

CASO CLÍNICO

Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas en base a los alelos de HLA en pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos en consulta externa de dermatología de los policlínicos de la “Caja Nacional de Salud” de La Paz, Bolivia durante el periodo 2018—2020.

Daniela Plata,* Miguel Gutiérrez,** Juan Carlos Diez de Medina***

* Médico Dermatóloga,
Universidad Mayor de San
Andrés.

** Médico Dermatólogo, Jefe de
Enseñanza de Dermatología
Hospital Obrero N°1, Caja
Nacional de Salud

*** Médico Dermatólogo,
Fundación Piel.

Correspondencia a:
daniag2693@gmail.com

Palabras clave: Psoriasis,
artritis psoriasica, alelos HLA
ecuatoriano.

Fecha de recepción: 18/11/2022

Fecha de aceptación: 02/05/2023

RESUMEN

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas en base a los alelos de HLA encontrados en pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos en consulta externa de dermatología de los policlínicos de la “Caja Nacional de Salud” de La Paz, Bolivia durante el periodo 2018—2020.

Método e instrumento: Se realizó un estudio descriptivo observacional de serie de casos. La muestra estuvo conformada por 35 pacientes con psoriasis. Se describió las características encontradas en los pacientes en base a los alelos de HLA encontrados.

Resultados: La mayor parte de los pacientes fueron varones entre 40 a 60 años. La presentación clínica mayoritaria fue psoriasis vulgar, con mayor asociación de alelos HLA y acompañada en 4 casos de afectación ungueal. En todos los estudios histopatológicos se describió la presencia de hiperqueratosis y paraqueratosis, solamente en el 22,9% se observó pustulas de Kogoj y microabscesos de munro. Los alelos mayormente encontrados fue el DR4, DR7 y DRB1 perteneciente a psoriasis con o sin artritis. Solo hubo un paciente con artritis psoriasica con alelo B39, y un paciente con alelo B27 sin artropatía. Del total de los pacientes 6 de ellos presentaba hipertensión arterial sistémica.

Conclusiones: La mayor cantidad de alelos encontrados de tipo DR4, DR7 y DR*B1 fue en los pacientes con psoriasis vulgar con mayor área corporal afectada. Solo un paciente con artropatía psoriásica presento el alelo B39, contrariamente a la literatura en la cual relaciona la artritis psoriásica con el alelo B27.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una dermatosis crónica inflamatoria, recidivante que se caracteriza por presentar placas eritematoescamosas bien delimitadas, de forma y extensión variables, producidos por una hiperplasia epidérmica y una queratopoyesis acelerada.¹

La prevalencia es de 1–6% en la población mundial, afecta a hombres y mujeres por igual, se presenta en cualquier edad, pero su aparición predomina entre los 18 y 50 años. Influye los factores raciales, geográficos y ambientales.²

La psoriasis se presenta en todas las latitudes y constituye de 3 a 5% de los casos de la práctica dermatológica corriente. Aproximadamente 25% de los pacientes psoriásicos presentan formas de moderadas a graves.²

La etiología es desconocida, sin embargo múltiples estudios relacionan a la psoriasis con factores ambientales, inmunológicos y genéticos. Se ha relacionado además con diversos antígenos de histocompatibilidad (HLA) lo cual hoy en día se utiliza como pronóstico de la enfermedad.^{3,13,15}

La artropatía psoriásica es una manifestación extracutánea frecuente en aquellos pacientes susceptibles que presenten un alelo específico en la tipificación de HLA. Este tipo de artropatía puede llegar a ser erosiva y potencialmente destructiva que según algunos estudios se presenta en el 5% al 30% de la psoriasis cutánea.^{6–9}

Actualmente, no existe un tratamiento curativo para la psoriasis, sin embargo, existe una gama de opciones terapéuticas para controlar los brotes. Algunos medicamentos actúan en contra de la hiperproliferación epidérmica y otros en la regulación de la alteración inmunológica, esto dependerá si la psoriasis es localizada o generalizada, de acuerdo con el área de superficie corporal involucrada.^{20,25,26}

Los tratamientos empleados actualmente incluyen los queratolíticos, corticosteroides tópicos, inmunomodu-

ladores, cuyos costos son accesibles, la fototerapia con PUVA a dosis bajas y los agentes biológicos.^{21,27}

Sin embargo, hasta el momento la clave en el éxito del tratamiento es la valoración del estilo de vida, la educación y el soporte emocional del paciente.^{22,31}

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal de serie de casos, de pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos en consulta externa de dermatología de los policlínicos de la “Caja Nacional de Salud” de La Paz, Bolivia durante el periodo 2018–2020.

