

(Artículo original)

COMPORTAMIENTO DE LA PSORIASIS EN EL HOSPITAL MILITAR 103 DE VIETNAM

Trung Bui Quang¹, Juana Margarita López Vergara², Nancy Petra Ríos Hidalgo².

¹Estudiante de segundo año, Escuela Latinoamericana de Medicina

²Departamento de Anatomía Patología, Escuela Latinoamericana de Medicina

RESUMEN

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por la aparición de lesiones maculosas o maculo papulosas, y escamosas que afecta aproximadamente 125 millones de personas que representa el 2,2% de la población mundial.

Objetivo: Realizar una revisión sobre Psoriasis y su incidencia en el hospital militar 103 de Vietnam.

Método: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el período comprendido desde 01/01/2017 hasta 31/12/2018 en el hospital militar 103 ubicado en el capital Hanói de Vietnam. El universo de estudio fueron los pacientes ingresados en el departamento de Dermatología que tenían diagnóstico presuntivo de Psoriasis con el período correspondido en el estudio (192 pacientes). La muestra estuvo constituida por 182 pacientes confirmados de la enfermedad.

Resultados: La psoriasis afectó con muy baja frecuencia a la población de Vietnam (menos de 1%).El número de pacientes masculinos fue mayor, que el número de pacientes femeninos y se observó con mayor incidencia en adultos de más de 60 años. Aunque el período de tratamiento de esta enfermedad generalmente es menos de 30 días, algunos casos presentaron algún grado de resistencia al tratamiento.

Conclusiones: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que presenta características muy específicas cuyo diagnóstico se basa en la apariencia de la piel y suele ser suficiente con la realización de una buena historia clínica y una biopsia .Esta enfermedad tuvo muy baja incidencia en la población de Vietnam estudiada por lo que no constituyó un problema de salud.

Palabras clave: Psoriasis, enfermedad, incidencia.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory disease of the skin that is characterized by the appearance of macular or maculopapular, and scaly lesions that affects approximately 125 million people, representing 2.2% of the world population.

Objective: To carry out a review on Psoriasis and its incidence in the 103 military hospital in Vietnam.

Method: A descriptive cross-sectional study was carried out in the period from 1 of January to December 12, 2018 at the 103 military hospital located in the capital Hanoi of Vietnam. The study universe was the patients admitted to the Dermatology department who had a presumptive diagnosis of Psoriasis with the corresponding period in the study (192 patients). The sample consisted of 182 confirmed patients with the disease.

Results: Psoriasis affected the Vietnamese population with a very low frequency (less than 1%). The number of male patients was higher than the number of female patients and it was observed with a higher incidence in adults over 60 years of age. Although the treatment period for this disease is generally less than 30 days, some cases showed some degree of resistance to treatment.

Conclusions: Psoriasis is a chronic inflammatory disease of the skin that presents very specific characteristics whose diagnosis is based on the appearance of the skin and a good clinical history and a biopsy are usually sufficient. This disease had a very low incidence in the population of Vietnam studied for what was not a health problem.

Keywords: Psoriasis, disease, incidence.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis afecta aproximadamente 125 millones de personas lo cual representa el 2,2% de la población mundial. La incidencia varía en diversas áreas del mundo, sin embargo, en los países desarrollados representa el 4,6% de la misma.⁽¹⁾

Muchas personas han sufrido de psoriasis a lo largo de la historia. Hipócrates (460- 377 A.C.) fue el primer médico en utilizar alquitrán de carbón en el tratamiento de la psoriasis para aumentar la sensibilidad a la luz del sol, pero él también soportó el uso del arsénico tópico para el tratamiento de la

enfermedad.^(1,2)

En los años 1800s, Jean-Louis Ailbert inició un sistema de clasificación para las enfermedades de la piel según sus características, sus causas, aspecto, duración, curso y reacción al tratamiento. Poco tiempo después en 1809, el Dr. Robert William fue el primer médico que distinguió la psoriasis de otras enfermedades similares de la piel.^(2,3)

En los 1840s, el Dr. Fernando von Hebra separó formalmente la psoriasis de la lepra, eliminando la asociación entre ambos términos. No fue hasta los años 60 que la psoriasis comenzó a ser considerada como condición autoinmune, causada por mecanismo de reacción inmune. En ese tiempo, la artritis psoriática también fue determinada como condición clínica diferente. La investigación en plena evolución sobre la patología de la psoriasis llevó al descubrimiento de los tratamientos adecuados para dicha condición.^(1,3,4)

La investigación sobre la implicación de genes y antecedentes familiares de la psoriasis en los años 90 relacionada con el proyecto del genoma humano, determinó varios genes asociados a la enfermedad.

El efecto de la luz del sol fue demostrado con la introducción de fototerapia y la administración clínica de la radiación ultravioleta a las áreas afectadas de la piel. Los tratamientos biológicos fueron introducidos al mercado en el final del siglo XX y siguen siendo efectivos en el tratamiento de la psoriasis y su acción está dirigida sobre todo a las células inmunes que son responsables de los síntomas de la enfermedad.

En los países europeos como España la incidencia de psoriasis es más elevada que los países cercanos al Ecuador por ejemplo Vietnam o China. La proporción de personas que tiene psoriasis en España ha pasado en 15 años del 1,4% al 2,3%, lo que representa una subida del 65%, según los datos del último estudio de prevalencia. En Vietnam, aunque todavía no se encuentra un dato exacto de números de pacientes con psoriasis se estima que aproximadamente menos del 1% de la población sufre la enfermedad.^(4,5,6)

En los Estados Unidos, es la enfermedad autoinmune más común y se estima que 7,5 millones de americanos sufren esta condición. La enfermedad tiene un fuerte eslabón

hereditario y se estima que uno de cada tres pacientes tiene parientes cercanos con la condición. La artritis psoriática es una condición sucesiva de la psoriasis que afecta entre 10-30% de pacientes con la entidad. ⁽¹⁾

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por la aparición de lesiones maculosas o maculopapulosas, recubiertas por escamas estratificadas, con tendencia a las recidivas y a las localizaciones casi siempre simétricas (Figura 1). También puede afectar uñas (Figura 2) y articulaciones. No es una enfermedad contagiosa sino que existe predisposición genética en las personas que la padecen. Es más probable que la hereden los hombres que las mujeres y suelen estar involucrados además otros factores desencadenantes. ⁽²⁾



Figura 1. Psoriasis en piel

Los científicos creen que al menos 10% de la población mundial hereda uno o más genes que pueden causar la psoriasis. Sin embargo,



Figura 2. Psoriasis en las uñas

Fuente: <https://www.google.com/search?q=imagenes+de+psoriasis&source>

solamente en 2 a 3% de la población se desarrolla la enfermedad.

