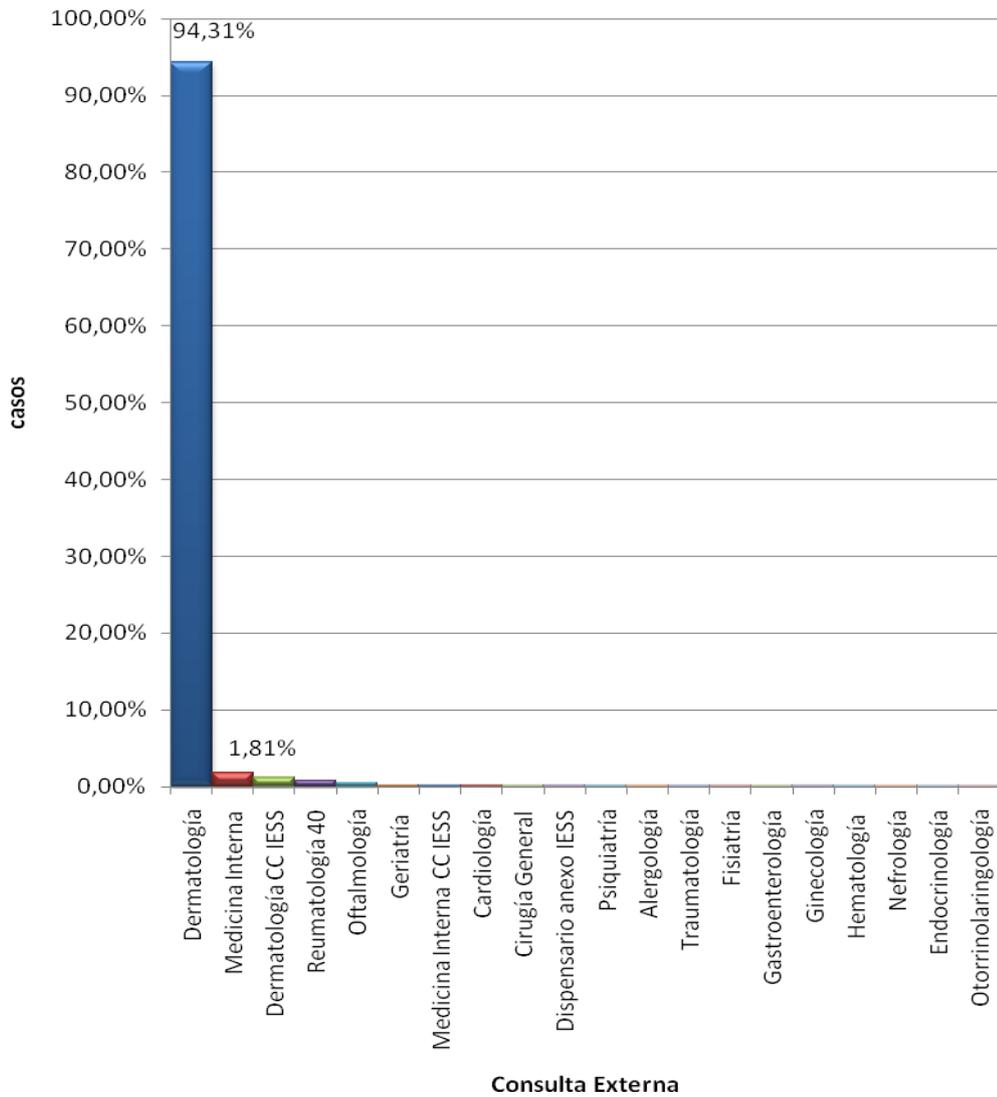


Gráfico 7-8: Servicio de procedencia de los casos de psoriasis atendidos en el hospital "Dr. Luis Vernaza". Periodo 2000-2010.

Fuente: Base de datos.

Se informaron dos casos de neoplasias (0,04%), todas ellas del sistema hematopoyético y linfático, estas fueron púrpura trombocitopénica y Enfermedad de Hodking (Gráfico 7-9).

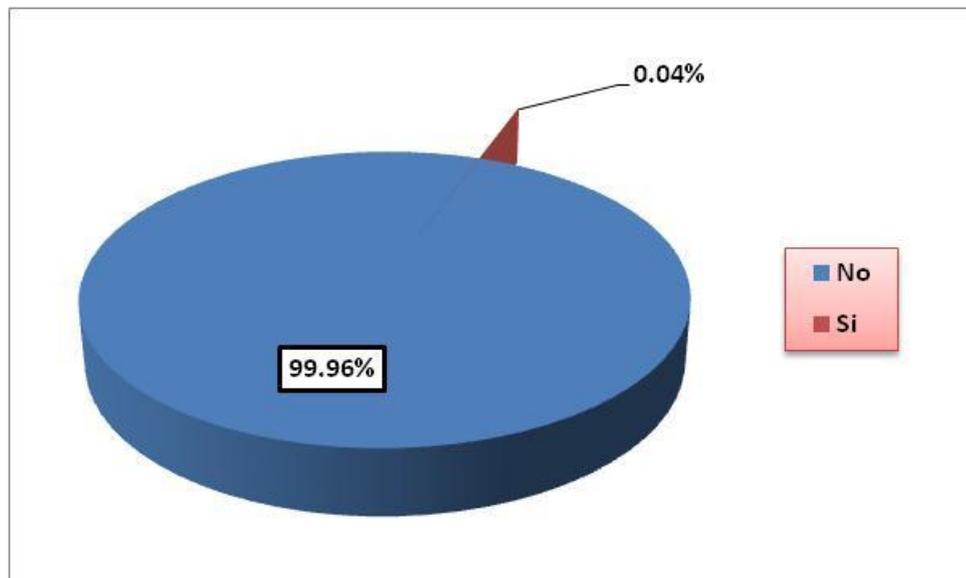


Gráfico 7-6: Presencia de neoplasias en pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital "Dr. Luis Vernaza". Período 2000-2010.

Fuente: Base de datos.

Por otra parte, la diabetes estuvo presente en el 0,28% (n=130) de los pacientes (Gráfico 7-10).