Se estudió a 35 pacientes mayores de 10 años de ambos sexos, diagnosticados de psoriasis, de los cuales 16 de ellos presentaba un perfil alélico de HLA positivo para psoriasis.

RESULTADOS

De los 35 pacientes estudiados se observó que 28 de ellos presentaba psoriasis de tipo vulgar (Gráfico 1), acompañado de afectación ungüeal y prevaeciente en el sexo masculino (Tabla 1).

A su vez, la psoriasis de tipo vulgar tuvo la mayor representación alélica encontrada en los perfiles de HLA de los pacientes, seguida de la de tipo guttata (Tabla 2).

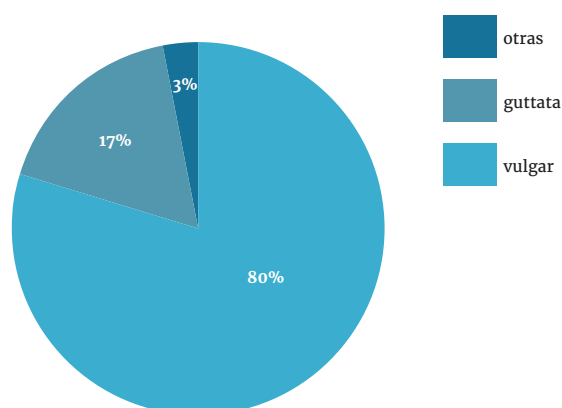


Gráfico 1. Presentación clínica de los pacientes con psoriasis.

Tabla 1. Compromiso ungueal en los tipos de presentación clínica en los pacientes con psoriasis.

COMPROMISO UNGUEAL	TIPO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA			
	VULGAR	GUTATTA	OTRAS	TOTAL
SI	4	0	0	4
NO	25	5	1	31
TOTAL	29	5	1	35

Tabla 2. Presentación clínica en base a los alelos de HLA en los pacientes con psoriasis.

TIPO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA	HLA					
	B39 0 B38	DR4 0 DR7 0 DRB1	B27	SIN ESTUDIO	DESCAR TADO	TOTAL
VULGAR	4	8	0	12	5	29
GUTTATA	1	2	1	1	0	5
PALMAR	0	0	0	1	0	1
TOTAL	5	10	1	14	5	35

Tabla 3. Patología de base y alelos de HLA en los pacientes con psoriasis.

HLA	PATOLOGÍA DE BASE		
	SI	NO	TOTAL
B39 0 B38	1	4	5
DR4 0 DR7 0 DRB1	2	8	10
B27	0	1	1
SIN ESTUDIO	3	11	14
DESCARTADO	0	5	5
TOTAL	6	29	35

Además, se observó que las patologías de base no van de la mano con el perfil alélico, ya que, de los 16 pacientes que cuentan con HLA, solo 3 presentaban hipertensión arterial sistémica (Tabla 3).

Las edades más representativas con perfil alélico positivo para psoriasis, fue entre 40 a 59 años, tanto en mujeres como varones (Tabla 4) y aquellos pacientes con gran compromiso de superficie corporal, extremidades superiores, inferiores y tronco, se encontraban en uno de los 3 grupos de tipificación de HLA positivo para psoriasis (Tabla 5).

Tabla 4. Alelos de HLA según sexo y edad en los pacientes con psoriasis

ALELOS	FEMENINO			MASCULINO			TOTAL
	10-39 AÑOS	40-59 AÑOS	>60 AÑOS	10-39 AÑOS	40-59 AÑOS	>60 AÑOS	
B39/38	1	0	0	0	3	1	5
B27	0	0	0	0	1	0	1
DR4 0 DR7 0 DRB1	1	4	0	0	1	4	10
DESCARTADO	0	1	0	0	4	0	5
SIN ESTUDIO	1	1	6	1	0	5	14
TOTAL	3	6	6	1	9	10	35

Tabla 5. Áreas corporales afectadas y alelos de HLA de los pacientes con psoriasis

ÁREAS CORPORALES AFECTADAS	HLA					
	B39 0 B38	DR4 0 DR7 0 DRB1	B27	SIN ESTU DIO	DESCAR TADO	TOTAL
EXTREMIDADES SUPERIORES	1	0	0	0	0	1
EXTREMIDADES INFERIORES	0	1	0	1	0	2
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	1	3	0	2	3	9
EXTREMIDADES SUPERIORES, INFERIORES, TRONCO	2	4	1	9	2	18
CABEZA, EXTREMIDADES Y TRONCO	1	2	0	1	0	4
PALMAR	0	0	0	1	0	1
TOTAL	5	10	1	14	5	35

DISCUSIÓN

El problema estudiado fue determinar las características de los pacientes con psoriasis cuyo objeto fue; describir las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas en base a los alelos de HLA de pacientes con diagnóstico de psoriasis, con una población de estudio de 35 pacientes.

