Lesiones de placas eritematoescamosas generalizada por Psoriasis en adulta joven de Juan Eulogio Estigarribia, mayo de 2019

Erythematoskemal Plaque Lesions generalized by Psoriasis in young adult from Juan Eulogio Estigarribia, May 2019

Espínola Figueredo, Ahabeli[1]. Espínola Figueredo, Isheli[1]. González Saucedo, Belén[1]. Moreno Leiva, Cristhian [2 3].

Reporte de Casos

Resumen

Dermatosis inflamatoria crónica, asintomática, de causa desconocida y una base genética; se caracteriza por placas eritematoescamosas bien definidas que se localizan principalmente en los codos, rodillas, la región sacra y la piel cabelluda, pero puede afectar toda la superficie cutánea, las articulaciones y las uñas.[1] El trabajo consistió en describir el caso poco frecuente de Psoriasis en paciente adulto joven quien acudió en el H-USCA con lesiones eritamotoescamosas dispersadas por su abdomen, tórax, espalda y miembro inferior. Se le procedió a realizar biopsias cutos, cuyos resultados indicaban hiperqueratosis compatible con la Psoriasis. La paciente fue remitida a un centro de especialidades para mayor y mejor atención.

Palabras clave: psoriasis, eritematoescamosa, histopatología, H-USCA, hiperqueratosis.

Abstract

Chronic inflammatory dermatosis, asymptomatic, of unknown cause and a genetic basis; It is characterized by well-defined erythematous-squamous plaques that are located mainly on the elbows, knees, sacral region, and scalp, but can affect the entire skin surface, joints, and nails.[1]The study consisted of describing the rare case of Psoriasis in a young adult patient who attended the H-USCA with erythamotosquamous lesions scattered throughout his abdomen, thorax, back and lower limb. Biopsies were performed and the results indicated hyperkeratosis compatible with Psoriasis. The patient was referred to a specialty center for more and better care.

Key words: psoriasis, erythema squamous, histopathology, H-USCA, hyperkeratosis.

1 Universidad Santa Clara de Asís - Facultad de Ciencias de la Salud, Caaguazú-Paraguay.

2 Químico Farmacéutico egresado de la Universidad "La Paz", Ciudad del Este-Paraguay.

3 Bioquímico, Universidad "Santa Clara de Asís"-Facultad de Ciencias de la Salud, Caaguazú-Paraguay.

Autor de correspondecia: Ahabeli Jazmín Espínola Figueredo. E-mail: ahabeli@hotmail.com.

Introducción

La Psoriasis es unas de las afecciones más frecuentes de la piel, por lo tanto bastante interesante, que ocasiona picazón o parches dolorosos de piel engrosada y enrojecida con escamas plateadas. Es más frecuente su aparición en hombros, rodillas, cuero cabelludo, espalda, cara, palma de las manos y la planta de los pies, pero también en ocasiones puede presentarse en otras partes el cuerpo. En cuanto a la causa es un problema autoinmunitario. Puede persistir por mucho tiempo, incluso durante toda la vida. Los síntomas aparecen y desaparecen y los factores que consiguen agravarlos son infecciones, estrés, piel seca y algunos medicamentos.[2] Puede adoptar diversas formas y no se conoce de momento un tratamiento curativo, pero si existe un control de los brotes y el blanqueado de las lesiones cutáneas.[3]

Historia clínica

Detalles demográficos
Sexo: femenino
Edad: 37 años
Etnia: no aplica
Profesión: ama de casa
Motivo de consulta: Picazón

Historia de la enfermedad actual: paciente femenino de 37 años de edad, acude al H-USCA en servicio de consultorio, por presentar prurito intenso de larga data que se exacerba 30 días antes de la consulta, en región dorsal y zona de las mamas. Presenta piel seca eritematoescamosa, de 12 años de evolución, diseminadas en cuero cabelludo, tronco anterior y posterior, incluyendo las mamas y miembro inferior. Las lesiones en piel tienen inicio posterior al segundo embarazo.

Antecedentes patológicos personales

Paciente con patología base Diabetes Mellitus tipo II tratada con Glimepirida 2mg cada 8 horas; Hipertensión Arterial grado I tratada con Enalapril de 10mg cada 12 horas y Ácido Acetil Salicílico de 125mg cada 24 horas. Psoriasis tratada con Clobetasol vía tópica y Ácido Salicilo loción. Niega Alergias.

