



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA DE VON ZUMBUSCH”

Requisito previo para la optar por el Título de Médico

Autor: Tobar Vallejo, Darwin Giancarlo

Tutor: Dr. Torres Torres, Jhony

Ambato-Ecuador

Junio-2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación sobre el tema:

“PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA DE VON ZUMBUSCH”, de Darwin Giancarlo Tobar Vallejo, estudiante de la carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador determinado por designado por el honorable Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo 2019

EL TUTOR

.....
Dr. Torres Torres, Jhony

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis del caso clínico “PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA DE VON ZUMBUSCH”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2019

EL AUTOR

.....
Tobar Vallejo, Darwin Giancarlo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga ninguna ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayo del 2019

EL AUTOR

.....

Tobar Vallejo, Darwin Giancarlo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema ““PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA DE VON ZUMBUSCH””, de Darwin Giancarlo Tobar Vallejo, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio del 2019

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE

.....

PRIMER VOCAL

.....

SEGUNDO VOCAL

DEDICATORIA

A mi familia quienes han sabido ser un pilar fundamental, quienes me han apoyado y entendido en cada etapa de este proceso de aprendizaje. Me llevo de cada maestro, cada amigo, cada compañero ese anhelo e infinitas ganas de triunfar y es por eso que para ellos va dedicado todo el esfuerzo que emprendí desde que comencé esta aventura, la cual se ha cristalizado como una meta más cumplida.

Tobar Vallejo, Darwin Giancarlo

AGRADECIMIENTO

En primer lugar le agradezco a Dios por darme mi familia, amigos y a todas las personas que con su presencia o apoyo moral han estado pendientes de que no decaiga en mi camino. A mis profesores por sus enseñanzas impartidas a través de ciencia y las experiencias personales que me fueron moldeando para llegar a ser un profesional excelente pero sobre humilde. Sobre todo gracias a mi tutor porque pude palpar su empatía al guiarme durante este proceso.

Tobar Vallejo, Darwin Giancarlo

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
INDICE.....	viii
INDICE.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
IV. INTRODUCCIÓN.....	1
V. OBJETIVOS.....	8
Objetivo General:.....	8
Objetivos Específicos:.....	8
VI. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	9
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA	9
ANÁLISIS DEL PROBLEMA:.....	20
ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS.....	27
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	32
DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	32
FACTORES DE RIESGO PERSONALES.....	33
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	33
OPORTUNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA.....	34
OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD.....	34
OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN.....	34

MARCO TEÓRICO.....	35
PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA.....	42
INCIDENCIA.....	43
FACTORES DE RIESGO.....	44
PATOGENIA.....	44
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	45
DIAGNÓSTICO.....	48
MANEJO CLÍNICO.....	50
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	52
TRATAMIENTO:.....	53
VII. CONCLUSIONES.....	54
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
IX. ANEXOS.....	63

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA DE VON ZUMBUSCH”

Autor: Tobar Vallejo, Darwin Giancarlo

Tutor: Dr. Torres Torres, Jhony

Fecha: Mayo del 2019

RESUMEN

Paciente femenina de 45 años con antecedente de psoriasis vulgar desde hace 23 años, entre antecedentes quirúrgicos registra laparotomía infra umbilical debido a Embarazo Ectópico accidentado hace 13 años y esterilización tubárica hace 15 años.

Tras un cuadro de Abdomen Agudo Inflamatorio que requirió resolución quirúrgica se manifiesta como una Psoriasis Pustulosa Generalizada con criterio histopatológico confirmado.

Desde el año 2017 presentaba terapéutica habitual a base de Metrotexate 10 miligramos vía oral semanales, con lo cual su enfermedad de base se mantenía controlada, pero a partir de dicho cuadro de Abdomen Agudo Inflamatorio del cual se obtuvo como resultado la extracción de una Apéndice Cecal grado III con gleras, un periodo postoperatorio mediato con leves complicaciones, que se presumían eran propias de la falta de movilidad por el reposo en cama tras el procedimiento quirúrgico, se reactivan las manifestaciones dermatológicas y sistémicas de una forma muy agresiva, la cual no cedió ante el tratamiento propuesto, con terapia combinada de primera línea, a pesar de un manejo multidisciplinario; por lo que se decidió iniciar el trámite de referencia a Hospital de Tercer Nivel para manejo de la patología en cuestión con Anticuerpos Monoclonales, ya que se agotaron las opciones de terapéuticas de primera línea disponibles en el Cuadro Básico de Medicamentos de nuestro país.

PALABRAS CLAVES:

PSORIASIS, PUSTULOSA, GENERALIZADA, VON ZUMBUSCH, INFLAMATORIO, QUIRÚRGICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

HEALTH SCIENCES FACULTY

MEDICAL CAREER

"PUSTULAR GENERALIZED PSORIASIS OF VON ZUMBUSCH"

Author: Tobar Vallejo, Darwin Giancarlo

Tutor: Dr. Torres Torres, Jhony

Date: May 2019

SUMMARY

A 45-year-old female patient with a history of vulgar psoriasis for 23 years, between surgical records recorded infra umbilical laparotomy due to an Ectopic Pregnancy accident 13 years ago and tubal sterilization 15 years ago.

After a picture of Acute Inflammatory Abdomen that required surgical resolution, it manifests as a Generalized Pustular Psoriasis with confirmed histopathological criteria.

Since the year 2017, Metrotexate had 10 milligrams of oral therapy weekly, so that the underlying disease was controlled, but from the Acute Inflammatory Abdomen box, which resulted in the extraction of a Cecal Appendix. grade III with glera, a postoperative period with mild complications, which were presumed to be due to the lack of mobility due to bed rest after the surgical procedure, the dermatological and systemic manifestations were reactivated in a very aggressive way, which did not yield before the proposed treatment, with first line combination therapy, despite a multidisciplinary management; so it was decided to initiate the process of referral to Third Level Hospital for the management of the pathology in question with Monoclonal Antibodies, since the options of first line therapies available in the Basic Table of Medicines of our country were exhausted.

KEYWORDS:

PSORIASIS, PUSTULAR, GENERALIZED, VON ZUMBUSCH, INFLAMMATORY, SURGICAL.

IV. INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel de origen autoinmune, que produce lesiones escamosas engrosadas e inflamadas, con una amplia variabilidad clínica y evolutiva. No es contagiosa, aunque sí puede ser hereditaria.

Puede afectar a cualquier parte de la piel, frecuentemente a las zonas de codos, rodillas, cuero cabelludo, abdomen y espalda. No es raro que produzca afectación de las uñas. Esto se conoce como psoriasis ungueal. Las uñas pueden ser la única zona afectada al principio de la psoriasis.

En ocasiones produce complicaciones como la artritis psoriásica o puede presentarse en formas no muy frecuentes como la pustulosa generalizada.

La psoriasis pustulosa generalizada es una enfermedad dermatológica con una forma no muy común, se caracteriza por la presencia de pústulas estériles acompañadas de manifestaciones sistémicas asociadas. (1)

Historia

Esta patología fue referida por primera vez en el año de 1910 por Von Zumbusch, quien reportó un caso caracterizado por episodios de eritema generalizado y edema ulterior a un cuadro de años de psoriasis vulgar.

Canónicamente en el año de 1968, autores como Baker y Ryan figuraron dos grupos de pacientes que presentaron lesiones psoriásicas en placas y ulterior a la exposición de algún agente detonante progresó la enfermedad a una forma pustulosa. En un grupo además de las lesiones antes mencionadas se observó una distribución atípica de las placas pustulosas sumadas a la presencia de manifestaciones sistémicas como fiebre y leucocitosis.

Clasificación

Históricamente se ha dividido a la psoriasis pustulosa en dos categorías de acuerdo a la distribución de las lesiones: generalizada y localizada. Existen otras formas de clasificación que se componen de:

- ❖ Psoriasis pustulosa generalizada tipo Von Zumbusch
- ❖ Psoriasis pustulosa anular
- ❖ Impétigo herpetiforme en pacientes gestantes

A su vez la psoriasis pustulosa localizada se divide en:

- ❖ Acrodermatitis continua de Hallopeau
- ❖ Psoriasis pustulosa palmo-plantar

Esta patología afecta a ambos sexos por igual, dependiendo de la edad de inicio algunos autores la han clasificado como:

- ❖ De inicio temprano, con una aparición de las manifestaciones antes de los 22 años
- ❖ De inicio tardío, misma que se presenta a partir de los 55 años de edad(2)

Epidemiología

Se estima que entre un 2 y un 3 % de la población sufre de psoriasis. La prevalencia varía entre las diferentes poblaciones de todo el mundo, siendo más frecuente en los países más distantes del Ecuador geográficamente hablando.

En Europa se estima que la incidencia es aproximadamente del 1,5 % y en los Estados Unidos del 4,6 %. En contraste, las tasas de prevalencia son mucho más bajas entre los países africanos del este, los afroamericanos, China (0,4 %) e India (0,7 %).

Puede aparecer a cualquier edad, si bien es menos frecuente en los niños que en los adultos, con un pico de incidencia entre los 20 y los 55 años. En aproximadamente un tercio de los pacientes, la psoriasis debuta antes de los 20 años. Suele iniciarse con cuadros clínicos atípicos o leves, difíciles de diagnosticar. La psoriasis en placas es el tipo más frecuente en todas las edades, aunque en los niños las lesiones suelen ser más pequeñas y menos escamosas que en los adultos.

Afecta por igual a ambos sexos, si bien es más precoz en mujeres y en personas con antecedentes familiares.

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 psoriáticos presentan formas de moderadas a graves.⁵ En Ecuador no se conoce la incidencia de la enfermedad a nivel nacional ni por provincias ya que la información proporcionada por organismos oficiales es muy pobre. Por ejemplo, el INEC reportó 86 casos de egresos hospitalarios en el año 2000 con diagnóstico de psoriasis.⁶ Existen sin embargo iniciativas particulares que logran dar una idea de la magnitud del problema, aunque referido a circunscripciones específicas.⁽³⁾

Anatomía patológica

Es característica de la psoriasis la hiperqueratosis paraqueratósica de la epidermis, con acumulaciones de leucocitos polimorfonucleares denominados abscesos de Munro-Saboureaud, así como el adelgazamiento de la epidermis supra-papilar con acantosis inter-papilar.

También hay papilomatosis dérmica, con capilares dilatados y tortuosos verticales en las papilas, además de infiltrados de linfocitos perivasculares.⁽³⁾⁽⁴⁾

Cuadro clínico

La psoriasis no es una enfermedad contagiosa. Afecta tanto a la piel como a las mucosas, y en ocasiones se asocia a la artritis. Su amplia variabilidad de lesiones hace necesaria una clasificación con fines docentes, pronósticos y terapéuticos.

Lesiones psoriásicas

- ❖ Placas de psoriasis en el codo.
- ❖ Lesiones cutáneas

La lesión elemental es una pápula o placa eritematosa, de tamaño diverso y tono rojo oscuro, bordes delimitados y habitualmente cubierta de escamas. El raspado de las lesiones (raspado de Broc) permite observar tres signos característicos:

- ❖ Signo de la «mancha de cera» o de la «bujía»: al rascar la lesión, se desprenden multitud de escamas similares a las que se desprenderían de una vela.
- ❖ Fenómeno de la membrana epidérmica o membrana de Duncan-Dulckley: tras desprenderse las escamas, aparece una película transparente que recibe este nombre.
- ❖ Signo del rocío sangrante o signo de Auspitz: al desprender la membrana de Duncan-Dulckley, aparecen petequias a consecuencia del daño vascular de las papilas dérmicas, por el desprendimiento de la epidermis que las recubre. Este signo no aparece en la psoriasis invertida, ni en la pustulosa.
- ❖ Halo de Woronoff: halo hipocrómico en torno a la placa, ligado al inicio de la regresión de la lesión. Es menos frecuente.
- ❖ Fenómeno de Köebner, consiste en la reproducción de lesiones propias de una dermatosis en zonas que han sufrido un traumatismo previo, idénticas tanto clínica como histopatológicamente a la dermatosis preexistente^{1,2}. Su patogénesis aún es poco conocida, y probablemente sea multifactorial, aunque se sugiere que existen cambios capilares en la dermis que preceden todos los cambios morfológicos.
- ❖ Lesiones de las uñas

El trastorno del proceso de queratinización tiene como consecuencia un ritmo de crecimiento acelerado que puede alterar el aspecto físico de las uñas. La psoriasis de la uña puede resultar dolorosa, debido a su localización.

Entre un 30 y un 50 por ciento de los enfermos presenta alteraciones de las uñas (psoriasis ungueal). Es más frecuente que ocurra en las manos que en los pies y en pacientes con afección articular. Aunque no es lo habitual, puede ser el único problema del paciente con psoriasis. Por lo general, la afectación de las uñas por la psoriasis comienza después de la aparición de las lesiones cutáneas, con un retraso en

su aparición de entre los 9 y los 11 años. Posiblemente, este lapso de tiempo es responsable de una menor prevalencia de la psoriasis ungueal en los niños.

Las manifestaciones clínicas de la psoriasis ungueal dependen de la parte de la uña afectada. Las principales alteraciones que pueden presentarse son las siguientes:

- ❖ Piqueteado de la lámina: aparecen unos hoyuelos o depresiones en la lámina ungueal (en inglés, pitting), por afección de la matriz ungueal. Estas depresiones pueden estar dispuestas transversalmente, en filas longitudinales o de forma desorganizada, y pueden ser poco o muy profundas, hasta el punto de dejar un agujero perforado en la superficie de la uña. Cuando la lesión psoriásica afecta a un área más amplia de la matriz ungueal, se forman ranuras transversales de la misma manera, como pozos. Es la manifestación más común de la psoriasis ungueal.
- ❖ Decoloración de la uña «en mancha de aceite»: aparecen unas manchas amarillentas desde el inicio de la uña que se van extendiendo, debido a una afectación del lecho ungueal (base de la uña). Esta lesión va asociada a artropatías psoriásicas. Se producen por alteración del hiponiquio.
- ❖ Onicosis: se produce la separación de la uña de su lecho ungueal. Como consecuencia, la uña se torna blanquecina y en ocasiones, se pueden acumular exudados que confieren un tono amarillento. La colonización por hongos tornan la uña de color verdusco o marrónáceo. La psoriasis es una de las principales causas de onicosis, que es una de las alteraciones más frecuentes en la psoriasis ungueal.
- ❖ Hiperqueratosis subungueal: se debe a una proliferación importante de células paraqueratóicas, que confiere a la uña un aspecto de masa densa, pulverulenta y blanquecina, denominado por algunos autores como en médula de saúco. Es también, junto a la onicosis, una manifestación muy frecuente de la psoriasis ungueal y con frecuencia aparecen juntas en un mismo paciente. A menudo se confunde con una onicomiosis.

Psoriasis del surco ungueal y paroniquia psoriásica: consiste en lesiones eritematosas y descamativas alrededor de la uña, con destrucción de la cutícula.

Esta alteración, que debe tratarse multidisciplinariamente por el dermatólogo y el reumatólogo, es un tipo de psoriasis más invalidante que la psoriasis estrictamente cutánea. Suele comenzar entre los 35 y los 45 años, en general en pacientes previamente diagnosticados de psoriasis. Por término medio, un 7 por ciento de los pacientes con psoriasis sufren de las articulaciones.

Entre los patrones de afectación articular en la psoriasis, están:

- ❖ Forma oligo-articular asimétrica: afecta sobre todo a articulaciones interfalángicas proximales y distales (dedos).

- ❖ Forma similar a la artritis reumatoide seronegativa: con un pronóstico más benigno y remisiones más duraderas.
- ❖ Forma mutilante: muy grave e infrecuente.
- ❖ Forma interfalángica distal: casi patognomónica (exclusiva) de la psoriasis, pero muy infrecuente.
- ❖ Forma periférica, asociada o no a sacroileítis anquilosante.
- ❖ Sacroileítis o espondilitis anquilosante: asociada o no a artropatía periférica.

(4)

Patrones de presentación

En general, la psoriasis es un cuadro monomorfo (no presenta varios tipos de lesión a la vez), simétrico, que puede ser limitado o muy extenso. Existen muchas variantes según la morfología de las lesiones:

- ❖ Psoriasis en placas o psoriasis vulgar.

Es la forma más frecuente. Se caracteriza por la formación simétrica de placas de 1 a 30 centímetros, localizada en cualquier zona de la piel, especialmente rodillas, codos, región lumbosacra y cuero cabelludo. Las lesiones pueden durar hasta meses, e incluso años, y en sucesivos brotes se van extendiendo al tórax y las extremidades. Cuando las lesiones confluyen en grandes placas con bordes geográficos, el cuadro se denomina psoriasis "gyrata"; otras veces, aparece una zona central más clara, y el cuadro se llama psoriasis anular.