Sobre sus factores genéticos, se ha comprobado la asociación con determinados antígenos, entre ellos HLA A1, B13, B17, B27, B35, B57, CW6, Dr7, Dqw3.2. Se ha observado además psoriasis en gemelos, lo que confirma el papel de la herencia, sin aclarar los mecanismos; la tasa de concordancia es mayor en los monocigóticos que en los bicigóticos. También es más frecuente en hermanos de pacientes psoriásicos y en los que uno de los padres padece la enfermedad. ⁽²⁾

Los investigadores aclaran que para desarrollar la enfermedad, en el paciente se encuentra una recombinación de genes que causan la psoriasis y es expuesto a los factores externos específicos que se conocen como "triggers."⁽⁸⁾

Los investigadores de varias universidades han identificado aproximadamente 25 genes

que tiene mayor probabilidad de causar la enfermedad. Además se encuentran varios “triggers” que se consideran como factores desencadenantes. ⁽⁸⁾

Existe una gran variedad de factores desencadenantes, tanto del episodio inicial como de empeoramientos o de reaparición después de remisiones aparentemente completas: ^(8,9,10,11)

- Infecciones: Causadas por bacterias (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*), hongos (*Malassezia*, *Candida albicans*) o virus (papilomavirus, retrovirus, virus de la inmunodeficiencia humana).

- Fármacos: Tratamientos como las sales de litio, betabloqueadores, antimaláricos, anti-inflamatorios no esteroideos (AINE), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina⁹ o la retirada de los tratamientos con corticosteroides.

- Dieta y consumo de alcohol: Factores dietéticos tales como el gluten y el alcohol.

- Traumatismos: Es muy frecuente que los pacientes psoriásicos presenten el fenómeno de Koebner, y las lesiones aparezcan en la piel inicialmente sana que recibe un traumatismo, rasguño, cortaduras, rascado,

quemaduras solares, etcétera, tras un período de incubación de entre 7 y 14 días.

- Factores psicológicos: Aunque no se asocia a ningún trastorno de la personalidad, el estrés emocional puede desencadenar o agravar la psoriasis 9,10: Un 73,9% de los pacientes con psoriasis de moderada a grave y un 64,4% de las leves refieren una alteración de su estado de ánimo tras haber sido diagnosticados con esta enfermedad. En un estudio realizado a 1.053 pacientes con psoriasis en España se encontraron los siguientes síntomas: ansiedad (58,6%), pensamientos negativos (56,8%), irritabilidad (55,3%), apatía (51%), depresión (45,9%) e insomnio (40,6%)

- Factores climáticos: Los climas fríos se asocian a empeoramiento de la enfermedad y los calurosos a la mejora. En general, los pacientes mejoran con la exposición al sol y sólo entre el 5 y el 10 por ciento presentan psoriasis fotosensibles.

- Factores endocrinos: No está clara la relación, aunque se evidencian picos de máxima incidencia en la pubertad y la menopausia, mejora con el embarazo y empeora tras el parto. ^(8,9,10,11)

Por causa de la particularidad en la distribución de los telocitos (Figura 3), un nuevo tipo de célula intersticial con unos largos y finos telópodos alrededor de los vasos sanguíneos, los autores han investigado la presencia de los mismos en la dermis de los pacientes con psoriasis vulgar usando inmunohistoquímica (IHC), 12 inmunofluorescencia (IF), y la microscopia electrónica de transmisión (TEM). Se descubrió que existían más telocitos en la dermis de la piel normal y la piel tratada que en la piel de los pacientes con psoriasis. Por lo tanto, a través de dicha investigación se confirmó que la disminución de telocitos podría ser una trigger "faltado" en pacientes psoriaticos.^(8,9,12) Al microscopio electrónico de transmisión, el cuerpo de los telocitos tiene un tamaño de $9.39 \pm 3.26 \mu\text{m}$ y su forma está asociada al número de prolongaciones que presenta.³¹ Varias técnicas microscópicas que incluyen además el microscopio electrónico de transmisión, tomografía electrónica, han demostrado que los telocitos tienen una localización estratégica en los tejidos.^(13,14,15,16)

En la psoriasis, los linfocitos T se activan

indebidamente y desencadenan muchas respuestas celulares; entre ellas, la proliferación y dilatación de los vasos sanguíneos de la piel, lo que se manifiesta en el color rojo de las lesiones. También desencadenan una proliferación de las células de la epidermis, los llamados "queratinocitos".

