

Titulo del trabajo: Coriodermina una sólida alternativa para adolescentes psoriáticos

Autor: Est. Herodes Ramirez Ramirez

Co-autores: Dra. Fernanda pastrana Fundora

Dra. Edelisa Moredo Romo

Est. Claudia Alemañy Díaz-Perera

Dr. Cesar R. Ramirez Albajés

Dr. Ernesto Miyares

Institución y Servicio o Departamento donde se realizo la investigación.

Hospital Docente Pediátrico Juan Manuel Márquez

Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Policlínico Raúl Gómez García

País: Cuba

Provincia: La Habana

Ciudad: La Habana

Correo electrónico autor principal:

fpastrana@infomed.sld.cu

Resumen

La evolución del tratamiento de la psoriasis revela que se inició con la vía tópica. Desde 1950 se combinaron la aplicación local y el uso de terapia sistémica. Históricamente, los adolescentes han sido y son un grupo con el cual hay que trabajar arduamente debido a la insuficiente madurez para enfrentar problemas de diferentes aristas. Las enfermedades de la piel tienden a perturbar la esfera psicológica de los que las padecen, teniendo en el caso de la Psoriasis una relevancia mayor porque el stress la genera y ella genera el stress. **Objetivo:** Determinar la efectividad de la Coriodermina en adolescentes psoriáticos, entre 10 y 19 años de edad, atendidos en el Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, octubre del 2010 hasta octubre del 2012. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, que constó con 70 pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de Psoriasis. **Resultados:** El antecedente patológico familiar más significativo fue la Psoriasis con 25 casos para un 35,71%.. Mostraron desaparición de los síntomas a los 3 meses un 50% de los pacientes con la aplicación del medicamento. Un 21,43% del total mostraron cambios electroencefalográficos. Como dato adicional se precisó que el 54,29% presentaron un rendimiento académico elevado El 94,23% de los pacientes tuvieron resultados beneficiosos con la aplicación del medicamento. **Conclusiones:** La Coriodermina Plus representa una excelente opción en el tratamiento de la Psoriasis

Palabras Clave: Adolescente, Coriodermina, Psoriasis

1-Introducción

1.1-Antecedentes históricos

La primera noción histórica de la psoriasis está englobada en las Sagradas Escrituras. En efecto, en el Deuteronomio del Antiguo Testamento se mencionan las “enfermedades leprosas”, que probablemente incluirían esta afección. ¹

La dermatología ha sido, en mayor grado que otras especialidades, un conjunto de afecciones sintomáticas más que un grupo de enfermedades específicas, por lo menos hasta la Edad Moderna de la medicina. En efecto, en la mayoría de los casos fue imposible, hasta la difusión de la microscopía clínica y de la histoquímica, de trazar una clara línea de demarcación entre los trastornos sintomáticos de la piel, en los que las lesiones cutáneas son sólo una manifestación secundaria de una enfermedad o patología orgánica determinada, y las afecciones dermatológicas específicas que se originan en la piel y están confinadas a ella. ²

El término psoriasis deriva del griego “psora” = picazón. Hipócrates de Cos (460-377 a.C.) menciona a la psoriasis, aunque su naturaleza no está todavía separada de otras afecciones cutáneas, incluida la lepra. Esta confusión duró varios siglos y derivó en que estos pacientes fueran abandonados y separados de la sociedad. ^{3,4}

El médico griego Galeno de Pérgamo (130-200 a.C.) utilizó la denominación “psoriasis vulgaris” o psoriasis común para incluir todas las dermo y epidermopatías acompañadas de prurito. ^{1,2}

Recién en el siglo XVIII el dermatólogo inglés Robert Willan (1757-1812) incluyó a la psoriasis en el grupo de afecciones eritematoescamosas. En 1841 gracias a los trabajos de Ferdinand von Hebra (1816-1880) y Moritz Kaposi (1837-1902), de la Escuela de Viena, se separó definitivamente a la psoriasis de la lepra y se describieron separadamente sus características clínicas y anatomopatológicas. ¹

A partir del siglo XIX se describió la asociación de la psoriasis y artritis. Jean Louis Alibert (1768-1837) describió por primera vez, en 1818, esta interrelación. Pierre Bazin (1807-1878) describió en 1860 la “psoriasis arthritique”. En 1937 Seghers y Robinson consideraron a la artritis psosriásica como una entidad clínica.^{1, 2,5}

1.2-Marco Teórico

1.2.1-Antecedentes del problema

La etiología y mecanismo de la psoriasis permanecieron desconocidos durante los últimos siglos. Se conocía el rápido crecimiento de las células de la piel. Algunos autores, sobre bases empíricas, teorizaron que existía un componente genético en la enfermedad.⁶

La evolución del tratamiento de la psoriasis revela que se inició con aplicaciones tópicas, como el ácido salicílico. Desde 1950 se utilizaron la aplicación local y el uso sistémico de los corticosteroides.⁷ Entre 1970 y 1980 se introdujeron la luz UVA, el metotrexate⁸ y los antimetabolitos. A partir de 1990 se emplearon la vitamina D3⁹ en aplicaciones tópicas, los retinoides y la ciclosporina. Las últimas adquisiciones fueron las terapias biológicas y el tratamiento con láser.¹⁰