- ❖ Psoriasis en gotas, psoriasis eruptiva o psoriasis "guttata".

Psoriasis en forma de gotas o pequeños puntos menores de 1 centímetro, a veces pruríticas, localizadas preferentemente en el tronco. Se da con más frecuencia en niños y en jóvenes, y suele aparecer bruscamente tras padecer una infección estreptocócica de las vías respiratorias superiores. Dura dos o tres meses y desaparece espontáneamente, salvo en algunos individuos que sufren brotes recurrentes. Suele reaparecer en la edad adulta como otro de los tipos de psoriasis.

- ❖ Psoriasis eritrodérmica.

Lesiones generalizadas que comprometen más del 90 por ciento de la extensión corporal y llegan a afectar el estado de salud del paciente por presentar fiebre, leucocitosis, desequilibrio electrolítico, déficit proteico, etcétera. Puede aparecer a partir de una psoriasis vulgar (y deja alguna zona de piel sana), tras un brote de psoriasis pustulosa, o bruscamente tras un periodo de intolerancia al tratamiento.

- ❖ Psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis de Von Zumbusch.

Variante aguda e infrecuente, que generalmente aparece en pacientes con otros tipos de psoriasis tras la aparición de factores desencadenantes (medicamentos, hipocalcemia, estrés, infecciones). Las placas eritematosas confluyen en pocas horas en pequeñas pústulas estériles (llenas de pus no infectado), que rápidamente se secan, desaparecen y reaparecen en nuevos brotes. Si aparecen lesiones subungueales, la uña puede llegar a desaparecer. El curso de la enfermedad es ondulante, hasta que varias semanas después el paciente vuelve a la forma de psoriasis que padecía o a una psoriasis eritrodérmica.

Por lo general, el cuadro se acompaña de fiebre, mal estado general, leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular. Sin el tratamiento correcto, puede ser mortal, por hipoalbuminemia, hipocalcemia y la consiguiente deshidratación e infecciones.

- ❖ Impétigo herpetiforme, también denominada psoriasis gestacional o del embarazo.(6)

Se caracteriza por varios brotes de pústulas estériles sobre una base eritematosa, simétricamente en palmas y plantas, sobre todo en las eminencias tenar e hipotenar de la mano, y en los talones. Las pústulas pueden confluir en grandes lagos de pus, que se secan en 8 a 10 días formando escamas y costras marrones. Este proceso se cronifica, produciendo callosidades amarillentas que pueden dar fisuras extremadamente dolorosas e invalidantes. Ocasionalmente, esta forma de psoriasis se asocia a dolor torácico medio por osificación del cartílago en la zona de contacto entre la clavícula y la primera costilla, y el esternón.

- ❖ Psoriasis acral o acrodermatitis continua de Hallopeau.

Extraña variante definida por la aparición de una erupción pustulosa en torno a las uñas (sobre todo de las manos), que se extiende proximalmente. Se acompaña de destrucción y pérdida de las uñas, y en casos muy evolucionados puede llegar a producir osteolisis de la falange distal.

- ❖ Psoriasis lineal.

Las lesiones adoptan una disposición en línea, ya sea a lo largo de una extremidad; puede aparecer espontáneamente o por fenómeno de Koebner.

- ❖ Psoriasis invertida o psoriasis de pliegues.

Aquella que afecta a los grandes pliegues cutáneos, principalmente los axilares, genitorcrales (las ingles), inter-glúteos, sub-mamarios y el ombligo. Las lesiones son placas eritematosas de color rojo intenso, uniformes, lisas, brillantes y de bordes definidos, si bien su rasgo más característico es la ausencia de escamas. Puede haber una fisura

dolorosa en el fondo del pliegue y existir, por tanto, riesgo de infección. Lo más común es que estas lesiones coexistan con la psoriasis vulgar.

❖ Psoriasis del cuero cabelludo.

El cuero cabelludo presenta lesiones de forma muy frecuente en los pacientes de psoriasis, normalmente junto a lesiones cutáneas. Puede manifestarse como placas descamativas similares a las de la piel, o bien como placas gruesas de escamas adheridas al pelo (cuadro a veces denominado falsa tiña amiantácea).(5)(6)

Enfermedades asociadas

Varios estudios han sugerido una mayor prevalencia de cada uno de los componentes del síndrome metabólico en los pacientes con psoriasis (dislipidemia, intolerancia a la glucosa, obesidad e hipertensión), así como un aumento de la prevalencia de aterosclerosis. Una evaluación prospectiva mostró que las mujeres con psoriasis se encuentran en mayor riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión. Aproximadamente, la mitad de los pacientes presentan hígado graso no alcohólico. Otras comorbilidades importantes son la depresión y el cáncer. (7)

V. OBJETIVOS

❖ OBJETIVO GENERAL

Establecer las características patológicas de la Psoriasis Pustulosa Generalizada y su implicación con un proceso agudo inflamatorio de resolución quirúrgica como factor desencadenante de esta forma infrecuente de aparición clínica.

❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores de riesgo que presentó la paciente para el desarrollo de psoriasis pustulosa generalizada teniendo como antecedente una psoriasis vulgar de aparición juvenil
2. Instituir al cuadro de abdomen agudo inflamatorio como desencadenante de las manifestaciones dermatológicas y sistémicas que no cedieron a la terapéutica habitual en líneas de tratamiento de primer y segundo orden para la psoriasis, mismo proceso que llevó a la necesidad de derivación a un hospital de especialidades.
3. Detallar el cuadro clínico mostrado por la paciente durante la reactivación de la Psoriasis Pustulosa Generalizada así como el tratamiento utilizado, para establecer flujogramas que se constituyan una pauta para referir de manera oportuna al paciente en base a la magnitud de su enfermedad.

VI. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:

Paciente de sexo femenino, 45 años de edad, con antecedentes patológicos personales de Psoriasis Vulgar desde hace 23 años, bien contralada, presentando lesiones dérmicas tipo placa localizadas en miembros inferiores, no pruriginosas, no álgicas, recibiendo tratamiento con Metotrexato, 10 miligramos vía oral semanal; 30

Presenta cuadro clínico subagudo de tres semanas de evolución caracterizado por brote de lesiones dérmicas diseminadas, múltiples, tipo placa de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, de forma redondeada, coloración eritematosa, superficie lisa, bordes elevados, de consistencia blanda, no álgicas, no pruriginosas; por lo cual acude al Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General de Latacunga.

En el área de Emergencia se interconsulta al Servicio de Medicina Interna quienes valoran a la paciente y tras análisis de exámenes complementarios deciden ingreso hospitalario el viernes veinte y tres de febrero del año 2018 a las veinte horas, con el diagnóstico de Celulitis de predominio en miembros inferiores. Se prescribe terapia antibiótica con Ceftriaxona 1 gramo endovenoso cada doce horas, así como también hidrocortisona 500 miligramos endovenoso diario.

TABLA N.1 CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMÉTRICAS 23/02/2018	
TENSIÓN ARTERIAL	100/60 mm/Hg
FRECUENCIA CARDÍACA	82 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18 rpm
TEMPERATURA	36.4 C
PESO	74.5 kg
TALLA	147 cm
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	34.5

TABLA N.2 Biometría hemática-23/02/2018	
Hemoglobina	15.70 g/dl
Hematocrito	48.8%
Plaquetas	246.000 /mLt
Leucocitos:	10.800/mm ³
Linfocitos	26.4%
Neutrófilos	64.5%
Monocitos	7.6 %
Basófilos	2.4 %

Fuente: Historia clínica de la paciente

Biometría hemática de la paciente realizada el día de ingreso Hospitalario, donde se evidencia una ligera leucocitosis con una fórmula leucocitaria con desviación a la izquierda, lo que nos indica un proceso inflamatorio agudo, tras descartar la presencia de fiebre.

La paciente permanece con el esquema descrito durante dos días previo a su ingreso, el lunes veinte y seis de febrero se interconsulta al Servicio de Dermatología, quienes tras una revisión clínica deciden cambiar el diagnóstico por el de una exacerbación de Psoriasis vulgar, suspendiendo la Ceftriaxona y el Corticoide intravenoso, con el argumento de que es medicación desencadenante de una respuesta inflamatoria sistémica más marcada que empeora su pronóstico; prescribiendo además terapia inmunosupresora a base de Metrotexate 10 miligramos vía oral cada semana.

Tras la administración de la medicación indicada por el Dermatólogo la paciente paulatinamente fue mostrando una mejoría del cuadro inicial, caracterizado por una disminución notable del número de lesiones, con un P.A.S.I. (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX) de 14%, es decir una extensión moderada del eritema, descamación e induración de la superficie corporal afectada por lesiones psoriásicas, que pasó de ser diseminada en el momento del ingreso a ser localizada en miembros inferiores. Así también se confirmó el estado de la respuesta inflamatoria mediante un Hemograma de control que arrojó los siguientes resultados:

TABLA N.3 Biometría hemática 28/02/2018	
Hemoglobina	15.70 g/dl
Hematocrito	48.6%
Plaquetas	246.000 /mLt
Leucocitos:	4.800/mm³
Linfocitos	32.8%
Neutrófilos	56.5%
Monocitos	7.6 %
Basófilos	2.4 %

Fuente: Historia clínica de la paciente

Biometría hemática realizada el día de Egreso Hospitalario (muestra tomada tras cinco días de hospitalización), donde se evidencia una disminución de la fórmula leucocitaria lo que nos indica una remisión del proceso inflamatorio agudo.

Por lo que se decide dar el Alta enviando medicación habitual para su patología de base con el siguiente esquema: Metrotexate 10 miligramos vía oral semanales, Ácido fólico 5 miligramos vía oral de miércoles a domingo, Crema de Úrea al 5% de aplicación diaria sobre la piel que contenga lesiones en placa, signos de alarma entendidos como: reaparición y aumento de las lesiones inicialmente descritas y presencia de fiebre, control por Consulta Externa el quince de marzo del 2018 con el Servicio de Dermatología.

La paciente acude a control la fecha indicada, presentando las siguientes constantes vitales:

TABLA N.4 CONSTANTES VITALES 15/03/2018	
TENSIÓN ARTERIAL	110/70 mm/Hg
FRECUENCIA CARDÍACA	78 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	17 rpm
TEMPERATURA	36.6 C

Fuente: Historia clínica de la paciente

Al examen físico se evidencia presencia de lesiones dérmicas tipo placa, localizadas en miembros inferiores, de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, de forma redondeada, coloración eritematosa, superficie lisa, bordes elevados, de consistencia blanda, no álgicas, no pruriginosas; presentando un P.A.S.I. (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX) de 10 %, por lo que se mantiene terapia inmunomoduladora, hidratante cutáneo tópico, folatos vía oral en el esquema previamente prescrito y se planifica controles mensuales, con analítica de Transaminasas para control de la acción hepatotóxica del Metrotexate.

En los meses ulteriores se evidencia un control adecuado de la patología de base con el esquema descrito presentando analíticas sanguíneas que arrojaron los siguientes resultados:

TABLA N.5 Biometría hemática 15/06/2018	
Hemoglobina	13.75 g/dl
Hematocrito	44.4%
Plaquetas	250.000 /mLt
Leucocitos:	4600 /mm ³
Neutrófilos	40%
Linfocitos	32.8 %
TGO	19 UI
TGP	42 UI
Creatinina	0.65 mg/dl

Fuente: Historia clínica de la paciente

Biometría hemática de control, se evidencia niveles de enzimas hepáticas normales, así como también azoados y formula leucocitaria dentro de parámetros normales

TABLA N.6 Biometría hemática 13/07/2018	
Hemoglobina	13.7 g/dl
Hematocrito	44%
Plaquetas	250.000 /mLt
Leucocitos:	7600/mm ³
Neutrófilos:	39.8%
Linfocitos	30%
TGO	21 UI
TGP	45 UI
Creatinina	0.64 mg/dl

Fuente: Historia clínica de la paciente

Biometría hemática de control, se evidencia niveles de enzimas hepáticas normales, así como también azoados y fórmula leucocitaria dentro de parámetros normales

El dos de agosto del 2018, durante el control por Consulta Externa de Dermatología se evidencia un aumento del número de lesiones dérmicas comprendidas en: lesiones tipo placa, localizadas en miembros inferiores, superiores y región axilar bilateral, de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, de forma redondeada, coloración eritematosa, superficie lisa, bordes elevados, de consistencia blanda, álgicas, no pruriginosas más pústulas en medio de las placas psoriásicas, con un patrón de agrupamiento; presentando un P.A.S.I (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX) de 12 %, por lo que se decide añadir Tacrolimus presentación tópica al 0.3% de aplicación diaria dos veces al día en lesiones descritas, como coadyuvante de la terapia inmunomoduladora con Metrotexate, indicado en las pautas terapéuticas de las guías NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) 2012, más ibuprofeno 400 miligramos vía oral solo cuando exista mucho dolor y control en una semana por consulta externa.

A los siete días, siendo el nueve de agosto del 2018, la paciente presenta al examen físico, una disminución de lesiones pustulares, haciéndose estas contables, en un número aproximado de quince, remitiendo discretamente el patrón de agrupamiento de las mismas. Por lo mismo se decide mantener esquema de primera línea de tratamiento propuesto y se coordina controles mensuales por Consulta Externa.

Al siguiente mes la paciente no acude a consulta. Solicitando días posteriores a lo acordado un control para el próximo mes.

El primero de octubre del 2018, la paciente se presenta en Consulta Externa con analítica sanguínea que reporta los siguientes resultados:

TABLA N.7		Biometría hemática 01/10/2018	
Hemoglobina			14.40 g/dl
Hematocrito			43.2%
Plaquetas			206.000 /mLt
Leucocitos:			7900 /mm ³
Linfocitos			31.8 %
Neutrófilos			50.5 %
TGO			45 UI
TGP			52 UI

Fuente: Historia clínica de la paciente

Biometría hemática de control, se evidencia niveles de enzimas hepáticas normales, así como también fórmula leucocitaria dentro de parámetros normales.

El número de lesiones pustulosa ha ido disminuyendo gradualmente, por lo que se decide mantener esquema de tratamiento.

La paciente permanece estable los meses ulteriores, manteniéndose controlada su patología de base, con adecuados niveles en sangre de enzimas hepáticas.

TABLA N. 8 Biometría hemática 17/12/2018	
Hemoglobina	15.50 g/dl
Hematocrito	45.5%
Plaquetas	279.000 /mLt
Leucocitos:	5100 /mm3
Linfocitos	31.6 %
Neutrófilos	49.5 %
TGO	25 UI
TGP	57 UI

Fuente: Historia clínica de la paciente

Biometría hemática de control, se evidencia niveles de enzimas hepáticas normales, así como también fórmula leucocitaria dentro de parámetros normales.

Sin embargo el once de enero del 2019, la paciente acude al servicio de Emergencia del Hospital General de Latacunga, en horas de la madrugada, por presentar: Dolor abdominal tipo cólico de evolución aguda, con 8 horas de evolución, localizado en mesogastrio, irradiado hacia fosa ilíaca derecha, acompañado de náuseas que llegan al vómito por dos ocasiones, de contenido alimentario, teniendo como causa aparente ingesta de comida grasosa fuera de casa, acudiendo previamente a farmacia local donde suministran Sertal (Pargeverina clorhidrato-10 miligramos/125 miligramos) vía oral; con lo cual el cuadro no mejora, por lo que acude a esta casa de salud, presentando las siguientes constantes vitales:

TABLA N.9 CONSTANTES VITALES 11/01/2019	
TENSION ARTERIAL	125/63 mm/Hg
FRECUENCIA CARDIACA	94 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	22 rpm
TEMPERATURA	37.4 C

Fuente: Historia clínica de la paciente

Se interconsulta al servicio de Cirugía General, quienes valoran clínicamente a la paciente reportando al examen físico lo siguiente:

Abdomen: con presencia de cicatriz quirúrgica previa; laparotomía infra umbilical; suave, depresible, doloroso a la palpación en todo marco colónico, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, signo de McBurney -, signo de psoas iliaco +, demás signos apendiculares dudosos. Solicitando además analítica química sanguínea básica, más B-HCG cualitativa, uro-análisis, tras lo cual se valorará el diagnóstico presuntivo de abdomen agudo.