Antecedentes patológicos familiares

Desconoce patologías.

Antecedentes gineco-obstétrico

» Gestación: 2
» Partos: 0
» Cesárea: 2
» Abortos: 0

Nulípara cesareada anterior.

Antecedentes no patológicos

Vivienda estable, alimentación hipercalórica e hipersódica, estilo de vida sedentaria, niega hábitos viciosos, no refiere inmunizaciones.

Hallazgos clínicos

Lesión de placas eritematoescamosas bien definida, diseminadas en piel cabelluda, zona torácica, abdominal, lumbar y miembro inferior; presentando piel seca escamosa y pruriginosa con hiperplasia epidérmica y queratopoyesis acelerada, de 12 años de evolución.

Cronología

- 23 de mayo del 2019 fecha de consulta en el H-USCA.

- 6 de junio del 2019 fecha en que procede a realizar biopsias con punch N° 4 a tomar fragmentos de tejido cutáneo.

- 20 de junio del 2019 fecha en que se le hace entrega de sus resultados donde arroja, según anatomía patológica, una hiperqueratosis compatible con psoriasis.

Discusión

Según la OMS, la Psoriasis se trata de una "enfermedad crónica, no contagiosa, dolorosa, desfigurante e incapacitante para lo que no hay cura"[4]. Afecta al 2,3% de la población, entre los 15 a 35 años, con un pico máximo en la segunda década de la vida.[5] Con una incidencia más alta en hombres entre 20 a 39 años y en mujeres entre los 40 y 29 años.[6] Se confunde su etiología con la falta de higiene, siendo el origen autoinmune, no es contagiosa pero si puede ser hereditaria, tampoco existe la relación entre cáncer de piel y psoriasis.

Los factores desencadenantes son infecciones víricas (HIV, Papilomavirus) o bacteriológicas, fármacos (betabloqueantes, antimalaricos, AINES, sales de litio) o la retirada de tratamientos con corticoides, el consumo de alcohol, estrés, climas fríos, mejora con el embarazo y empeora tras el parto.[7 8]

La paciente A.O., oriunda de Dr. Juan Eulogio Estigarribia, presentó lesión de placas eritematoescamosas bien definidas diseminadas en piel cabelluda, zona torácica, abdominal,

lumbar y miembro inferior; presentando piel seca escamosa y pruriginosa con hiperplasia epidérmica y queratopoyesis acelerada, de 12 años de evolución.

A parte de la clínica se procedió a realizar biopsias con punch N° 4 a tomar fragmentos de tejido cutáneo donde posteriormente arroja, según anatomía patológica, una hiperqueratosis compatible con psoriasis.

Este trabajo se realizó en el H-USCA mediante atención de consultorio para atenciones integradas donde al percibir casos relevantes previamente realizando análisis laboratoriales, clínica y toma de muestra para histopatología y en base a resultados son remitidas a hospitales de referencia y/o centros de especialidades para mayor y mejor atención.

"Todo este cortejo sintomático y de signos hace que el paciente sienta además a una desazón estética, puesto que al ser zonas expuestas a la luz, su visibilidad hace que el individuo pueda verse afectado psicológicamente generando introversión, preocupación por su aspecto, ideación obsesiva con su problema que le lleva a probar todo tipo de tratamientos que se le ofrecen por una u otra vía, visitar especialistas, etc. sin duda que la consecuencia al final de esta preocupación obsesiva en algunos casos es la intranquilidad, la ansiedad y en ocasiones con un cotejo sintomático a la psoriasis evidente."[9]. Es decir, el aspecto social de la psoriasis de las personas que lo padecen afecta de manera importante a la autoestima y la vida social, ya que tratan de ocultar su cuerpo, y en la mayoría de las ocasiones, pero no en todas, sufre de ansiedad e incluso depresión, "existen datos que señalan relación entre psoriasis y depresión, y un 2% llegan a tener pensamientos suicidas".[9]

La prevención general de esta enfermedad es suspender los hábitos viciosos como el tabaco y el alcohol, limitar la exposición al frío, reducir el estrés, controlar las lesiones de la piel como cortes o picaduras de insectos y mantener un peso saludable. En 2015, científicos informaron sobre un caso de psoriasis en el cual la paciente aumentó su ingesta de vegetales, limitó su consumo de azúcares y alimentos procesados, durante seis meses; además tomó suplementos, entre ellos la biotina. Los autores reportaron la desaparición de los síntomas durante ese periodo.[10] Estas prevenciones no evitan la psoriasis, pero reduce la posibilidad de padecerla.