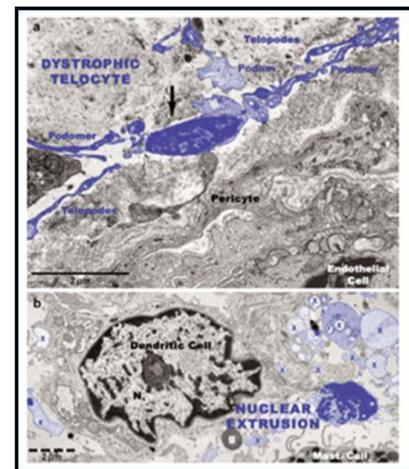


Figura 3: Cambios degenerativos en telocitos en la psoriasis

Normalmente, el proceso de recambio celular de la epidermis es de 30 días, pero en las personas con psoriasis dura aproximadamente 4 días, lo que genera la acumulación de células en la capa córnea, y se manifiesta en forma de placas de escamas blanquecinas y descamación exagerada.⁽¹⁷⁾

Además, en la inmunopatogénesis de psoriasis participan múltiples citocinas que se han convertido en blanco terapéutico. La interleucina (IL17) es necesaria en la

inmunidad contra patógenos intracelulares y extracelulares, y participa en la patogénesis de la psoriasis mediando la inflamación y el reclutamiento de diversas células del sistema inmunológico. Actualmente, se llevan a cabo estudios con medicamentos que bloquean esta citocina y su receptor, con resultados promisorios.^(18,19)

Aunque la patogenia de la entidad está poco esclarecida, hay dos hechos básicos: la hiperplasia epidérmica por un aumento de la población germinativa, y el infiltrado inflamatorio de la dermis. La inflamación viene mediada por el Linfocito T CD4+ que libera (junto al queratinocito) citocinas proliferativas, que estimulan la proliferación de las células epidérmicas. La respuesta inflamatoria es de tipo celular, frente a un autoantígeno aún desconocido, o frente a un superantígeno estreptocócico en el caso de la psoriasis en gota postinfecciosa.^(13,17,19)

Se han identificado cuatro poblaciones de células dendríticas involucradas en el desencadenamiento de la respuesta inmune en la psoriasis: las células de Langerhans, las células dendríticas de la dermis, las células dendríticas inflamatorias de la epidermis y los

plasmocitos.⁽¹³⁾

Esta teoría viene avalada por los estudios anatomopatológicos de las muestras de biopsias, así como por la efectividad de los fármacos que inhiben la activación de los linfocitos T, su expansión clonal o la liberación de citocinas proinflamatorias.⁽¹⁹⁾

El esclarecimiento de la patogenia de la psoriasis constituye uno de los retos más importantes en dermatopatológica. Un incremento de la incidencia de la enfermedad asociado a ciertos tipos HLA sugiere que existen factores genéticos que participan en la predisposición a desarrollar la enfermedad. La génesis de nuevas lesiones en lugares de traumatismo (el fenómeno de Koebner) indudablemente está proporcionándonos algún indicio básico pero todavía se nos escapa. Recientemente se han acumulado datos de que la psoriasis puede ser un tipo de reacción mediada por el complemento localizado en el estrato córneo. De acuerdo con esta hipótesis, la lesión exógena o endógena del estrato córneo en ciertas personas da lugar al desenmascaramiento de antígenos del estrato córneo. Estos antígenos desencadenan la formación de

autoanticuerpos específicos que se ligan al estrato córneo, fijan complemento y activan la cascada del complemento. La liberación local de C3a, C5a dan lugar a la activación y acumulación de neutrófilos, un fenómeno al que probablemente ayudan los metabolitos del ácido araquidónico, incluidos los leucotrienos. En el interior del estrato córneo, los neutrófilos liberan entonces proteasas de serina neutrales, que desenmascaran más antígeno y perpetúan el proceso. Como consecuencia de estos hechos se liberan factores estimuladores de la proliferación de los queratinocitos situados debajo, que determinan un aumento de recambio epidérmico y la hiperplasia y formación de escamas tan características de la psoriasis.^(19,20,21)

Sin embargo, otra posibilidad es que el trastorno primario de la psoriasis radique en el aumento de la capacidad de reclutar neutrófilos de la superficie de la dermis. Es posible que las células endoteliales psoriásicas sean inhabitualmente sensible a los estímulos de citocinas que regulan la exhibición de moléculas de adhesión de los leucocitos al endotelio, posiblemente como

consecuencia de una facilitación de la expresión del receptor de citocinas determinada genéticamente.^(1,9)

Clínicamente, la psoriasis afecta más frecuentemente la piel de los codos, rodillas, cuero cabelludo, surco interglúteo y el glande del pene. La lesión típica es una placa bien delimitada, de color rosa o salmón, revestida de escamas laxamente adheridas característicamente de un color blanco plateado. Existen variaciones, y algunas lesiones pueden tener configuraciones anulares, lineales, circulares o serpiginosas.

30 En el 30% de los casos existen alteraciones ungueales que consisten en un cambio de color a amarillo-marrón (que con frecuencia se compara a una capa de aceite), con punteado, hendiduras, separación de la lámina ungueal de su lecho (onicolisis), engrosamiento y rotura. En la variante rara denominada psoriasis pustulosa, se forman múltiples pústulas pequeñas sobre las placas eritematosas.^(22,23)

Las lesiones establecidas de psoriasis tienen un cuadro histológico característico. El aumento de recambio de células epidérmicas causa un llamativo engrosamiento de la

epidermis (acantosis), con un alargamiento regular hacia debajo de las papilas epidérmicas. Se identifican con facilidad figuras de mitosis muy por encima de estrato basal, al cual se limita la actividad mitótica en la piel normal. El estrato granuloso está adelgazado o falta, y se observa por encima una amplia escama paraqueratósica. Es típico de la psoriasis el adelgazamiento de la porción de células epidérmicas situadas encima de las puntas de las papilas dérmicas (placas suprapapilares), y la existencia de vasos dilatados, tortuosos en el interior de estas papilas. Esta constelación de hallazgos hace que haya una proximidad anormal entre los vasos de la dermis situados en las papilas dérmicas y la escama paraqueratósica que los cubre, lo cual presenta puntos sangrantes diminutos cuando se separa la escama de la placa (signo de Auspitz). Los neutrófilos forman pequeños agregados en el seno de los focos de la epidermis superficial ligeramente espongióticos (pústulas espongiiformes), y en el interior del estrato corneo paraqueratósico (microabscesos de Munro) (Figuras 4, 5, 6). En la psoriasis pustulosa, existen cúmulos mayores de neutrófilos análogos a abscesos

inmediatamente por debajo de estrato córneo.^(22,23)