TABLA N.10 Biometría hemática 11/01/2019	
Hemoglobina	13.44 g/dl
Hematocrito	43.0 %
Plaquetas	260.000 /mLt
Leucocitos:	14.200 /mm3
Neutrófilos	85.3%
Linfocitos	8.7%
Monocitos	4.5%
Eosinófilos	1.0 %

Fuente: Historia clínica de la paciente

Biometría hemática, se evidencia LEUCOCITOSIS CON FÓRMULA LEUCOCITARIA DESVIADA A LA IZQUIERDA, lo que nos indica un proceso inflamatorio agudo marcado.

TABLA N.11 Tiempos de coagulación 11/01/2019	
TTP	31.40 seg
TP	11.10 seg
INR	0.92

Fuente: Historia clínica de la paciente

*Se evidencia tiempos coagulación dentro de parámetros normales
Rangos: TTP (Tiempo de Tromboplastina Parcial) 25-35 segundos
TP (Tiempo de Protrombina) 11-13.5 segundos*

TABLA N. 12 Química Sanguínea Básica 11/01/2019	
Glucosa	86 mg/dl
Creatinina	0.68 mg/dl
Nitrógeno ureico	14.0 mg/dl

Fuente: Historia clínica de la paciente

Se evidencia valores dentro de parámetro normales

TABLA N. 13 Elemental y microscópico de orina 11/01/2019	
Color	Amarillo
Aspecto	Ligeramente turbio
Densidad	1.020
pH	8.0
Proteínas	negativo
Glucosa en orina	Negativo
Urobilinógeno	negativo
Bilirrubinas	Negativo
Sangre	Negativo
Nitritos	Negativo
Leucocitos	Negativo
Cetonas	Negativo
Hematías	Negativo
Piocitos	1-2
Células epiteliales	2-4

Bacterias	+campo
------------------	--------

Fuente: Historia clínica de la paciente
Se evidencia valores dentro de parámetro normales

Una vez analizados los valores de complementarios reportados, proceden a evaluar a la paciente mediante una escala para determinación y sustentación de posible abdomen agudo que requiere resolución quirúrgica.

TABLA N.14 Escala de Alvarado		
Síntomas	Migración	1
	Anorexia	1
	Náusea y vómito	1
Signos	Dolor en FID	2
	Rebote	1
	Fiebre	1
Laboratorios	Leucocitosis	2
	Neutrofilia	1
Total:		10

TABLA N.15 ANALÍTICA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA 11/01/2019			
ESCALA DE ALVARADO	SINTOMATOLOGIA DE LA PACIENTE	VALOR	VALOR TOTAL
Migración del dolor	X	1	1
Anorexia		1	
Nausea y vómito	X	1	1
Dolor en Fosa Ilíaca derecha	X	2	2
Rebote	X	1	1
Fiebre		1	
Leucocitosis	X	2	2
Neutrofilia	x	1	1
			8

Fuente: Historia clínica de la paciente
De acuerdo a la Escala de Alvarado; una puntuación mayor a 7 requiere de manera inmediata una resolución quirúrgica.

Al obtener una puntuación de 8/10 en la escala descrita anteriormente; se decide y sustenta la necesidad de resolución quirúrgica; teniendo como diagnóstico preoperatorio Apendicitis Aguda.

En horas siguientes la valoración de Cirugía General y ya siendo el 12 de enero del 2019, se interconsulta al Servicio de Anestesiología quienes tras valoración de exámenes de laboratorio y anatomía de cavidad oral; en caso de ser necesaria una intubación oro-traqueal; aprueban que se realice el procedimiento quirúrgico.

En quirófano central, a las 04 horas del día doce de enero del presente año, se procede a realizar la apendicectomía, arrojando los siguientes hallazgos:

- ❖ Diagnostico postoperatorio: Apendicitis aguda grado III
- ❖ Apéndice retrocecal necrótica con gleras en toda su extensión
- ❖ Base de buena calidad
- ❖ Líquido inflamatorio escaso en fondo de saco de Douglas

Enviando muestra de apéndice para examen histopatológico y prescribiendo: Nada por vía oral, Solución salina al 0.9% 1000 mililitros cada 8 horas vía endovenosa, Omeprazol 40 miligramos endovenoso diario, Ciprofloxacino 200 miligramos endovenoso cada 12 horas, Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas, Tramadol 50 miligramos endovenoso cada 8 horas, Metoclopramida 10 miligramos endovenoso cada 8 horas, Ketorolaco 30 miligramos endovenoso cada 8 horas y cuidados de la herida quirúrgica.

En el primer día postoperatorio, trece de enero del 2019, la paciente presenta al examen físico lo siguiente:

Se evidencia lesiones tipo placa, localizadas en miembros inferiores y superiores, de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, de forma redondeada, coloración eritematosa, superficie lisa, bordes elevados, de consistencia blanda, no álgicas, no pruriginosas más pústulas en medio de las placas psoriásicas.

El abdomen se presenta: Suave, depresible, con herida quirúrgica sin signos inflamatorios, con bordes afrontados y ruidos hidro-aéreos presentes. Por lo que se opta por mantener esquema de hidratación, analgesia, antibióticoterapia y se decide progresar a una dieta líquida amplia.

Al siguiente día, catorce de enero del 2019, la paciente presenta desaturación de oxígeno llegando a niveles de entre 80 y 85%, por lo que se administra oxígeno terapéutico, a razón de 1 litro/minuto, con lo que la saturación de oxígeno sube hasta 95 %.

TABLA N.16 CONSTANTES VITALES + SATURACIÓN DE OXÍGENO	
13/01/2019	
TENSION ARTERIAL	120/75 mm/Hg
FRECUENCIA CARDIACA	74 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 rpm
TEMPERATURA	37.1 C
Saturación de oxígeno	82% (aire ambiente)

Fuente: Historia clínica de la Paciente

Se interconsulta al servicio de Neumología, quienes reportan que al examen físico se percibe crepitantes bibasales pulmonares, descartando un cuadro de Consolidación Pulmonar de origen infeccioso mediante un radiografía pulmonar, colocando como

diagnostico presuntivo; Atelectasia pulmonar por encamamiento prolongado, prescribiendo fisioterapia respiratoria y radiografía estándar de tórax en 24 horas.

El Servicio de Dermatología, aumenta a la prescripción, el esquema inmunomodulador que no estuvo recibiendo durante el período postoperatorio mediato, instaurando al Metrotexate a dosis de 15 miligramos semanales, via oral, para control de patología de base, así como también folatos a dosis de 5 miligramos diarios, Tacrolimus semisólido cutáneo al 0.3% de aplicación diaria sobre lesiones pustulosas y crema a base de óxido de zinc para aplicación diaria sobre lesiones descamativas anteriormente descritas. Se progresa la dieta a una general y se establece el estado de pre-alta de la paciente.

En el cuarto día de hospitalización y tercer día posquirúrgico; quince de enero del 2019; la paciente se presenta estable, sin molestia respiratoria ni signos inflamatorios en herida quirúrgica, por lo que deciden dar el alta; prescribiendo Antibióticoterapia comprendida en: Ciprofloxacino 500 miligramos vía oral cada 8 horas por 5 días, Metronidazol 500 miligramos vía oral cada 8 horas por 5 días, analgésicos como: Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas por 5 días, terapia inmunomoduladora para enfermedad de base: Metotrexate 10 miligramos vía oral semanales, Ácido fólico 5 miligramos, tomar 1 tableta diaria de miércoles a domingo, Tacrolimus semisólido cutáneo al 0.3%, aplicación diaria sobre lesiones pustulosas, Óxido de zinc aplicar sobre las lesiones descamativas diariamente más control por consulta externa de Dermatología el 20 de enero 2019.

La paciente acude el día indicado, presentando al examen físico: lesiones tipo placa, de distribución generalizada, de aproximadamente 1 centímetro de diámetro, de forma redondeada, coloración eritematosa, superficie lisa, bordes elevados, de consistencia blanda, algicas, no pruriginosas, más flictenas y pústulas con tendencia a la confluencia, en medio de las placas psoriásicas que llegan a conformar “lagunas pustulosas” de aproximadamente 5*5 centímetros de diámetro; localizadas específicamente en cara interna de muslos, cara anterior de tronco y región dorsal. Calculándose un P.A.S.I. de 24 %, es decir severidad de afectación dérmica por lesiones psoriásicas, por lo que se decide el Ingreso Hospitalario con un diagnostico presuntivo de Psoriasis Pustulosa Generalizada.

Se instaura un esquema de dieta hiperproteica, hidratación parenteral con Lactato Ringer 1000 mililitros endovenoso cada 12 horas, terapia inmunomoduladora de 15 miligramos de Metrotexate vía oral semanales, folatos a dosis de 5 miligramos vía oral diarios, y antibióticoterapia a órdenes del Servicio de Medicina Interna por riesgo de sobreinfección bacteriana dérmica, quienes prescriben Ciprofloxacino 200 miligramos vía parenteral cada 12 horas, Clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 6 horas con el criterio de que el cuadro y las lesiones presentadas indican un proceso infeccioso de la piel generalizado.

El día 21 de enero del 2019, se interconsulta al Servicio de Cirugía Plástica, quienes tras valoración de la paciente, ordenan aislamiento de la misma en Unidad de Quemados por riesgo de contraer infecciones nosocomiales sistémicas de la piel.

Al día siguiente y ya en condiciones de aislamiento de contacto, se coloca un colchón anti escaras por la inmovilización prolongada, y se añade al esquema terapéutico propuesto; ketorolaco intravenoso a dosis de 30 miligramos cada 12 horas por cuadro alérgico referido por la paciente.

El veinte y tres de enero del 2019, se evidencia salida de líquido seroso de mal olor originado de las lesiones descritas, paciente requiere medios físicos y antipiréticos para controlar la temperatura; habiendo presentado las siguientes constantes vitales:

TABLA N.17 CONSTANTES VITALES 23/01/2019	
TENSION ARTERIAL	125/78 mm/Hg
FRECUENCIA CARDIACA	88 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	21 rpm
TEMPERATURA	38.1 C

Fuente: Historia clínica de la paciente

Se solicita además exámenes complementarios para la posibilidad de añadir medicamentos de segunda línea para control de patología de base.

El veinte y cuatro de enero del 2019, se obtienen los siguientes resultados de laboratorio:

TABLA N.18 Biometría hemática 24/01/2019	
Hemoglobina	12.40 g/dl
Hematocrito	39%
Plaquetas	451.000 /mLt
Leucocitos:	23.300 /mm3
Linfocitos	31.8 %
Neutrófilos	77.3%
TGO	51 UI
TGP	59 UI
Glucosa	112 mg/dl
Creatinina	0.72 mg/dl

Fuente: Historia clínica de la paciente

Biometría hemática, se evidencia LEUCOCITOSIS CON FÓRMULA LEUCOCITARIA DESVIADA A LA IZQUIERDA, lo que nos indica un proceso inflamatorio agudo marcado. Los niveles de enzimas hepáticas y azoados están dentro de parámetros normales.

Al evidenciar la regular condición de salud de la paciente, que a pesar de la terapéutica propuesta no presenta mejoría clínica, tras analítica de resultado de exámenes de laboratorio, se establece con certeza una Respuesta Inflamatoria Sistémica marcada con ausencia de hepato y nefrotoxicidad, por lo que se decide añadir ciclosporina de 100 miligramos vía oral, 3 tabletas diarias; mismo que por estar ausente en el Cuadro

Básico Nacional de Medicamentos, se inicia trámite por el Servicio de Trabajo Social para su adquisición y la vez se inicia trámite de referencia a Hospital de Tercer Nivel para análisis de manejo de patología de base con Medicamentos Biológicos.

Al día siguiente; 25/01/2019; se obtiene respuesta de disponibilidad de Recepción Hospitalaria, del Hospital de Especialidad Eugenio Espejo, enviando a la paciente con hoja de referencia, epicrisis, y medicación recibida en el Hospital General de Latacunga.

AGRUPACIÓN POR PROBLEMAS

Lista de problemas

TABLA N.19 MANIFESTACIONES CLÍNICAS PRESENTADAS POR LA PACIENTE
Máculas eritematosas
Pústulas
Placas descamativas
Nauseas
Dolor abdominal
Leucocitosis con neutrofilia
Fiebre
Anorexia
Crepitantes basales pulmonares
Taquipnea
Disminución del estado de alerta
Prurito
Dolor asociado a lesiones dermatológicas
Pústulas espongiformes de Kogoj en el histopatológico
Prurito

Fuente: obtenido de la historia clínica

AGRUPACIÓN SINDRÓMICA

Síndrome eritemo-descamativo

(7)

Psoriasis Pustulosa Generalizada	Presente	Ausente
Síntomas sistémicos(fiebre, malestar general)	X	
Pústulas sobre piel eritematosas de localización generalizada	X	
Pústulas espongiformes de Kogoj en el histopatológico	X	
Leucocitosis con neutrofilia	X	
Recurrencia de dichas manifestaciones clínicas	x	

Abdomen agudo inflamatorio

(8)

Apendicitis aguda	Presente	Ausente
Dolor abdominal migratorio	X	
Náuseas y vómito	X	
Anorexia	X	
Dolor en FID		X
Dolor al rebote	X	
Leucocitosis	X	
Neutrofilia	X	

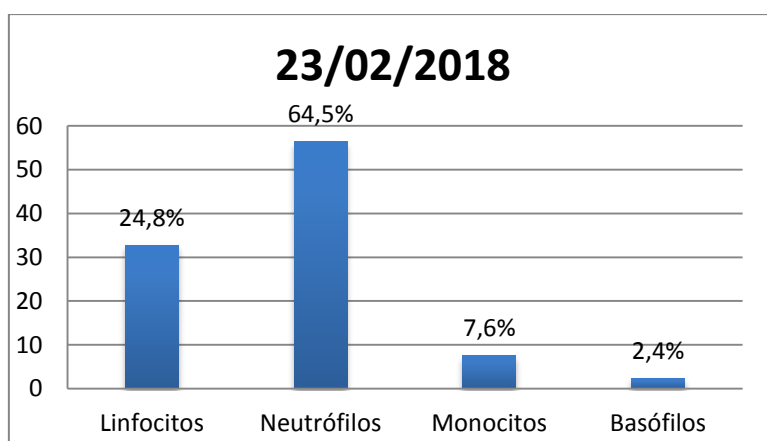
ANÁLISIS DEL PROBLEMA

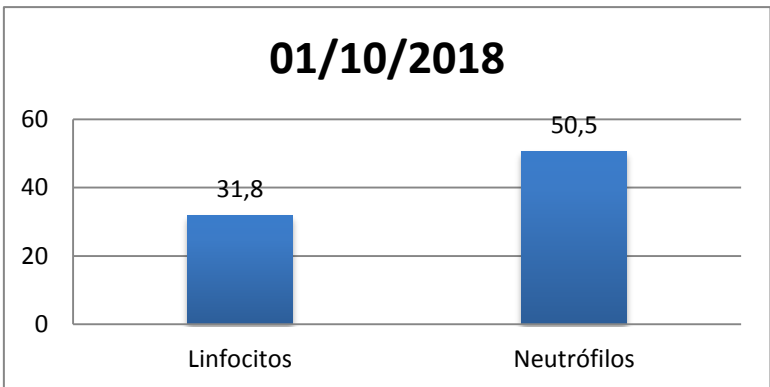
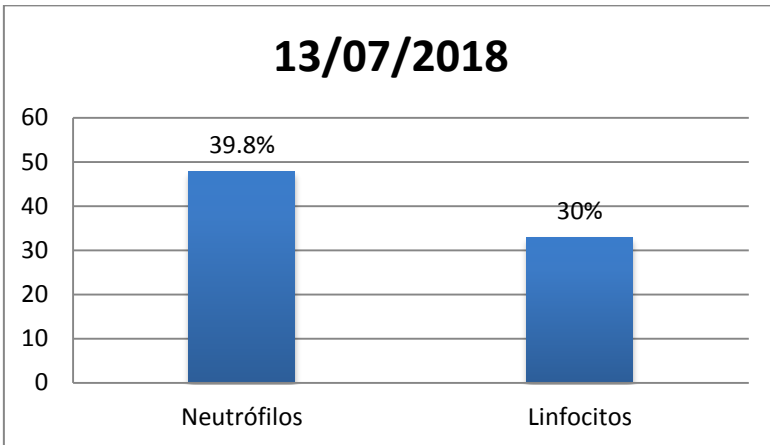
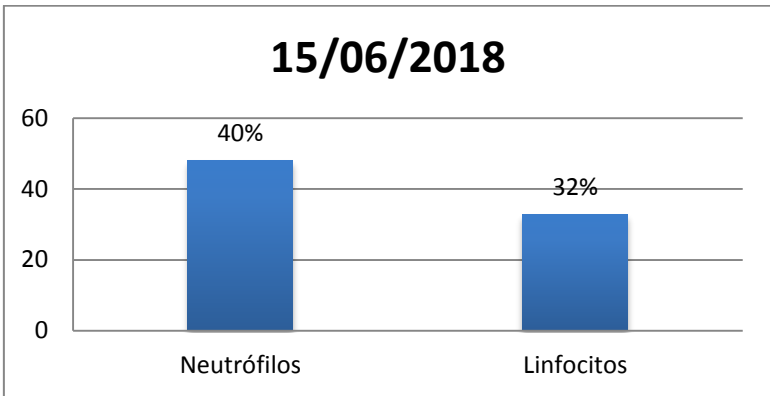
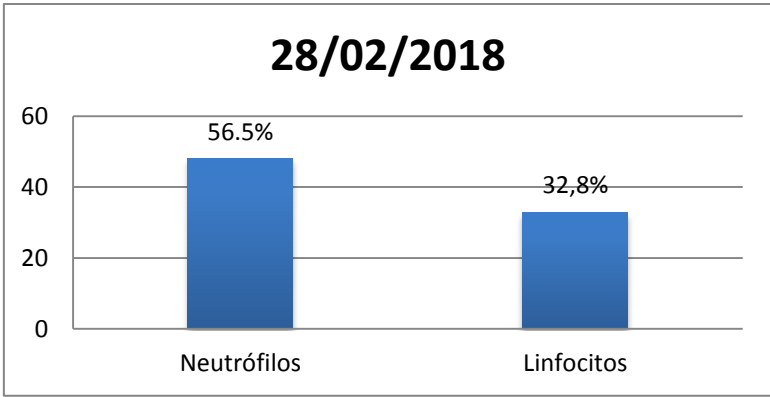
Paciente femenina de 45 años con antecedente de psoriasis vulgar desde hace 23 años, entre antecedentes quirúrgicos registra laparotomía infra umbilical debido a Embarazo Ectópico accidentado hace 13 años y esterilización tubárica hace 15 años.