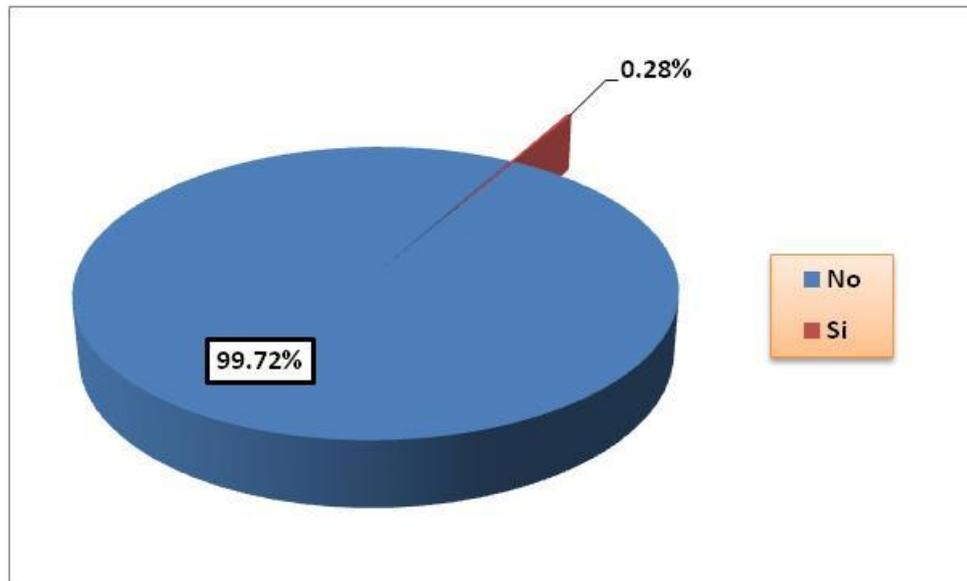


Gráfico 7-7: Presencia de diabetes en pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital "Dr. Luis Vernaza". Periodo 2000-2010.

Fuente: Base de datos.

La enfermedad cardiovascular se informó en el 0,17% (n=) de los pacientes (Gráfico 7-11).

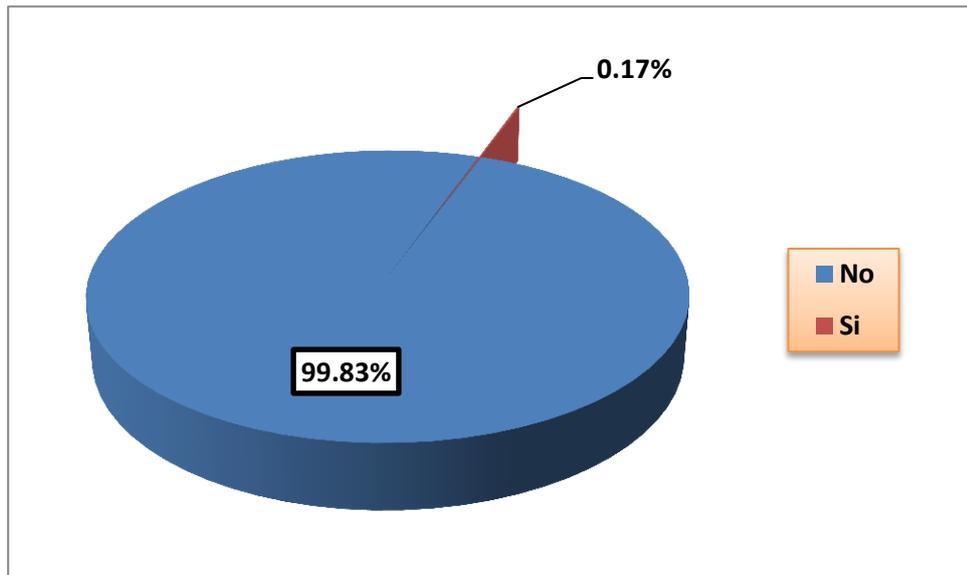


Gráfico 7-8: Presencia de enfermedad Cardiovascular en pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital "Dr. Luis Vernaza". Periodo 2000-2010.

Fuente: Base de datos.

8 DISCUSIÓN

8.1 Frecuencia e incidencia anual de casos de psoriasis en la consulta externa del hospital "Dr. Luis Vernaza" en el periodo 2000-2010.

En el presente estudio, la incidencia anual promedio de psoriasis en nuestro centro fue del 9%.

La incidencia de la psoriasis tiene amplias variaciones. Se han señalado variaciones geográficas, que dependen de la distancia del ecuador (las poblaciones localizadas más cerca del ecuador [Egipto, Tanzania, Sri Lanka, Taiwan] son menos afectadas por la psoriasis en comparación con las más distantes [Europa y Australia]).³¹

En Europa se reporta una incidencia del 2.0%, mientras que en los Estados Unidos varía desde el 2,2 hasta el 3,15%.⁷² En Asia es del 0,3 al 1,2%.⁷³ Bell y colaboradores⁷⁴ han mostrado una incidencia anual ajustada por sexo y edad de 60.4 por cada 100.000 habitantes en Rochester, durante el periodo 1980-1983. En un estudio más reciente, Huerta y colaboradores⁷⁵ reportaron una incidencia anual de 140 por cada 100.000 habitantes en Gran Bretaña. Donker y colaboradores⁷⁶ reportaron una incidencia en Holanda de 120-130 por cada 100.000 habitantes al año.

Tres estudios importantes han reportado la incidencia de la psoriasis en adultos (dos en los Estados Unidos y uno en Italia). Los dos estimados en los Estados Unidos^{77,78} fueron bastante similares (78,9 y 80,0 por cada 100.000 habitantes, respectivamente). El estudio italiano reportó una incidencia mucho mayor (230 por cada 100.000 habitantes) en el año 2005.⁷⁹

Por el contrario, la psoriasis es extremadamente rara (los estimados no sobrepasan el 0.5%) o no existe en ciertos grupos étnicos, como los Africanos, Afro-Americanos, Japoneses,

Australianos, Noruegos, habitantes de Alaska y poblaciones indígenas en América.⁸⁰

En una investigación efectuada en Quito se encontró una frecuencia de 0,59%.⁸¹ Esto señala una gran diferencia con los resultados encontrados en la investigación actual, donde se señala una prevalencia del 9%. A propósito de esta diferencia es importante señalar que los estudios de incidencia son muy pocos, en parte debido a la evolución propia de la enfermedad, con remisiones y exacerbaciones, y a la falta de registros adecuados que la reflejen.

Otro aspecto importante que puede haber influido en la mayor incidencia reportada en nuestro estudio, es que se presenta una frecuencia de casos nuevos diagnosticados generados en una demanda de atención en consulta de dermatología y no en la población general.