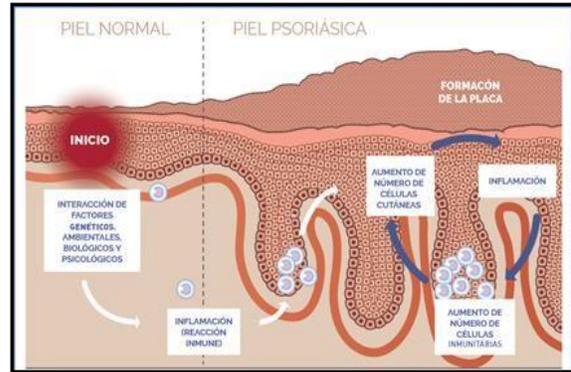


Figura 4: Desarrollo de la psoriasis

Fuente: <https://www.google.com/search?q=imagenes+de+psoriasis&source>

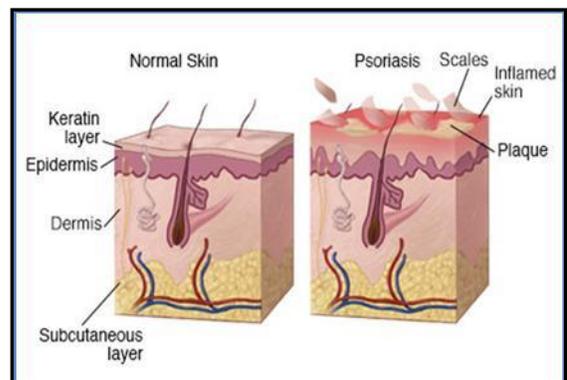


Figura 5. Morfología

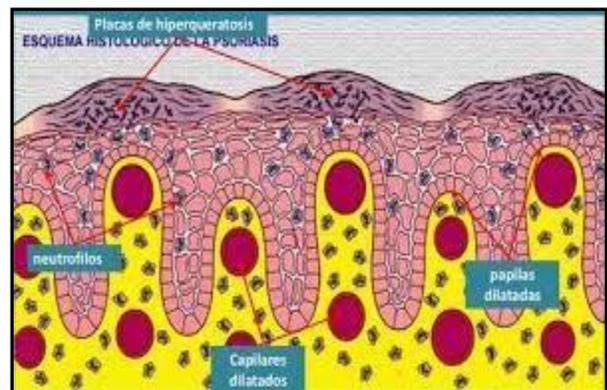
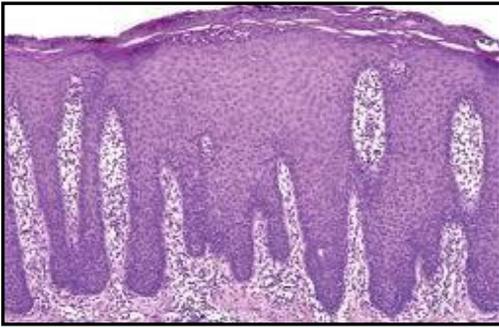


Figura 6. Aspecto histológico de la psoriasis

A. Esquema de las alteraciones psoriasis observadas en la enfermedad



B. Imagen microscópica de

Fuente:

<https://www.google.com/search?q=imagenes+histologica+s+de+psoriasis&tbm=isch&sou rce>

En general, la psoriasis es un cuadro monomorfo (no presenta varios tipos de lesión a la vez), simétrico, que puede ser limitado o muy extenso. Existen muchas variantes según la morfología de las lesiones: Psoriasis en placas o psoriasis vulgar, Psoriasis en gota o guttata, (Figura 7), Psoriasis eritrodérmica. (Figura 8), Psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis de Von Zumbusch. Impétigo herpetiforme o psoriasis gestacional o del embarazo, Psoriasis pustulosa localizada. (Figura 9), Psoriasis palmoplantar o psoriasis tipo Barber. Psoriasis lineal, Psoriasis invertida o psoriasis de pliegues. (Figura 10).^(22,23,24,25,26,27)

Las personas con psoriasis y artritis psoriásica tienen un riesgo elevado de desarrollar otras enfermedades crónicas y graves que se conocen como "comorbidities."⁽²⁸⁾



Figura 7. Psoriasis guttata eritrodérmica



Figura 8. Psoriasis



Figura 9. Psoriasis pustulosa localizada de pliegues



Figura 10. Psoriasis invertida

Fuente:

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+psoriasis&source>

Se estima que más del 30% de los casos de psoriasis desarrolla artritis psoriásica. Los enfermos con psoriasis tienen un riesgo alto de desarrollar enfermedades cardiovasculares, depresión. Está demostrado que los pacientes con psoriasis son más propensos a padecer enfermedades autoinmunes asociadas, en particular las que afectan al tracto gastrointestinal, como la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa y la enfermedad celíaca. Hipótesis adicionales que relacionan la psoriasis con la enfermedad celíaca incluyen una permeabilidad intestinal aumentada, común a ambas enfermedades. Una parte de pacientes presenta una elevada sensibilidad al gluten.⁽²⁶⁾

Varios estudios han sugerido una mayor prevalencia de cada uno de los componentes del síndrome metabólico en los pacientes con psoriasis (dislipidemia, intolerancia a la glucosa, obesidad e hipertensión), así como un aumento de la prevalencia de aterosclerosis. Una evaluación prospectiva mostró que las mujeres con psoriasis se encuentran en mayor riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión. Aproximadamente, la mitad de los pacientes presentan hígado

graso no alcohólico. Otras comorbilidades importantes son la depresión y el cáncer.⁽²⁸⁾

En general, el diagnóstico de la psoriasis se basa en la apariencia de la piel y suele ser suficiente con la realización de una buena historia clínica. Las analíticas sanguíneas no son herramientas valiosas para el diagnóstico de la psoriasis. No obstante, teniendo en cuenta las diversas presentaciones clínicas y su parecido con otras enfermedades papuloescamosas de la piel, puede ser difícil su diagnóstico para los médicos no dermatólogos. En caso de duda, se debe realizar una biopsia cutánea.^(29,30,31)

Los tratamientos para la psoriasis reducen la inflamación y aclaran la piel. Los tratamientos pueden dividirse en tres tipos principales: tratamientos tópicos, fototerapia y medicamentos sistémicos. •Tratamientos tópicos con cremas dérmicas fundamentalmente esteroides, análogos de vitamina D y humectantes.^(32,33,34)

•Terapia con luz (fototerapia): Este tratamiento usa luz ultravioleta natural o artificial. Otras formas de fototerapia comprenden el uso de luz artificial ultravioleta A o ultravioleta B, ya sea sola o combinada

con medicamentos y la luz solar.