En el estudio se observó mayor afectación en pacientes masculinos mayores a 60 años. En el estudio realizado por Farroso, se observó que la psoriasis afecta por igual a hombres y mujeres en dos picos máximos, en la 2da década de la vida y a partir de los 50 años.³

En otro estudio poblacional de 3 décadas realizado por Cañarte y colaboradores, se obtuvo una incidencia mayor en hombres con edad predilecta en la sexta década de la vida.⁵

La predilección de presentación clínica en el estudio, fue la vulgar en ambos sexos y a su vez con mayor asociación a un alelo de artritis psoriásica.

En dos estudios, de Gonzales y de Kogan, más del 70% de los pacientes presento psoriasis vulgar, de ellos el 26.7% con compromiso ungueal y el 19% con artritis psoriásica.^{4,7,18}

De los pacientes que contaban con histopatología, el 22.9% se describió pústulas de Kogoj y microabscesos de munro. En los estudios de Hernández y Kim, histológicamente el 100% de los pacientes presentaron hiperqueratosis y paraqueratosis y solo el 9.4% y el 55% respectivamente, microabscesos de munro y pústulas espongiformes de Kogoj.^{19,20,23}

Sobre los alelos encontrados en el HLA de los pacientes, se encontró 3 grupos de alelos con diferentes características en base al curso de la psoriasis. El primer grupo de alelos es B39 y B38 con presencia de desarrollo de poliartrosis con severidad y progresión de la enfermedad, el 2do grupo con alelos DR4, DR7 y DRB1 de psoriasis con o sin artritis y el 3er grupo del alelo B27, con desarrollo de artritis psoriásica. En el estudio, los alelos representativos fue DR4, DR7 y DRB1. La literatura indica que el HLA-Cw6 es el más relacionado a la psoriasis de tipo guttata.^{1,15}

En otro análisis detallado en 2 poblaciones chinas se identificó una asociación de HLA-B*57 con un aumento del riesgo de psoriasis.^{14,17}

García y colaboradores, determinaron la asociación del HLA-B27 con mayor predilección en varones, con psoriasis vulgar y con mayor área corporal afectada, resultados similares al estudio realizado.^{29,30}

En tres estudios sobre manifestaciones extracutaneas, el 8,1% de 1560, el 17,5% de 442 y el 7.7% de 936 pacientes presentaron artropatía psoriásica. En nuestro estudio hubo solo 1 paciente de los 35 con artritis psoriásica. Wilson y colaboradores consideran que dicha variabilidad se asocia a que los pacientes procedían de dermatología y no de reumatología.^{7,9,10,12,24}

De los 35 pacientes de objeto de estudio, 6 de ellos padecían de hipertensión arterial sistémica. De igual manera en los estudios de Acosta, Anselmi y de Han la comorbilidad mayormente asociada fue la Hipertensión arterial.^{6,11,16,28}

CONCLUSIONES

En el presente estudio demuestra que la psoriasis de tipo vulgar es la presentación clínica más frecuente con afectación ungueal en varones por encima de los 40 años.

El grupo de alelos predominante en la tipificación del HLA fueron DR4, DR7 y DRB1 que corresponde a psoriasis con o sin artritis, distribuidas de manera equitativa con 5 casos en el sexo masculino y femenino. La mayor representación de estos alelos, fue en los pacientes con psoriasis vulgar y con gran compromiso de área corporal afectada. A su vez 3 de estos pacientes presentaba hipertensión arterial sistémica como comorbilidad. Solo hubo un paciente con artritis psoriásica con el alelo HLA-B39. Por otro lado, se encontró un paciente con el alelo HLA-B27 que no presentaba signos de enfermedad articular inflamatoria.

Se debe considerar que la artritis psoriásica es una artropatía de rápido progreso y severidad, que, si bien no existe una clínica temprana, podemos identificarla mediante tipificación del HLA, logrando retrasar su progresión y brindando una mejor calidad de vida al paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Golsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Edición: 8ª McGraw-Hill Medical 2014; 1:197-232.

