

Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa

Epidemiological, clinical and histopathological characteristics of patients with psoriasis and factors associated with vulgar and pustular forms.

Ángela Ortega-Hernández,^{1*} Nicaela Restrepo-López,^{1,2*} Yina Stefany Rosero,^{1*} Franky Úsuga-Úsuga,^{1,2*} Luis Alfonso Correa-Londoño,^{2,5} Nancy Dora Marín-Agudelo,³ Oscar Quirós-Gómez,⁴ Margarita Velásquez-Lopera^{2,5}

Resumen

ANTECEDENTES: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada, que afecta a 1-3% de la población mundial, con repercusiones biológicas y psicosociales.

OBJETIVOS: Describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de la psoriasis y determinar los factores asociados con las formas vulgar y pustulosa.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo de corte transversal, en el que se hizo recolección retrospectiva de la información de pacientes atendidos en el Laboratorio de Dermatopatología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, entre 1976 y 2016. Se describen frecuencias absolutas y relativas, además del uso de tablas y gráficos para las características cualitativas, y promedio con desviación estándar para las variables cuantitativas. Con regresiones logísticas simples y χ^2 se determinaron los factores asociados con psoriasis vulgar y pustulosa, se consideró significación estadística con valor $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 1473 registros. La forma más frecuente fue la psoriasis vulgar (77.7%). El 61.7% eran mujeres; el promedio de edad fue de 38.3 ± 20.3 años. Las lesiones más frecuentes fueron las pápulas y las placas eritematosas descamativas, de predominio en las extremidades y el tronco. Las pústulas espongiformes de Kogoj afectaron a 9.4% de los casos.

CONCLUSIONES: La prevalencia de psoriasis en el periodo 1976-2016 fue de 2.8%, la psoriasis vulgar fue la más frecuente. La edad promedio fue de 38.3 años con predominio en mujeres. La pústula espongiforme de Kogoj se asoció significativamente con la forma vulgar y pustulosa.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis; diagnóstico; histología; epidemiología; Colombia.

Abstract

BACKGROUND: Psoriasis is a chronic, immune-mediated inflammatory disease that affects 1-3% of the world population, with biological and psycho-social repercussions.

OBJECTIVES: To describe the epidemiological, clinical and histopathological characteristics of patients with psoriasis, and to determine factors associated with vulgar and pustular forms.

MATERIAL AND METHOD: A descriptive cross-sectional study with retrospective collection of information of patients treated at the Dermatopathology Laboratory of the University of Antioquia, Medellin, Colombia, between 1976 and 2016. Absolute and relative frequencies are described, in addition to the use of tables and graphs for qualitative characteristics, and average with standard deviation for quantitative variables.

*Estos autores contribuyeron de igual forma en la elaboración de este trabajo.

¹ Escuela de Microbiología.

² Centro de investigaciones Dermatológicas (CIDERM), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética.

⁴ Grupo de Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES, Medellín, Colombia.

⁵ Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

Recibido: agosto 2017

Aceptado: noviembre 2017

Correspondencia

Margarita Velásquez Lopera
margarita.velasquez@udea.edu.co

Este artículo debe citarse como

Ortega-Hernández A, Restrepo-López N, Rosero YS, Úsuga-Úsuga F y col. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. Dermatol Rev Mex. 2018 mayo-junio;62(3):193-205.

With simple logistic regressions and χ^2 , the factors associated with vulgar and pustular forms were determined; a statistically significant relationship was considered with $p < 0.05$.

RESULTS: 1473 records of patients with psoriasis were included. The most frequent form was vulgar psoriasis (77.7%); 61.7% of the patients were women; the average age was 38.3 ± 20.3 years. The most frequent lesions were papules and erythematous desquamative plaques, predominantly in the extremities and trunk. The spongiform pustules of Kogoj presented in 9.4% of the cases.

CONCLUSIONS: The prevalence of psoriasis during the period 1976-2016 was 2.8%, the vulgar psoriasis form was the most frequent. The average age was 38.3 years with predominance in women. The spongiform pustule of Kogoj was significantly associated with the vulgar and pustular form.

KEYWORDS: Psoriasis; Diagnosis; Histology; Epidemiology; Colombia.

ANTECEDENTES

La psoriasis es una enfermedad inmunomediada, de carácter crónico y recurrente que afecta, en promedio, a 1-3% de la población mundial.^{1,2} La prevalencia puede variar según la edad, el género, la etnia y el área geográfica, es más frecuente en los países más distantes del ecuador, como es el caso de los países nórdicos, donde puede llegar hasta 11.4%.^{1,3} En su inmunopatología se ha descrito la activación persistente del sistema inmunitario innato y adaptativo, las células Th17 son centrales en la promoción de un ambiente inflamatorio multisistémico, con manifestaciones en la piel, las articulaciones y relacionado con comorbilidades especialmente metabólicas y cardiovasculares.⁴ Si bien la enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, los estudios indican que la psoriasis tiene inicio bimodal, el primer pico ocurre entre 16 y 22 años y el segundo entre 57 y 60 años.³

La piel es la localización anatómica más afectada y la psoriasis se manifiesta como máculas,

pápulas, placas y pústulas; además, puede ocasionar prurito y dolor.^{3,5} Las lesiones afectan principalmente el cuero cabelludo, el tronco, las extremidades superiores e inferiores y las uñas.^{6,7} De acuerdo con las características clínicas e histopatológicas de las lesiones en piel y anexos, se clasifica en psoriasis en placas (vulgar), en gotas (guttata), inversa, pustulosa generalizada, pustulosa palmoplantar, ungueal y eritrodérmica.⁸ Se describe que la psoriasis en placa es la más común, representa aproximadamente 90% de los casos.⁹