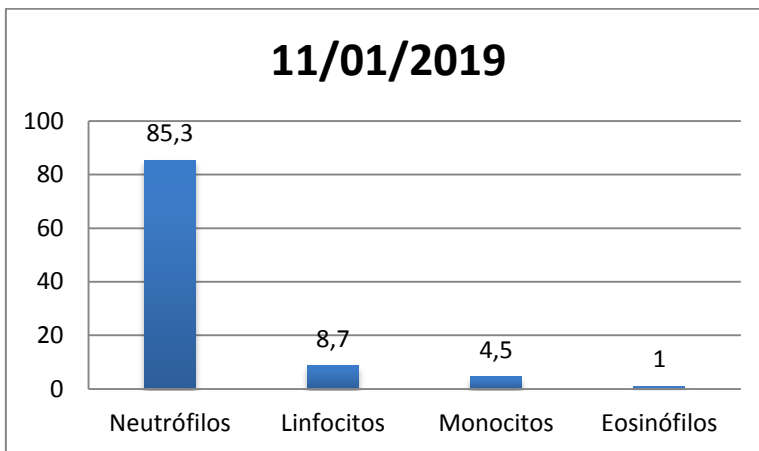
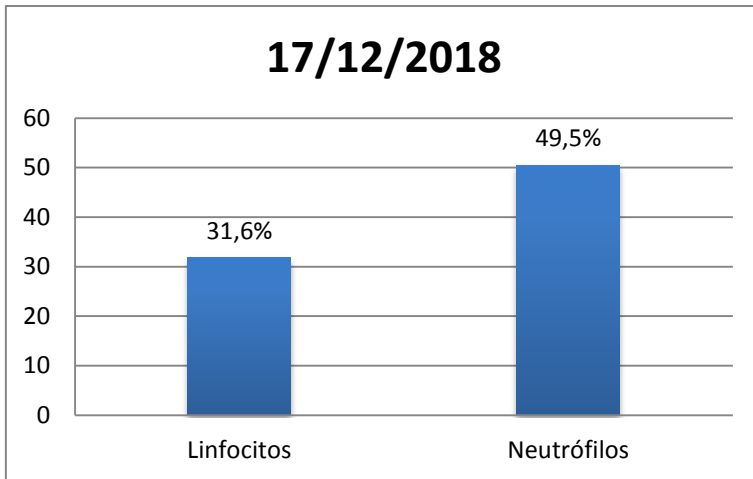
Tras un cuadro de Abdomen Agudo Inflamatorio que requirió resolución quirúrgica se manifiesta como una Psoriasis Pustulosa Generalizada con criterio histopatológico confirmado.

Desde el año 2017 presentaba terapéutica habitual a base de Metrotexate 10 miligramos vía oral semanales, con lo cual su enfermedad de base se mantenía controlada, pero a partir de dicho cuadro de Abdomen Agudo Inflamatorio del cual se obtuvo como resultado la extracción de una Apéndice Cecal grado III con gleras, un periodo postoperatorio mediato con leves complicaciones, que se presumían eran propias de la falta de movilidad por el reposo en cama tras el procedimiento quirúrgico, se reactivan las manifestaciones dermatológicas y sistémicas de una forma muy agresiva, la cual no cedió ante el tratamiento propuesto, con terapia combinada de primera línea, a pesar de un manejo multidisciplinario; por lo que se decidió iniciar el trámite de referencia a Hospital de Tercer Nivel para manejo de la patología en cuestión con Anticuerpos Monoclonales, ya que se agotaron las opciones de terapéuticas de primera línea disponibles en el Cuadro Básico de Medicamentos de nuestro país.

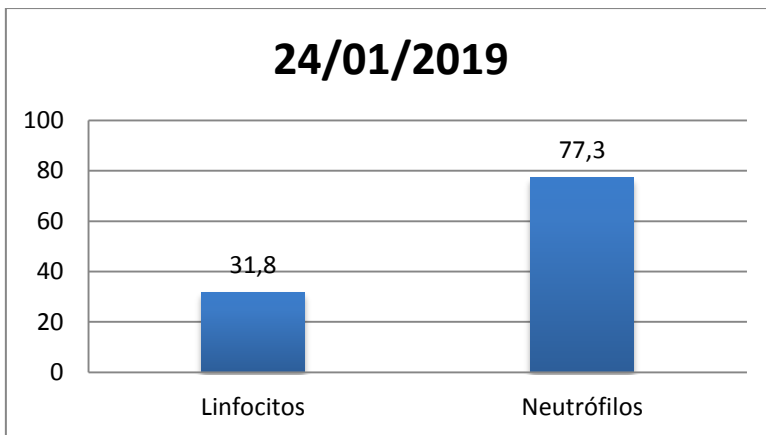
PORCENTAJES DE CELULAS INFLAMATORIAS EN ORDEN CRONOLÓGICO







❖ **PROCESO INFLAMATORIO ABDOMINAL AGUDO**



Al hacer un análisis retrospectivo acerca de la relación del proceso inflamatorio a expensas de un proceso abdominal agudo el cual requirió resolución quirúrgica podemos observar que mes a mes existía un control adecuado con la terapéutica de metotrexate a la dosis administrada usualmente que era de 10 miligramos semanales.

GRÁFICO DE NIVELES DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA

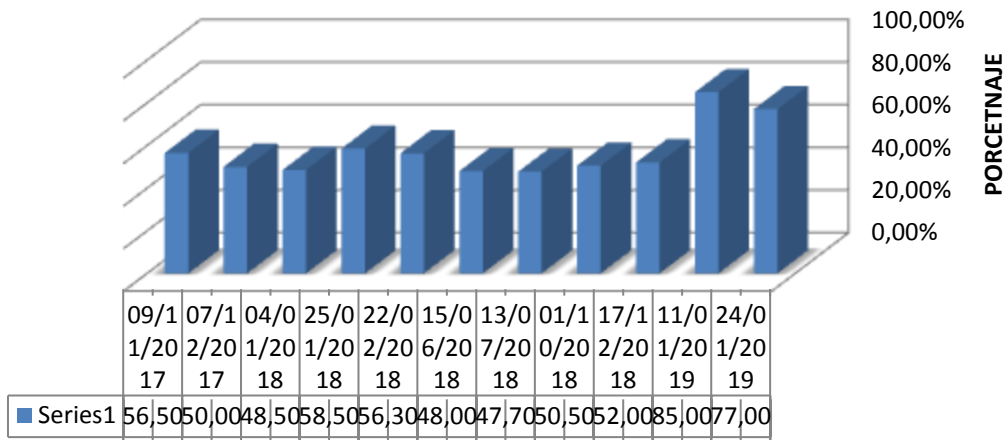


Gráfico cronológico de los niveles de respuesta inflamatoria sistémica medida de acuerdo al porcentaje de neutrófilos y leucocitos, adquiridos en diferentes análisis sanguíneos durante el tiempo de hospitalización de la paciente en estudio.

Fuente: elaboración propia Así también vemos que el aumento gradual de la dosis del inmunomodulador no produjo mayor elevación de enzimas hepáticas, específicamente transaminasas por lo que se deduce que la posología era adecuada según las guías terapéuticas existentes sobre la enfermedad, por lo que podemos establecer una clara relación de que el proceso inflamatorio llevó a la necesidad del uso de medicamentos de segunda línea, los cuales no existen en el cuadro básico de medicamentos disponibles a usar en las instituciones de salud pública de nuestro país por lo que se tuvo que derivar a la paciente a un hospital con mayor capacidad resolutive.

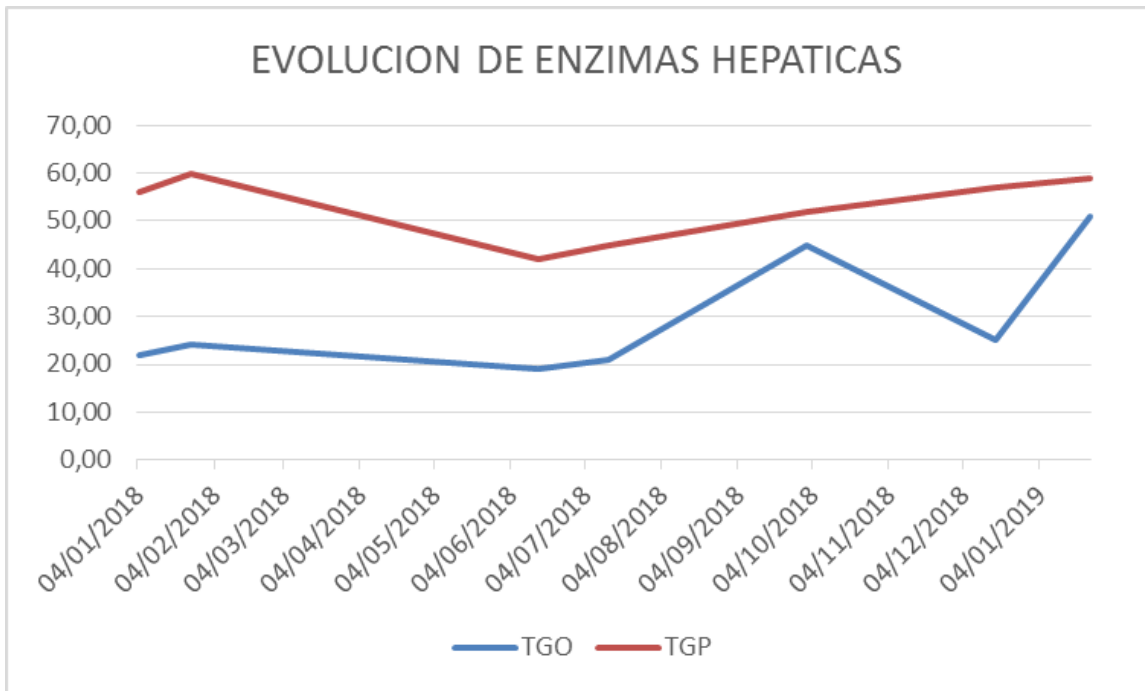


GRÁFICO DE NIVELES DE ENZIMAS HEPÁTICAS EXPRESADAS EN UNIDADES INTERNACIONALES ORDENADAS CRONOLÓGICAMENTE

ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS

❖ OBJETIVO GENERAL

Establecer las características patológicas de la Psoriasis Pustulosa Generalizada y su implicación con un proceso agudo inflamatorio de resolución quirúrgica como factor desencadenante de esta forma infrecuente de aparición clínica.

- ❖ Identificar los factores de riesgo que presentó la paciente para el desarrollo de psoriasis pustulosa generalizada teniendo como antecedente una psoriasis vulgar de aparición juvenil

TABLA N.22 FACTORES GATILLANTES DE APARICIÓN DE LESIONES PSORIÁSICAS

Infecciones (estreptococo)
Drogas
Corticoides
AINES
Penicilina
Sulfonamidas
Morfina
Progestágenos
Hidroxicloroquina
Agentes anti TNF
Menstruación
Estrés
Cirugías
Alcohol
Luz solar
Cambios estacionales

(11)

TABLA N. 23 FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTÓ EL PACIENTE

	Análisis
Administración de corticoides	A pesar de estar indicados para el tratamiento de la psoriasis, en una paciente que presente hipersensibilidad a dichos fármacos provoca una respuesta exagerada de quimiotaxis con liberación descontrolada de factores inflamatorios que favorecen la respuesta inmune y generan mayores manifestaciones dermatológicas y sistémicas
Uso de betalactámicos	En nuestro país se usa de forma rutinaria la cefalosporina de tercera generación, Ceftriaxona, ante un proceso infeccioso, ya que su espectro abarca los organismos patógenos más comunes de ciertas patologías infecciosas. Este criterio no es el más adecuada pero ciertamente se realiza en los Hospitales públicos por tener un cuadro básico de medicamentos algo disminuido de opciones, se le administro este medicamento pensando en una celulitis y la paciente

	presento un cuadro alérgico generalizado
Resolución quirúrgica de cuadro de abdomen agudo inflamatorio	La respuesta inflamatoria ante una injuria tisular mínima que conlleva la extracción de cualquier estructura anatómica de nuestro cuerpo
Exposición a luz solar	La paciente al interrogatorio clínico refirió haberse descuidado un poco sobre el asunto de cuidarse de los rayos ultravioleta argumentando que requiere salir de casa para realizar actividades cotidianas.

(12)

- ❖ Instituir al cuadro de abdomen agudo inflamatorio como desencadenante de las manifestaciones dermatológicas y sistémicas que no cedieron a la terapéutica habitual en líneas de tratamiento de primer y segundo orden para la psoriasis, mismo proceso que llevó a la necesidad de derivación a un hospital de especialidades

Análisis

Como consecuencia del trauma se desencadena una cascada de alteraciones en el eje neuroendocrino, particularmente el hipotalámico- hipofisario, en los procesos inmunitarios y en las funciones orgánicas vitales. La pérdida de sangre por hemorragia interna o externa, la herida con destrucción tisular, el dolor y la ansiedad son factores que contribuyen todos a crear el nuevo estado de estrés agudo, que es una reacción de adaptación a la injuria biológica.