En cuanto al tratamiento local se recomienda queratoliticos, como vaselina salicilada al 3 a 6% durante el día, y pomadas con reductores como alquitrán de hulla al 1 a 5% por las noches. Un análogo de la vitamina D3, que se aplica localmente dos veces al día, por un mínimo de tres meses. En la psoriasis en gotas puede ser útil la administración de penicilina.[11]También se pueden hacer tratamientos basados en la fototerapia, que se basa en el efecto de los rayos ultravioleta sobre las células de psoriasis.[12]

La psoriasis no se debe a la falta de higiene, sin embargo, es importante procurar una higiene adecuada para evitar que la piel sufra infecciones que podrían favorecer la aparición de nuevas lesiones o desencadenase un nuevo brote. Además, una higiene de la piel psoriatica con productos inadecuados provoca sequedad cutánea.[4]

Tomar baños en el mar, debido a que los iones y sales que contiene el agua de mar presentan propiedades curativas para la piel. También son útiles baños en lodo. Solearse, pero evitando las horas centrales del día, ya que los rayos ultravioletas tienen acción antiinflamatoria.[13]

La psoriasis es una patología de evolución imprevisible, con periodos libres de enfermedad y agravamientos de aparición y duración muy variables, pero en general su curso es crónico. Hasta el 80% de los pacientes la padecen durante toda su vida, ya sea de manera intermitente o continua. La presencia de enfermedades comórbidas se asocia con un aumento de los tratamientos con fármacos, algunos de los cuales pueden empeorar la Psoriasis[14], así mismo el tratamiento sistémico de la psoriasis con ciertos medicamentos puede agravar las enfermedades comórbidas.[14, 15] Los pacientes con psoriasis severa suelen tener una esperanza de vida más reducida y un mayor riesgo de sufrir infarto de miocardio.[14]

Agradecimientos

Al QF Cristhian Ariel Moreno Leiva, por haber compartido su conocimiento y sabiduría, por su ayuda incondicional y apoyo en todo, guiándonos con su infinita paciencia para poder culminar el presente.

Fuente de financiamiento

Autofinanciado y auspiciado por el coordinador de la carrera Química y Farmacia. No se presentan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Arenas R. Dermatología. Volumen. 4ª Ed. México: McGraw Hill; 2009
2. MedlinePlus [Internet]: Rockville Pike, Bethesda; U. S. Departament of Health and Human Services; [actualizado 25 jun 2019; citado 1 jul 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/psoriasis.html

3. Medeho [Internet]: España, Zaragoza; centro Médico-Vital Medeho S.L.U.; [actualizado 28 dic 2016; citado 1 jul 2019]. Disponible en: https://www.medeho.com/blog/la-importancia-de-la-higiene-en-la-psoriasis
4. Efesalud [Internet]: España, Madrid; H. Fernández, A. Marcos; [actualizado 25 ene 2018; citado 1 jul 2019]. Disponible en: https://www.google.com/amp/s/www.efesalud.com/113351-2/amp/
5. Nestle F. O., Kaplan D. H., Barker J. Mechanisms of disease: Psoriasis. N engl J Med. PubMed, 30 jul 2009
6. Murat I, Crowson CS, McEvoy M. T., Dann F. J., Gabriel S. E., Kremers H. M. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: A population based study. J Am Acad Dermatol. Mar 2009
7. González F, Páez E, I Concenso Nacional de Psoriasis. Dermatol Venez [Internet]. Fecha de consulta [1 jul 2019] Vol 47. Pág 3-4. Disponible en URL: http://svderma.org/revista/index.php/ojs/article/view/31/31
8. Meffert J. Psoriasis. MedScape. Fecha de consulta [1 jul 2019] Disponible en URL: https://emedicine.medscape.com/aticle/1943419-overview
9. Knowi [Internet]: España, Madrid; [actualizado 24 abr 2019; citado 1 jul 2019]. Disponible en: https://knowi.es/psoriasis-diagnostico-tratatmiento-y-prevencion/
10. Nación Farma [Internet]: Mexico; Lucy E, Villeda M.; [actualizado en 30 abr 2019; citado 1 jul 2019]. Disponible en: https://www.google.com/amp/s/nacionfarma.com/psoriasis-prevencion-y-tratamiento/amp/
11. Arenas R. Dermatología. Volumen. 2ª Ed. Mexico: McGraw Hill; 1996
12. Ecopsoriasis [Internet]: España, Madrid; Alijarde L; [actualizado en 2011; citado 1 jul 2019]. Disponible en: https://ecopsoriasis.com
13. Lagarto Parra A, Bernal Sologuren I. Utilización terapéutica de las aguas y fangos mineromedicinales. Revista cubana de Farmacia, 2002. Vol 35. Pág 62-68
14. Aurangadkar S. J. Comorbidities in psoriasis. Indian J Dermatol Venerol Leprol. Fecha de consulta 1 jul 2019 Vol 79. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23974690
15. Gisondi P, Del Giglio M, Cozzi A, Girolomoni G. Psoriasis,the liver,and the gastrointestinal trac. Dermathol meb. Fecha de consulta 1 jul 2019. Vol 23. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20415823