La patogenia de la enfermedad dio un vuelco a mediados de la década de 1980, cuando se centró en el estudio de una alteración del sistema inmunitario. Las células T alteradas atacan a las células sanas de la piel, identificándolas erróneamente como extrañas –la piel afectada-, la piel trata de repararse a sí misma, generando nuevas células, pero lo hace siete veces más rápidamente que la piel sana. En sujetos libres de psoriasis, las células de la piel maduran y son eliminadas cada 28 días aproximadamente. En la piel psoriática, las células se movilizan rápidamente hacia la superficie de la piel en el lapso de 3 a 6 días. El organismo no puede eliminar células epidérmicas con la velocidad necesaria y este proceso resulta en las lesiones que se forman en la superficie de la piel. El ciclo de eliminación de 28 a 30 días de la piel normal se acelera a 3 días.
11,12

En la actualidad sigue siendo un problema para su diagnóstico debido a que aún se presta a equivocación y su tratamiento no es específico porque existe un gran desarrollo de medicamentos a escala mundial con el fin de encontrar un fármaco que sea lo más eficaz posible y ocasione la menor cantidad de reacciones adversas.

Cuba en su afán de mostrar al mundo su capacidad en la industria de manera general y principalmente en la farmacéutica ha creado, el Coriodermín, producto cubano aprobado por el Ministerio de Salud Pública a finales de la década de los 90, es un derivado de la placenta humana que incrementa la concentración intracelular del adenosín monofosfato cíclico en las células de la piel inhibiendo el proceso de reproducción de los queratinocitos, lo cual explica el hecho que las mujeres embarazadas afectadas por la psoriasis no manifiesten síntomas en el 70% de los casos. ¹³

En un inicio su aplicación era tópica 3 veces al día seguido de la exposición a rayos infrarrojos presentando una eficacia del 78% de los casos. Posteriormente con el fin de facilitar su utilización se asoció el Coriodermín con la aplicación previa de sulfato de magnesio al 5% cada 12 horas (que también inhibe el proceso de reproducción celular epidérmica potenciando su efecto) elevando su eficacia a un 85%. No se han observado reacciones secundarias por lo que puede ser utilizado en niños, embarazadas y adultos mayores. Puede aplicarse en párpados, región anal y genital y no interfiere con el uso de otros medicamentos para otras patologías. ¹³

1.2.2-Concepto:

Se define como una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante de la piel, de manifestaciones clínicas diferentes, caracterizada fundamentalmente por placas eritemato-escamosas, y secas, de tamaños y configuración variables, cubiertos por escamas blanquecinas, estratificadas, imbricadas y abundantes, de color grisáceo o blanco nacarado y de localización casi siempre simétrica.

14

1.2.3-Localización de las lesiones:

Puede presentarse con gran variación en la gravedad y distribución de las lesiones, aunque por lo general muestran cierta predilección por determinadas zonas como son: el cuero cabelludo, caras extensoras de los miembros, región sacra, además de los genitales externos, aunque pueden extenderse a todo el tegumento cutáneo en forma de psoriasis generalizada o eritrodérmica. En muchas ocasiones, las lesiones son tan características que es sencillo

establecer el diagnóstico clínico.^{8, 15} Otras veces resulta difícil y tenemos que auxiliarnos de la histopatología para llegar a una conclusión.

Su frecuencia mundialmente oscila entre 0,1 y 6 %, afecta a 2 % de la población europea y de 1 a 2 % de la norteamericana y la cubana. Es más frecuente en la raza blanca que en la negra y mongoloide, y muy rara en los indios. Afecta por igual en ambos sexos y puede aparecer a cualquier edad, desde el nacimiento hasta la vejez, pero como promedio general a los 27 años, para algunos autores.^{16, 17}

Se estima que entre un 1 y un 3% de la población sufre de Psoriasis.^{11, 12} Si bien puede aparecer a cualquier edad, suele hacerlo entre los 15 y los 35 años, con un pico máximo de incidencia en la segunda década de la vida. Afecta por igual a ambos sexos, aunque es más precoz en mujeres y en personas con antecedentes familiares. Por otro lado, no existe relación entre Psoriasis y cáncer de piel, es decir que es una enfermedad que no maligniza, aunque hay formas graves artropáticas que producen grandes limitaciones funcionales.¹²

1.2.4-Causa:

La causa de la psoriasis es una velocidad anormalmente alta de mitosis en las células epidérmicas que se pueden relacionar con una sustancia transportada en la sangre, un defecto en el sistema inmune. Se cree que no tiene una causa única, sino multifactorial, en individuos con predisposición genética a padecerla, y puede ser desencadenada o exacerbada por diversos factores ambientales e infecciosos.¹⁸

Puede generar síntomas subjetivos de prurito, ardor, dolor, conciencia de alteración de la piel, y compromete la esfera psicológica del enfermo¹⁹

1.2.5-Patrones clínicos de presentación¹⁹

Pueden combinarse en un mismo paciente distintas formas de presentación de la Psoriasis.