El tratamiento de la psoriasis se enfoca de acuerdo con la gravedad de la enfermedad; se prescribe tratamiento tópico en los casos leves y sistémico en los moderados o graves. La enfermedad puede tener periodos de recaídas y remisiones¹⁰ y, a pesar de los avances terapéuticos, hasta ahora no ha sido posible su curación definitiva. La psoriasis afecta la calidad de vida de quienes la padecen no sólo por las lesiones que produce, sino también por las enfermedades concomitantes y el efecto psicosocial que genera.^{3,11}

En Colombia son pocos los reportes de su prevalencia, según los datos del Servicio de Dermatología de la Universidad CES, entre 1995 y 1999 la psoriasis representó el quinto diagnóstico dermatológico más consultado.¹² En 1999 Sanclemente y colaboradores¹³ reportaron la psoriasis como una de las principales causas de consulta en los servicios de consulta externa de adultos y niños en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín, con 6.4%.¹³ En 2004, alrededor de 3% de las consultas en Dermatología del Hospital Simón Bolívar y del Hospital Militar Central en Bogotá correspondieron a psoriasis.¹⁴ Las cifras más recientes de la enfermedad en Colombia fueron publicadas por Rosado-Buzzo y colaboradores en 2012, con prevalencia de 2% (IC95% 1.7-2.2%).¹⁵

El Laboratorio de Dermatopatología de la Sección de Dermatología de la Universidad de Antioquia es un centro de referencia para el diagnóstico de enfermedades de la piel que presta servicio principalmente a los pacientes del área metropolitana de la ciudad de Medellín, también a las diferentes regiones del departamento de Antioquia y a algunos departamentos del noroeste colombiano. Cuenta con registros clínicos y reportes de estudios histológicos, placas y bloques de piel preservados en parafina desde 1976 hasta la actualidad, y no se habían realizado estudios de caracterización de pacientes con psoriasis. Conocer la relevancia y las características clínicas e histopatológicas de la psoriasis en la población local es fundamental para contribuir a la actualización de la estadística y epidemiología de la enfermedad en la región y el país, además, porque es la base para la planificación de estrategias de diagnóstico temprano, identificación de grupos de riesgo y educación para el tratamiento de esta enfermedad. El objetivo de este estudio fue describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de los pacientes con psoriasis a partir de registros del Laboratorio de

Dermatopatología de la Universidad de Antioquia, entre 1976 y 2016, además de determinar los factores asociados con las formas vulgar y pustulosa.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal con recolección retrospectiva de la información de pacientes atendidos en el Laboratorio de Dermatopatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, a partir de registros clínicos en un periodo de 40 años (del 17 de marzo de 1976 al 17 de marzo de 2016).

Se describieron variables epidemiológicas (sexo, edad y procedencia), clínicas (edad de aparición, tiempo de evolución, tipo de lesión, distribución anatómica, examen de biopsia previo al diagnóstico, tratamiento previo, sitio anatómico de la biopsia, enfermedad concomitante y tipo de psoriasis) e histopatológicas (hiperqueratosis con paraqueratosis, microabscesos de Munro, capa granular, acantosis, pústulas espongiiformes de Kogoj, atrofia suprapapilar, pústulas, vesículas espongióticas, ectasia vascular, infiltrado inflamatorio crónico, neutrófilos y eosinófilos, extravasación eritrocitaria y edema dérmico).

Se realizó análisis univariado de frecuencias absolutas y relativas, además, tablas y gráficos de barras para describir las características cualitativas. Respecto a la edad y tiempo de evolución se describe el promedio y la desviación estándar. Se utilizó la prueba χ^2 y la regresión logística simple para determinar los factores relacionados con las formas más frecuentes de psoriasis: vulgar y pustulosa. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0.05$. Los análisis se realizaron en el programa IBM SPSS Statistics, versión 21, licencia de la Universidad CES.

Consideraciones éticas

El estudio se basa en la información clínica e histopatológica contenida en los registros del laboratorio, no fue necesario tomar una nueva biopsia, es decir, se analizó la biopsia correspondiente al diagnóstico del paciente. De acuerdo con las normas técnico-científicas del Ministerio de Salud, se considera una investigación sin riesgo. Los investigadores declaran que preservan la privacidad y confidencialidad de la información e identidad de los pacientes.

RESULTADOS

Se encontraron 51,977 registros histopatológicos, de los que 1566 tenían diagnóstico de psoriasis. Las placas histopatológicas de los registros incluidos fueron evaluadas por un coinvestigador, profesor de Dermatopatología. Para consignar los hallazgos se elaboró un formulario tipo lista de chequeo con base en la revisión de la bibliografía, estos criterios fueron revisados y aprobados por dos patólogos independientes. Se excluyeron 93 registros; 22 por falta de información clínica y 71 por no cumplir los hallazgos histopatológicos de psoriasis descritos por Kim y colaboradores;¹⁶ la muestra final correspondió a 1473 registros.

Características epidemiológicas

La edad mínima fue de 2 meses y la máxima de 89 años, el tiempo de evolución de la enfermedad estuvo entre 3 días y 84 años (**Cuadro 1**). El 81.6% de los pacientes residía en el área metropolitana, 15.8% en otras regiones del departamento de Antioquia y 2.6% eran procedentes de otras regiones de Colombia.