En la psoriasis extensa o resistente a otros tipos de tratamiento, se usan medicamentos orales o inyectables. Esto se conoce como «tratamiento sistémico». Debido a los efectos secundarios graves, algunos de estos medicamentos se usan solamente por períodos breves y pueden alternarse con otras formas de tratamiento. Entre ellos tenemos: Retinoides, Metrotexato y medicamentos que alteran el sistema inmunitario (biosimilares) ^(35,36)

Actualmente se conoce que existe una molécula denominada bimekizumab bloquea la IL-17A y la IL-17F, demostrándose una buena respuesta en el tratamiento para la psoriasis.⁽³⁷⁾

En la asignatura Anatomía Patológica, no se estudia esta patología específicamente porque en la misma se imparte la asignatura de Patología General y no la Patología Sistémica, pero durante las actividades docentes hemos visitado varias instituciones y se han revisado varias bibliografías digitales e impresas de la asignatura y además revisado varios sitios Web relacionados con esta entidad y nuevamente la palabra Psoriasis ha llamado la

atención del autor por lo que se decidió la realización de este trabajo.

Objetivo General: Realizar una revisión sobre Psoriasis y su incidencia en el hospital militar 103 - Vietnam.

Objetivos específicos: Realizar una caracterización de la enfermedad basada en sus principales características etiopatogénicas, clínicas y de tratamiento. Interpretar los resultados de pacientes con psoriasis en un hospital del Vietnam desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en el período comprendido desde 01/01/2017 hasta 31/12/2018 en el hospital militar 103 ubicado en el capital Hanói de Vietnam.

Según el área de funcionamiento del hospital que es comprendido como la zona del norte de Vietnam, especialmente su capital Hanói, el universo tomado fue de la misma zona y estuvo constituido por los pacientes ingresados en el departamento de Dermatología del hospital 103 quienes tenían diagnóstico presuntivo de Psoriasis correspondiente al período de estudio (2022 pacientes) y la muestra se consideró a todos

los pacientes que tuvieron diagnóstico confirmado de la enfermedad para un total de 182.

La base de datos se confeccionó por la Doctora Quynh Dang Ngoc – Médico general integral de dicho hospital según una lista de requisitos necesarios pedidos por el autor como: número total de pacientes ingresados con diagnóstico presuntivo de la enfermedad y entre ellos cuántos tenían diagnósticos confirmados, tiempo de ingreso hospitalario. Además el número de pacientes según su género en cada grupo de edad.

Los datos fueron recogidos en las historias clínicas de los pacientes y se notaron en un “file Word – docx” y fueron enviados al autor a través del gmail propio. Se analizaron por el autor y se describieron en 2 tablas organizadas según las necesidades del autor y las teorías del tema que fueron revisadas a través de las fuentes como: libros, revistas, artículos científicos en internet entre otros.

Operacionalización de variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa discreta	<1 año; 1 – 10 años; 11 – 20 años; 21 – 30 años; 31 – 40 años; 41 – 50 años; 51 – 60 años; >60 años	Edad en años según carné identidad	Tasa de pacientes con Psoriasis según edad
Sexo	Cuantitativa nominal dicotómica	Femenino; Masculino	Según sexo biológico	Tasa de pacientes con Psoriasis según sexo
Tiempo de ingreso hospitalario	Cuantitativa discreta	<11 días; 11 – 20 días; 21 – 30 días; >30 días	Según la historia clínica de pacientes	Tasa de pacientes con Psoriasis según tiempo de ingreso hospitalario

Métodos e instrumentos para la recolección de datos:

Los datos fueron recogidos de las historias clínicas de los pacientes que padecían la enfermedad en el momento del estudio utilizando para ello un “file Word – docx”.

Técnicas y procedimiento para dar salida a los objetivos y análisis de datos:

Se efectuó primeramente un análisis de las variables seleccionadas por separados, y las relaciones que existían entre las mismas.

Organización y presentación de la información:

Se organizó los resultados en forma de tablas descriptivas y gráficos para su mejor comprensión.

Análisis de los resultados: Método estadístico

Técnicas de estadísticas descriptivas: Cualitativas (%), utilizando el paquete estadístico profesional SPSS 22.

Sobre los parámetros éticos, la investigación se realizó de acuerdo con los 4 principios básicos:

- El respeto a las personas: incluye dos pilares: Autonomía :(respeto al derecho de autodeterminación de todo aquel capaz de

hacerlo) y protección de personas con autonomía disminuida o afectada.

- La beneficencia: obligación ética de maximizar los posibles beneficios y de minimizar los posibles daños y equivocaciones.

- La no maleficencia: No hacer daño.

- El de justicia: las personas que compartan una característica deben ser tratadas de forma semejante y de forma diferente a otras que no sean partícipes del rasgo en cuestión: no se puede considerar ni tratar a todos por igual.

RESULTADOS

Después de la exhaustiva revisión realizada presentamos los siguientes resultados

Estadística de Psoriasis en el hospital

103-Vietnam:

En el periodo desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018 se observó: Número de pacientes ingresados en hospital en el departamento de Dermatología: 2022
 Número de pacientes con diagnóstico confirmado de Psoriasis: 182 lo cual representa el 0.09 % del total de pacientes con lesiones dermatológicas.

Tabla 1: Comportamiento de la psoriasis en el Hospital 103 de Vietnam según edad y sexo.