- Psoriasis Vulgar:¹⁹ es la forma más frecuente. Afecta el 90 % de los pacientes. Pueden ser placas únicas o múltiples, de diámetro variable.

Generalmente en codos rodillas, tronco y región sacra. Tiene especial afinidad por la cicatriz umbilical

- Psoriasis en gotas: ¹⁹ Se presenta como pequeñas pápulas eritemato-escamosas que predominan en tronco y extremidades, principalmente en lactantes después de una sepsis estreptocócica.
- Psoriasis invertida: ¹⁹ Localizada en pliegues.
- Psoriasis palmo plantar: ¹⁹ Forma clínica de compromiso único de palmas y plantas o asociado a otras localizaciones.
- Psoriasis ungueal: ¹⁹ Integrando la forma vulgar o como una expresión clínica independiente, que unas veces lastra la uña pero en otras ocasiones se observan pequeños agujeritos llamados pits que remedan la superficie de un dedal.
- Psoriasis Eritrodérmica: ¹⁹ Enrojecimiento mantenido y descamación generalizada de la piel, de evolución subaguda o crónica, con alteración del estado general del paciente.
- Psoriasis Pustulosa: ¹⁹ Forma poco común de psoriasis caracterizada por la aparición de pústulas estériles de evolución aguda, subaguda o crónica. Pudiendo tener manifestaciones sistémicas asociadas. Puede ser generalizada o localizada, preferentemente en palmas y plantas.
- Psoriasis Artropáticas ¹⁹ Forma clínica que afecta las articulaciones.
- Sebopsoriasis o psoriasis de las áreas seboreicas ¹⁹

1.2.6-Patogenia de la psoriasis

Se desconoce la patogénesis de la enfermedad, al parecer es una afección multifactorial en pacientes con predisposición genética. La demostración de múltiples anormalidades en la cinética celular, la histomorfología y la bioquímica, reafirman el hecho de que se invoquen múltiples mecanismos de producción, entre ellos: genéticos, inmunológicos, infecciosos, metabólicos, medicamentosos, endocrinos, psicógenos y ambientales. ²⁰

1.3-Justificación del estudio

Se considera este estudio necesario ya que a través de él se pretende precisar la efectividad del empleo de la Coriodermina en adolescentes, pues

generalmente este es uno de los grupos menos implicados cuando se llevan a cabo ensayos clínicos. Además, no se evidencian estudios realizados relacionados con el tema en la institución donde se llevó a efecto esta investigación, ni en las bibliografías consultadas, al menos de los últimos cinco años; y tiene gran importancia ya que se pretende brindar a la farmacopea nacional un producto que sirva para que en los adolescentes halla una respuesta lo más efectiva posible y no repercuta, la Psoriasis, negativamente sobre la esfera psicológica del individuo. Para ejecutar este estudio se tuvieron los recursos necesarios, tanto medios y materiales, así como personal calificado.

1.4-Problema Científico

¿Cómo se comportarán los pacientes que padecen psoriasis con el uso de la Coriodermina en el Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez” en el periodo comprendido entre octubre del 2010 y octubre del 2012?

2-Objetivos:

Generales:

-Determinar la efectividad de la Coriodermina en adolescentes psoriáticos asistidos en el Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez" octubre del 2010 hasta octubre del 2012.

Específicos:

1. Caracterizar a los pacientes en cuanto a la edad, el sexo y el color de la piel.
2. Identificar la edad de comienzo de la sintomatología, la forma clínica, los antecedentes patológicos familiares, rendimiento académico, compromiso psicológico y tiempo de evolución así como resultados del EEG y glicemia.
3. Clasificar el resultado del empleo de la Coriodermina, así como la satisfacción de su empleo.

3-Diseño Metodológico

3.1-Aspectos generales

Descripción del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el período comprendido entre octubre del 2010 y octubre del 2012, en el Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez” (HPDJMM).

Universo: Constó con 70 pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico (a través de biopsia de piel) de Psoriasis y que fueron tratados con Coriodermina, el total de los casos cumplen con los criterios de inclusión y no con los de exclusión.

Criterios de inclusión:

Se tuvo en cuenta a todos los pacientes que padecían Psoriasis y fueron tratados con Coriodermina, que estuvieran dispuestos a cumplir (con la aprobación de sus padres o tutores legales) con el tratamiento.

Criterios de exclusión:

-Todos los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez en el período estudiado con el diagnóstico de Psoriasis y no se sometieron al tratamiento con Coriodermina.

Criterios de salida:

- Pacientes que se ausentaron a más de dos consultas de evaluación seguidas.
- No querer seguir el tratamiento, tanto por efectos secundarios como por voluntad propia según mejoría del cuadro clínico.

3.2-Técnicas y procedimientos

Técnicas para la recogida de la información

-La fuente de la cual se recogieron los datos necesarios para la confección de este trabajo fueron las *historias clínicas* (fuente secundaria) de los pacientes.