8.2 Descriptores demográficos de los pacientes incluidos en el estudio.

Si bien se señala que la psoriasis puede comenzar en cualquier momento de la vida, desde el nacimiento hasta edades avanzadas, en casi todos los estudios^{74,75,78} se describe una clásica curva bifásica, con un incremento gradual en la incidencia de psoriasis hasta los 39 años de edad, luego decrece entre los 40-49 años, para luego alcanzar un pico a los 50-59 años y decrecer nuevamente hacia la etapa final de la vida, lo que coincide con el presente estudio, donde la edad media fue de 50 años y el grupo de edad más frecuente el de 50-59 años, mientras que los menos frecuentes se ubicaron en las edades extremas de la vida.

Al respecto, es importante señalar que muchas de las lesiones psoriásicas en su inicio suelen ser erróneamente clasificadas como otro tipo de dermatosis, y este comienzo insidioso se relaciona con elevados niveles de automedicación que enmascaran el cuadro o trastornan la presentación del mismo, difiriendo el diagnóstico y el tratamiento y no es sino hasta después de varios años, cuando empeora la sintomatología, que los pacientes se ven obligados a

acudir a una consulta médica especializada y se realiza el diagnóstico correcto.

En los niños, la incidencia también se incrementa con el aumento de la edad, desde 13,5 por cada 100.000 habitantes al año en los grupos de 0-3 años hasta 53,1 por cada 100.000 habitantes al año en los grupos de 14-18 años.⁸²

Respecto al sexo, no existe consenso sobre posibles diferencias en la prevalencia y/o incidencia de la psoriasis según género. En este estudio, el porcentaje de hombres y mujeres afectados por la enfermedad fue similar. Igualmente, otros estudios tampoco han encontrado diferencias en este sentido.^{78,81}

En el único gran estudio poblacional conducido en niños hasta el momento, Tollefson y colaboradores⁸² reportaron una incidencia ligeramente mayor en las hembras (43.9 por cada 100.000 habitantes al año) respecto a los varones (37.9 por cada 100.000 habitantes al año), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Algunos estudios han mostrado una mayor incidencia en las mujeres respecto a los hombres,^{74,80} mientras que otros reportaron los resultados opuestos.⁷⁸ Cuando se analiza la distribución del sexo según grupos de edad, los dos picos de mayor incidencia para las mujeres son a los 20-29 años y 50-59 años, mientras que en los hombres los picos de mayor incidencia son a los 30-39 años y los 60-69/70-79 años.^{75,78}

En relación con la frecuencia, el comportamiento es similar. No se han encontrado diferencias en la frecuencia de presentación de la psoriasis para ambos sexos en niños Taiwaneses,^{83,84} en adultos de los Estados Unidos⁷² y Noruega,⁸⁵ y en individuos de todas las edades en otros estudios.⁸⁶⁻⁸⁸ Por otro lado, se ha reportado una mayor prevalencia en niñas respecto a varones en Suecia (0.5% vs 0.1%),⁸⁹ y en Alemania (0.76% vs 0.66%);⁹⁰ también en mujeres respecto a hombres de todas las edades en los Estados Unidos⁹¹ (2.5% vs 1.9%) y en Noruega⁹² (1.5% vs 1.2%). Por el contrario, se ha reportado una mayor prevalencia de la

enfermedad en hombres respecto a mujeres en adultos de Dinamarca⁹³ (4.2% vs 3.3%) y Australia⁹⁴ (8.9% vs 4.5%) y en individuos de todas las edades en Suecia⁹⁵ (2.3% vs 1.5%) y China⁹⁶ (0.17% vs 0.12%).

8.3 Caracterización dermatológica de los casos de psoriasis en la muestra.

En este estudio, el tipo de psoriasis de mayor frecuencia fue la de tipo vulgar.

En el estudio de Kogan y colaboradores,⁹⁷ realizado en Buenos Aires, se incluyeron 170 pacientes con diagnóstico de psoriasis cutánea, de los cuales predominó la psoriasis vulgar (73,0%), seguido por la psoriasis guttata (13,0%), eritrodérmica (11,0%) y pustulosa (4,0%), por ese orden. Igualmente, en el estudio realizado por González y colaboradores,⁹⁸ la mayoría de los pacientes presentaban al examen físico una psoriasis vulgar (89%), seguida de la guttata (7%).

Los estimados de prevalencia de artritis psoriásica en la población con diagnóstico de psoriasis varían ampliamente, con un rango del 5,0%-40,0%.^{87,99-101} En el presente estudio, de todas las complicaciones, la más frecuente fue la artritis psoriásica, aunque en una pequeña proporción de pacientes (<2%), lo que se encuentra muy por debajo del rango mínimo reportado en diversos estudios. Ello puede deberse en parte a que nuestros pacientes procedían de consultas especializadas en Dermatología y no en Reumatología.

En el estudio de Kogan y colaboradores,⁹⁷ el 19,0% de los pacientes presentaron artritis psoriásica. En un estudio realizado por Christophers y colaboradores,¹⁰² que incluyó un total de 1560 pacientes con psoriasis, se reportó artritis psoriásica en 126 (8.1%). La incidencia de artritis psoriásica fue de 74,0 por cada 1.000 personas al año con diagnóstico de psoriasis, con aumento de la prevalencia a medida que se incrementó el tiempo desde el diagnóstico, la que alcanzó el 20,5% a los 30 años.

En un estudio retrospectivo en los Estados Unidos, se reportó una incidencia acumulada del 5,0% en pacientes con psoriasis a los 20 años del diagnóstico.¹⁰³ En un registro español que incluyó 442 pacientes con psoriasis moderada o grave, el 17,5% de los pacientes (77/441) tenía diagnóstico de artropatía psoriásica en el momento del estudio. Por otro lado, el 34,3% de los pacientes con psoriasis severa tenían dolor articular en comparación con un 24,7% en aquellos con psoriasis moderada.

En un estudio efectuado sobre 936 pacientes hospitalizados en Italia por psoriasis, la prevalencia de artritis, de acuerdo con los criterios del *European Spondyloarthritis Study Group*, fue del 7,7 %, y un porcentaje variable (del 1 al 12 %) de pacientes refería parestesias, artralgias, rigidez, tumefacción y anquilosis.¹⁰⁴

Por otro lado, en el presente estudio, de las patologías dermatológicas asociadas, predominaron la pitiriasis rosada, la pustulosis palmoplantar y la micosis.