Características clínicas

Las pápulas y placas eritematosas descamativas, la hiperqueratosis y las pústulas fueron los tipos

Cuadro 1. Descripción de edad (años), edad de aparición y tiempo de evolución (años) con la respectiva desviación estándar (DE), discriminado por sexo

	Femenino		Masculino	
	n = 909 (61.7%)		n = 564 (38.3%)	
	Ā	DE	Ā	DE
Tiempo de evolución	3.4	6.3	3.5	6.7
Edad	38.3	19.7	38.3	21.31
Edad de aparición	34.8	20.1	34.8	21.3
	Núm.	%	Núm.	%
< 40	514	56.5	324	57.4
≥ 40	395	43.5	240	42.6

de lesión más frecuente; los demás tipos tuvieron una proporción menor a 5% (**Figura 1**). Se debe considerar que un paciente puede manifestar diferentes tipos de lesiones de manera simultánea. En esos casos, la manifestación más común fueron las pápulo-placas eritematosas descamativas con hiperqueratosis (11.2%), las pápulo-placas eritematosas descamativas con pústulas (7.2%) y las demás manifestaciones simultáneas representaron menos de 5%.

Las áreas predominantes de las lesiones fueron los miembros inferiores (26.8%), el tronco (25.2%), las palmas y las plantas (22.8%), los miembros superiores (20.2%), el cuero cabelludo (18.8%), los codos y las rodillas (18.7%), las demás ubicaciones representaron un porcentaje inferior a 5%; un paciente puede tener diferentes tipos de lesiones en varias ubicaciones (992 pacientes); 67.3% tuvo más de una región anatómica afectada, con predominio en los miembros inferiores y los superiores (16%), los miembros inferiores y el tronco (13%), los miembros superiores y el tronco (12%). El tipo de psoriasis más frecuente fue el vulgar (77.7%), los demás tipos correspondieron a la forma pustulosa palmoplantar (9.6%), pustulosa (5.8%), eritrodérmica (1.9%), en gotas (1.8%), invertida (1.6%) y ungular (1.6%).

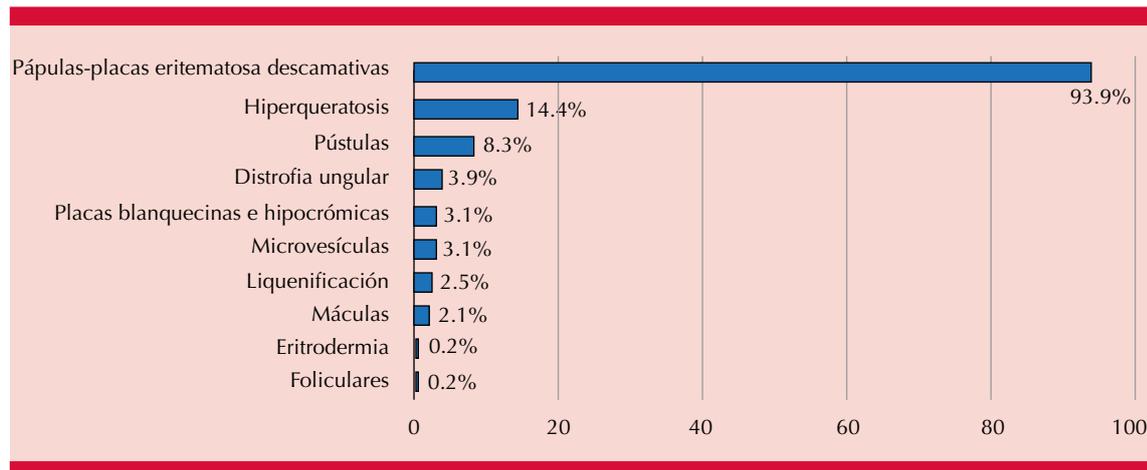


Figura 1. Frecuencia de tipos de lesiones.

En relación con el tratamiento, 25.6% expresó haber recibido un tratamiento previo, con esteroides tópicos en 35.2%, antibióticos en 15.5% y queratolíticos tópicos en 6.2%; en menor proporción se administraron esteroides intralesionales, fototerapia y tratamientos sistémicos convencionales. Entre las enfermedades concomitantes, se encontró que cuatro de los pacientes tenían infección por VIH, uno linfoma, dos toxicodermia y dos eccema sobreagregado.

Características histopatológicas

En la histopatología 9.4% de las biopsias tenía pústulas espongiiformes de Kogoj y 2.5% vesículas espongióticas; las demás características (hiperqueratosis con paraqueratosis, neutrófilos en el estrato córneo, capa granular atenuada, acantosis regular, atrofia suprapapilar, ectasia vascular, infiltrado inflamatorio crónico, neutrófilos y eosinófilos, extravasación eritrocitaria y edema dérmico) se observaron en 100% de las biopsias (**Figuras 2 y 3**).

Los pacientes con psoriasis pustulosa palmo-plantar tuvieron edad media de 38.3 años, con afectación en las mujeres de 74.8%, los tipos

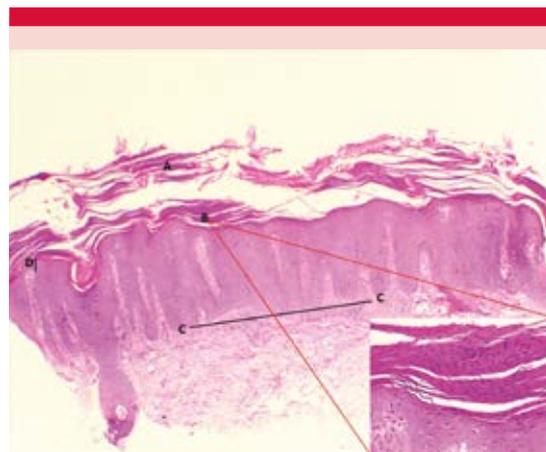


Figura 2. Características histopatológicas de una placa típica de psoriasis vulgar. **A.** Hiperqueratosis con paraqueratosis. **B.** Microabscesos de Munro. **C.** Acanthosis regular. **D.** Atrofia suprapapilar (HE 4X). Obsérvese en la magnificación el microabsceso de Munro (recuadro, HE 40X).