Edad	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60	Total
Masculino	6	7	10	20	23	27	35	128
Femenino	2	2	8	12	8	8	14	54
Total	8	9	18	32	31	35	49	182

Como podemos observar en esta tabla las edades de más incidencia de la enfermedad fueron en pacientes de más de 60 años de edad, lo cual correspondió al 26,9% de los mismos, seguidos por los de 51 a 60 (19,23%) y los de 41 a 50 (17,03 %) y predominó el sexo masculino para un 70,3 % de la muestra. (Figura 11)

Tabla 2: Comportamiento de la psoriasis en el Hospital 103 de Vietnam según tiempo de ingreso hospitalario y sexo.

Tiempo de ingreso hospitalario	<11 días	11-20 días	21-30 días	>30 días	Total
Masculino	46	71	6	5	128
Femenino	30	20	3	1	54
Total	76	91	9	6	182

Fuente: Historias clínicas del departamento de Dermatología del Hospital 103 de Vietnam.

En esta tabla observamos que el tiempo de ingreso hospitalario tuvo mayor incidencia entre 11 y 20 días (50%), seguidos por menos de 11 días (41,75%). Como se puede observar algunos casos tuvieron una larga estadía hospitalaria (6 casos, 3,29%) (Figura 12)

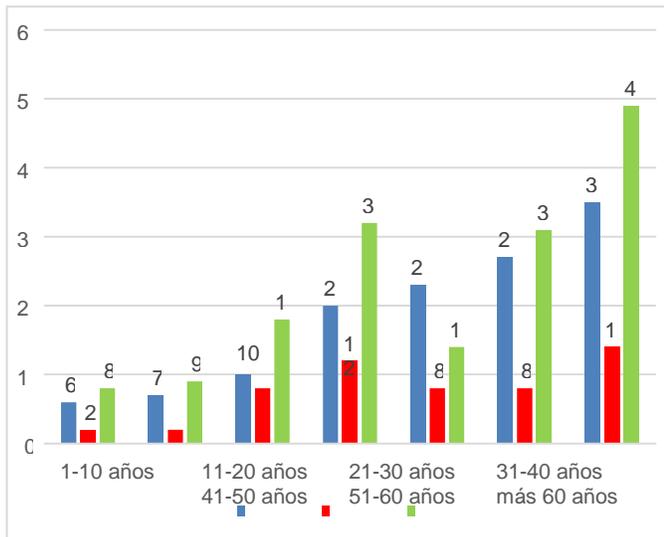


Figura 11. Comportamiento de la psoriasis en el Hospital 103 de Vietnam según edad y sexo
Fuente: Tabla 1

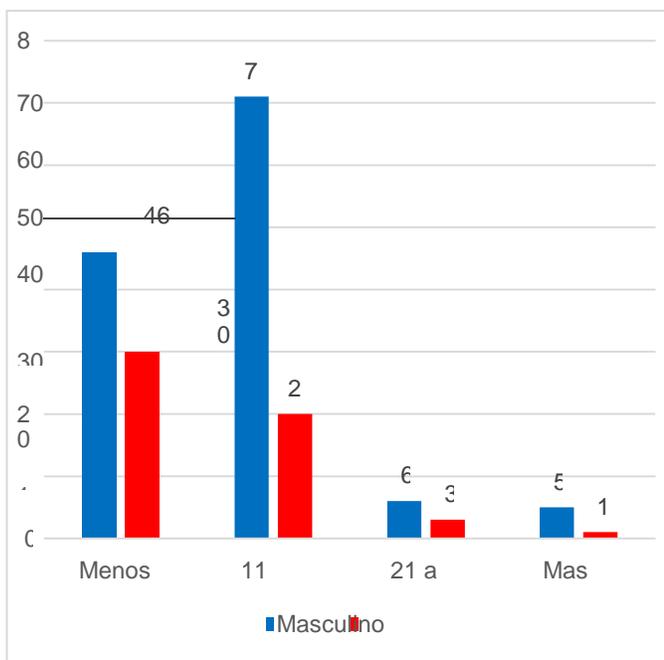


Figura 12. Grafico 2. Comportamiento de la psoriasis en el Hospital 103 de Vietnam según tiempo de ingreso hospitalario y sexo
Fuente: Tabla 2

DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad muy generalizada a nivel mundial en Europa ocupa del 2 al 6,5 % de incidencia, en América del Norte del 2,2 al 4,7%, América del Sur del

0,7 al 4,2 %, en los países de África poco lluviosos del 2,8 al 4,5% y en los lluviosos del 0,3 al 0,4%. En el Caribe alrededor del 6 % dado por la mezcla de étnicas presentes tanto de africanos, indios y caucásicos, y por último en Asia del 0,3 al 3,1%.⁽³⁸⁾

“Como observación general, la incidencia de la psoriasis es también más alta entre las poblaciones que viven más lejos del ecuador” según lo planteado por el investigador Emilio De Benito y otros autores.^(4,5,6)

En la población del Distrito Ha Dong – Hanói donde se ubica el hospital que fue de 284500 personas en el año 2017, de ellos estuvieron internados en el servicio de dermatología 2022 pacientes. Se observó que la psoriasis afecta con muy baja frecuencia en la población de dicha unidad hospitalaria de Vietnam (182, menos de 1% de pacientes con lesiones dermatológicas) que es una característica de la epidemiología de la enfermedad, ya que es un país lejos del ecuador.