2. Muñoz-Estrada VF, Rachín-Tolosa M, Valenzuela-Paz GA, Trejo-Acuña JR. Estudio clínico de psoriasis. *Rev Med UAS* 2010; 1:12-9.
3. Farroso M. Immunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad. *Rev Cubana de Hematología* 2012; 28(4):357-373.
4. Vargas J, Vargas J. Psoriasis Vulgar. *Rev Cient Cienc Med* 2015;18(1):62-63
5. Cañarte C, Cabrera F, Palacios S. Epidemiología de la psoriasis en el distrito Metropolitano de Quito. *Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología* 2004; 2(1).
6. Parisi R, Symmons D, Griffiths C, Ashcroft D. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133(2):377-85.
7. Kogan N, Veira R, Chaparro E, Gusis S, et al. Psoriasis y artropatía psoriásica: epidemiología, manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas. *Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica* 2010; 1:36-54.
8. Christophers E, Barker J, Griffiths C, Daudén E, et al. The risk of psoriatic arthritis remains constant following initial diagnosis of psoriasis among patients seen in European dermatology clinics. *JEADV* 2010; 24:548-54.
9. Hernáiz J, Sánchez-Regaña M, Izu R, Mendiola V, et al. Evaluación clínica y terapéutica de los pacientes con psoriasis moderada o grave en España. Estudio SECUENCE. *Actas Dermosifiliogr* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.04.005>
10. Gisondi P, Girolomoni G, Sampogna F, Tabolli S, et al. Prevalence of psoriatic arthritis and joint complaints in a large population of Italian patients hospitalised for psoriasis. *Eur J Dermatol* 2005; 15:279-83.
11. Han C, Robinson J, Hackett M, Paramore L, et al. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2006; 33:2167-72.
12. Wilson F, Icen M, Crowson C, McEvoy M, et al. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A population-based study. *Arthritis Rheum* 2009; 61:233-9.
13. Romero M, Pereyra J. La genética de la psoriasis. *Med Cutan Iber Lat Am* 2016; 44(3):159-166.
14. Puig L, Julia A, Marsal S. Psoriasis: bases genéticas y patogénicas. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105(6):535-545.
15. Lopez M, Gonzales R, Perez V, Gonzales, et al. Alelos del antígeno HLA de clase II (DRB1) en pacientes con artritis psoriásica-HLAB27 negativo. *Rev Esp Reuma tol* 2002; 29(6):308-310
16. Anselmi C, Galimberti M, de Luca D, Torre A, et al. Psoriasis: prevalencia de comorbilidades cardiovasculares en la población del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. Estudio de corte 2010. *Dermatol Argent* 2012; 18:239-44.
17. Boehncke W. Etiology and Pathogenesis of Psoriasis. *Rheum Dis Clin North Am* 2015; 41(4):665-75.
18. González C, Castro L, de la Cruz G, Arenas CM. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Colomb Dermatol CirDermatol* 2009; 17(1):11-17.
19. Ortega A, Restrepo N, Rosero Y, Usuga F, et al. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. *Dermatol Rev Mex* 2018; 62(3):193-205.
20. Kim B, Choi J, Kim B, Youn S. 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.
21. Su Y, Fang J. Drug delivery and formulations for topical treatment of psoriasis. *Exp Opin Drug Deliv* 2008; 5:235-49.
22. Carrascosa J, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, et al. Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100:190-200.
23. Cohen S, Baron S, Archer C. Guidance on the diagnosis and clinical management of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2012; 37(1):13-8.
24. Menter A, Korman N, Elmets C, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60:643-59.
25. Lorenzetti M, Restifo E. Tratamiento biológico en psoriasis. Revisión bibliográfica. *Rev Argent Dermatol* 2012; 93(2):1-19.
26. Krueger J. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(1):1-23.
27. Schmitt J, Zhang Z, Wozel G, Meurer M, et al. Efficacy and tolerability of biologic and nonbiologic systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Dermatol* 2008; 159:513-526.
28. Kim N, Thrash B, Menter A. Comorbidities in psoriasis patients. *Semin Cutan Med Surg* 2010; 29:10-5.
29. Van Vugt L, Van den Reek J, Hannink G, Coenen M, et al. Association of HLA-C*06:02 Status With Differential Response to Ustekinumab in Patients With Psoriasis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2019 ;155(6):708-715.
30. Garcia D, Leitao M, Lupi O. HLA-B27 frequency in a group of patients with psoriatic arthritis. *An Bras Dermatol* 2012; 87(6):847-50.
31. Puig-Sanz L. La psoriasis, ¿una enfermedad sistémica? *Actas Dermosifiliogr*. 2007; 98:396-402.