

Psoriasis. Estudio descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes.

Psoriasis. A Descriptive Study of Comorbidities in 114 Patients.

Caroline Chanussot¹, Roberto Arenas²

¹ Dermatóloga, Hospital General de Pemex de Veracruz, Veracruz

² Dermatólogo y micólogo; Jefe, Sección de Micología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, Ciudad de México

Fecha de aceptación: diciembre, 2014

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad multifactorial, crónica, inflamatoria, sistémica y de base inmunogenética que se asocia con padecimientos concomitantes. Los autores desarrollaron un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo para conocer las características clínicas y epidemiológicas e identificar las comorbilidades de pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital General de Pemex de Veracruz durante el periodo julio 2006-septiembre 2014. El presente artículo detalla los hallazgos.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis, comorbilidades, síndrome metabólico

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, multisystemic, inflammatory disease of immunogenic background, often associated to various comorbidities. The authors designed a descriptive, observational, retrospective study to determine the clinical and epidemiological features and comorbidities of patients with psoriasis at the Pemex General Hospital of Veracruz over the July 2006-September 2014 period. This paper describes the results.

KEYWORDS: Psoriasis, comorbidities, metabolic syndrome

Introducción

La psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria y sistémica de etiología genética, que afecta principalmente la piel y las articulaciones, y puede ser modificada por factores inmunitarios, ambientales, psicosomáticos y bacterianos. Se estima que su prevalencia mundial es 2%. En México representa 2% de la consulta dermatológica, con una incidencia aproximada de 2.5 millones de personas afectadas de las cuales, 25-30% cursa con un cuadro clínico de moderado a severo.^{1,2,3}

La forma más común de la enfermedad es la psoriasis en placas y son lesiones eritematoescamosas de características clínicas variables que afectan las superficies extensoras. Es más común en caucásicos, incidiendo en mujeres y hombres en igual proporción. La edad más frecuente de presentación es entre el segundo y cuarto decenio de la vida, si bien 10-15% de los casos son niños.^{1,6}

En los últimos años, se ha informado de una asociación entre psoriasis y otras enfermedades como síndrome

metabólico, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia y obesidad. Dicha asociación podría deberse a mediadores inflamatorios sistémicos propios de los individuos con psoriasis, factores de riesgo compartidos o secundarios al tratamiento para la enfermedad.^{4,5}

La psoriasis es crónica y requiere de frecuentes consultas y ajustes en el tratamiento, lo que puede ocasionar gran insatisfacción por la dificultad para una resolución total y el impacto en la calidad de vida, sobre todo en pacientes con comorbilidades.

Objetivo

Implementar un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo a fin de conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital General de Pemex de Veracruz e identificar las comorbilidades de esa población.

CORRESPONDENCIA

Caroline Chanussot ■ carolinechanussot@gmail.com

Hospital General de Pemex de Veracruz, Calle Miguel Ángel de Quevedo S/N esquina Raz y Guzmán, Colonia Formando Hogar, 91710 Veracruz, Veracruz, Teléfono: (229) 989 28 00.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo a partir de la información obtenida del archivo del Hospital General de Pemex de Veracruz, abarcando el periodo de julio de 2006 a septiembre de 2014. Fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de psoriasis, asentando los datos epidemiológicos y clínicos de cada individuo: edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal. En cuanto al diagnóstico de psoriasis, se registró: tipo de psoriasis, tiempo de evolución, índice de severidad y área afectada (PASI), así como enfermedades asociadas.

Las medidas antropométricas del expediente (peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial) fueron registradas por personal de enfermería antes de enviar al paciente a la consulta médica.

El cálculo de IMC se hizo con la fórmula de Quetelet (peso en kilogramos dividido entre la talla en metros elevada al cuadrado) para definir los siguientes parámetros: IMC 25-29.9 = sobrepeso; IMC 30-39.9 = obesidad; IMC > 40 = obesidad extrema.