El estrés del paciente quirúrgico induce una respuesta neurofisiológica que gobierna las alteraciones endocrinas, metabólicas y fisiológicas características del estado postraumático, a saber:

- ❖ Conservación del líquido extracelular por retención de agua y sal.
- ❖ Alcalosis postraumática transitoria por aldosteronismo secundario y retención de bicarbonato (alcalemia metabólica) y por la hipocapnia de la hiperventilación (alcalemia respiratoria), que es seguida, si hay insuficiente perfusión tisular, de acidosis láctica (metabólica).
- ❖ Movilización y utilización de la grasa corporal como fuente de energía.
- ❖ Alteración en el metabolismo de los carbohidratos, con hiperglucemia por manifiesta intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina.
- ❖ Catabolismo tisular, o sea lisis de la proteína corporal, con pérdida de masa celular, especialmente en el músculo esquelético. (13)

(9)

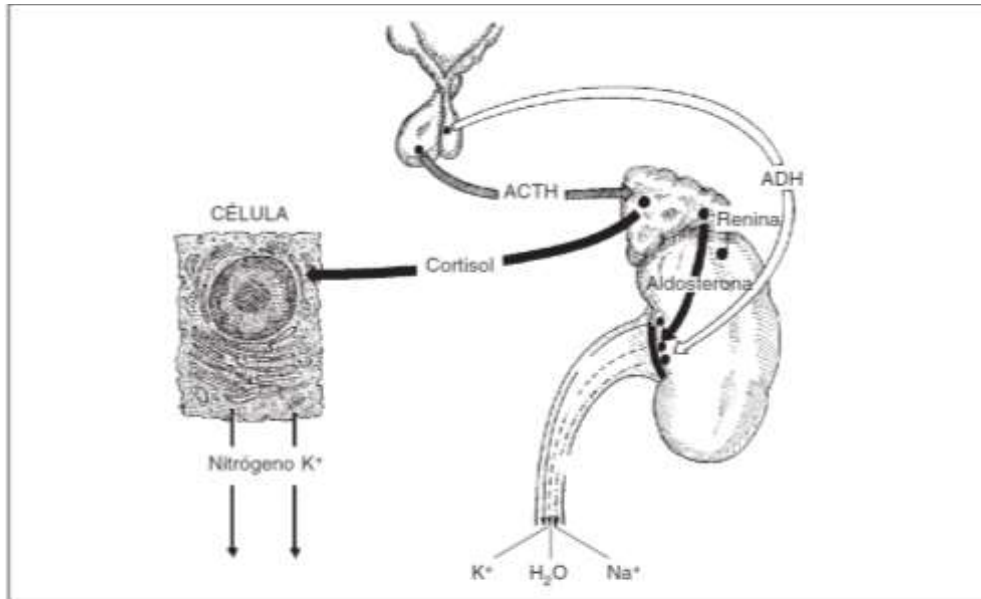
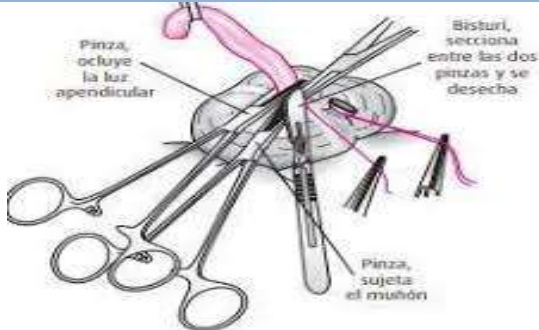


Figura 11-5. Resumen de algunos de los principales componentes de la respuesta metabólica al trauma. Tomado de: JF Patiño. La respuesta metabólica en el paciente quirúrgico. En: Lecciones de cirugía. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p.162.

(10)

CONSIDERACIONES A TOMAR EN CUENTA

Catabolismo tisular



La paciente al entrar en un estado de estrés secundario a injuria tisular sufre una respuesta adaptativa en la cual entra su patología de base mediada inmunogenicamente contra su respuesta antiinflamatoria, contando con el antecedente de haber estado ingiriendo inmunosupresores, por lo que la respuesta inflamatoria desencadenó la reactivación de la psoriasis con un efecto rebote sistémico muy agresivo.

Fuente: elaboración propia(11)

Las controversias sobre el posible efecto perjudicial de los inmunomoduladores en pacientes quirúrgicos con psoriasis, se basan en el riesgo potencial de infección de la herida quirúrgica y también en una posible interferencia con el proceso de cicatrización, aceptando que un proceso adecuado de cicatrización de las heridas necesita de un proceso de inflamación local completo.

Los hallazgos procedentes de estudios experimentales in vitro y sobre modelos animales son contradictorios con respecto a los efectos del Metrotexate en el proceso de cicatrización de las heridas. (14)

Otro ensayo sobre modelo animal demostró que la cicatrización de heridas en ratones deficientes de receptor p55 por administración de Metrotexate se aceleraba debido a una angiogénesis estimulada, cúmulo de colágeno y epitelización también acelerada.

Por el contrario, un estudio clínico retrospectivo sobre pacientes con artritis psoriásicas sometidos a cirugía ortopédica demostró un mayor porcentaje de dehiscencia de la herida en pacientes con tratamiento inmunomodulador frente a aquellos que lo discontinuaron durante el periodo perioperatorio (9,8% vs 0,9%) (OR = 11,2; IC 95%, 1,4-90). (14)

Debido a estos hallazgos contradictorios, no es posible extraer conclusiones claras sobre el efecto de la inhibición del Metrotexate en el proceso de cicatrización de heridas, señalando que el Metrotexate puede ejercer efectos diferentes en las diferentes fases de la cicatrización en diferentes tejidos.

En relación con el incremento potencial de infecciones perioperatorias, el papel del Metrotexate en la defensa frente a infecciones, especialmente micobacterias y otros microorganismos oportunistas, se traduce en un mayor riesgo de infección por este tipo de agentes en los pacientes que reciben este tipo de tratamiento.

Sin embargo, existe menos evidencia sobre la susceptibilidad o incremento de la incidencia de infecciones por microorganismos habitualmente asociados a infecciones quirúrgicas (*Staphylococcus aureus*). (15)

- ❖ Detallar el cuadro clínico mostrado por la paciente durante la reactivación de la Psoriasis Pustulosa Generalizada

CUADRO CLÍNICO	
Aparición de lagos de pus	Estas son las manifestaciones clínicas presentadas durante la reactivación de la patología de base posterior a la intervención quirúrgica.
Descamación generalizada	
Exudación de lesiones descamativas	
Leucocitosis con neutrofilia	
Dolor generalizado	
Fiebre	
Falta de respuesta a la terapéutica habitual	

Fuente: elaboración propia

La paciente con antecedente de psoriasis vulgar desde hace 23 años, presentó un cuadro de Abdomen Agudo Inflamatorio que requirió resolución quirúrgica, ulterior a lo cual la patología de base se manifiesta como una Psoriasis Pustulosa Generalizada con criterio histopatológico confirmado.

Desde el año 2017 presentaba terapéutica habitual a base de Metrotexate 10 miligramos vía oral semanales, con lo cual su enfermedad de base se mantenía controlada, pero a partir de dicho cuadro de Apendicitis aguda del cual se obtuvo como resultado la extracción de una Apéndice Cecal grado III con gleras, un periodo postoperatorio mediato con leves complicaciones, que se presumían eran propias de la falta de movilidad por el reposo en cama tras el procedimiento quirúrgico, se reactivan las manifestaciones dermatológicas y sistémicas de una forma muy agresiva, la cual no cedió ante el tratamiento propuesto, con terapia combinada de primera línea.

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

El presente caso clínico fue realizado bajo la recopilación y el análisis de múltiples fuentes de información como:

- ❖ Historia Clínica, en la que se relata de manera cronológica y organizada la información concerniente a la evolución clínica, desde el inicio de la sintomatología, examen físico, los exámenes complementarios que apoyan y confirman el diagnóstico, así como también el manejo multidisciplinario que recibió durante su estancia hospitalaria.
- ❖ Entrevista al paciente con el objetivo de obtener de fuente directa la información sobre el proceso de diagnóstico, tratamiento y convalecencia de la patología en cuestión, conocer las consecuencias psicológicas, emocionales, económicas que han sido parte de la vida del paciente desde el inicio de la enfermedad. Así como también conocer las condiciones de ingreso, la calidad de atención y las oportunidades de mejora en cada paso de la estancia en la casa de salud del presente estudio.
- ❖ Artículos científicos, estudios comparativos, meta análisis, guías de práctica clínica basada en evidencia científica que nos permitan entender de acuerdo a la realidad de salud pública de nuestro país que estrategias terapéuticas se pueden adoptar para la resolución de este tipo de caso que demanda manejo multidisciplinario y que a pesar de esto no se pudo resolver y hubo necesidad de referir al paciente.

DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

❖ FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Entre los factores de riesgo que presenta el paciente se encuentra la edad, ya que el promedio de aparición de la psoriasis se presenta con mayor frecuencia entre los 15 y 35 años de edad. Las lesiones iniciales son pápulas y placas eritematosas y descamativas muy bien definidas cuyo rascado de las escamas da lugar a unos pequeños puntos sangrantes (signo de Auspitz).

En la idiosincrasia general de nuestro país, se tiende a no acudir a servicios de salud públicos o privado hasta que el paciente presenta un dolor que no cede a la ingestión de infusiones de hierbas tradicionales, automedicación o diferentes tipos de fármacos de libre venta adquiridos en farmacias locales, por lo que, a la aparición de este tipo de signos dermatológicos la paciente se acercó a una farmacia local donde adquirió una preparación en crema que contenía corticoides de baja potencia sumado a antibiótico y antimicótico

❖ ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Retraso en el diagnóstico por parte del segundo nivel de atención de salud.

El factor relacionado con la demora en el diagnóstico, es el no haber contado con un especialista las 24 horas en el Segundo nivel de atención y la falta de capacitación por parte de los médicos residentes que son los primeros en atender casos agudos en Emergencia con lo cual no se puede brindar al paciente un diagnóstico oportuno y así empeorando el pronóstico del paciente, lo que conlleva a la complicación de las diferentes patologías, para que pueda reintegrarse a la sociedad y disminuir su estancia hospitalaria.

2. Falta de turnos con los médicos especialistas

La falta de turnos y la sobresaturación en la agenda de los médicos demora el acceso a la atención por parte de pacientes que llegan al área de Emergencia ya que se debe esperar para recibir la atención médica requerida, demorando su diagnóstico y tratamiento.

OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

❖ Atención integral

Una vez que el paciente es atendido por el personal médico calificado recibe una atención médica integral, analizando completamente su cuadro clínico, para brindarle un tratamiento oportuno.

❖ Seguimiento de la evolución

Una vez que se ha iniciado el tratamiento, el paciente puede tener acceso a turnos subsecuentes para poderle dar seguimiento a su tratamiento y evolución de la patología.

OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

❖ Referencia a casa de salud de capacidad resolutive superior

Al no contar con medicamento de complejidad mayor que son de tercera línea de tratamiento, se puede obtener acceso a través de la red de salud pública a una institución de mayor complejidad, que le brinde al paciente un diagnóstico y tratamiento adecuado para su patología

❖ Alta y seguimiento

El paciente fue enviado a una casa de salud de mayor complejidad con una hoja de epicrisis en cual se detalla cronológicamente el tratamiento y procedimientos realizados en la casa de salud emisora, así como también una cita por consulta externa para control y seguimiento del caso, pero lastimosamente la paciente no acudió y por vía telefónica se conoce que la misma sigue en tratamiento en el Hospital de tercer nivel.

MARCO TEÓRICO

La psoriasis es una enfermedad crónica autoinmune con manifestaciones predominantemente dermatológicas y articulares. Afecta aproximadamente al 2% de la población estadounidense y la edad de aparición ocurre en dos picos: entre los 20-30 años y los 50-60 años, pero puede verse en pacientes de cualquier edad. Existe un fuerte componente genético puesto que alrededor del 30% de los pacientes con psoriasis tienen un familiar de primer grado con la enfermedad. El paciente presenta altos y bajos a lo largo de toda su vida, pero a menudo el tratamiento modifica el inicio y el cese de las recaídas; y en pocos casos hay remisión espontánea. Clínicamente se caracteriza por pápulas y placas redondeadas, eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por una descamación micéica plateada. La variedad más común de psoriasis es la denominada tipo placa y las localizaciones más frecuentes son los codos, rodilla, pliegue interglúteo y cuero cabelludo.

La psoriasis inversa afecta las regiones intertriginosas, entre ellas las axilas, las ingles, la región submamaria y el ombligo. La psoriasis eruptiva (goteada) tiene mayor prevalencia en niños y adultos jóvenes, precedida frecuentemente de una infección de las vías respiratorias superiores por estreptococos hemolíticos beta. El diagnóstico diferencial se hará con la pitiriasis rosada y la sífilis secundaria. La psoriasis postular presenta lesiones pustulosas en palmas y plantas, y se acompaña de fiebre, malestar, diarrea y artralgias. Aproximadamente el 15% de los pacientes con psoriasis pueden desarrollar artritis psoriásica con síntomas leves y episódicos o continuos que progresan a daño articular que va desde una artritis asimétrica de las articulaciones interfalángicas proximales y distales, hasta una enfermedad parecida a la artritis reumatoide seronegativa grave y destructiva. (13) (14)

Esta enfermedad puede aparecer en personas sin psoriasis en la piel, sobre todo en aquellos que tienen un familiar de primer grado con psoriasis, lo que sugiere que la herencia juega un papel importante. Afecta a hombres y mujeres entre los 30-50 años, pero puede iniciar tan temprano como en la niñez. Algunas comorbilidades asociadas con la psoriasis han sido atribuidas a la susceptibilidad genética compartida o estrechamente vinculada. Procesos autoinmunes como la enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y la esclerosis múltiple son ejemplo de esto porque tienen en común alteraciones en el cromosoma 16 como origen de los trastornos, y el riesgo de desarrollar psoriasis está aumentado hasta 3 veces en los pacientes con estas patologías de base. Más específicamente, la psoriasis ha sido vinculada con el HLA (Human Leukocyte Antigen) Cw6 y en mayor magnitud con HLA-DR7.2-4

El riesgo de mortalidad cardiovascular está elevado en pacientes con psoriasis debido al incremento en la incidencia de sobrepeso, diabetes mellitus e hipertensión arterial, con un perfil aterógeno que eleva los niveles de colesterol total y las lipoproteínas de baja densidad (LDL). De hecho, se debe recomendar al paciente la implementación de cambios en los factores de riesgos modificables porque se ha descrito una correlación positiva entre el aumento del índice de masa corporal (IMC) y la severidad de la psoriasis. Ha surgido evidencia reciente que demuestra que como ocurre en la psoriasis, la aterosclerosis se caracteriza por un proceso inflamatorio local y sistémico en las paredes arteriales y las placas ateromatosas, mediado por linfocitos T colaboradores.

De este modo, la psoriasis confiere un riesgo independiente para enfermedades ateroscleróticas como infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular, particularmente en pacientes jóvenes con sobreposición considerable de estos mecanismos patógenos y la inclusión del tabaquismo y alcoholismo. También se ha presentado documentación clínica que sugiere una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica y terminal en los pacientes con psoriasis debido a lesión inflamatoria de la microcirculación renal, pero los resultados son conflictivos porque se basan en estudios a pequeña escala en Reino Unido y Taiwán. En consenso, el médico debe considerar la nefrotoxicidad del metotrexato y la ciclosporina que se utilizan a menudo en la psoriasis severa y tener la pesquisa de enfermedad renal temprana.⁵ Existen varios métodos para clasificar la psoriasis con base en su patogenia, el área de piel afectada y la severidad de los signos clínicos.

En la práctica clínica resulta más fácil aplicar estos criterios sencillos, no obstante; para fines de investigación y evaluación del tratamiento médico se utiliza el Psoriasis Area Severity Index (PASI) propuesto por Fredriksson y Pattersson en 1978 para evaluar los efectos del tratamiento retinoide en la psoriasis crónica en placa. El PASI evalúa 3 criterios en combinación: los signos clínicos y su gravedad, la región del cuerpo que presenta las lesiones y el porcentaje de área de piel afectada. Los signos clínicos de una lesión psoriásica son el eritema, induración y descamación. Las regiones del cuerpo son la cabeza y el cuello, las extremidades superiores, el tronco y las extremidades inferiores.

El porcentaje del área de piel afectada se subdivide en 6 categorías dependiendo del grado de severidad. El score oscila entre 0-72 puntos. La meta de cualquier tratamiento es reducir el PASI de referencia hasta un 75% (PASI75). Por ejemplo, un paciente con un PASI de referencia de 58 puntos, debería obtener una calificación de 14 en un periodo de 12-16 semanas para considerar el esquema terapéutico como exitoso. Aunque este método parezca complicado al principio, existen aplicaciones electrónicas que sirven como herramientas de apoyo para el clínico. El DLQI

(Dermatology Life Quality Index) se desarrolló hasta 1994 y fue el primer instrumento específico para valorar la calidad de vida en dermatología. Es un simple cuestionario de 10 preguntas que ha sido usado en más de 40 condiciones dermatológicas diferentes, en más de 80 países y disponible en más de 90 idiomas.

Su uso ha sido descrito en más de 1000 publicaciones incluyendo estudios multinacionales y en la actualidad es el instrumento más frecuente en los ensayos aleatorios controlados. (12)

El objetivo del DLQI es determinar cuánto le han afectado al paciente sus problemas de piel a su vida durante los últimos 7 días. Las preguntas involucran tópicos relacionados con la gravedad del cuadro clínico, problemas psico-sociales y sexuales, y las limitaciones del tratamiento aplicado. Utilizando pues, todos los esquemas de graduación de la psoriasis, esta enfermedad se clasifica como leve si la puntuación de los 3 instrumentos (BSA, PASI, DLQI) es menor que 10. Y por consenso se acepta como psoriasis moderada-grave un puntaje mayor que 10.