de lesiones más frecuentes fueron pápulas y placas eritemato-descamativas, hiperqueratosis y pústulas; en cuanto a la histopatología, 14.5% tuvo pústulas espongiiformes de Kogoj y 5.3% vesículas espongióticas. En este trabajo se clasificó la psoriasis pustulosa palmo-plantar como

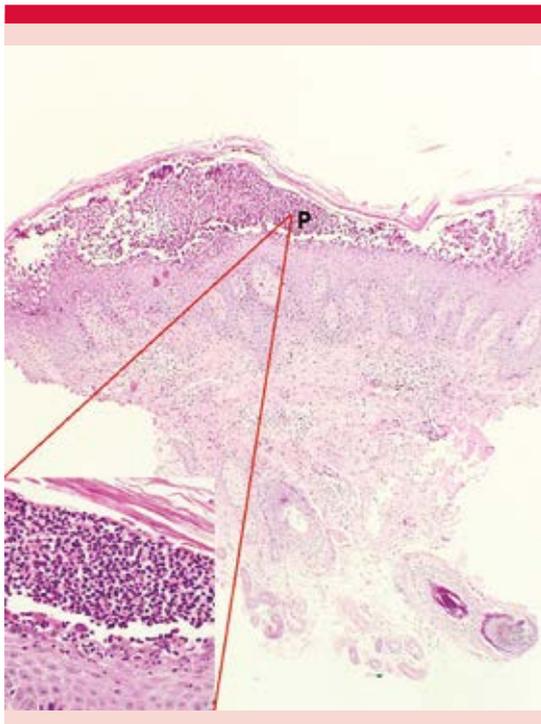


Figura 3. Características histopatológicas de la psoriasis pustulosa (HE 4X). Gran pústula (P). Recuadro de pústula (HE 40X).

un tipo de psoriasis y no como una variante de psoriasis pustulosa.

Factores asociados con psoriasis vulgar y pustulosa

La psoriasis vulgar y la pustulosa aparecieron antes de los 40 años de edad (psoriasis tipo I). Se encontró relación estadísticamente significativa de psoriasis vulgar con el sexo, lesión en los miembros superiores y las pústulas espongiiformes de Kogoj (**Cuadro 2**).

La forma pustulosa se asoció estadísticamente con la edad del paciente, la edad de aparición de la enfermedad, la hiperqueratosis y las pústulas espongiiformes de Kogoj (**Cuadro 3**).

DISCUSIÓN

El Laboratorio de Dermatopatología de la Universidad de Antioquia es precursor en el estudio de las enfermedades cutáneas en el país. Integra el concepto de correlación clínico-patológica por el trabajo conjunto de los dermatólogos y patólogos y conserva los bloques, las placas y los reportes de los estudios histopatológicos desde su fundación en 1976 a la fecha. De 51,977 registros, se encontraron 1473 casos de psoriasis, que corresponde a una prevalencia de 2.8%. Al considerar que un paciente puede manifestar lesiones en distintas ubicaciones, la mayoría de los pacientes tuvo afectación de varias regiones anatómicas, las más frecuentes fueron las extremidades inferiores y superiores; el tronco y las extremidades, lo que coincide con el reporte de la Clínica de la Psoriasis del Hospital Universitario del Valle, donde la localización más frecuente de las lesiones fue el tronco y las extremidades.⁹

De manera interesante, este estudio encontró que los pacientes con lesiones en zonas anatómicas diferentes a los miembros superiores tienen probabilidad 35.4% mayor de que la forma de psoriasis que padezcan sea psoriasis vulgar frente a los pacientes con lesiones en los miembros superiores.

Se ha reportado que la enfermedad puede afectar a hombres y mujeres sin distinción, el porcentaje reportado en las mujeres es de 43%,^{9,17} en este estudio se encontró predominio de mujeres: 61.7%.

La distribución encontrada de las formas de psoriasis se asemeja a la descrita en la bibliografía,^{6,8,9,18} incluso en psoriasis en gotas en la que Langley y colaboradores reportan 2%.⁸ En Colombia, Rosado-Buzzo y colaboradores reportaron la psoriasis en placa como la forma clínica más común (64.3%), seguida por psoriasis

Cuadro 2. Características asociadas con la psoriasis vulgar (continúa en la siguiente página)