De estas posibles asociaciones la más polémica resulta la establecida entre la psoriasis y la pustulosis palmoplantar, debido a que clínica e histológicamente son indistinguibles una de otra, considerándose la pustulosis palmoplantar una variante de la primera.¹⁰⁵ Recientemente, se han descrito manifestaciones de pustulosis palmoplantar en cinco pacientes que recibieron tratamiento con infliximab para psoriasis.¹⁰⁶

En relación con las micosis, y en especial con la onicomiosis, la asociación entre ambas entidades también es tema de debate, pues se ha reportado una prevalencia de onicomiosis en pacientes con psoriasis mayor,¹⁰⁷ igual¹⁰⁸ o menor,¹⁰⁹ cuando se comparan con pacientes sin psoriasis. En un estudio realizado por Kiellberg y asociados,¹¹⁰ la prevalencia de onicomiosis en pacientes con psoriasis fue de 21,5% (17/79) respecto al 12,7% en el grupo control (18/142).

Respecto a la pitiriasis rosada de Gilbert, lo más importante es realizar un correcto

diagnóstico diferencial con la psoriasis cuando esta lesión se hace generalizada: característicamente son lesiones constituidas por máculas de pequeño tamaño, las cuales se van agrandando por extensión periférica, pero no pierden su forma oval y cuando están perfectamente formadas, muestran el borde eritematoso sin elevación y el centro amarillento con descamación furfurácea. Además, la pitiriasis rosada de Gilbert evoluciona hacia la curación en un periodo de seis semanas, mientras que la psoriasis tiene una evolución crónica.¹¹¹

8.4 Servicio de procedencia y comorbilidades asociadas con esta patología.

En esta investigación, la mayoría de los pacientes del estudio fueron casos que procedieron del servicio de dermatología. De las comorbilidades asociadas, predominaron la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Diversos estudios hospitalarios han documentado que la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares ocurren con mayor frecuencia en pacientes con psoriasis en comparación con controles¹¹² y otros incluso postulan que la psoriasis se trataría en sí misma de un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria.¹¹³ También se ha reportado una tasa excesiva de síndrome metabólico en pacientes con psoriasis.¹¹⁴

En un estudio realizado en Cuba por Acosta y Mourdoch,¹¹⁵ que incluyó 100 pacientes con diagnóstico de psoriasis, se reportó hipertensión arterial en el 23,0%, diabetes en el 11,0%, hipercolesterolemia en el 7,0% y cardiopatía isquémica en el 3,0%.

En un reporte de Anselmi y colaboradores,¹¹⁶ que incluyó 1287 pacientes con diagnóstico de psoriasis, la prevalencia de comorbilidades en este grupo respecto a un grupo control fue: hipertensión arterial (50,97% vs 33,35%), dislipemia (46,08% vs 20,24%), diabetes (14,06% vs 9,72%) y eventos cardiovasculares (11,03% vs 4,99%).

En un estudio de población sueco en el que se incluyeron 372 pacientes ingresados por psoriasis se observó un riesgo elevado de hipertensión e infarto de miocardio.¹¹⁷ En otro estudio se analizaron los datos de más de 42.000 pacientes ingresados en un servicio de Dermatología alemán, de los que 2.941 habían sido diagnosticados de psoriasis, y se compararon con los demás (previo ajuste de edad y sexo), identificándose un aumento en la frecuencia de obesidad, hipertensión, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus.¹¹⁸ Recientemente se han confirmado estos datos en un estudio basado en la revisión de los historiales de 753 pacientes de una clínica dermatológica universitaria estadounidense,¹¹⁹ confirmándose un diagnóstico de comorbilidad en el 73 % de los pacientes; los diagnósticos más frecuentes fueron hipertensión, dislipemia, diabetes y cardiopatía coronaria. En otro estudio de pacientes hospitalizados por psoriasis se ha confirmado un aumento en la prevalencia de diabetes mellitus II, hipertensión arterial, hiperlipidemia y cardiopatía coronaria, en comparación con pacientes intervenidos por melanoma localizado.¹²⁰

En otro estudio basado en un registro de una organización proveedora de servicios sanitarios en Israel, efectuado sobre más de 46.000 pacientes, se ha confirmado la asociación de la psoriasis con la presencia de aterosclerosis (enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica) y diabetes mellitus.¹²¹

El vínculo entre la psoriasis y el riesgo de enfermedades cardiovasculares también se relaciona directamente con la severidad de la enfermedad. En este sentido, se ha comprobado que los pacientes con psoriasis moderada y/o grave tienen un mayor riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular que la población general.^{122,123} Kimball y colaboradores¹²² estudiaron a 1.591 pacientes con psoriasis moderada o grave, y basándose en la tabla de Framingham estimaron el riesgo a 10 años de enfermedad coronaria y de accidente cerebrovascular en esta población. Así, para pacientes

con un PASI de 10 a 20 el riesgo estimado fue de 12,3 y 8,3% respectivamente, y si el PASI era de más de 20 el riesgo se cifraba en 12,2 y 8,7%, respectivamente. Estos datos representaban cifras similares independientemente del PASI, pero en ambos grupos el riesgo cardiovascular estimado era significativamente mayor que en la población general, siendo un 28% más elevado para enfermedad coronaria y un 11,8% para accidente cerebrovascular en estos pacientes.

Asimismo, en otro estudio en el que se analizó el riesgo de accidente cerebrovascular, se observó que la presencia de psoriasis, incluso en formas leves, pero sobre todo en las graves, es un factor independiente directamente relacionado con el desarrollo de accidente cerebrovascular.¹²³

La importancia de la gravedad de la psoriasis en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular viene también apoyada por la evidencia de una correlación entre los valores de PASI y la secreción de insulina. La resistencia insulínica es un dato característico del síndrome metabólico. En pacientes con psoriasis se ha visto una correlación estadísticamente significativa entre los niveles séricos de resistina (citocina que está elevada en situaciones de insulino-resistencia) y el PASI. Estos datos indican que la severidad de la psoriasis se relaciona con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares y apuntan hacia la importancia patogénica, en el desarrollo de la enfermedad vascular, de un estado de inflamación crónica en estos pacientes.¹²⁴

En un estudio que incluyó a 3.066 pacientes con artritis psoriásica pareados en proporción 1:4 con personas sin psoriasis, Han y colaboradores¹²⁵ observaron en los pacientes con artritis psoriásica una mayor prevalencia de enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca congestiva, aterosclerosis, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. Estos autores también observaron en los pacientes con artritis una mayor incidencia de

factores de riesgo cardiovascular clásicos como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia.

Respecto a la asociación de la psoriasis con el cáncer, en el presente estudio se reportaron solo dos pacientes (0.04%) con estas dos patologías.

En un reciente estudio realizado por Ji y colaboradores,¹²⁶ que realizó un seguimiento de 15.845 pacientes hospitalizados por psoriasis en el periodo 1965-2004, detectó que 1.408 individuos habían desarrollado cáncer, para un ratio de incidencia estandarizado de 1,33.