La utilización del PASI en combinación con el DLQI puede ser muy beneficiosa para la evaluación de los resultados del tratamiento pero sin excluir los factores psicológicos del paciente que puedan influir en la adherencia al mismo. La aplicación correcta de los índices y su interpretación en el contexto clínico, es esencial para el inicio de un tratamiento con expectativas realistas, individualizado y eficaz a mediano-largo plazo. (13) (14)

CLASIFICACIÓN DE LA PSORIASIS

Según su patogenia

- ❖ **Tipo 1:** aparece antes de los 40 años, con antecedentes familiares de psoriasis y positividad antigénica para HLA-Cw6.
- ❖ **Tipo 2:** aparece antes de los 40 años, sin antecedentes familiares ni relación con el gen HLA-C (20)w6.

Según el porcentaje de área afectada de la piel BSA (Body surface area)

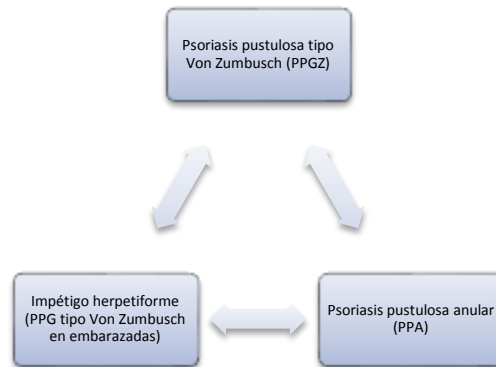
- ❖ **Leve:** menos del 3% de la piel
- ❖ **Moderada:** del 3 al 10 % de la piel
- ❖ **Grave:** mayor del 10 % de la piel

(17)

Existe otra clasificación que toma en cuenta la distribución geográfica de las lesiones

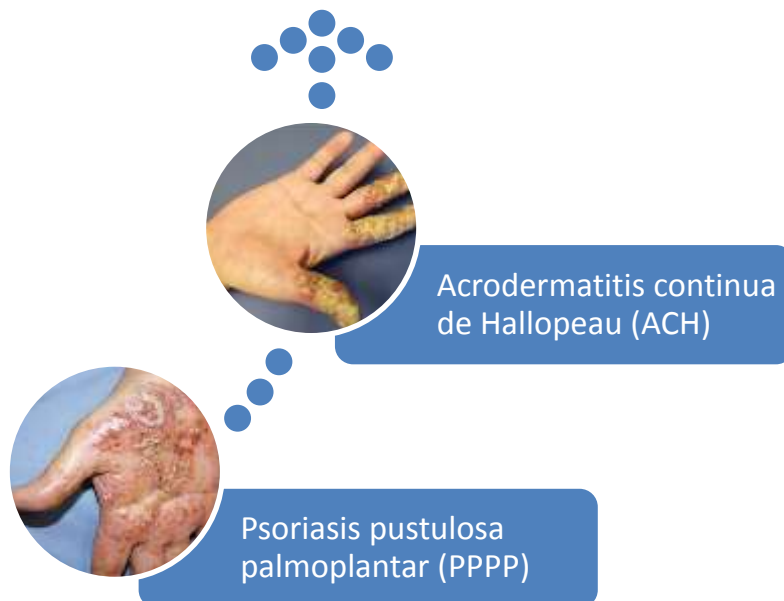
La psoriasis generalizada se divide en:

(15)



Fuente: elaboración propia

La psoriasis localizada se compone de:



(16)Fuente: elaboración propia

EPIDEMIOLOGÍA

❖ A nivel mundial

La psoriasis vulgar es una de las enfermedades dermatológicas de carácter inflamatorio más comunes, afecta alrededor del 3 % de la población mundial según datos estadísticos.

Sin embargo, su forma generalizada de tipo Von Zumbusch apenas afecta al 0.1 % por lo que se puede inferir que una manifestación clínica no muy común.

Relación de predominio en la población según el género y la edad(17)

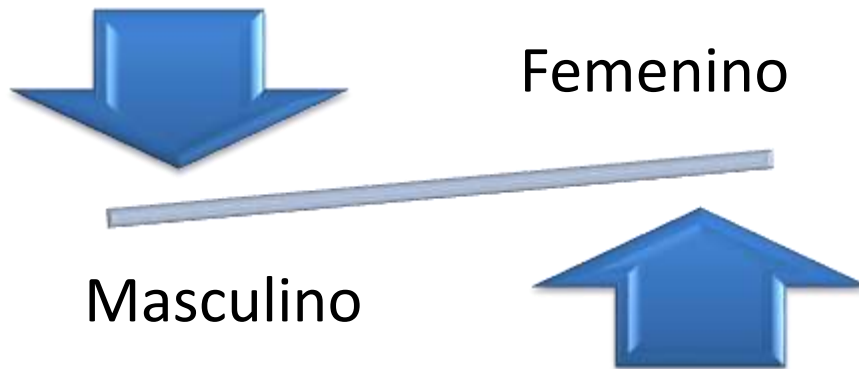
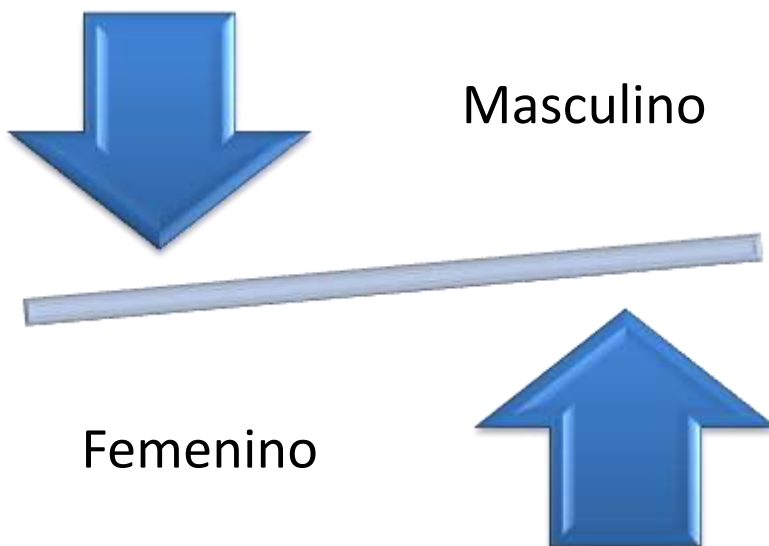


Gráfico de predominio en la población adulta= Relación 3:2 a favor del género femenino



*Gráfico de predominio en la población infantil= Relación 3:2 a favor del género masculino
Los niños varones tienen una edad más temprana de inicio de la enfermedad (3,5 meses de edad), en comparación con las mujeres (8 años de edad)*

Fuente: elaboración propia

Se estima que entre un 2 y un 3 % de la población sufre de psoriasis. La prevalencia varía entre las diferentes poblaciones de todo el mundo, siendo más frecuente en los países más distantes del Ecuador geográficamente hablando (13)

❖ **A nivel regional**

En Europa se estima que la incidencia es aproximadamente del 1,5 % y en los Estados Unidos del 4,6 %. En contraste, las tasas de prevalencia son mucho más bajas entre los países africanos del este, los afroamericanos, China (0,4 %) e India (0,7 %).

Puede aparecer a cualquier edad, si bien es menos frecuente en los niños que en los adultos, con un pico de incidencia entre los 20 y los 55 años. En aproximadamente un

tercio de los pacientes, la psoriasis debuta antes de los 20 años. Suele iniciarse con cuadros clínicos atípicos o leves, difíciles de diagnosticar. La psoriasis en placas es el tipo más frecuente en todas las edades, aunque en los niños las lesiones suelen ser más pequeñas y menos escamosas que en los adultos.

Afecta por igual a ambos sexos, si bien es más precoz en mujeres y en personas con antecedentes familiares.

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 psoriáticos presentan formas de moderadas a graves. (18)

❖ A nivel local

En Ecuador no se conoce la incidencia de la enfermedad a nivel nacional ni por provincias ya que la información proporcionada por organismos oficiales es muy pobre. Por ejemplo, el INEC reportó 86 casos de egresos hospitalarios en el año 2000 con diagnóstico de psoriasis.⁶ Existen sin embargo iniciativas particulares que logran dar una idea de la magnitud del problema, aunque referido a circunscripciones específicas. (20)

PAIS	PREVALENCIA	POBLACION	REFERENCIA
EE.UU.	1%	General	Bell M.
Cuba	2%	-	-
Sudamérica	0-0.97%	Hospitalaria	Kerdel-Vegas F
España	1.17%-1.43%	General	Ferrandiz y colab
Alemania	1.3%	-	Hoede K.
Gran Bretaña	1.6%	-	Stern R.
Dinamarca	1.7%	General	Forssman H
Suecia	2.3	-	Forssman H
África	9.6%	Hospitalaria	Hartshome ST
Ecuador	1.1%	Hospitalaria	Cañarte-Palacios
Ecuador	0.56%	General	Cañarte-Cabrera-Palacios

(19) Fuente: tesis doctoral Universidad Santiago de Guayaquil, “Características epidemiológicas de la Psoriasis. Servicio de Consulta Externa de Dermatología. Hospital “Dr. Luis Vernaza” 2000-2010”

ETIOPATOGENIA

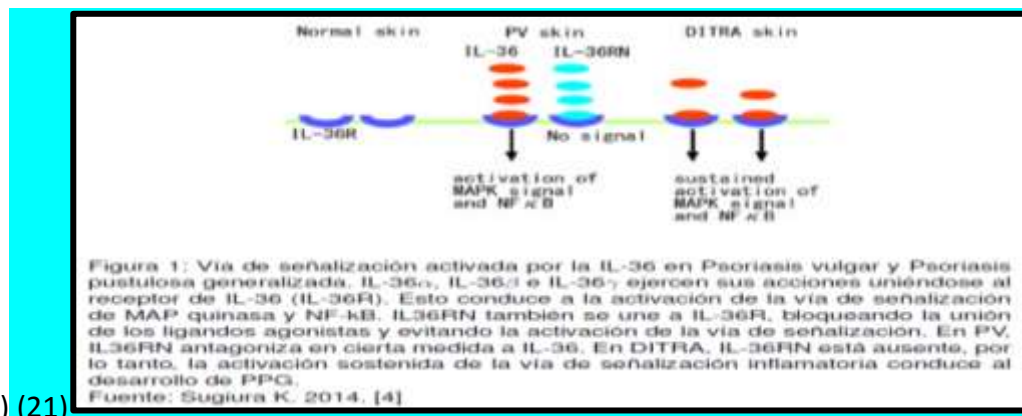
Mediante estudios inmunogenéticos se determinó la susceptibilidad y predisposición genética por una reacción anormal y descompensada del complejo de histocompatibilidad.

Los genes implicados y hasta el momento con mayor aceptación por la comunidad científica son:

- ❖ IL36RN
- ❖ CARD14

La teoría relacionada a estos genes se basa en que estos codifican complejos de aminoácidos secretados en los queratinocitos (células del tejido conectivo), y que entorpecen el mantenimiento de la homeostasis entre factores anti y pro inflamatorios. Al haber el predominio de uno de estos dos factores, existen manifestaciones a nivel de toda la piel, mismas que se hacen evidentes sumadas casi siempre a un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Específicamente hablando de bioquímica molecular el proceso se desarrolla en un círculo vicioso el cual engloba reacciones entre la Interleucina 36RN la misma que actúa como antagonista del receptor de la Interleucina 36 normal. Se produce una inhibición por competencia de receptores, es decir la Interleucina 36RN compete e inhibe la acción de la interleucina normal asignada por la quimiotaxis de las MAP-quinasa y el factor nuclear kappa, promoviendo la expresión pro-inflamatoria en los queratinocitos. (22)



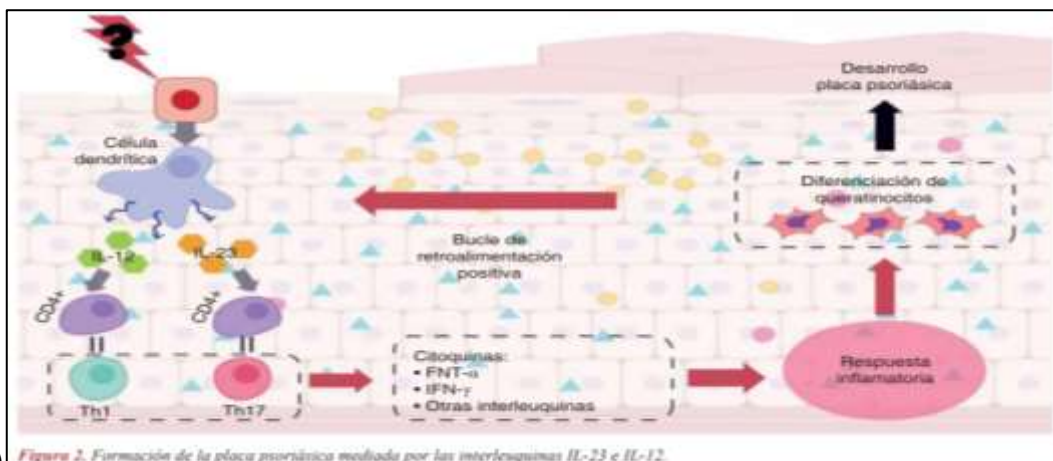
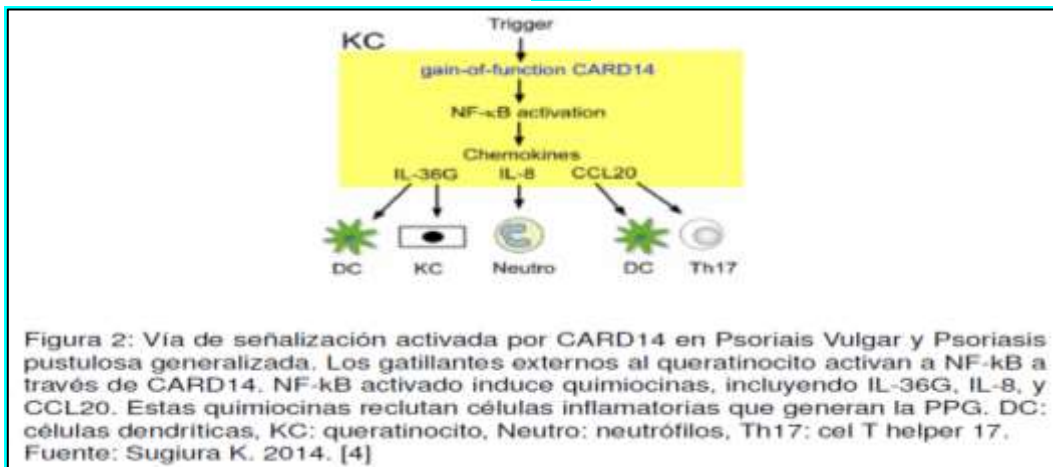
(20) (21)

Rol del gen CARD14

Este gen se expresa en la piel, su función corresponde a la señalización del sitio de acción de los queratinocitos. Al haber una respuesta no homologada a la intensidad del equilibrio pro y anti inflamatorio el queratinocito induce una respuesta exagerada ante el no reconocimiento del complejo de histocompatibilidad, causando una liberación y reclutamiento de quimiocina y células propias de una respuesta inflamatoria, incluidas

las células T helper y los neutrófilos, linfocitos CD8, CD4, Células natural killer, interleucina 23 e interleucina (16)

(22) (23)



Psoriasis pustulosa generalizada

Psoriasis pustulosa generalizada tipo Von Zumbusch

Fue descrita por primera vez en el año de 1910 por Leo Ritter Von Zumbusch como una variante grave de la psoriasis vulgar, siendo descrita como la aparición de localización generalizada en la superficie de la piel de placas eritematosas con lesiones pustulares estériles más un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. (24)

Epidemiología

Se presenta con mayor frecuencia en paciente de género femenino a partir de la cuarta década de la vida con antecedente de psoriasis vulgar. La forma de aparición precoz es de muy esporádica aparición estimándose que en la literatura universal hay un reporta que no sobrepasa los 200 casos hasta la fecha.

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, es más común en personas de raza blanca, que corresponden a piel tipo I y II según la clasificación de Fitzpatrick. Las causas de tales variaciones van desde factores raciales hasta geográficos y ambientales. (9)(6)

Etiopatogenia

Numerosos estudios Inmuno-histo-químicos han determinado que existe una predisposición en las personas que cursan con psoriasis vulgar para tener un desequilibrio del complejo de histocompatibilidad y por tanto una respuesta inflamatoria exagerada sin una contra regulación adecuada, lo que conlleva que ante la exposición a factores precipitantes se desate una intumescencia generalizada que lejos de actuar como ente delimitante de un cuerpo extraño potencialmente perjudicial para nuestra salud, produce daño hístico provocando a su vez destrucción a cargo de células pro inflamatorias.(1)(20) (14) (25) (26)

Infecciones (estreptococo)
Drogas
Corticoides
AINES
Penicilina
Sulfonamidas
Litio
Morfina
Progestágenos
Hidroxicloroquina
Agentes anti TNF
Menstruación
Estrés
Cirugías
Alcohol
Luz solar
Cambios estacionales

Crterios diagnósticos de Psoriasis Pustulosa Generalizada tipo Von Zumbusch

Adaptado de Neik et. Al

Fuente de la tabla: elaboración propia(3)

Manifestaciones clínicas

Antes de las manifestaciones dermatológicas generalizadas, ya existe un pródromo que corresponde a síntomas generales sin causa aparente, como son: malestar general, fiebre, fatiga diarrea, anorexia y dolor articular.