-Las variables seleccionadas fueron analizadas por un equipo de especialistas del servicio de Dermatología del Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez para su validación y fueron recogidas en una boleta de recolección de datos (fuente primaria). ^(Anexo 1)

Técnicas de procesamiento y análisis

Se confeccionó una base de datos de las variables estudiadas. Los datos obtenidos fueron procesados y se vertieron en cuadros de distribución de frecuencia apropiados, a partir de ellos se realizó un análisis estadístico descriptivo. Como indicadores para el análisis de las variables descriptivas se utilizaron medidas de tendencia central (frecuencias absolutas y relativas).

3.3-Consideraciones éticas

Se informó y aprobó por el Comité de Ética, sobre la puesta en práctica de la investigación, para poder acceder a las historias clínicas en el Servicio de Dermatología, manteniendo en todo momento la ética hacia pacientes, conforme a los principios éticos para la investigación médica en humanos, establecidos en la declaración de Helsinki enmendada en la 52 Asamblea General de Edimburgo, en Octubre del 2000. ^{21 (Anexo 2)}

3.4-Recursos

-Humanos (autores de la investigación)

-Materiales: Una computadora Pentium 4 con impresora, escáner papel de fotocopia y útiles de oficina de orden cotidiano. Estos materiales permitieron la elaboración, procesamiento y análisis estadísticos de los datos, con calidad y eficiencia, sin que los costos de la investigación constituyeran una agravante para el desarrollo de la misma.

3.5-Definición, clasificación y operacionalización de las variables

Objetivo 1: Caracterizar a los pacientes en cuanto a la edad, el sexo y el color de la piel.

Variable	Escala	Clasificación	Descripción	Indicador
Edad	De 10 a 12 De 13 a 15 De 16 a 18	Cuantitativa discreta	Edad en años cumplidos	Frecuencia Absoluta y Porciento
Sexo	-Femenino -Masculino	Cualitativa nominal dicotómica	Se tuvo en cuenta el sexo biológico	Frecuencia Absoluta y Porciento
Color de la piel	-Blanco -Mestizo -Negro	Cualitativa nominal politómica	El color de la piel fue determinado a simple vista (según su fenotipo)	Frecuencia Absoluta y Porciento

Objetivo 2: Identificar la edad de comienzo de la sintomatología, la forma clínica, los antecedentes patológicos familiares, rendimiento académico, compromiso psicológico y tiempo de evolución así como resultados del EEG y glicemia.

Variable	Escala	Clasificación	Descripción	Indicador
Edad de comienzo	Antes de 1 año De 1 a 5 años De 6 a 10 años	Cuantitativa discreta	Según el año ya cumplido cuando comenzó la sintomatología Evolución antes del diagnóstico	Frecuencia Absoluta y Porciento
Forma clínica	Folicular	Cualitativa nominal	Según las características	Frecuencia Absoluta y

	Vulgar Palmar-plantar Cuero cabelludo Genital	politómica	de las lesiones y su distribución	Por ciento
Antecedentes Patológicos familiares	-Diabetes Mellitus -Psoriasis -Epilepsia -Vitiligo -Granuloma Anular -Alopecia Areata	Cualitativa nominal politómica	Según las enfermedades que padecen de los familiares	Frecuencia Absoluta y Por ciento
Rendimiento académico	-Excelente -Bueno -Regular -Malo	Cualitativa ordinal politómica	Resultados de los test psicológicos.	Frecuencia Absoluta y Por ciento
Compromiso psicológico	Intranquilo Tímido Miedoso Taquilálico Agresivo	Cualitativa nominal politómica	A partir de interconsulta con el servicio de Psicología del HDPJMM	Frecuencia Absoluta y Por ciento

	Dominante Sin síntomas			
Tiempo de evolución	A los tres meses de iniciado el tratamiento. A los seis meses de iniciado el tratamiento.	Cuantitativa discreta	Teniendo en cuenta el tiempo ocurrido entre el inicio del tratamiento y la desaparición de los síntomas.	Frecuencia Absoluta y Porciento
Resultado electro-encefalográfico	Normal Patológica	Cualitativa nominal dicotómica	Se tuvo en cuenta para ello el informe del técnico de electroencefalograma.	Frecuencia Absoluta y Porciento
Glicemia	Normal Patológica	Cualitativa nominal dicotómica	Se tuvo en cuenta para ello el informe del técnico de laboratorio clínico.	Frecuencia Absoluta y Porciento

Objetivo 3: Clasificar el resultado del empleo de la Coriodermina, así como la satisfacción de su empleo.

Variable	Escala	Clasificación	Descripción	Indicador
Resultado del empleo del	Excelente	Cualitativa nominal	Según la apreciación	Frecuencia Absoluta y

medicamento	Bueno Regular Malo	dicotómica	del médico	Porciento
Satisfacción de su empleo	Positivo Negativo	Cualitativa nominal dicotómica	Según la conformidad del paciente y el familiar de la mejoría alcanzada con la aplicación del medicamento.	Frecuencia Absoluta y Porciento

4-Resultados

Se realizó la revisión de las historias clínicas de 70 pacientes que padecían Psoriasis, con diagnóstico clínico e histopatológico, que fueron atendidos en el Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez, en el período de octubre del 2010 hasta octubre del 2012; obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 1: Distribución de los pacientes según edad.