Apéndice

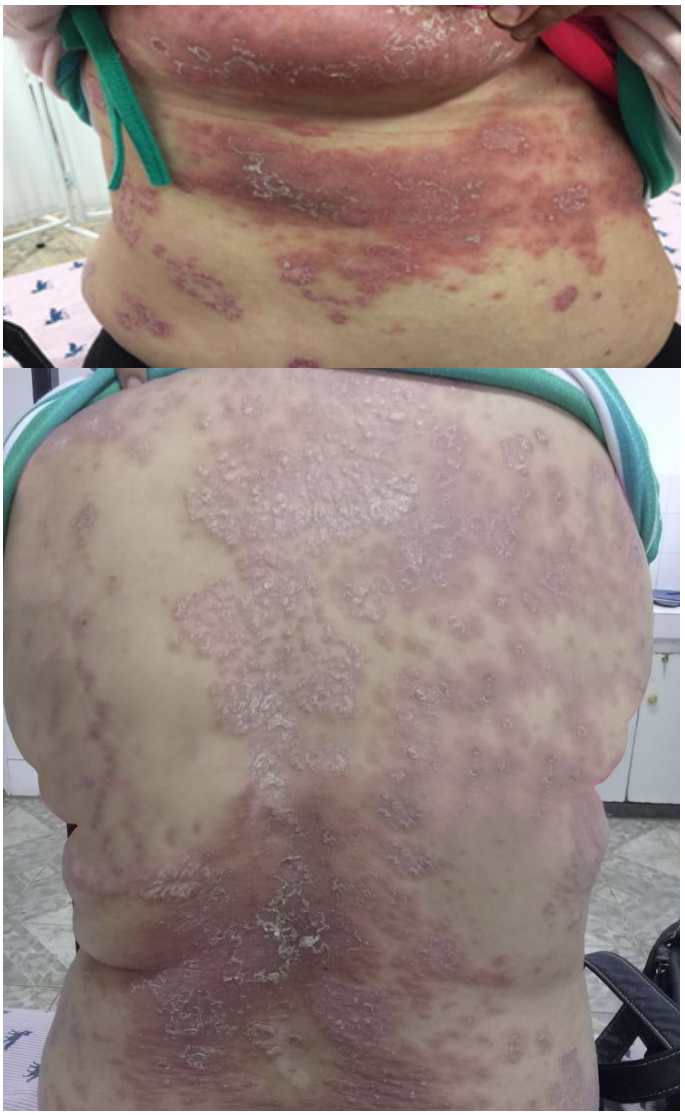


Figura 1. Lesiones de placas eritematoescamosas

Fotos tomadas el 23/05/19, en servicio de consultorio del H-USCA de Toro Blanco-Caaguazú a la paciente A.O., femenino de 37 años de edad, donde se observan lesiones de placas eritematoescamosas bien definidas con bordes irregulares, diseminadas en región dorsal, mamaria y abdomen. En la región lumbar se observan más escamas plateadas.