Psoriasis vulgar								
	Sí (n = 1143)		No (n = 330)		OR	IC95%	Valor p	
	Núm.	%	Núm.	%				
Sexo								
Femenino	689	60.3	220	19.2	1	-		
Masculino	454	39.7	110	33.3	0.763	0.595-0.978	0.032	
Edad*	38.1	20.6	38.9	19.2	0.99	0.99-1.00	0.564	
Edad de aparición*	34.6	20.8	35.6	19.8	0.998	0.992-1.004	0.477	
Tiempo de evolución*	3.5	6.6	3.3	5.5	1.005	0.985-1.025	0.652	
Tipo de lesión								
Pápulas y placas eritematodes-camativas	Sí	1056	92.4	276	83.64	1.141	0.686-1.897	0.612
	No	87	7.6	54	16.36	1	-	
Microvesículas	Sí	15	1.3	28	8.5	1.485	0.654-3.369	0.342
	No	1128	98.7	302	91.2	1	-	
Pústulas	Sí	26	2.3	91	27.6	1.141	0.686-1.897	0.644
	No	1117	97.7	239	72.4	1	-	
Hiperqueratosis	Sí	130	11.4	74	22.4	1.291	0.886-1.883	0.183
	No	1013	88.6	256	77.6	1	-	
Signo semiológico								
Rocío sangrante	Sí	219	19.2	17	5.2	1.075	0.765-1.512	0.677
	No	924	80.8	313	94.8	1	-	
Ubicación de las lesiones								
Codos y rodillas	Sí	254	22.2	5	1.5	0.956	0.693-1.321	0.787
	No	889	77.8	325	98.5	1	-	
Miembros superiores	Sí	234	20.5	46	13.9	0.646	0.479-0.869	0.004
	No	909	79.5	284	86.1	1	-	
Miembros inferiores	Sí	309	27.0	63	19.1	0.967	0.727-1.285	0.815
	No	834	73	267	80.9	1	-	
Cuero cabelludo	Sí	247	21.6	14	4.2	1.023	0.738-1.416	0.893
	No	896	78.4	316	95.8	1	-	
Cara	Sí	62	5.4	10	3.0	1.308	0.708-2.418	0.39
	No	1081	94.6	320	97.0	1	-	
Tronco	Sí	299	26.2	50	15.2	0.963	0.720-1.288	0.8
	No	844	73.8	280	84.8	1	-	
Pliegues	Sí	36	3.1	18	5.5	0.996	0.517-1.916	0.99
	No	1107	96.9	312	94.5	1	-	
Región sacra	Sí	49	4.3	6	1.8	1.144	0.583-2.343	0.695
	No	1094	95.7	324	98.2	1	-	

Cuadro 2. Características asociadas con la psoriasis vulgar (continuación)

		Psoriasis vulgar						OR	IC95%	Valor p
		Sí (n = 1143)		No (n = 330)		Núm.	%			
		Núm.	%	Núm.	%					
Palmas y plantas	Sí	166	14.5	150	45.5	1	0.739-1.353	0.999		
	No	977	85.5	180	54.5	1	-			
Eritrodermia	Sí	139	12.2	45	13.6	1.197	0.811-1.765	0.365		
	No	1004	87.8	285	86.4	1	-			
Histopatología										
Pústulas espongiformes de Kogoj	Sí	79	6.9	59	17.9	0.341	0.237-0.490	<0.001		
	No	1064	93.1	271	82.1	1	-			
Vesículas espongíóticas	Sí	25	2.2	12	3.6	1.292	0.619-2.697	0.494		
	No	1118	97.8	318	96.4	1	-			

*Promedio y desviación estándar.

Cuadro 3. Características asociadas con la psoriasis pustulosa (continúa en la siguiente página)

		Sí (n = 76)		No (n = 1397)		OR	IC95%	Valor p
		Núm.	%	Núm.	%			
Sexo								
Femenino		56	73.7	853	61.1	1	-	
Masculino		20	26.3	544	38.9	0.99	0.618-1.599	0.981
Edad*		32.6	16.2	38.6	20.5	0.99	0.973-0.997	0.012
Edad de aparición*		29.1	17.6	35.2	20.6	0.99	0.973-0.997	0.003
Tiempo de evolución*		3.5	5.9	3.4	6.4	1	0.966-1.037	0.957
Tipo de lesión								
Pápulas y placas eritematodescamativas	Sí	64	84.2	1268	90.8	2.33	0.562-9.665	0.23
	No	12	15.8	129	9.2	1	-	
Microvesículas	Sí	3	3.9	40	2.9	2.57	0.979-6.737	0.047
	No	73	96.1	1357	97.1	1	-	
Pústulas	Sí	48	63.2	69	4.9	1.21	0.542-2.703	0.641
	No	28	36.8	1328	95.1	1	-	
Hiperqueratosis	Sí	3	3.9	201	14.4	0.34	0.122-0.934	0.028
	No	73	96.1	1196	85.6	1	-	
Signo semiológico								
Rocío sangrante	Sí	4	5.3	232	16.6	1.34	0.745-2.409	0.327
	No	72	94.7	1165	83.4	1	-	
Ubicación de las lesiones								
Codos y rodillas	Sí	3	3.9	256	18.3	1.03	0.554-1.915	0.926
	No	73	96.1	1141	81.7	1	-	

Cuadro 3. Características asociadas con la psoriasis pustulosa (continuación)

		Sí (n = 76)		No (n = 1397)		OR	IC95%	Valor p
		Núm.	%	Núm.	%			
Miembros superiores	Sí	12	15.8	268	19.2	1.03	0.561-1.874	0.935
	No	64	84.2	1129	80.8	1	-	
Miembros inferiores	Sí	14	18.4	358	25.6	1.06	0.616-1.825	0.834
	No	62	81.6	1039	74.4	1	-	
Cuero cabelludo	Sí	7	9.2	254	18.2	0.92	0.486-1.742	0.798
	No	69	90.8	1143	81.8	1	-	
Cara	Sí	2	2.6	70	5.0	1.15	0.406-3.248	0.793
	No	74	97.4	1327	95.0	1	-	
Tronco	Sí	23	30.3	326	23.3	1.07	0.618-1.866	0.802
	No	53	69.7	1071	76.7	1	-	
Pliegues	Sí	4	5.3	50	3.6	1.59	0.555-4.525	0.385
	No	72	94.7	1347	96.4	1	-	
Región sacra	Sí	2	2.6	53	3.8	2.01	0.776-5.222	0.143
	No	74	97.4	1344	96.2	1	-	
Palmas y plantas	Sí	17	22.4	299	21.4	1.33	0.773-2.299	0.3
	No	59	77.8	1098	78.6	1	-	
Eritrodermia	Sí	22	28.9	162	11.6	0.51	0.2-1.273	0.14
	No	54	71.2	1235	88.4	1	-	
Histopatología								
Pústulas espongiformes de Kogoj	Sí	33	43.4	105	7.5	9.44	5.755-5.496	<0.001
	No	43	56.6	1292	92.5	1	-	
Vesículas espongíóticas	Sí	4	5.3	33	2.4	0.95	0.224-4.029	0.981
	No	72	94.7	1354	97.6	1	-	