Edad	Cantidad de casos	%
De 10 a 12 años	31	44,29
De 13 a 15 años	22	31,43
De 16 a 18 años	17	24,28
TOTAL	70	100

Fuente: historias clínicas.

Con relación a los grupos de edades afectados se evidencia un predominio de esta enfermedad en el grupo comprendido entre 10 y 12 años, con 31 casos lo que representa un 44,29% del total.

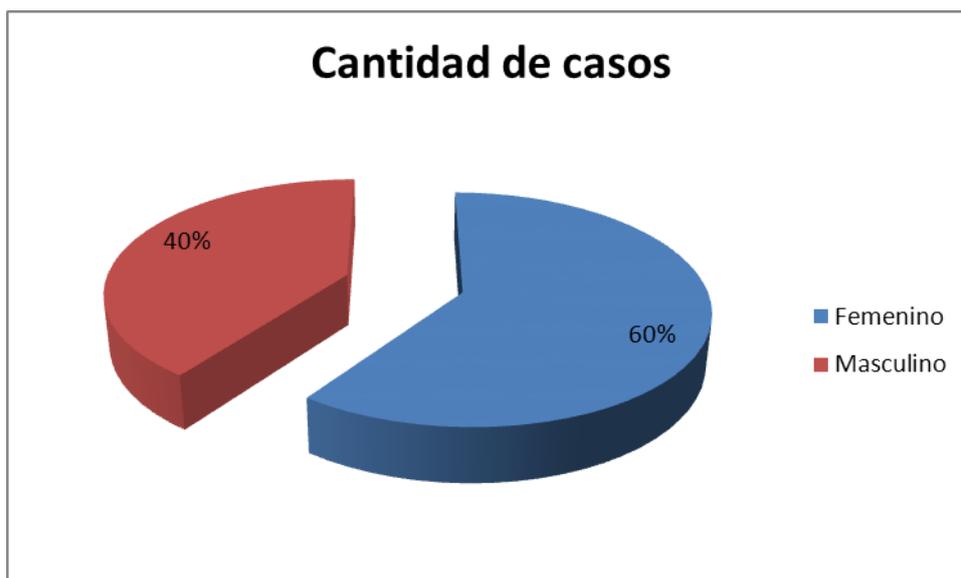
Tabla 2: Distribución según el sexo.

Sexo	Cantidad de casos	%
Femenino	42	60
Masculino	28	40
Total	70	100

Fuente: historias clínicas.

La prevalencia en este estudio se establece por cada 3 pacientes del sexo femenino hay 2 pacientes del sexo opuesto, o sea masculinos.

Grafico 1:



Fuente: Tabla 2

En la investigación solo se evidencian pacientes de color de la piel blanco, esto significa el 100%.

Tabla 3: Distribución según edad de comienzo

Edad de comienzo	Cantidad de casos	%
Antes de 1 año	2	2,86
1 – 5 años	40	57,14
6 – 10 años	28	40
Total	70	100

Fuente: historias clínicas.

Se aprecia que el 57,14% de los pacientes, comenzaron a presentar la sintomatología en el periodo de tiempo comprendido entre 1 a 5 años.

Tabla 4: Distribución según formas clínicas.

Formas clínicas	Cantidad de casos	%
Folicular	30	42,86
Vulgar	15	21,43
Palmo/plantar	14	20
Cuero cabelludo	7	10
Genital	4	5,71
Total	70	100

Fuente: historias clínicas.

A partir de las formas clínicas planteadas en la tabla anterior se considera que la más frecuente fue la folicular con 30 pacientes lo que equivale al 42,86% del total.

Tabla 5: Distribución según antecedentes patológicos familiares.

Antecedentes Patológicos Familiares	Cantidad de casos	%
Diabetes mellitus	33	47,14
Psoriasis	25	35,71
Epilepsia	9	12,86
Granuloma anular	2	1,43
Vitiligo	2	1,43
Alopecia areata	2	1,43

Fuente: historias clínicas.

El antecedente patológico familiar más significativo es la psoriasis con 25 casos para un 35,71%.

Tabla 6: Distribución según Rendimiento académico

Rendimiento académico	Cantidad de casos	%
Excelente	38	54,29
Bueno	27	38,57
Regular	5	7,14
Total	70	100

Fuente: historias clínicas.

Según los valores otorgados, por referencia del índice académico obtenido en la escuela en el curso anterior finalizado se aprecia que 38 pacientes para un 54,29% presentan un rendimiento académico elevado, o sea, excelente.

Tabla 7: Distribución según compromiso psicológico

Compromiso psicológico	Cantidad de casos	%
Intranquilo	19	27,14
Tímido	12	17,14
Miedo	4	5,71
Taquilálico	7	10
Agresivo	7	10
Dominante	1	1,43
Sin síntomas	20	28,58
Total	70	100

Fuente: historias clínicas.

Se observa que 19 de los casos, para un 27,14%, son intranquilos, según refieren los familiares.

Tabla 8: Distribución tiempo de evolución.

Tiempo de evolución.	Cantidad de casos	%
3 meses	35	50
6 meses	35	50
Total	70	100

Fuente: historias clínicas.