Se observó un riesgo excesivo en estos pacientes para desarrollar cáncer de piel de células escamosas. El resto de las localizaciones más frecuentes fueron: tracto Aero digestivo superior, estómago, hígado, páncreas, pulmón, riñón, así como linfoma no-Hodgkin.

Otros estudios han reportado como rasgo distintivo una incidencia incrementada de linfoma, que se debe en parte al empleo de medicamentos inmunosupresores y potencialmente carcinogénicos, como la ciclosporina, el metrotexate, el psoralen y la terapia con PUVA.¹²⁷

Numerosos estudios han reportado un riesgo incrementado de leucemia,¹²⁸ y otras neoplasias mieloproliferativas, en particular el linfoma.¹²⁹

Brauchli y colaboradores,¹³⁰ en un gran estudio de cohorte conducido en un total de 67.761 pacientes, se reportó cáncer en 1.703 pacientes, de los cuales el 54,0% padecía de psoriasis. El ratio estandarizado de incidencia para las enfermedades del sistema hemo-linfopoyético fue de 1,83, mientras que para el cáncer de páncreas fue de 2,20. La probabilidad de desarrollar cáncer fue 1,5 veces mayor para aquellos con psoriasis de más de cuatro años de evolución y 1,53 veces mayor para pacientes que recibían tratamiento sistémico. Por otra parte, el riesgo para desarrollar enfermedades del sistema hemo-linfopoyético fue 2,12 veces mayor en aquellos con más de dos años de evolución de la enfermedad.

9 CONCLUSIONES

- La incidencia de psoriasis entre pacientes que demandan atención dermatológica en el hospital "Dr. Luis Vernaza" es elevada.
- El grupo más afectado fue el de 50 a 59 años, con una afectación similar entre hombres y mujeres.
- La psoriasis vulgar fue la modalidad más frecuente de presentación.
- La diabetes y las enfermedades cardiovasculares fueron las comorbilidades más frecuentes, aunque en una mínima proporción de los pacientes.

10 RECOMENDACIONES

- Realizar una investigación para evaluar la calidad de vida de los pacientes afectados por psoriasis.
- Desarrollar un estudio para evaluar los diferentes manejos terapéuticos que se aplican en los pacientes con esta patología.
- Iniciar un trabajo para establecer los factores de riesgo de desarrollar complicaciones en pacientes afectados por esta enfermedad.
- Divulgación de los resultados obtenidos en la presente investigación.
- Convocar grupos de autoayudas.
- Realizar educación a la comunidad.
- Que sea considerada política de estado por su cronicidad y alto costo.

11 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien el estudio se realizó tomando como base la base de datos del sistema informático del hospital "Dr. Luis Vernaza" es necesario recordar que ésta es auditada de manera frecuente, lo que asegura la veracidad y la validez de la información. Esto asegura la validez de los datos presentados en el estudio.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Muñoz-Estrada VF, Rachín-Tolosa M, Valenzuela-Paz GA, Trejo-Acuña JR. Estudio clínico de psoriasis. Rev Med UAS. 2010; 1:12-9.
- 2) Jacobi A, Braeutigam M, Mahler V, Schultz E, Hertl M. Pimecrolimus 1% cream in the treatment of facial psoriasis: A 16-week open-label study. Dermatology. 2008; 216:133-6.
- 3) Griffiths CEM, Christophers E, Barker JNWN, Chalmers RJG, Chimenti S, Krueger GG, et al. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. Br J Dermatol. 2007; 156:258-62.
- 4) Alfonso Trujillo I, Díaz García MA, Torres Gemeil O, Torres Barbosa F, Falcón Lincheta L, Pérez Hernández M. Psoriasis vulgar. Estudio descriptivo de 200 pacientes. Rev Cubana Med. 2002; 41(1).
- 5) Batista Romagosa M, Pérez Bruzón M. Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis. MEDISAN. 2009; 13(3).
- 6) INEC. Libro de datos del Instituto Ecuatoriana de Estadísticas y Censos. INEC 2001.
- 7) Cañarte C, Palacios S. Epidemiología de la Psoriasis en el Hospital Carlos Andrade Marín, IESS-Quito. Dermatología. 2000; 9:2-7.
- 8) Cañarte C, Cabrera F, Palacios S. Epidemiología de la Psoriasis, Dermatología. 2004; 12: 14-7.
- 9) Idrovo X. Características clínicas y epidemiológicas de la psoriasis en el dispensario 29 del IESS y propuesta de protocolo de manejo. Tesis de especialidad Dermatología. Universidad de Guayaquil. 2007.
- 10) Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. New Engl J Med. 2009; 361:496-509.

- 11) Bo K, Thoresen M, Dalgard F. Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: Results from a Norwegian population survey among adults. *Dermatology*. 2008; 216:40-5.
- 12) Park JM, Kim HJ, Bae BG, Park YK. A case of concurrent vitiligo and psoriasis. *Ann Dermatol*. 2009; 21:330-3.
- 13) Kyle S, Chandler D, Griffiths CEM, Helliwell P, Lewis J, McInnes I, et al. Guideline for anti TNF therapy in psoriatic arthritis. *Rheumatology*. 2005; 44:390-7.
- 14) Ferrándiz Foraster C, García-Díez A, Lizán Tudela L, Bermúdez-Rey L, Badia Llach X. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin*. 2007; 128:325-9.
- 15) Su YH, Fang JY. Drug delivery and formulations for topical treatment of psoriasis. *Exp Opin Drug Deliv*. 2008; 5:235-49.
- 16) Naldi L. A new era in the treatment of psoriasis? Promises and facts. *Dermatoloy*. 2005; 210:179-81.
- 17) Delrosso G, Bornacina C, Farinelli P, Bellinzona F, Leigheb G, Colombo E. Bath PUVA and psoriasis: Is a milder treatment a worse treatment? *Dermatology*. 2008; 216:191-3.
- 18) Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD005028. DOI: 10.1002/14651858.CD005028.pub2.
- 19) Tiplica GS, Salavastru M. Mometasone furoate 0,1% and salicylic acid 5% vs mometasone furoate 0,1% as sequential local therapy in psoriasis vulgaris. *JEADV*. 2009; 23:905-12.
- 20) Lorenzetti MS, Restifo EJ. Tratamiento biológico en psoriasis. Revisión bibliográfica. *Rev Argent Dermatol*. 2012; 93(2).