Además, el número de pacientes masculinos es aproximadamente 2 veces de número de pacientes femeninos que confirma la característica: “es más probable que la

hereden los hombres que las mujeres" como lo plantean otros autores.^(2,3,4)

Algunos autores señalan que esta entidad se presenta en cualquier etapa de la vida, con mayor incidencia en las edades de 40 a 60 años y en el sexo femenino (con una proporción de 2:1 respecto al masculino); otros indican que la psoriasis posee inicio bimodal: el primer pico ocurre entre los 16 y 22 años de edad y el segundo entre los 57 y 60 años.^(39,40,41)

En la investigación de Sandra Vivas y colaboradores resaltó el sexo masculino (50,56%) en una razón 1:1 con respecto al femenino y el valor promedio de la edad 44 años. La tendencia muestra que las edades de mayor frecuencia en atención, son pacientes que se encuentran entre la tercera y la quinta década de la vida.⁽⁴²⁾

En nuestro trabajo la mayor incidencia en nuestra investigación se encontró en adultos por encima de los 60 años de edad, lo cual, no coincide con otros autores en otras investigaciones, pero sí en la reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que plantea "que es bimodal con dos picos, uno entre 16 y 22 años y otro entre 57 y 60 años;

sin embargo, la enfermedad puede afectar a cualquier edad y suele ser más común en personas mayores de 50 años".⁽⁴³⁾

También se puede observar que el período de tratamiento en las crisis de esta enfermedad en nuestro trabajo generalmente es menos de 1 mes, es raro un tratamiento que durara más de 30 días en nuestra investigación, lo cual hemos confirmado con otros investigadores.^(1,3,5)

Por todo lo anteriormente planteado existe coincidencia con un gran número de autores con lo encontrado en nuestra investigación ya que siendo Vietnam un país lejano del Ecuador, la psoriasis no es una enfermedad de alta incidencia, por lo que no constituye un problema de salud para la población de este país asiático.

CONCLUSIONES

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que presenta características etiopatogénicas, inmunológicas, clínicas y de tratamiento muy específicas cuyo diagnóstico se basa en la apariencia de la piel y suele ser suficiente con la realización de una buena historia clínica y una biopsia. Esta enfermedad tiene muy baja incidencia en la

población de Vietnam por lo que no constituye un problema de salud.

RECOMENDACIONES

Sería interesante conocer la incidencia en algunos hospitales cubanos por lo que sugerimos continuar con este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith Y, Pharm B. Epidemiología de psoriasis. Rev News medical life sciences. [Internet]. 2018. [citado 19 marzo 2019]. Disponible en: [https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Epidemiology-\(Spanish\)aspx](https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Epidemiology-(Spanish)aspx).
2. Smith Y, Pharm B. Tratamiento histórico de psoriasis. [Internet]. Rev News medical life sciences. [Internet]. 2018. [citado 19 marzo 2019]. Disponible en: [https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Historical-Treatment-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Historical-Treatment-(Spanish).aspx).
3. López de Ocari A, ¿Qué es la psoriasis y cómo se trata? Rev Cinfasalud [Internet]. 2015. [citado 19 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/cuidado-diario/piel/psoriasis/>.
4. De Benito E. La tasa de diagnosticados de psoriasis aumenta un 65% en 15 años. Rev El país. [Internet]. 2014. [citado 20 marzo 2019]. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2014/03/28/actualidad/1396026975_592710.html.
5. Khanh N. El tratamiento de psoriasis en Vietnam ha alcanzado al nivel del mundo. Rev Departamento de la salud Hanoi. [Internet]. 2017. [citado 20 marzo 2019]. Disponible en: <http://soyte.hanoi.gov.vn/vi/news/kham-chua-benh-106/phuong-phap-dieu-tri-benh-vay-nen-o-viet-nam-da-tiep-can-duoc-voi-the-gioi-2471.html>.
6. SA. Mayo Clinic. Psoriasis - Síntomas y causas. [Internet]. 2019. [citado 19 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/psoriasis/symptoms-causes/syc-20355840>.
7. Hugh, J. Weinberg J. Update on the Pathophysiology of Psoriasis [Internet]. November 2018. [citado 20 marzo 2019]; 102(5S):6-12. Disponible en: <https://www.mdedge.com/dermatology/article/178437/psoriasis/update-pathophysiology-psoriasis>
8. SA. Psoriasis Causes & Triggers. National Psoriasis Foundation [Internet]. 2019.

[citado 19 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/causes>.

9. Ramirez J, Alsina Gibert M, Aguilera P, Gomez Armayones S. Factores de riesgo de la Psoriasis. Clinic Barcelona [Internet]. Febrero 2019. [citado abril 2019] <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/psoriasis/causas-y-factores-de-riesgo>.

10. Lee E, K. Wu K, Lee M, Bhutani T, Wu J. Psoriasis Risk Factors and Triggers. CLINICAL REVIEW [Internet]. 2018. [citado abril 2019]; 102:5S. Disponible en: https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/November-2018/CT102005018_S.PDF.

11. Otero Gonzales F, Consenso Nacional de Psoriasis, 2009. [Internet]. 2009 [citado 20 marzo 2019]. Disponible en: <http://svderma.org/revista/index.php/ojs/article/view/31/31>.

12. Habashy J. Psoriasis-Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Rev Medscape. [Internet]. 2019. [citado 20 marzo 2019]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview>.

13. SA. Estadísticas sobre la psoriasis - Aclara la psoriasis - Acción Psoriasis. Rev Acción psoriasis. [Internet]. 2019. [citado 19 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.accionpsoriasis.org/aclaralapsoriasis/estadisticas-psoriasis/>.

14. Xiangdong W, Dragos C. Telocytes - Connecting Cells. Springer. [Internet]. 2016. [citado 19 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.springer.com/gp/book/9789811010606>.

15. Manole C.G, Gherghiceanu MG, Simionescu O. Telocyte dynamics in psoriasis. J Cell Mol Med [Internet]. [citado 19 marzo 2019] 19(7): 1504-1519 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511349/>.