Mostraron desaparición de los síntomas a los 3 meses 35 pacientes, para un 50%, con la aplicación del medicamento.

Tabla 9: Distribución según resultados del Electroencefalograma

Electroencefalograma	Cantidad de casos	%
Normal	55	78,57
Patológico	15	21,43
Total	70	100

Fuente: historias clínicas.

Se precisó que 15 de los adolescentes estudiados, para un 21,43% del total mostraron cambios electroencefalográficos.

El total de la población en estudio (70 adolescentes) presentó valores de glicemia comprendidos en el rango aceptado como normal.

Tabla 10: Distribución según resultado del empleo del medicamento.

Resultado del empleo del medicamento	Cantidad de casos	%
Excelente	35	50
Bien	31	44,23
Regular	4	5,71
Total	70	100

Fuente: historias clínicas.

El 94,23% de los pacientes estudiados obtuvieron resultados, en relación con el tratamiento empleado, excelente y bueno entre ambos.

La totalidad de los adolescentes estudiados estuvieron satisfechos con el resultado del medicamento (Coriodermina) sobre las lesiones que tenían al iniciar el tratamiento.

5-Discusión de los resultados.

Se evidenció un predominio de afectados entre los 10 y 12 años de edad, lo que pudiese estar ocasionado porque los padres o tutores de estos pacientes no se percatan de la o las lesiones, generalmente pequeñas, que tiene este paciente hasta que se hace evidente, la otra teoría que postulan los autores es que pueden asociarla a una dermatosis simple, o sea, no como psoriasis. Esta investigación difiere del criterio de algunos autores ya que plantean: se estima que entre un 1 y un 3% de la población sufre de psoriasis. Si bien puede aparecer a cualquier edad, suele hacerlo entre los 15 y los 35 años, con un pico máximo de incidencia en la segunda década. ¹⁸

Se constata que existe un predominio del sexo femenino sobre el masculino, en cuanto a sexo, esto tiene un vínculo estrecho con el total de casos en estudio. El resultado expresado por los investigadores no se corresponde con algunos criterios internacionales pues postulan que: afecta por igual a ambos sexos, aunque es más precoz en mujeres y en personas con antecedentes familiares. ^{16, 17,18}

El universo en estudio estuvo constituido por los pacientes que fueron diagnosticados de psoriasis y quisieron llevar tratamiento con Coriodermina, aunque el total de los casos estudiados fueron de color de piel blanco, lo que no difiere de otras bibliografías que expresan que: es más frecuente en la raza blanca que en la negra y mongoloide, y muy rara en los indios. ^{16,17}

Una parte significativa del universo en estudio comenzó a presentar los síntomas entre 1 y 5 años, esto demuestra la importancia del estudio de esta entidad nosológica ya que se ha evidenciado la detección de pacientes en edades bien tempranas de la vida; pues según afirman otros autores: afecta por igual en ambos sexos y puede aparecer a cualquier edad, desde el nacimiento hasta la vejez, pero como promedio general a los 27 años. ^{16,17}

La forma clínica que más afecta a la población en estudio es la folicular con 30 pacientes para un 42,86%. Algunos autores de otras investigaciones exponen: que la forma clínica más frecuente es la vulgar en un 90% y puede observarse

la eritrodérmica, en muchas ocasiones, como complicación de la vulgar, pero la folicular se observa con menos frecuencia que la forma clínica mencionada.^{13,}

²²El planteamiento anterior no se corresponde con el resultado de la investigación realizada porque en este estudio se evidenció un predominio de la forma clínica folicular sobre el resto de las mismas.

En todas las bibliografías revisadas al respecto se acepta que en los pacientes con psoriasis existe entre 5-30 % de antecedentes familiares de la enfermedad.^{11, 20, 23} Diversos estudios evidencian fuertemente la existencia del locus de susceptibilidad psoriática (PSORS 1). La posibilidad de que exista un modelo heterogéneo de dos locus, permite valorar las divergencias aparentes sobre este tema.^{24, 25} Los resultados obtenidos con esta investigación demuestra que aunque no se halla determinado a fondo por la especialidad de Genética Clínica la transmisibilidad de la misma juega un papel importante en su diagnóstico, teniendo como patrones los antecedentes patológicos personales.

Con relación al rendimiento académico, por interconsulta con psicología del hospital, se preconiza un vínculo entre la psoriasis y un componente psicológico importante, o sea, un coeficiente de inteligencia elevado en la mayoría de los pacientes afectados por la enfermedad, a parte de tener en cuenta el resultado en la escuela el curso anterior, referido por los familiares. Además, teniendo en cuenta el compromiso psicológico se evidencia que un número considerable de casos son intranquilos y tímidos, esto se considera que se debe a que estos adolescentes debido a las lesiones que suele producir esta entidad nosológica en su cuerpo, sufren ansiedad y estrés por su apariencia, y se puede considerar que sea una causa por la cual le cueste establecer contacto desde el punto de vista externo de afectividad. Algunos aseveran que: así como los antecedentes recogidos de las historias clínicas de los pacientes con psoriasis, sugieren que el estrés emocional puede ser un factor desencadenante y se ha comprobado que un alto porcentaje de estos presentan trastornos de la personalidad y síntomas psiquiátricos variados.²⁶