*Promedio y desviación estándar.

en gotas (12.9%) y eritrodérmica (2%).¹⁵ En el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta en Bogotá se encontró que 88.7% de los pacientes tuvo psoriasis en placas, 6.2% en gotas y los demás tipos de psoriasis afectaron a menos de 2% de los casos.¹⁷ Igualmente, en la Clínica de la Psoriasis del Hospital Universitario del Valle la psoriasis en placa correspondió a la forma clínica más frecuente, seguida de psoriasis en gotas.⁹ Al comparar con otras investigaciones realizadas en Colombia, llama la atención que en este estudio la frecuencia de psoriasis en gotas es menor, lo

anterior podría deberse a que esta forma de psoriasis es más común en niños y jóvenes en los que posiblemente el diagnóstico fue sólo clínico y no se realizó estudio histopatológico. Las diferencias pueden relacionarse con que este estudio parte de evaluar los casos de psoriasis en el laboratorio de Dermatopatología y no desde el contexto clínico.

En este estudio, globalmente la psoriasis pustulosa correspondió a 15.4% y se identificaron específicamente los casos de psoriasis pustulosa palmoplantar. En los últimos años se han

hecho esfuerzos para llegar a un consenso de los fenotipos de psoriasis pustulosa, donde se cataloga la psoriasis pustulosa palmoplantar con manifestación inicial o persistente (mayor a tres meses), con pústulas estériles, que son visibles macroscópicamente en las palmas, las plantas o ambas y que pueden estar acompañadas o no de psoriasis vulgar.¹⁹

La edad promedio de los pacientes en general fue de 38.3 años, similar entre hombres y mujeres. Hasta la actualidad este estudio es el que ha incluido el mayor número de historias clínicas en Colombia, en el que el intervalo de edad fue de 2 meses hasta 89 años. La edad encontrada difiere de la reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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.³

En Colombia se ha reportado que la prevalencia de psoriasis se encuentra en edades superiores a 45 años, tal es el caso del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta en Bogotá, que incluyó la revisión de 793 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de psoriasis (2011-2013), donde la edad promedio de los pacientes fue de 46 años.¹⁷ Asimismo, en el Centro Dermatológico CES-Sabaneta, Antioquia, en el que se recolectó información de 93 pacientes, la edad media fue de 45 años.¹² Dato similar a los anteriores fue reportado por la Clínica de la Psoriasis del Hospital Universitario del Valle a partir de la revisión de historias clínicas de 99 pacientes (2008-2009), donde la edad promedio reportada en los hombres fue de 49 años.⁹ En el Hospital Militar Central en Bogotá, entre 2007 y 2008 se encontró que la mayoría de los casos eran mayores de 50 años de edad.⁶

Se ha reportado que cuando la aparición de la enfermedad ocurre antes de los 40 años se asocia

con el componente genético especialmente, con HLA Cw*0602, esto los clasifica en psoriasis tipo I. Este grupo representa aproximadamente 75% de los casos, mientras que a la psoriasis tipo II se le atribuye una edad de aparición después de 40 años.²⁰ En este estudio la edad media de aparición de la enfermedad fue de 34.8 años y 57% de los casos mostraron que la aparición de la enfermedad fue antes de los 40 años, con lo anterior podemos decir que en este estudio hubo mayor prevalencia de psoriasis tipo I; se encontró, además, un tiempo de evolución de 3.45 años, lo que podría explicarse de alguna forma por el amplio rango del tiempo de evolución que va desde 3 días hasta 84 años; dos estudios realizados en el país refieren que el tiempo de evolución promedio es de 6 y 14 años.^{9,17}

Los tratamientos de la psoriasis pueden ser dirigidos a la piel o sistémicos, su efectividad es variable y puede haber periodos agudos o alternados con periodos de remisión.¹⁰ Del total de pacientes evaluados, sólo 25.6% manifestó haber recibido tratamientos previos, los esteroides tópicos son los más prescritos y en menor proporción los esteroides intralesionales, la fototerapia y los tratamientos sistémicos convencionales. Otros estudios reportan que el 100% de los pacientes recibió tratamiento tópico y 54% tratamiento sistémico.¹⁴ Un estudio realizado por Patel y colaboradores reportó que los pacientes que han recibido tratamiento sistémico contra la psoriasis tienen mayor incidencia de enfermedades linfoproliferativas,²¹ así como los pacientes con psoriasis mayores de 65 años tienen hasta tres veces mayor riesgo de linfoma en comparación con personas sin psoriasis.²² Como caso particular, en nuestro estudio se identificó un paciente con linfoma.