16. Hinescu ME, et al. Interstitial Cajal-like cells in rat mesentery: an ultrastructural

- and immunohistochemical approach. *J Cell Mol Med.*; [Internet]. 2008. [citado en 11/Mayo/2019].12(1):260–70.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18194443>.
17. Gherghiceanu M, Popescu LM. Cardiac telocytes - their junctions and functional implications. *Cell Tissue Res.* [Internet]. 2012. [citado en 11/Mayo/2019]. 348:265–79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22350946>
18. Hinescu ME, Gherghiceanu M, Suci L, et al. Telocytes in pleura: two- and threedimensional imaging by transmission electron microscopy. *Cell Tissue Res.* [Internet]. 2011. [citado en 11/Mayo/2019].343:389–97.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21174125>.
19. SA.The Immune System and Psoriatic Disease.National Psoriasis Foundation. [Internet]. 2018. [citado 19 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/research/science-of-psoriasis/immune-system>.
- 20- Alfonso-Valdés ME. Inmunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad. *Revista Cubana de Hematología.* [Internet]. 2012. [citado 19 marzo 2019].28(4):357-373 .Disponible en :<http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v28n4/hih05412.pdf>.
21. Ramírez LC, Margarita MV. Aspectos de la IL-17 en la inmunopatogénesis de la psoriasis: un nuevo blanco terapéutico. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* [Internet]. 2015. [citado 31 marzo 2019]. Disponible en: https://revistasocolderma.org/sites/default/files/aspectos_de_la_il-17_en_la_inmunopatogenesis_de_la_psoriasis_un_nuevo_blanco_terapeutico.pdf
22. Robbins y Cotran. *Patología estructural y funcional*. 9na ed. Elsevier España, S.L. 2015.Cap 25: 1165-1166.
- 23- Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster J: Robbins. *Basic Pathology*. 10th. Ed. Philadelphia: Elseviers Saunders; 2017. Cap. 24: 892-893.

24. SA. Psoriasis. Cuidate plus. [Internet]. 2015 [citado 20 marzo 2019]. Disponible en:
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/dermatologicas/psoriasis.html>
25. SA. Tipos de Psoriasis. Acción psoriasis. [Internet]. 2013. [citado 20 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.accionpsoriasis.org/sobre-la-psoriasis/tipos-de-psoriasis.html>.
26. Alegre de Miquel V. Psoriasis. [Internet]. 2017. [citado 20 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.uv.es/derma/CLindex/CLpsoriasis/clpsoriasis.html>.
27. Peramiquel L, Dalmau J A, Pimentel L, Puig Ll. Psoriasis. Rev Farmacia profesional. [Internet]. 2004. [citado 20 marzo 2019]. Vol. 18. Núm. 9. Pág. 5-77. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-psoriasis-13068674>
28. SA. National Psoriasis Foundation. Comorbidities Associated with Psoriatic Disease. [Internet]. 2018. [citado 20 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/related-conditions#both>.
29. Raychaudhuri SK, Maverakis E, Raychaudhuri SP. Diagnosis and classification of psoriasis. Rev Autoimmun. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24434359>.
30. Ríos Hidalgo N, Ochoa Asse R, Ríos Rodríguez JJ, Goti Parada MM, Pérez Cárdenas JC, Ferrer Rodríguez M de los A, et al. Métodos de estudio de la anatomía patológica. En: Patología general [Internet]. La Habana: ECIMED; 2014. Cap 2, p. 10-24. [citado 16 ene 2018] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/patologia_general/patologia_general_completo.pdf.
31. Johnson MA, Armstrong AW. Clinical and histologic diagnostic guidelines for psoriasis: a critical review. [Internet]. 2013. Rev Allergy Immunol. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22278173>.
32. SA. Mayo Clinic. Psoriasis–Diagnóstico y Tratamiento. [Internet]. 2019. [citado 20

marzo 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/psoriasis/diagnosis-treatment/drc-20355845>.

33. SA. Medline Plus. Psoriasis. [Internet]. 2018. [citado en 11/Mayo/2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/psoriasis.html> .

34. Quiroz-Vergara JC, Morales-Sánchez MA, Castillo-Rojas G, López-Vidal Y, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F y otros autores. Diagnóstico tardío de psoriasis: motivos y consecuencias. Gaceta Médica de México. [Internet]. 2017. [citado 20 marzo 2019] ; 153:335-43. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n3/GMM_153_2017_3_335-343.pdf. 35. 35.

Rendon A , Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. Int J Mol Sci. [Internet]. 2019 Mar 2017. [citado abril 2019]. 20(6): 1475. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6471628/> .

36. Carrascosa JM, Belinchón I, de-la-Cueva P, Izu R, Luelmo J, Ruiz-Villaverde R. Recomendaciones de expertos para el tratamiento de la psoriasis en situaciones especiales. Actas Dermosifiliogr. 2015 [citado 10/01/2018];106(24):112-6. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0001731014004839.pdf?locale=es_ES.

36. Cockerell CJ. REVISIÓN PSORIASIS IPC [Internet]. Enero 2019. [citado 20 marzo 2019].15:1. Disponible en: https://www.psoriasisCouncil.org/docs/ipc_review_2018_january_spanish-final.pdf.

37. Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. JEADV. [Internet]. Jul 2018. [citado enero 2019]. Disponible en : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1468-3083.2001.00192.x>
First published: 07 July 2008. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2001.00192.x>

38. National Psoriasis Foundation. Statistics [Internet]. 2018 [citado 16/03/2018]. Disponible en: <https://www.psoriasis.org/content/statistics>.

40. Valdés Solís E, Colorado García LM, Lozano Nuevo JJ, Rubio Guerra F. Asociación

- entre la severidad de la psoriasis en placas y el síndrome metabólico. Med Int Méx. . [Internet]. 2016 [citado 16/03/2018];32(2):190-200. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim162f.pdf>
41. Ni C, Chiu M. Psoriasis and comorbidities: links and risks. Clin Cosmet Investig Dermatol. . [Internet].2014 [citado 16/03/2018];7: 119-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000177/pdf/ccid-7-119.pdf>
42. Vivas Toro S, Núñez Z, González L, Acosta D, Puerta L, Ochoa F. Psoriasis: perfil clínico epidemiológico de la consulta. Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". 2002-2012. Comunidad y Salud. [Internet]. 2014. [citado 16/03/2019];12:1. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000100004.
- 43- World Health Organization. Global Report on psoriasis. Geneva: WHO. [Internet]. 2016 [citado 16/03/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/204417>.