Está demostrado que el estrés emocional exacerba la enfermedad. Otros autores plantean la hipótesis de que como consecuencia de traumatismos físicos o emocionales se libera extraneuralmente, en la piel, un neuropéptido

sensitivo (sustancia P), la cual actúa sobre los mastocitos, neutrófilos, linfocitos y macrófagos. Al fijarse a los mastocitos induce a su degranulación, con la liberación de mediadores inflamatorios.²⁰

De esta forma podría iniciarse el complejo fenómeno inflamatorio-proliferativo que se denomina psoriasis.^{14, 15}

Se aprecia como se fueron eliminando los síntomas y signos que acompañan a la enfermedad, en un relativo corto tiempo (3-6 meses), esto demuestra cuan eficaz es el medicamento utilizado y la capacidad de Cuba y sus científicos para producir sus propios fármacos con tanta calidad como cualquier otro fármaco creado por las grandes industrias farmacéuticas. Los resultados encontrados por esta variable muestran la veracidad y calidad del estudio realizado por el Dr. Miyares.¹³ Actualmente solo el 2,5% de los pacientes tratados (2) han retornado a la consulta con alguna mínima expresión de la enfermedad.

El resultado obtenido a partir del resultado electroencefalográfico revela que alrededor de 1/5 de los pacientes manifestó alteraciones con este estudio lo que se considera un aspecto significativo. Se debe tener en cuenta este hallazgo puesto que se realizó una búsqueda bastante rigurosa utilizando buscadores internacionales y no se halló ninguna investigación, ni reciente ni actual, referente a esta variable, aunque algunos autores consideran que pudiera existir una disritmia cerebral en estos casos.²² Uno de los complementarios utilizados con bastante regularidad para el diagnóstico de la psoriasis es la glicemia en sangre, no se evidenció positividad en su resultado ya que el total de los casos presentaron cifras que se encontraron en el rango establecido como normal, teniendo en cuenta los parámetros dados por el hospital donde se realizó el estudio.

El equipo médico que trató a los pacientes valoró según la desaparición de los signos y síntomas de la psoriasis el resultado del medicamento puesto en estudio (Coriodermina), se analizó de la siguiente manera:

-Excelente: en un primer corte, o sea a los tres meses, habían desaparecido todos los síntomas y signos de la enfermedad.

-Bien: en el primer corte quedan pocas lesiones, la gran mayoría pequeñas y el resto eran lesiones residuales. En el segundo corte, a los seis meses, los síntomas y signos de la enfermedad habían desaparecido. En pocos casos se evidenciaban pequeñas lesiones residuales.

-Regular: en el segundo corte quedan pocas lesiones, la gran mayoría pequeñas y el resto eran lesiones recidivantes; por tal motivo se continuó por un mes más, después de esto los síntomas y signos de la enfermedad habían desaparecido en todos de forma general.

Todos los pacientes estaban satisfechos con el empleo del medicamento para lograr la mejoría de la enfermedad, no por su cura porque algunos autores expresan: que la causa básica de la psoriasis se desconoce, aunque existe un gran número de literatura sobre el tema, donde se analizan las diversas teorías o hipótesis existentes.^{11, 12} Hasta el momento actual no se ha descubierto un medicamento que la pueda curar definitivamente.

6-Conclusiones

El empleo de la Coriodermina Plus es considerado a partir de los resultados arrojados por la investigación una eficaz y excelente opción para el tratamiento en adolescentes que padecen de Psoriasis.

7-Referencias Bibliográficas

- 1- Hebra, F.: Atlas der Hautkrankheiten. Viena, 1856-1876.
- 2- Kaposi, M.: Pathologie und Therapie del Hautkrankheiten. Viena, 1880
- 3- Cecil, R.: Tratado de Medicina Interna. Por J.C. Bennett y F. Plum. Mc Graw-Hill. Vol II, 1997.
- 4- Mettler, C.C.: History of Medicine. Págs. 662-683. Blokiston Co, 1947.
- 5- Sierra X editor: Historia de la Dermatología. Barcelona, 1994. Págs. 251-257.
- 6- Buzzi, A.; Doisenbant, A.R.: Evolución Histórica de la Medicina. Panamericana, Buenos Aires, 2008.
- 7- Koo J y M Lebwohl (1999). Duration of remission of psoriasis therapies. J AM Acad Dermatol; 41(1):51-59.
- 8- Jacas C, Bolívar D, Caballero A. Tratamiento de la psoriasis con dos técnicas acupunturales [artículo en línea] MEDISAN2004; 8(4) <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san02404.htm>[consulta: 16 enero 2012].
- 9- Ferrandiz C, Bielsa I, Fonseca E, Puig L, Ribera M (2001). Dermatología Clínica. Ediciones Harcourt, SA. 383 pp
- 10- Dierickx CC (2002) Laser treatments for psoriasis. Ann Dermatol Venereol; 129:1s211-1s285.
- 11-Bennett C. Tratado de Medicina Interna. 6 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1996:2 548-50.
- 12-Manssur J, Díaz JG, Cortés M, Regalado P, Sagaró, Abreu DA, et al. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002: 123-34.
- 13-Miyares C (2002). Novedosa terapia contra la psoriasis. Avances Médicos de Cuba. No.30:8-11.
- 14-Falabella R, Escobar CE, Giraldo N. Fundamentos de la Medicina. En: Dermatología. 5ed. Medellín: CIB, 1997: 217-24.
- 15-Fernández-Hernández B, Regalado P, Grillo R, Puertas J, Simón D, Cortés M, et al. Dermatología. 2 ed. La Habana: Editorial pueblo y educación, 1990: 15:175-81.