Luego de 48 horas se desata un proceso tumesciente súbito, cursando con la aparición de pústulas estériles de aproximadamente 3 milímetros de diámetro, diseminadas en tronco y extremidades, incluyendo dependiendo del fenotipo de la enfermedad las

palmas de las manos, plantas de los pies y lechos ungueales, respetando en términos generales la piel del rostro.

La forma de aparición es a manera de placas que aparentan ser parches que tienden de acuerdo a la agresividad del caso a la confluencia y que incluso pueden progresar o coexistir con zonas eritrodérmicas.

Sensaciones como el prurito, ardor en la piel y la diaforesis son comunes. Si las manifestaciones de dolor articular persisten ulterior a la etapa de pródromo muy probablemente estemos ante una artritis psoriásica, con afectación de articulaciones como: sacroilíaca, interfalángicas distales.

Las manifestaciones físicas se dividen en:

- ❖ Manifestaciones orales: placas migratorias en el dorso de la lengua (lengua geográfica)
- ❖ Manifestaciones oculares: la más común es la conjuntivitis purulenta estéril, la iridociclitis y la ulceración corneal.
- ❖ Manifestaciones ungueales: hipertrofia de las uñas, pústulas subungueales y onicólisis.
- ❖ Manifestaciones sistémicas: afectación renal, hepática y pulmonar, que cursan con falla aguda de los órganos diana.

En el año de 1972 Landry y Muller describieron una neumonitis estéril ulterior a una erupción cutánea, así como también sepsis por bacterias Gram positivas y casos de insuficiencia cardíaca secundaria.

Lesiones psoriásicas

- ❖ Placas de psoriasis en el codo.
- ❖ Lesiones cutáneas

La lesión elemental es una pápula o placa eritematosa, de tamaño diverso y tono rojo oscuro, bordes delimitados y habitualmente cubierta de escamas. El raspado de las lesiones (raspado de Broc) permite observar tres signos característicos:¹⁴

- ❖ Signo de la «mancha de cera» o de la «bujía»: al rascar la lesión, se desprenden multitud de escamas similares a las que se desprenderían de una vela.
- ❖ Fenómeno de la membrana epidérmica o membrana de Duncan-Dulckley: tras desprenderse las escamas, aparece una película transparente que recibe este nombre.
- ❖ Signo del rocío sangrante o signo de Auspitz: al desprender la membrana de Duncan-Dulckley, aparecen petequias a consecuencia del daño vascular de las papilas dérmicas, por el desprendimiento de la epidermis que las recubre. Este signo no aparece en la psoriasis invertida, ni en la pustulosa.

- ❖ Halo de Woronoff: halo hipocrómico en torno a la placa, ligado al inicio de la regresión de la lesión. Es menos frecuente.
- ❖ Fenómeno de Köebner, consiste en la reproducción de lesiones propias de una dermatosis en zonas que han sufrido un traumatismo previo, idénticas tanto clínica como histopatológicamente a la dermatosis preexistente^{1,2}. Su patogénesis aún es poco conocida, y probablemente sea multifactorial, aunque se sugiere que existen cambios capilares en la dermis que preceden todos los cambios morfológicos.
- ❖ Lesiones de las uñas

El trastorno del proceso de queratinización tiene como consecuencia un ritmo de crecimiento acelerado que puede alterar el aspecto físico de las uñas. La psoriasis de la uña puede resultar dolorosa, debido a su localización.

Entre un 30 y un 50 por ciento de los enfermos presenta alteraciones de las uñas (psoriasis ungueal). Es más frecuente que ocurra en las manos que en los pies y en pacientes con afección articular. Aunque no es lo habitual, puede ser el único problema del paciente con psoriasis. Por lo general, la afectación de las uñas por la psoriasis comienza después de la aparición de las lesiones cutáneas, con un retraso en su aparición de entre los 9 y los 11,5 años. Posiblemente, este lapso de tiempo es responsable de una menor prevalencia de la psoriasis ungueal en los niños.

Las manifestaciones clínicas de la psoriasis ungueal dependen de la parte de la uña afectada.¹⁶ Las principales alteraciones que pueden presentarse son las siguientes:

- ❖ Piqueteado de la lámina: aparecen unos hoyuelos o depresiones en la lámina ungueal (en inglés, pitting), por afección de la matriz ungueal. Estas depresiones pueden estar dispuestas transversalmente, en filas longitudinales o de forma desorganizada, y pueden ser poco o muy profundas, hasta el punto de dejar un agujero perforado en la superficie de la uña. Cuando la lesión psoriásica afecta a un área más amplia de la matriz ungueal, se forman ranuras transversales de la misma manera, como pozos. Es la manifestación más común de la psoriasis ungueal.
- ❖ Decoloración de la uña «en mancha de aceite»: aparecen unas manchas amarillentas desde el inicio de la uña que se van extendiendo, debido a una afectación del lecho ungueal (base de la uña). Esta lesión va asociada a artropatías psoriásicas. Se producen por alteración del hiponiquio.
- ❖ Onicólisis: se produce la separación de la uña de su lecho ungueal. Como consecuencia, la uña se torna blanquecina y en ocasiones, se pueden acumular exudados que confieren un tono amarillento. La colonización por bacterias u hongos tornan la uña de color verduzco. La psoriasis es una de las principales causas de onicólisis, que es una de las alteraciones más frecuentes en la psoriasis ungueal.

- ❖ Hiperqueratosis subungueal: se debe a una proliferación importante de células paraqueratóicas, que confiere a la uña un aspecto de masa densa, pulverulenta y blanquecina, denominado por algunos autores como en médula de saúco. Es también, junto a la onicolisis, una manifestación muy frecuente de la psoriasis ungueal y con frecuencia aparecen juntas en un mismo paciente. A menudo se confunde con una onicomycosis.

Psoriasis del surco ungueal y paroniquia psoriásica: consiste en lesiones eritematosas y descamativas alrededor de la uña, con destrucción de la cutícula.

Esta alteración, que debe tratarse multidisciplinariamente por el dermatólogo y el reumatólogo, es un tipo de psoriasis más invalidante que la psoriasis estrictamente cutánea. Suele comenzar entre los 35 y los 45 años, en general en pacientes previamente diagnosticados de psoriasis. Por término medio, un 7 por ciento de los pacientes con psoriasis sufren de las articulaciones.

Entre los patrones de afectación articular en la psoriasis, están:

- ❖ Forma oligo-articular asimétrica: afecta sobre todo a articulaciones interfalángicas proximales y distales (dedos).
- ❖ Forma similar a la artritis reumatoide seronegativa: con un pronóstico más benigno y remisiones más duraderas.
- ❖ Forma mutilante: muy grave e infrecuente.
- ❖ Forma interfalángica distal: casi patognomónica (exclusiva) de la psoriasis, pero muy infrecuente.
- ❖ Forma periférica, asociada o no a sacroileítis anquilosante.

Sacroileítis o espondilitis anquilosante: asociada o no a artropatía periférica. (2)
(28)(12)

Patrones de presentación

En general, la psoriasis es un cuadro monomorfo (no presenta varios tipos de lesión a la vez), simétrico, que puede ser limitado o muy extenso. Existen muchas variantes según la morfología de las lesiones:

- ❖ Psoriasis en placas o psoriasis vulgar.

Es la forma más frecuente. Se caracteriza por la formación simétrica de placas de 1 a 30 centímetros, localizada en cualquier zona de la piel, especialmente rodillas, codos, región lumbosacra y cuero cabelludo. Las lesiones pueden durar hasta meses, e incluso años, y en sucesivos brotes se van extendiendo al tórax y las extremidades. Cuando las lesiones confluyen en grandes placas con bordes geográficos, el cuadro se denomina psoriasis "gyrata"; otras veces, aparece una zona central más clara, y el cuadro se llama psoriasis anular.

❖ Psoriasis en gotas, psoriasis eruptiva o psoriasis "guttatta".

Psoriasis en forma de gotas o pequeños puntos menores de 1 centímetro, a veces pruríticas, localizadas preferentemente en el tronco. Se da con más frecuencia en niños y en jóvenes, y suele aparecer bruscamente tras padecer una infección estreptocócica de las vías respiratorias superiores. Dura dos o tres meses y desaparece espontáneamente, salvo en algunos individuos que sufren brotes recurrentes. Suele reaparecer en la edad adulta como otro de los tipos de psoriasis.

❖ Psoriasis eritrodérmica.

Lesiones generalizadas que comprometen más del 90 por ciento de la extensión corporal y llegan a afectar el estado de salud del paciente por presentar fiebre, leucocitosis, desequilibrio electrolítico, déficit proteico, etcétera. Puede aparecer a partir de una psoriasis vulgar (y deja alguna zona de piel sana), tras un brote de psoriasis pustulosa, o bruscamente tras un periodo de intolerancia al tratamiento.

❖ **Psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis de Von Zumbusch.**

Variante aguda e infrecuente, que generalmente aparece en pacientes con otros tipos de psoriasis tras la aparición de factores desencadenantes (medicamentos, hipocalcemia, estrés, infecciones). Las placas eritematosas confluyen en pocas horas en pequeñas pústulas estériles (llenas de pus no infectado), que rápidamente se secan, desaparecen y reaparecen en nuevos brotes. Si aparecen lesiones subungueales, la uña puede llegar a desaparecer. El curso de la enfermedad es ondulante, hasta que varias semanas después el paciente vuelve a la forma de psoriasis que padecía o a una psoriasis eritrodérmica. (24) (27)ⁱ

Por lo general, el cuadro se acompaña de fiebre, mal estado general, leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular. Sin el tratamiento correcto, puede ser mortal, por hipoalbuminemia, hipocalcemia y la consiguiente deshidratación e infecciones.

❖ Impétigo herpetiforme, también denominada psoriasis gestacional o del embarazo.

Es una forma de psoriasis pustulosa generalizada poco frecuente, que aparece en la segunda mitad del embarazo. No está claro si se trata de un trastorno específico del embarazo o simplemente se ve agravado por él. La enfermedad generalmente se resuelve después del parto, aunque puede repetirse durante los embarazos posteriores. El grado de riesgo para el feto es un tema controvertido; sin embargo, se ha documentado una mayor morbilidad fetal, lo que sugiere la necesidad de una mayor supervisión prenatal.

❖ Psoriasis pustulosa palmoplantar

- ❖ Psoriasis pustulosa localizada.
- ❖ Psoriasis palmoplantar o psoriasis tipo Barber.

Se caracteriza por varios brotes de pústulas estériles sobre una base eritematosa, simétricamente en palmas y plantas, sobre todo en las eminencias tenar e hipotenar de la mano, y en los talones. Las pústulas pueden confluir en grandes lagos de pus, que se secan en 8 a 10 días formando escamas y costras marrones. Este proceso se cronifica, produciendo callosidades amarillentas que pueden dar fisuras extremadamente dolorosas e invalidantes. Ocasionalmente, esta forma de psoriasis se asocia a dolor torácico medio por osificación del cartílago en la zona de contacto entre la clavícula y la primera costilla, y el esternón.

- ❖ Psoriasis acral o acrodermatitis continua de Hallopeau.

Extraña variante definida por la aparición de una erupción pustulosa en torno a las uñas (sobre todo de las manos), que se extiende proximalmente. Se acompaña de destrucción y pérdida de las uñas, y en casos muy evolucionados puede llegar a producir osteolisis de la falange distal.

- ❖ Psoriasis lineal.

Las lesiones adoptan una disposición en línea, ya sea a lo largo de una extremidad; puede aparecer espontáneamente o por fenómeno de Koebner.

- ❖ Psoriasis invertida o psoriasis de pliegues.

Aquella que afecta a los grandes pliegues cutáneos, principalmente los axilares, genitocrurales (las ingles), inter-glúteos, sub-mamarios y el ombligo. Las lesiones son placas eritematosas de color rojo intenso, uniformes, lisas, brillantes y de bordes definidos, si bien su rasgo más característico es la ausencia de escamas. Puede haber una fisura dolorosa en el fondo del pliegue y existir, por tanto, riesgo de infección. Lo más común es que estas lesiones coexistan con la psoriasis vulgar.

- ❖ Psoriasis del cuero cabelludo.

El cuero cabelludo presenta lesiones de forma muy frecuente en los pacientes de psoriasis, normalmente junto a lesiones cutáneas. Puede manifestarse como placas descamativas similares a las de la piel, o bien como placas gruesas de escamas adheridas al pelo (cuadro a veces denominado falsa tiña amiantácea). (11)

Diagnóstico

Para diagnosticar esta patología tenemos una serie de criterios que incluyen las manifestaciones clínicas, valores de laboratorio e incluso confirmaciones histológicas.

Dentro de los hallazgos de analítica sanguínea tenemos:

- ❖ Leucocitosis
- ❖ Velocidad de eritrosedimentación aumentada
- ❖ Hipocalcemia
- ❖ Transaminasas hepáticas, fosfatasa alcalina y bilirrubina elevadas

La caída brusca de los niveles séricos de calcio se relaciona con la hipoalbuminemia, hay que tomar en cuenta que el calcio en forma iónica se mantiene normal por lo que los pacientes no presentan manifestaciones sistémicas.

Las enzimas hepáticas se elevan debido a un proceso esclerosante que no permite una adecuada perfusión del órgano diana, toda vez que hay un infiltrado neutrofílico por la respuesta inflamatoria exagerada.

Se produce además una hipovolemia secundaria a extravasación de líquidos a tercer espacio por la caída de la presión oncótica como consecuencia de la pérdida de la albumina.

El dato más crítico es sin duda el criterio histológico, el cual debe contar con un reporte de epidermis en condición de elongación de las crestas interpapilares con un aumento de la masa celular aledaña y ausencia del estrato granuloso.(11)(9)(24) (27)ⁱⁱ

Criterios deben cumplirse para el diagnóstico de Psoriasis Pustulosa de Von Zumbusch

1. Síntomas sistémicos como fiebre y malestar general
2. Múltiples pústulas sobre piel eritematosa, generalizada o en una amplia zona corporal.
3. Pústulas espongiiformes de Kogoj en la histopatología
- 4- Algunos de los siguientes resultados de laboratorio durante el curso clínico:
 - Leucocitosis con neutrofilia
 - Velocidad de segmentación globular elevada, PCR positiva, títulos elevados de anticuerpos ASO (Antiestreptolisina)
 - Inmunoglobulina G o Inmunoglobulina A elevadas
 - Hipoproteinemia, hipocalcemia.

Criterios diagnósticos de Psoriasis Pustulosa Generalizada tipo Von Zumbusch

Adaptado de Neik et. Al

Fuente de la tabla: elaboración propia (24)

Diagnóstico diferencial

Tomando en cuenta el inicio insidioso de esta entidad dermatológica debemos considerar hasta cierto punto un diagnostico presuntivo inicial tomando en cuenta a:

- ❖ Pustulosis exantemática generalizada aguda
- ❖ Reacción a drogas con eosinofilia
- ❖ Deficiencia del antagonista del receptor de la interleucina 1
- ❖ Síndrome de piel escaldada estafilocócica

El antecedente de un desencadenante sumado a la presencia previa de psoriasis vulgar nos debe ir encaminando por este tipo de variante poco común, los exámenes de gabinete encasillados en los criterios clínicos nos aportarán un alto valor predictivo positivo, sin embargo, el diagnóstico definitivo nos lo arrojará el resultado de una biopsia de las lesiones en la piel.

Ante un paciente con pápulas eritematoescamosas en tronco hay que plantearse otros diagnósticos, como pitiriasis rosada, liquen plano, secundarismo luético, tiña corporis, pitiriasis liquenoide crónica y pitiriasis liquenoide aguda varioliforme. En la pitiriasis rosada aparecen pápulas rosadas ovaladas con un collarite descamativo central que siguen las líneas de la piel. Suele haber una lesión de mayor tamaño (medallón heráldico) que aparece una semana antes de la erupción. Las lesiones se localizan en tronco, cuello y extremidades, y son pruriginosas en un 50% de los casos. Se resuelven en 6-12 semanas y afectan a niños y adultos jóvenes.