- 21) Horn EJ, Fox KM, Patel V, Chiou CF, Dann F, Lebwohl, M. Association of patient reported psoriasis severity with income and employment. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 57:963-71.
- 22) Krueger GG, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol.* 2001; 137:280-4.
- 23) Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwippl I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology.* 2008; 216:366-72.
- 24) Smith C, Barker JN. Psoriasis and its management. *BMJ.* 2006; 333:380-4.
- 25) De Korte J, Sprangers MA, Mommers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systemic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2005; 9:140-7.
- 26) Ferrandiz X, García V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Predominio de la Psoriasis en España. *J Eur Acad Dermatol Venérol.* 2001; 15:20-3.
- 27) Lozana L. Evaluación de la eficacia del Aloe vera 40% vs. Valerato de betametazona 0.05% en el tratamiento de psoriasis vulgar en la fundación Ecuatoriana para la psoriasis. Quito – Ecuador. 2004. (Tesis). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2005.
- 28) Alvear M, Benavides P, Arévalo C, Cabrera F, Castillo P, Palacios S, Cañarte C. Test de Goldberg (EAGD) en las dermatosis (Psoriasis, Acné, Vitiligo, Rosácea y Dermatitis Atópica), Trabajo de investigación, Congreso Nacional de Dermatología ecuatoriano, 2003. Comunicación verbal.
- 29) Tribó Boixareu MJ. Conexiones entre psoriasis y psiquiatría: actualización. *Act. Dermatológ.* 1997; 11:765-8.
- 30) Chouela EN. Epidemiología y genética de la psoriasis. *Dermatol Argent.* 2011; 17: 236-9.

- 31) Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, on behalf of the Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013; 133:377-85.
- 32) Giraldo C, Velásquez MM. Psoriasis. Revisión del tema con énfasis en la inmunopatogénesis. *Iatreia.* 2009; 22(3).
- 33) Lima, E Lima MA. Imunopatogênese da psoríase: revisando conceitos. *An Bras Dermatol.* 2011; 86: 1151-8.
- 34) Fife DJ, Waller JM, Jeffes EW, Koo JY. Unraveling the paradoxes of HIV-associated psoriasis: a review of T-cell subsets and cytokine profiles. *Dermatol Online J.* 2007; 13:4.
- 35) Han C, Lofland JH, Zhao N, Schenkel B. Increased prevalence of psychiatric disorders and health care-associated costs among patients with moderate-to-severe psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2011; 10:843-50.
- 36) Navarro E, Antencio DP, Beracaza KM, Bernal YP, Oñate CJ. Exacerbación de psoriasis asociada a estrés en pacientes del Hospital Universidad del Norte y ESE José Prudencio Padilla, Clínica Sur de Barranquilla. *Revista Científica Salud Uninorte.* 2012; 22(2).
- 37) Kimball AB, Wu EQ, Guérin A, Yu AP, Tsaneva M, Gupta SR, et al. Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67:651-7.
- 38) Traub M, Marshall K. Psoriasis--pathophysiology, conventional, and alternative approaches to treatment. *Altern Med Rev.* 2007; 12:319-30.
- 39) Eder L, Chandran V, Pellett F, Shanmugarajah S, Rosen CF, Bull SB, Gladman DD. Differential human leucocyte allele association between psoriasis and psoriatic arthritis: a family-based association study. *Ann Rheum Dis.* 2012; 71:1361-5.

- 40) Johnston A, Xing X, Guzman AM, Riblett M, Loyd CM, Ward NL, et al. IL-1F5, F6, F8, and F9: a novel IL-1 family signaling system that is active in psoriasis and promotes keratinocyte antimicrobial peptide expression. *J Immunol.* 2011; 186:2613-22.
- 41) Eghlileb AM, Basra MK, Finlay AY. The psoriasis family index: preliminary results of validation of a quality of life instrument for family members of patients with psoriasis. *Dermatology.* 2009; 219:63-70.
- 42) Barker JN. Genetic aspects of psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2001; 26:321-5.
- 43) Panzeri RL. Interpretación del mecanismo fisiopatogénico de la psoriasis. *Rev Arg Dermatol.* 2009; 90:118-32.
- 44) Cañarte C, Palacios S. Factores hereditarios y el antígeno mayor de histocompatibilidad (HLA) en pacientes afectados de psoriasis en la ciudad de Quito. Tesis Doctoral para la especialidad en Dermatología, 2003.
- 45) Fariás MM, Concha M, de la Cruz C. Remisión de la psoriasis luego de bypass gástrico. *Rev Chil Cir.* 2012; 64:189-93.
- 46) Setty AR, Curhan G, Choi HK. Obesity, waist circumference, weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Arch Intern Med.* 2007; 167:1670-5.
- 47) Naldi L, Chatenoud L, Linder D, et al. Cigarette smoking, Body Mass Index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol.* 2005; 125:61-7.
- 48) Schafer T. Epidemiology of psoriasis. *Dermatology.* 2006; 212:327-37.
- 49) Fortes C, Mastroeni S, Leffondre K, et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol.* 2005; 141:1580-4.
- 50) Naldi L, Parazzini F, Peli L, Chatenoud L, Cainelli T. Dietary factors and the risk of psoriasis: results of an Italian case-control study. *Br J Dermatol.* 1996; 134:101-6.

- 51) Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J, Lauharanta J, Karkkainen P. Alcohol intake: a risk factor for psoriasis in young and middle-aged men? *BMJ*. 1990; 300:780-3.
- 52) Lafont Ruzafa A, Moreno I, Canut S. Psoriasis Guttata. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2007; 14(4).
- 53)
- 54) Ko HC, Jwa SW, Song M, Kim MB, Kwon KS. Clinical course of guttate psoriasis: long-term follow-up study. *J Dermatol*. 2010; 37:894-9.
- 55) Motswaledi M, Nkosi L. An approach to psoriasis. *S Afr Fam Pract*. 2012; 54:88-92.
- 56) Prey S, Paul C, Bronsard V, et al. Assessment of risk of psoriatic arthritis in patients with plaque psoriasis: a systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24(Suppl 2):31-5.
- 57) Rosenbach M, Hsu S, Korman NJ, et al. Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62:655-62.
- 58) Lisi P. Differential diagnosis of psoriasis. *Reumatismo* 2007; 59(Suppl 1):56-60.
- 59) Schmitt J, Zhang Z, Wozel G, Meurer M, Kirch W. Efficacy and tolerability of biologic and nonbiologic systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Dermatol*. 2008; 159:513-26.
- 60) Cohen SN, Baron SE, Archer CB. Guidance on the diagnosis and clinical management of psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2012; 37(Suppl 1):13-8.
- 61) Menter A, Korman NJ, Elmetts CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60:643-59.