- 16-Wortsman X, Holm E, Gregor BE, Jemec G, Gniadecka M, Wolf H. Ultrasonido de alta resolución (15 mhz) en el estudio de la uña psoriática. *Rev Chil Radiol* 2004; 10(1): 6-11.
- 17-Alfonso I, Díaz MA, Sagaró B, Alfonso Y. Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. *Rev Cubana Med* 2001;40(2):122-3.
- 18-Griffiths C, Barker J: «Pathogenesis and clinical features of psoriasis», en *The Lancet*, 370 (9583): págs. 263-271, (citado 21/01/2012).
- 19-Gatti, CF: *Dermatología* Ed. El Ateneo 12 edición 68, 245-247 Argentina 2003. (Citado 2011/12/11)
- 20-Manssur J, Díaz-Almeida J, Cortés M, Regalado P, Sagaró B, et al. *Dermatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002: 123-34.
- 21-Declaración de Helsinki, Enmendada en la 52 Asamblea General de Edimburgo. Escocia; 2000.
- 22-Benoit, S (2007). «Childhood Psoriasis». *Clinics in Dermatology* 25: pp. 555–562.
- 23-Valdés MP, Schroeder F, Roizen V, Honeyman J, Sánchez L. Eficacia y seguimiento en el largo plazo de pacientes con psoriasis vulgar moderada a severa en tratamiento con infliximab (Remicade®). *Rev Med Chile* 2006; 134: 326-31.
- 24-Koo J, Lee E, BS,a Chai Sue Lee, Lebwohl M. Psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 613-22.
- 25-Elder JT, Nair RP, Henseler T, Jenisch S, Stuart P, Chia N, et al. The genetics of psoriasis 2001. The odyssey continues. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1 447-54.
- 26-Anthony N, Domonkos MD. *Tratado de Dermatología*. La Habana: Editorial Científico- Técnica, 1983: 228-42.

8-Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado.

En el Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez” se pretende desarrollar una investigación titulada “Coriodermina una sólida alternativa para pacientes psoriáticos.” que intenta determinar la efectividad de la Coriodermina en los pacientes ya notificados por biopsia de piel de psoriasis. En tal sentido:

Yo: _____ padre o madre
de: _____

Estando en el uso pleno de mis facultades mentales y en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio declaro mediante la presente que:

- He sido informado de manera objetiva, clara, y sencilla por parte de los investigadores de todos los aspectos relacionados con el estudio.
- Me comprometo a traer al paciente a todas las consultas evolutivas planificadas por los investigadores.
- Responder con honestidad los aspectos relacionados con los parámetros que regulan los investigadores y plantear cualquier novedad que ocurra durante la implementación del estudio.
- Cumplir con las indicaciones brindadas por el equipo de trabajo para una correcta administración del medicamento.
- En cualquier momento que lo desee puede dejar de participar en el estudio.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Agradecemos desde ya su colaboración.

Firma del paciente _____

Anexo 2: Planilla de recolección de datos.

Planilla de recolección de datos			
Nombre y apellidos:			
Edad:	Sexo:	Color de la piel:	Teléfono:
1-Edad de comienzo de los síntomas:		2-Formas clínicas:	
___ Menos de un año. ___ De 1 a 5 años. ___ De 6 a 10 años.		___ Folicular. ___ Vulgar. ___ Palmar-plantar. ___ Cuero cabelludo. ___ Genital.	
3-Antecedentes patológicos familiares:		4-Rendimiento académico:	
___ Diabetes mellitus. ___ Psoriasis. ___ Epilepsia. ___ Vitiligo. ___ Otros		___ Excelente. ___ Bueno. ___ Regular. ___ Malo.	
5-Compromiso psicológico:			
___ Intranquilo. ___ Tímido. ___ Miedoso.		___ Taquilálico. ___ Agresivo. ___ Dominante.	

		___ Sin síntomas	
6-Tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta la desaparición de los mismos:			
___ A los tres meses de iniciado el tratamiento.			
___ A los seis meses de iniciado el tratamiento.			
7-Exámenes realizados:			
Examen	Positivo	Negativo	
Biopsia de piel	x		
Electroencefalograma			
Glicemia			
8-Resultado del empleo de la Coriodermina:		9-Satisfacción de su empleo:	
___ Excelente.		___ Positivo.	
___ Bueno.		___ Negativo.	
___ Regular.			
___ Malo.			