El diagnóstico de la psoriasis se fundamenta en los hallazgos clínicos y el estudio histopatológico se considera más una herramienta en los casos dudosos. En un estudio efectuado en Colom-

bia, 10% de los casos tenía procedimiento de biopsia de piel.¹⁷ En el análisis histopatológico de nuestro estudio se encontró que el 100% de las biopsias mostró las características evaluadas; a diferencia de las pústulas espongiformes de Kogoj que se manifestaron en 9.4% y vesículas espongíóticas en 2.5% de los casos. Kim y colaboradores describen los hallazgos mencionados como los característicos de la psoriasis, además de considerar el examen histopatológico un método útil para confirmar el diagnóstico de esta enfermedad.¹⁶

En el estudio realizado por Kim y colaboradores,¹⁶ donde se estudiaron 98 biopsias con psoriasis, 7 de los 10 hallazgos evaluados se observaron en 90% de los casos, con diferencias entre los tipos de psoriasis; sin embargo, en ese estudio no se evaluaron las vesículas espongíóticas. La frecuencia reportada por estos autores de las pústulas espongiformes de Kogoj es de 55% y de microabscesos de Munro de 54%, lo que difiere de este estudio, en el que fue de 9.4 y 100%, respectivamente para estas características histopatológicas. Estas diferencias podrían explicarse por el número de biopsias y la heterogeneidad en los tipos de psoriasis evaluados.

Si bien para el estudio histopatológico de la psoriasis se tienen en cuenta varias características propias y típicas de la enfermedad, como los microabscesos de Munro, la paraqueratosis, la pérdida de la capa granular, la ectasia vascular, entre otras, son pocas las enfermedades con las que se pueda hacer el diagnóstico diferencial desde el estudio histopatológico, tal es el caso de la dermatitis hiperqueratósica de las manos y la enfermedad de Reiter; sin embargo, en esta última la manifestación clínica es muy diferente a la psoriasis.²³

Asimismo, en la bibliografía, muchos casos de psoriasis pustulosa generalizada están siendo reevaluados frente al síndrome autoinflamatorio

denominado DITRA (deficiencia del antagonista del receptor de IL-36) debido a la similar manifestación clínica e histopatológica, que se caracteriza por comienzo repentino y severo de la psoriasis pustulosa, fiebre, neutrofilia y aumento de los marcadores inflamatorios; relacionado con la histopatología en DITRA se manifiesta por pústulas espongiformes, paraqueratosis, acantosis y elongación de crestas epiteliales.²⁴ Respecto a esto, las pústulas espongiformes de Kogoj son una característica histopatológica muy significativa para el diagnóstico de psoriasis, mientras que las vesículas espongíóticas en gran cantidad podrían ser más características de otras enfermedades.²⁵ En el análisis de la psoriasis pustulosa con pústulas espongiformes de Kogoj se observó una frecuencia de 43.4% de esta característica en este tipo de psoriasis. En el estudio realizado por Yoon y colaboradores,²⁶ en el que se evaluaron 40 biopsias con diagnóstico de psoriasis pustulosa palmoplantar y que, además, 80% de los pacientes tuvieron lesiones en el resto del cuerpo, se evidenció la existencia de vesículas espongíóticas en 5% de los casos, lo que podría correlacionarse con el 5.3% hallado en el actual estudio, mientras que en la psoriasis vulgar sólo se observó en 2.2%.

Llama la atención la relación estadísticamente significativa de pústulas espongiformes de Kogoj con los dos tipos de psoriasis (psoriasis vulgar y psoriasis pustulosa), esta característica histopatológica se ha correlacionado significativamente en otros estudios con la existencia de psoriasis.²⁷ En contraste, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las demás variables con la manifestación de la psoriasis pustulosa y la psoriasis vulgar.

Si bien la psoriasis pustulosa y el síndrome DITRA comparten características clínicas e histopatológicas, la asociación en este estudio de las pústulas espongiformes de Kogoj con la manifestación de la psoriasis sugiere que se ne-

cesitan estudios complementarios como pruebas moleculares y genéticas que confirmen posibles diagnósticos de DITRA²⁸ en los casos de psoriasis pustulosa hallados en este trabajo, lo que abre posibilidades para investigaciones futuras en nuestro grupo de estudio que busquen esclarecer estos hallazgos en la psoriasis.

Aunque no fue un tema tratado en el estudio, la psoriasis contribuye a altos costos para el sistema de salud en Colombia y en otros países,^{29,30} además, debe tenerse en cuenta la existencia de comorbilidades metabólicas, cardiovasculares y psicológicas vinculadas con esta enfermedad.^{31,32} El diagnóstico adecuado de los pacientes permitirá el abordaje terapéutico acertado, que contribuya al control de la enfermedad y a aminorar el efecto en la calidad de vida de los sujetos que la padecen.

CONCLUSIONES

Este estudio se convierte en una investigación clave para conocer la magnitud de la psoriasis en la población que asistió a este centro de referencia en el transcurso de 40 años, tiempo durante el que se identificaron 1473 registros de psoriasis con prevalencia de 2.8% para el laboratorio, con predominio en mujeres, la psoriasis vulgar fue la más frecuente, seguida de psoriasis pustulosa palmoplantar; la afectación se dio en una media de edad < 40 años (psoriasis tipo I).

El estudio histopatológico de la biopsia en el caso de la psoriasis es quizá la única herramienta para el diagnóstico confirmatorio y diferencial, resaltando la importancia de todos los cambios que genera la enfermedad en la piel, entre ellos, los microabscesos de Munro y las pústulas espongiiformes de Kogoj, que se consideran patognomónicas de la psoriasis. Llama la atención que uno de los signos más representativos, la pústula espongiiforme de Kogoj, se observó en menos de 10% de los casos.

Agradecimientos

Al Doctor Juan Pablo Ospina, profesor de Dermatopatología y al personal del Laboratorio de Dermatopatología, Laura Álvarez, Diana Meneses, Sindy Johana Sánchez, Universidad de Antioquia.

Al Doctor Oscar Jairo Valencia, profesor de Dermatología de la Universidad de Antioquia.