El grado de gravedad de la dermatosis se estableció con base en el sistema PASI que evalúa el grado de eritema, infiltrado y descamación de las lesiones psoriásicas respecto del porcentaje de área topográfica comprometida con una puntuación de 0 a 72 (leve: ≤ 20 ; moderado: 20-50; grave: > 50).

Se diagnosticó síndrome metabólico si el paciente cumplía 3 de los 5 criterios de la clasificación ATP III modificada por la Asociación Estadounidense del Corazón: triglicéridos en sangre > 150 mg/dl o medicación para disminuirlos; HDL < 40 en hombres o < 50 en mujeres o uso de medicación específica; TA $> 130/85$ o medicación con el objetivo de su descenso; perímetro de cintura > 88 en mujeres, > 102 en hombres; y glicemia > 100 mg/dl o medicación con el objetivo de su descenso.

Un médico reumatólogo diagnosticó y confirmó artritis psoriásica con base en datos clínicos, radiográficos y de laboratorio.

Resultados

Durante el periodo de estudio, que abarcó de julio 2006 a septiembre 2014, se otorgaron 24,004 consultas a un total de 6,722 pacientes. De ellos, 114 individuos fueron diagnosticados clínicamente con psoriasis, lo que representó 1.71% del total de la consulta dermatológica.

La población incluyó 63 hombres (56.1%) y 51 mujeres (44.71%), con la siguiente distribución por grupos etarios: 8 pacientes menores de 18 años; 17 individuos de 18 a 39

años; 46 pacientes entre 40 y 59 años de edad; y 43 mayores 60 años (edad promedio de 51.53 años). El tiempo de evolución fue muy variable, de 1 mes a 43 años de evolución (promedio: 6 años).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, la psoriasis en placas fue la forma predominante (97 pacientes, 85%; Figura 1), seguida por psoriasis de la piel cabelluda (9 casos; 7.8%), psoriasis en gotas (5 individuos; 4.38%) y psoriasis invertida (3 pacientes; 2.63%).

La mayoría de los enfermos (110) tenían un cuadro psoriásico leve (PASI 0 a 20) y solo 4 presentaban psoriasis moderada (PASI 20 a 50); sin embargo, 21 enfermos tenían PASI > 10 . Así mismo, 27 individuos presentaban afectación de más de 10% de la superficie corporal y de ellos, 18 tenían PASI > 10 (15.78%), por lo que recibieron tratamiento sistémico (metotrexate, leflunomida, etanercept, adalimumab, infliximab y certolizumab).

Por otra parte, 11 pacientes (9.64%) presentaban afectación articular (Figura 2). Además, 46 (40.35%) tenían sobrepeso, 36 (31.57%) caían en el rango de obesidad y 5 (4.38%) presentaban obesidad extrema: en total 87 pacientes (76.31%) con sobrepeso u obesidad.

Se diagnosticó síndrome metabólico en 29 casos (25.43%). De los pacientes PASI > 10 , 2 presentaron el síndrome y 2 tenían artritis psoriásica.



Figura 1. Psoriasis en placas.



Figura 2. Artritis psoriásica con deformación de las articulaciones interfalángicas

Así mismo, se detectó que 33.91% de la población (39 pacientes) sufría de hipertensión arterial sistémica; 26.9% (31 pacientes) padecía diabetes mellitus y 11.4% (13 individuos) presentaba dislipidemia.

Otras enfermedades asociadas con psoriasis incluyeron: cardiopatía isquémica (2 pacientes; 1.75%), colon irritable (1 paciente 0.87%) y hepatopatía alcohólica (1 paciente 0.87%).