- 62) Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L, et al. Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100:190-200.
- 63) Scher RK, Stiller M, Zhu YI. Tazarotene 0.1 % gel in the treatment of fingernail psoriasis: a double-blind, randomized, vehicle-controlled study. *Cutis.* 2001; 68:355-8.
- 64) Menter A, Korman NJ, Elmetts CA, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 62:114-35.
- 65) Christophers E. Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol.* 2001; 26:314-20.
- 66) Lionel F, Baker B. Triggering psoriasis: the role of infections and medications. *Clin Dermatol.* 2007; 25:606-15.
- 67) Gottlieb AB, Chao C, Dann F. Psoriasis comorbidities. *J Dermatol Treat.* 2008; 19:5-21.
- 68) Cohen AD, Sherf M, Vidavsky L, Vardy DA, Shapiro J, Meyerovitch J. Association between psoriasis and the metabolic syndrome. A cross-sectional study. *Dermatology.* 2008; 216:152-5.
- 69) Armesto S, Santos-Juanes J, Galache-Osuna C, Martinez-Camblor P, Coto E, Coto-Segura P. Psoriasis and type 2 diabetes risk among psoriatic patients in a Spanish population. *Australas J Dermatol.* 2012; 53:128-30.
- 70) Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA.* 2006; 296:1735-41.
- 71) Boffetta P, Gridley G, Lindelof B. Cancer risk in a population-based cohort of patients hospitalized for psoriasis in Sweden. *J Invest Dermatol.* 2001; 117:1531-7.

- 72) Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: Results from NHANES 2003-2004. *J Am Acad Dermatol.* 2008; 60:218-24.
- 73) Yip SY. The prevalence of psoriasis in the Mongoloid race. *J Am Acad Dermatol.* 1984; 10:965-8.
- 74) Bell LM, Sedlack R, Beard CM, Perry HO, Michet CJ, Kurland LT. Incidence of psoriasis in Rochester, Minn, 1980-1983. *Arch Dermatol.* 1991; 8:1184-7.
- 75) Huerta C, Rivero E, García Rodríguez LA. Incidence and risk factor for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol.* 2007; 143:1559-65.
- 76) Donker GA, Foets M, Spreewenberger E. Management of psoriasis in general practice now more in agreement with the guidelines of the Dutch College of General Practitioners. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1998; 142:1379-83.
- 77) Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Maradit Kremers H. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60:394-401.
- 78) Setty AR, Curhan G, Choi HK. Obesity, waist circumference, weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Arch Intern Med.* 2007; 167:1670-5.
- 79) Vena GA, Altomare G, Ayala F, Berardozza E, Calzavara-Pinton P, Chimenti S, et al. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: a 5-year observational study from a national primary care database. *Eur J Dermatol.* 2010; 20:593-8.
- 80) Basko-Plluska JL. Psoriasis: epidemiology, natural history and differential diagnosis. *Psoriasis: Targets and Therapy.* 2012; 2:67-76.
- 81) Cañarte C, Cabrera F. Epidemiología de la psoriasis en el Distrito metropolitano de Quito. *Rev Cient Soc Ecu Dermatol.* 2004; 2(1).

- 82) Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 62:979-87.
- 83) Yang YC, Cheng YW, Lai CS, Chen W. Prevalence of childhood acne, ephelides, warts, atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata and keloid in Kaohsiung County, Taiwan: a community-based clinical survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 21:643-9.
- 84) Tsai T-F, Wang T-S, Hung S-T, Tsai PI, Schenkel B, Zhang M, et al. Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *J Dermatol Sci.* 2011; 63:40-6
- 85) Bo K, Thoresen M, Dalgard F. Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: results from a Norwegian population survey among adults. *Dermatology.* 2008; 216:40-5.
- 86) Chang YT, Chen TJ, Liu PC, Chen YC, Chen YJ, Huang YL, et al. Epidemiological study of psoriasis in the national health insurance database in Taiwan. *Acta Derm Venereol.* 2009; 89:262-6.
- 87) Gelfand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Kist J, et al. The prevalence of psoriasis in African Americans: results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 52:23-6.
- 88) Seminara NM, Abuabara K, Shin DB, Langan SM, Kimmell SE, Margolis D, et al. Validity of The Health Improvement Network (THIN) for the study of psoriasis. *Br J Dermatol.* 2011; 164:602-9.
- 89) Larsson PA, Liden S. Prevalence of skin diseases among adolescents 12–16 years of age. *Acta Derm Venereol.* 1980; 60:415-23.
- 90) Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schaffer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol.* 2010; 162:633-6.

- 91) Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Margolis DJ, Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2004; 9:136-9.
- 92) Falk ES, Vandbakk O. Prevalence of psoriasis in a Norwegian Lapp population. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1993; 182:6-9.
- 93) Brandrup F, Green A. The prevalence of psoriasis in Denmark. *Acta Derm Venereol.* 1981; 61:344-6.
- 94) Plunkett A, Marks R. A review of the epidemiology of psoriasis vulgaris in the community. *Australas J Dermatol.* 1998; 39:225-32.
- 95) Hellgren L. Psoriasis. The Prevalence in Sex, Age and Occupational Groups in Total Populations in Sweden. Morphology, Inheritance and Association with other Skin and Rheumatic Diseases. Stockholm: Almqvist and Wiksell. 1967.
- 96) Cooperative Psoriasis Study Group. Distribution of psoriasis in China: A nationwide screening in 1984. *Chinese Journal of Dermatology.* 1986; 19:253-62.
- 97) Kogan N, Veira R, Chaparro E, Gusic S, Cottet H, Hassan M. Psoriasis y artropatía psoriásica: epidemiología, manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas. *Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica.* 2010; 1:36-54.
- 98) González C, Castro L, de la Cruz G, Arenas CM, Beltrán A, Santos AM. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol.* 2009; 17(1).
- 99) Sadek HA, Abdel-Nasser AM, El Amawy TA, Hassan SZ. Rheumatic manifestations of psoriasis. *Clin Rheumatol.* 2007; 26:488-498.
- 100) Zachariae H. Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy. *Am J Clin Dermatol.* 2003; 4:441-7.