REFERENCIAS

1. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013;133(2):377-85.
2. Christophers E. Psoriasis--epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 2001;26(4):314-20.
3. World Health Organization. Global Report on psoriasis. Geneva: World Health Organization, 2016.
4. Yang YW, Keller JJ, Lin HC. Medical comorbidity associated with psoriasis in adults: a population-based study. *Br J Dermatol* 2011;165(5):1037-43.
5. Boehncke WH. Etiology and Pathogenesis of Psoriasis. *Rheum Dis Clin North Am* 2015;41(4):665-75.
6. Gaviria C, Londoño Á, Seidel Á. Aspectos clínicos e histopatológicos de la psoriasis. In: González Ardila C, Londoño García Á, Castro Gómez L, editors. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia 2012, p. 41-51.
7. Castellanos Lorduy H, Echeverri Montaña MA, García Rodríguez L, Londoño García Á y col. Aspectos clínicos. In: Chalela Mantilla JG, Gonzalez Ardila C, Castro Gómez L, editors. Guías de manejo de psoriasis, Consenso colombiano 2008, p. 14-22.
8. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005;64 Suppl 2:ii18-23; discussion ii4-5.
9. Gaviria C, Seidel Á, Velásquez MM. Epidemiología de la psoriasis. In: González Ardila C, Londoño García Á, Castro Gómez L, editors. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia 2012. p. 23-24.
10. Krueger JG. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(1):1-23; quiz -6.
11. Hawro M, Maurer M, Weller K, Maleszka R, Zalewska-Janowska A et al. Lesions on the back of hands and female gender predispose to stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2017;76(4):648-54.e2.
12. Arroyabe LF, Jaramillo AP, Jaramillo CM, Lopera CM, Quiroz LM y col. Estadísticas del Servicio Dermatología del Instituto

- de Ciencias de la Salud –CES– de 1995 a 1999. *CES Medicina* 2000;14(2):13-17.
13. Sanclemente G, Mahecha M, Guzmán C. Enfermedades de la piel más frecuentes en la consulta externa dermatológica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y del Hospital Infantil. *Acta Médica Colombiana* 2001;26(5):240-244.
 14. González C, Castro LA, De La Cruz G, Arenas CM. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Col Dermato* 2009;17(1):11-7.
 15. Rosado-Buzzo A, Mould-Quevedo JF, Tang B, Gutierrez-Ardila MV, Vargas Zea N, et al. Burden of disease associated with psoriasis in Colombia. *Value in Health*. 2013;16(3):A116.
 16. Kim BY, Choi JW, Kim BR, Youn SW. Histopathological findings are associated with the clinical types of psoriasis but not with the corresponding lesional psoriasis severity index. *Ann Dermatol* 2015;27(1):26-31.
 17. Castro-Ayarza JR, Casadiego EJ, Medina DC. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. *Dermatol Rev Mex*. 2017 julio;61(4):283-291.
 18. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;370(9583):263-271.
 19. Navarini AA, Burden AD, Capon F, Mrowietz U, Puig L, Köks S, et al. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31(11):1792-1799.
 20. Griffiths CE, Christophers E, Barker JN, Chalmers RJ, Chimenti S et al. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *Br J Dermatol* 2007;156(2):258-262.
 21. Patel RV, Clark LN, Lebowhl M, Weinberg JM. Treatments for psoriasis and the risk of malignancy. *J Am Acad Dermatol* 2009;60(6):1001-1017.
 22. Gelfand JM, Berlin J, Van Voorhees A, Margolis DJ. Lymphoma rates are low but increased in patients with psoriasis: results from a population-based cohort study in the United Kingdom. *Arch Dermatol* 2003;139(11):1425-1429.
 23. Park JY, Cho EB, Park EJ, Park HR, Kim KH et al. The histopathological differentiation between palmar psoriasis and hand eczema: A retrospective review of 96 cases. *J Am Acad Dermatol* 2017;77(1):130-135.
 24. Naik HB, Cowen EW. Autoinflammatory pustular neutrophilic diseases. *Dermatol Clin* 2013;31(3):405-425.
 25. Park JH, Park YJ, Kim SK, Kwon JE, Kang HY et al. Histopathological Differential Diagnosis of Psoriasis and Seborrheic Dermatitis of the Scalp. *Ann Dermatol* 2016;28(4):427-32.
 26. Yoon SY, Park HS, Lee JH, Cho S. Histological differentiation between palmoplantar pustulosis and pompholyx. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(7):889-93.
 27. Moorchung N, Khullar J, Mani N, Chatterjee M, Vasudevan B et al. A Study of Various Histopathological Features and their Relevance in Pathogenesis of Psoriasis. *Indian J Dermatol* 2013;58(4):294-8.
 28. Sugiura K, Takemoto A, Yamaguchi M, Takahashi H, Shoda Y et al. The majority of generalized pustular psoriasis without psoriasis vulgaris is caused by deficiency of interleukin-36 receptor antagonist. *J Invest Dermatol* 2013;133(11):2514-21.
 29. Palacios-Barahona U, Jiménez SB, Orozco JJ. Características clínicas, recursos utilizados y costos de la psoriasis en pacientes de una IPS de referencia del Valle de Aburrá, 2014. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2016;24(4):253-63.
 30. Brezinski EA, Dhillon JS, Armstrong AW. Economic Burden of Psoriasis in the United States: A Systematic Review. *JAMA Dermatol* 2015;151(6):651-8.
 31. Maldonado García CA, Cardona Hernández MÁ, Santa cruz FJ. Comorbilidades en psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2013;22(1):15-21.
 32. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006;212(2):123-7.