Discusión

La psoriasis es una de las causas más frecuentes de consulta dermatológica, representando 1.71% de las solicitudes de atención. La mayor parte de los estudios informa de una prevalencia superior a 1% —por ejemplo: 2% en Suecia, 1.43% en España, 2.90% en Italia—, mientras que en Estados Unidos, la incidencia oscila de 0.7% a 2.6% y en Reino Unido es de 0.73%.⁷ Se ha sugerido que, además de factores como el genético, esa variación puede depender de la distancia respecto del Ecuador, pues las poblaciones más próximas son menos susceptibles del padecimiento que las más alejadas.⁷

El presente análisis detectó ligero predominio en hombres (56.1%) sobre las mujeres (44.71%), aun cuando no existe un acuerdo sobre la prevalencia de psoriasis por género. En un estudio de la Ciudad México, la psoriasis se observó con más frecuencia en mujeres que en hombres, lo que confirmó el hallazgo de investigaciones realizadas en Suecia, Noruega, Alemania y Estados Unidos.³

Sin embargo, estudios llevados a cabo en Dinamarca y Australia establecieron una mayor incidencia en varones, mientras que otros autores estadounidenses y noruegos no observaron diferencias por género.⁷

En términos de grupos etarios, el padecimiento predominó en adultos mayores de 40 años de edad, resultado semejante al difundido en la literatura.⁷

La mayoría de la población cursó con psoriasis leve, pero 21 pacientes presentaron PASI > 10 y 18 de ellos (15.7%) requirieron de tratamiento sistémico.

La artritis psoriásica estuvo presente en 9.64% de los casos, resultado equivalente al publicado por otros estudios donde la prevalencia oscila de 6 a 42%.^{8,9}

En cuanto a comorbilidades, 76.31% de la población de estudio tenía sobrepeso u obesidad. Diversos autores han demostrado una correlación entre sobrepeso/obesidad y la presencia de psoriasis.¹⁰ La obesidad es, de hecho, un estado inflamatorio crónico del tejido adiposo donde los macrófagos estimulan la secreción de mediadores inflamatorios (adipocitocinas) como factor de necrosis tumoral alfa (FNT- α), interleucina 6 (IL 6) y leptina que también desempeñan un papel en la patogénesis de psoriasis.⁴ Los pacientes con psoriasis tienen altos niveles de leptina, lo que favorece procesos proliferativos y antiapoptóticos de las células T, así como el aumento de IL-6 y FNT- α .⁴ Si bien la obesidad predispone a la psoriasis, también la psoriasis favorece la obesidad.¹¹

Se ha sugerido que la incidencia del síndrome metabólico varía de 14 a 40%,¹² y en este estudio, 29 pacientes (25.43%) fueron diagnosticados con síndrome metabólico. Sin embargo, en un estudio del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Ciudad de México, la incidencia del síndrome metabólico en una población de 103 pacientes con psoriasis fue de 41.7% (vs. 20% del grupo control).³ De hecho, se obtuvieron resultados similares en un estudio realizado en Estados Unidos: 40% de los pacientes con psoriasis tuvo síndrome metabólico (vs. 23% del grupo control).¹² Un meta-análisis de 12 estudios observacionales estableció que la prevalencia del síndrome metabólico varía de 14 a 40% en pacientes con psoriasis.¹² Ya que la incidencia del síndrome metabólico en la población en general se estima entre 15 y 24%, puede afirmarse que los pacientes con psoriasis tienen una elevada incidencia de síndrome metabólico.¹³

Los pacientes con psoriasis tienen mayor actividad de renina plasmática y mayor actividad de la enzima convertidora de angiotensina, de modo que son propensos a desarrollar hipertensión arterial sistémica.¹⁴ En nuestro estudio, 33.91% de la población con psoriasis tenía diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, aunque

diversos autores citan cifras que oscilan de 19.23% a 39.1%.^{3,6,15}

Por último, 26.9% de la población de estudio tenían diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2. Se ha sugerido que las citocinas Th1 que producen los pacientes con psoriasis promueven la resistencia a la insulina.¹⁶ En un estudio con una cohorte de 108,132 pacientes, Azfar *et al.* demostraron que la psoriasis es un factor de riesgo para diabetes tipo 2 y que el riesgo es mayor en pacientes con enfermedad severa.¹⁷

Conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con otros publicados en la literatura internacional y robustecen la información disponible en nuestro medio. La psoriasis es un trastorno inflamatorio sistémico cuyo amplio rango de comorbilidades obliga a investigar las enfermedades asociadas para brindar un tratamiento integral a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 5ª ed, México, McGraw Hill, 2013: 609-619.
2. Tavizón Ramos OE, Aguirre Gonzalez JD, Peralta Pedrero ML, Romero Alvarez J, Jurado Santa Cruz F. "Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas". *Secretaría de Salud, México*, 2013 [http://www.cenetec.salud.gob.mx]
3. Espinoza-Hernandez CJ, Lacy-Niebla RM, Soto-López ME, Kesch-Tro-
nik NS, Vega-Memije ME. "Prevalencia del síndrome metabólico (SM)
en pacientes con psoriasis". *Gac Med Mex* 2014; 150: 311-316.
4. Ni C, Chiu M W. "Psoriasis and comorbidities: links and risks". *Clin
Cosmetic Invest Dermatol* 2014; 7: 119-132.
5. Aurangabadkar S. "Comorbidities in psoriasis". *Indian J Dermatol
Venereol Leprol* 2013; 79: 10-17.
6. Ponce-Rodríguez M, Mendoza R. "Características clínico-epidemioló-
gicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional". *Dermatol Peru*
2012; 22(3): 144-150.
7. Parisi R, Symmons D, Griffiths C. "Global epidemiology of Psoriasis: a
systematic review of incidence and prevalence". *J Invest Dermatol* 2013;
133: 377-385.
8. Prey S, Paul C, Bronsard V, Puzeat E, Gourraud PA, Aractingi S, *et al.*
"Assessment of risk of psoriatic arthritis in patients with plaque psori-
asis: a systematic review of the literature". *J Eur Acad Dermatol Venereol*
2010; 24(Suppl.2): 31-35.
9. Rojas R, Castellanos H, Peñaranda E. "Prevalencia del síndrome me-
tabólico, gravedad clínica y calidad de vida en pacientes con psoriasis
del Hospital Universitario de la Samaritana". *Rev Asoc Colomb Dermatol*
2013; 21(3): 220-225.
10. Engin B, Kutlubay Z, Yardimi G, Ambarcioglu P, Serdaroglu S, Tuzun Y.
"Evaluation of Body Composition parameters in patients with psoria-
sis". *Int J Dermatol* 2014; 53(12): 1468-1473.
11. Carrascosa JM, Rocamora V, Fernandez-Torres R, Jiménez-Puya R,
Moreno JC, Coll-Pulgarserver N, Fonseca E. "Obesidad y psoriasis: natu-
raleza inflamatoria de la obesidad, relación entre psoriasis y obesidad
e implicaciones terapéuticas". *Actas Dermo Sifiliogr* 2014; 105(1): 31-44.
12. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. "Psoriasis and metabo-
lic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational
studies". *J Am Acad Dermatol*. 2013; 68(4): 654-662.
13. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. "Prevalence of the metabolic syn-
drome among US adults: findings from the third National Health and
Nutrition Examination survey". *JAMA* 2002; 287(3): 356-359.
14. Huskie J, Alendar F. "Tissue angiotensin-converting enzyme in patients
with various clinical forms of psoriasis". *Bosn J Basic Med Sci* 2007; 7(2):
103-106.
15. Jacobi A, Kupke C, Behzad M, Hertl M. "Comorbidities, metabolic
risk profile and health-related quality of life in German patients
with plaque-type psoriasis: a cross-sectional prospective study". *Int
J Dermatol* 2013; 46: 1081-1087.
16. Brauchli YB, Jick SS, Meier CR. "Psoriasis and the risk of incident dia-
betes mellitus: a population-based study". *Br J Dermatol*. 2008; 159(6):
1331-1337.
17. Azfar RS, Seminara NM, Shin DB, Troxel AB, Margolis DJ, Gelfand JM.
"Increased risk of diabetes mellitus and likelihood of receiving diabe-
tes mellitus treatment in patients with psoriasis". *Arch Dermatol* 2012;
148(9): 995-1000.