- 101) Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A population-based study. *Arthritis Rheum.* 2009; 61:233-9.
- 102) Christophers E, Barker JNWN, Griffiths CEM, Daudén E, Michigan G, Molta C, et al. The risk of psoriatic arthritis remains constant following initial diagnosis of psoriasis among patients seen in European dermatology clinics. *JEADV.* 2010; 24:548-54.
- 103) Hernánz JM, Sánchez-Regaña M, Izu R, Mendiola V, García-Calvo C. Evaluación clínica y terapéutica de los pacientes con psoriasis moderada o grave en España. Estudio SEQUENCE. *Actas Dermosifiliogr.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.04.005>
- 104) Gisondi P, Girolomoni G, Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Prevalence of psoriatic arthritis and joint complaints in a large population of Italian patients hospitalised for psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2005; 15:279-83.
- 105) Amin A, Maibach HI. Pustular psoriasis: generalized and localized. In: Roenigk HH and Maibach HI, eds. *Psoriasis.* New York: Marcel Dekker Inc., 1998:13 ± 39.
- 106) Mossner R, Thaci D, Mohr J, Patzold S, Bertsch HP, Kruger U, et al. Manifestation of palmoplantar pustulosis during or after infliximab therapy for plaque-type psoriasis: report on five cases. *Arch Dermatol Res.* 2008; 300:101-5.
- 107) Gupta AK, Lynde CW, Jain HC, Sibbald RG, Elewski BE, Daniel CR, et al. A higher prevalence of onychomycosis in psoriatics compared with non-psoriatics: a multicenter study. *Br J Dermatol.* 1997; 136:786-9.
- 108) Stander H, Stander M, Nolting S. Frequency of fungal involvement in nail psoriasis. *Hautarz* 2001; 52:418-22.
- 109) Gotz H, Patiri C, Hantschke D. Das Wachstum von Dermatophyten auf normalem und psoriatischem Nagelkeratin. *Mykosen* 1974; 17:373-7.

- 110) Kiellberg G, Haedersdal M, Svejgaard EL. The Prevalence of Onychomycosis in Patients with Psoriasis and other Skin Diseases. *Acta Derm Venereol.* 2003; 83:206-9.
- 111) Martínez-Casimiro L, Pérez-Ferriols A. Pitiriasis rosada: una presentación atípica. *SEMERGEN-Medicina de Familia.* 2009; 35:284-6.
- 112) Naldi L, Raffaele S. Epidemiology of comorbidities in psoriasis. *Dermatol Ther.* 2010; 114-8.
- 113) Kim N, Thrash B, Menter A. Comorbidities in psoriasis patients. *Semin Cutan Med Surg.* 2010; 29: 10-5.
- 114) Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, Christophers E, Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res.* 2006; 298:321-8.
- 115) Acosta DL, Mourdoch NC. Pesquizaje de patologías y hábitos tóxicos asociados a la psoriasis. *Rev Cienc Med Habana.* 2009; 15(1).
- 116) Anselmi CL, Galimberti ML, de Luca DA, Torre AC, Vaglio G, Galimberti RL. Psoriasis: prevalencia de comorbilidades cardiovasculares en la población del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. Estudio de corte 2010. *Dermatol Argent.* 2012; 18:239-44.
- 117) Lindegard B. Diseases associated with psoriasis in a general population of 159,200 middle-aged, urban, native Swedes. *Dermatologica.* 1986; 172:298-304.
- 118) Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1995; 32:982-6.
- 119) Pearce DJ, Morrison AE, Higgins KB, Crane MM, Balkrishnan R, Fleischer AB, et al. The comorbid state of psoriasis patients in a university dermatology practice. *J Dermatolog Treat.* 2005; 16:319-23.

- 120) Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, Christophers E, Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res.* 2006; 298:321-8.
- 121) Shapiro J, Cohen AD, David M, Hodak E, Chodik G, Viner A, et al. The association between psoriasis, diabetes mellitus, and atherosclerosis in Israel: a case-control study. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 56:629-34.
- 122) Kimball AB, Guerin A, Latremouille-Viau D, Yu AP, Gupta S, Bao Y, et al. Coronary heart disease and stroke risk in patients with psoriasis: retrospective analysis. *Am J Med.* 2010; 123:350-7.
- 123) Gelfand JM, Dommasch ED, Shin DB, Azfar RS, Kurd SK, Wang X, et al. The risk of stroke in patients with psoriasis. *J Invest Dermatol.* 2009; 129:2411-8.
- 124) Boehncke S, Thaci D, Beschmann H, Ludwig RJ, Ackermann H, Badenhoop K, et al. Psoriasis patients show signs of insulin resistance. *Br J Dermatol.* 2007; 157:1249-51.
- 125) Han C, Robinson Jr DW, Hackett MV, Paramore LC, Fraeman KH, Bala MV. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 2006; 33:2167-72.
- 126) Ji J, Shu X, Sundquist K, Hemminki K. Cancer risk in hospitalized psoriasis patients: a follow-up study in Sweden. *Br J Cancer.* 2009; 100:1499-1502.
- 127) Prizment AE, Alonso A, Folsom AR, Ahmed RL, Virnig BA, Warshaw EM, Anderson KE. Association between psoriasis and incident cancer: the Iowa's Women's Health Study. *Cancer Causes & Control.* 2011; 22:1003-10.
- 128) Soderberg KC, Jonsson F, Winqvist O, Hagmar L, Feychting M. Autoimmune diseases, asthma and risk of haematological malignancies: a nationwide case-control study in Sweden. *Eur J Cancer.* 2006; 42:3028-33.

129) Mellekjær L, Pfeiffer RM, Engels EA, Gridley G, Wheeler W, Hemminki K, et al. Autoimmune disease in individuals and close family members and susceptibility to non-Hodgkin's lymphoma. *Arthritis Rheum.* 2008; 58:657-66.

130) Brauchli YB, Jick SS, Miret M, Meier CR. Psoriasis and Risk of Incident Cancer: An Inception Cohort Study with a Nested Case–Control Analysis. *J Invest Dermatol.* 2009; 129:2604-12.

ANEXOS

Anexo 1: Formulario de recolección de la información.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA**

Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital "Luis Vernaza" 2001-2010

Formulario

Código

1 Edad años

2 Sexo masculino femenino

3 Clase: anular circinado folicular
 generalizado geográfico numular
 pustuloso guttata

4 Ubicación Cuero cabelludo cara cuello
 abdomen tórax brazos piernas
 pie mano

5 Número de regiones afectadas

6 Factores de riesgo alimento estrés alcohol
 traumatismo químico otros

7 Tratamiento: Sistémico Tópico



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

AUTORIZACION

YO, Analia Karina Pasquel Sotelo

**Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de tesis de Especialización titulado:
“Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital “Dr. Luis Vernaza” 2000-2010”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.**

Guayaquil, a los 5 días del mes de julio del año 2014

.....
Analia Karina Pasquel Sotelo