Su etiología es probablemente vírica y el diagnóstico es clínico. En la sífilis secundaria, las máculas-pápulas son eritemato-parduzcas con descamación ligera o costras, más diseminadas, de los mismos tamaños, bilaterales y simétricos. Afectan característicamente a las palmas y a las plantas donde son dolorosas a la presión. Puede haber pápulas erosionadas en la mucosa oral y genital, además de adenopatías y hepato-esplenomegalia. (6)

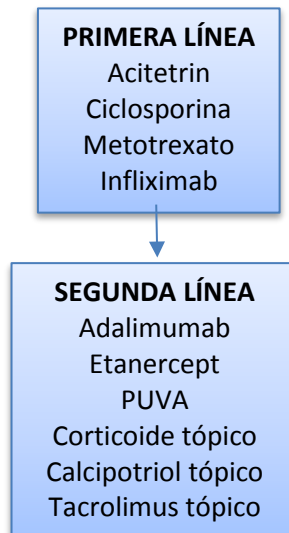
Hay antecedente de relación sexual sin preservativo entre 6 semanas y 6 meses antes del exantema, y de la úlcera genital (sífilis primaria). El diagnóstico es serológico. En el liquen plano, de etiología autoinmune, las pápulas son aplanadas, violáceas, brillantes, con estrías de Wickham, ligera descamación y muy pruriginosas. Se localizan en tronco y extremidades con predominio en muñecas y tobillos. Puede asociarse a hepatitis C y a liquen plano oral.

El diagnóstico es clínico y se confirma por biopsia. La tiña corporis se caracteriza por placas pruriginosas de bordes eritematosos descamativos que presentan pequeñas vesículas y pápulas, con extensión periférica y aclaramiento central que le confieren un aspecto anular. (22)

Se localizan preferentemente en cara, cuello y antebrazos. Causada por *Trichophyton rubrum*, bien por contacto humano directo, o a partir de una lesión activa de un animal o, más raro, por contacto con el suelo. El diagnóstico es por cultivo y examen de las escamas del borde activo de la lesión mediante microscopía directa y fijación con KOH.

El eccema numular es una erupción pruriginosa de causa desconocida que se caracteriza por placas de eccema en forma de moneda. Las lesiones iniciales son vesículas, pápulas sobre una base eritematosa que se agrupan para formar placas de 5 centímetros redondas u ovaladas de bordes imprecisos. Las placas pueden ser exudativas costrosas o escamosas secas liquenificadas.

Suele afectar a varones de 50-80 años y en ellos tiene predilección por la parte inferior de las piernas; a mujeres entre 20-40 años con predilección por las manos-dedos, y a niños con antecedentes de dermatitis atópica y asma. Por último, en el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta la pitiriasis liquenoide crónica y la pitiriasis liquenoide aguda varioliforme. Ambas afectan a niños y adultos jóvenes. De causa desconocida, se consideran el resultado de una reacción de hipersensibilidad a una bacteria o virus. Las lesiones se localizan en tronco y extremidades, respetando cuero cabelludo, palmas y plantas. (12)



Algoritmo de tratamiento para Psoriasis Pustulosa Generalizada de Von Zumbusch en adultos

Adaptado de Robinson et. Al

Fuente del gráfico: elaboración propia (8)

Niños

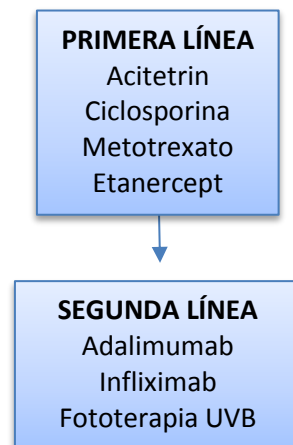
La terapia en pacientes pediátricos sigue prácticamente la misma línea que en los adultos, pero con su correspondiente ajuste de dosis.

Se recomienda el uso de acitetrin en dosis de 1 miligramos por kilogramos diario, se evidencia la mejoría de las manifestaciones clínicas a los 6 meses por lo que se debe informar a la familia de la tranquilidad que deben mantener mientras el medicamento surte efecto. Algo a tomar en cuenta sobre este tratamiento es que puede causar como efecto adverso el cierre prematuro de las epífisis a nivel óseo, limitando la capacidad de desarrollo en la talla del mismo.

La ciclosporina es una droga que cursa con mayor efectividad en la fase aguda de la psoriasis pustulosa generalizada, a dosis de 3 miligramos por kilogramos/día. Se observa mejoría al mes de iniciada la terapéutica. (7)

El metotrexato se administra en dosis de 0.2 miligramos por kilogramos a la semana, la mejoría clínica se aprecia a las 10 semanas.

Respecto a la terapia con anticuerpos monoclonales se ha investigado eficacia y seguridad a pesar de la edad de los pacientes, utilizando el Etanercept a dosis de 0.4 miligramos por kilogramo dos veces a la semana durante dos meses, que es el tiempo en el que el medicamento biológico ejerce su efecto y controla la enfermedad. (18)



Algoritmo de tratamiento para Psoriasis Pustulosa Generalizada de Von Zumbusch en niños

Adaptado de Robinson et. Al

Fuente del gráfico: elaboración propia (11)

Curso y pronóstico

Variable e imprescindible resulta el curso clínico de la Psoriasis pustulosa generalizada tipo Von Zumbusch, debido a ello no se han reportado datos suficientes sobre la evolución clínica de la enfermedad. Generalmente se presenta de manera episódica y sus síntomas se desencadenan varias veces al año, o tan sólo con la exposición a los desencadenantes, presentándose así síntomas cutáneos y sistémicos los cuales pueden remitir espontáneamente o de ser necesario requerir terapia prolongada para inducir a su remisión. (22)

Existe una significativa morbilidad asociada a los episodios agudos de la enfermedad, pero a pesar de ello los niños presentan un curso benigno y de mejor pronóstico, con altas tasas de resolución espontánea y remisión a largo plazo. A excepción del 1 a 5,4% de los niños esta enfermedad cursa presentándose con complicaciones graves y llegando incluso a la muerte.

La mortalidad en los pacientes con esta forma de PPG se desencadena presentándose insuficiencia cardíaca, sepsis o síndrome de dificultad respiratoria aguda. ⁱⁱⁱ (24)

Tratamiento

La elección de este parámetro debe ser en base a la gravedad de las manifestaciones clínicas, el estado de salud del paciente y la edad del mismo.

❖ Adultos

Dentro de los fármacos de primera línea se encuentran: el acitetrin, ciclosporina o metrotexato.

El primer agente se recomienda en una dosis de 0.75 miligramos a 1 miligramo por kilogramo de peso diario. La disminución de las lesiones se evidencia a partir de los 10 días de tratamiento. Ulterior a la dosis de impregnación se debe mantener al paciente con una dosis de 0.25 miligramos por kilogramo/día y regular la dosis en base al control y remisión de las lesiones psoriásicas, mismo ajuste que debe realizarse de manera mensual.

El metotrexato tiene una acción más pausada pero igualmente eficaz, requiere semanas para evidenciar la mejoría ante el tratamiento iniciado, el esquema propuesto sugiere una dosis inicial que se debe ir ascendiendo de 5 a los 15 miligramos a la semana en dependencia del grado de afectación sistémica.

La dosis se puede ir incrementando a razón de 2.5 miligramos por semana, no se debe sobrepasar los 25 miligramos semanales por el efecto hepato-tóxico así como también la supresión de folatos en el organismo que puede conllevar a cambios de la morfología de los eritrocitos.

Los corticoides ayudan en la supresión de la respuesta inflamatoria. Sin embargo, puede exacerbar el cuadro cuando no se administran de adecuada manera, pudiendo llegar a causar incluso una neumonitis severa. (26)

En el 2012 la Fundación Nación de Psoriasis de origen norteamericano incluyó a los medicamentos de carácter biológico, específicamente el Infliximab, como tratamiento de primera línea en pacientes con estado de salud muy deteriorado por la enfermedad de base, su eficacia radica en su actuación directa cortando la vía de inflamación proveniente de los derivados del ácido araquidónico y el factor de necrosis tumoral, se ha visto excelentes resultados a dosis 5 miligramos por kilogramo de peso semanal. (5)

La medicación tópica es una atractiva terapia coadyuvante y está representada por: el calcipotriol y el Tacrolimus.

Una vez que se ha controlado el proceso manifiesto de la enfermedad se puede continuar con terapia de radiación ultravioleta ocupando para dicho fin el psoraleno. (6)

CONCLUSIONES

Como resultado del presente estudio se puede concluir que las características necesarias para el diagnóstico de esta forma clínica infrecuente de la patología en cuestión son:

- ❖ Presencia de síntomas sistémicos como fiebre y malestar general
- ❖ Al examen físico se deberá encontrar múltiples pústulas sobre piel eritematosa, generalizada o en una amplia zona corporal.
- ❖ Las pústulas espongiformes de Kogoj nos darán un resultado histopatológico con elevado valor predictivo positivo.
- ❖ En la analítica de laboratorio deberá existir juntamente con la sintomatología antes mencionada:
 1. Leucocitosis con neutrofilia
 2. Velocidad de segmentación globular elevada, PCR positiva, títulos elevados de anticuerpos ASO (Antiestreptolisina)
 3. Inmunoglobulina G o Inmunoglobulina A elevadas
 4. Hipoproteinemia, hipocalcemia.

La presencia de estas constantes durante el proceso diagnóstico de esta enfermedad sistémica multifactorial nos permitirá realizar una determinación acertada para así poder iniciar la terapéutica correcta.

Como segundo punto se identificó que existen ciertas condiciones ambientales, fisiológicas e inmunológicas que impulsan el progreso de la aparición pustular y sistémicas de las manifestaciones psoriásicas, muchas veces implicada al desconocimiento del personal médico quien de manera errónea administra desencadenantes medicamentosos por ser una forma infrecuente de aparición.

Factores de Riesgo que presentó el paciente

❖ Administración de corticoides

A pesar de estar indicados para el tratamiento de la psoriasis, en una paciente que presente hipersensibilidad a dichos fármacos provoca una respuesta exagerada de quimiotaxis con liberación descontrolada de factores inflamatorios que favorecen la respuesta inmune y generan mayores manifestaciones dermatológicas y sistémicas

❖ Uso de betalactámicos

En nuestro país se usa de forma rutinaria la cefalosporina de tercera generación, Ceftriaxona, ante un proceso infeccioso, ya que su espectro abarca los organismos patógenos más comunes de ciertas patologías infecciosas. Este criterio no es el más adecuado pero ciertamente se realiza en los Hospitales públicos por tener un cuadro básico de medicamentos algo disminuido de opciones, se le administro este medicamento pensando en una celulitis y la paciente presento un cuadro alérgico generalizado

❖ Resolución quirúrgica de cuadro de abdomen agudo inflamatorio

La paciente al entrar en un estado de estrés secundario a injuria tisular sufre una respuesta adaptativa en la cual entra su patología de base mediada inmunogenicamente contra su respuesta antiinflamatoria, contando con el antecedente de haber estado ingiriendo inmunosupresores, por lo que la respuesta inflamatoria desencadenó la reactivación de la psoriasis con un efecto rebote sistémico muy agresivo.

❖ Exposición a luz solar

La paciente al interrogatorio clínico refirió haberse descuidado un poco sobre el asunto de cuidarse de los rayos ultravioleta argumentando que requiere salir de casa para realizar actividades cotidianas.

Finalmente con la visión retrospectivo y habiendo analizado las oportunidades de mejora en pro de la salud de futuros paciente con este tipo de patología, establezco el siguiente flujograma de actuación como una guía en la cual estudiantes de medicina y galenos puedan establecer un patrón de conducta de derivación a un hospital de mayor nivel de complejidad una vez establecido el diagnóstico con los criterios antes instituidos. Aclarando además de que al ser una patología multifactorial las acciones de tratamiento al paciente siempre serán en dependencia de la magnitud de su estado de salud

PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA

Leve
PASI (<10%)

Se puede resolver en el primer nivel de atención con terapia tópica basada en semisólidos cutáneos a base de Úrea o corticoides de baja potencia

Moderada
PASI(11-

Se puede controlar en consulta externa de la especialidad de dermatología en una casa de salud de segundo nivel e incluso manejo hospitalario en caso de reactivaciones o exacerbaciones del cuadro para su manejo con Metrotexate con un esquema de dosis ascendente controlando niveles de transaminasas y si fuere necesario colocar a la paciente en aislamiento por la inmunosupresión.

Severa
PASI (>20%)

Paciente que requiere tratamiento multidisciplinario y terapia con medicamentos biológicos, requiere referencia a hospital de tercer nivel y controles periódicos durante el proceso de remisión de las manifestaciones pustulares y sistémicas propias de la enfermedad.

Fuente: elaboración propia en base al caso presentado.

1. Khosravi H BD. . [Online].; 2016. Acceso 30 de MAYO de 2019. Disponible en: <http://www.archivesofmedicine.com/medicine/an-ultra-elderly-presentation-of-psoriasis-an-emerging-population.php?aid=17928>.
2. Manzur-Barbur MC TES. REVISTA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS. [Online].; 2014. Acceso 7 de ABRIL de 2019. Disponible en: <http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/3-2/19PSORIASISCOL.pdf>.
3. Jacqueline Habashy DMRPDoDWUoHSCoOMotP. MEDSCAPE. [Online].; 2019. Acceso 3 de ENERO de 2019. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview>.
4. Soleto DAKP. REPOSITARIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE GUAYAQUIL. [Online].; 2014. Acceso 7 de ABRIL de 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/1976/1/T-UCSG-POS-EGM-DER-10.pdf>.
5. Chandra A1 RASSCR. PUBMED. [Online].; 2015. Acceso 14 de MAYO de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25594889>.
6. Jacqueline Habashy DMRPDoDWUoHSCoOMotP. MEDSCAPE. [Online].; 2019. Acceso 3 de ENERO de 2019. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview>.
7. Wang TS. CHHJ,CC,LSaTT. GLOSARIA DERMATOLÓGICO. [Online].; 2016. Acceso 4 de ABRIL de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26589685>.
8. C.Z. Díaz-Barrientos a *. REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO. [Online].; 2018. Acceso 17 de ENERO de 2018. Disponible en: <file:///C:/Users/GIAN%20MARCO/Downloads/S0375090618300272.pdf>.
9. García AA. Cirugía 1. Educación quirúrgica, SEXTA EDICIÓN García AA, editor. MÉXICO: MCGRAW; 2017.
- 10 Restrepo JFP. LECCIONES DE CIRUGÍA Restrepo JFP, editor. BOGOTÁ: PANAMERICANA; . 2012.
- 11 David Moreno-Ramírez? LFFPR. ELSEVIER. [Online].; 2013. Acceso 14 de AGOSTO de 2018. . Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-cirugia-pacientes-con-psoriasis-tratamiento-S0213925111002425>.
- 12 Parisi R SDGCAD. PUBMED. [Online].; 2013. Acceso 20 de JUNIO de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23014338>.
- 13 Gisondi P DGMGG. PUBMED. [Online].; 2017. Acceso 12 de JULIO de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29144382>.

- 14 Gisondi P1 DGMGG. PUBMED. [Online].; 2017. Acceso 17 de NOVIEMBRE de 2018.
. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29144382>.
- 15 Pascutto C. SERVICIO DE SALUD DE CASTILA-ESPAÑA. [Online].; 2013. Acceso 18 de JUNIO
. de 2018. Disponible en:
<https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/psoriasis.pdf>.
- 16 MAYOCLINIC. MAYOCLINIC. [Online].; 2018. Acceso 4 de ENERO de 2018. Disponible en:
. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/psoriasis/multimedia/psoriasis-pictures/sls-20076486>.
- 17 Ángela Ortega-Hernández 1. MEDIGRAPHIC. [Online].; 2018. Acceso 25 de DICIEMBRE de
. 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2018/rmd183b.pdf>.
- 18 Kim BY CJKBYS. ANNALS OF DERMATOLOGY. [Online].; 2015. Acceso 11 de JULIO de 2018.
. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323599/>.
- 19 Soleto DAKP. REPOSITORIO DE TESIS UCSG. [Online].; 2014. Acceso 17 de MAYO de 2018.
. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/1976/1/T-UCSG-POS-EGM-DER-10.pdf>.
- 20 Cristina Pascutto AABECMAGCG. CONCENSO DE DERMATOLOGÍA DE ARGENTINA. [Online].;
. 2018. Acceso 13 de DICIEMBRE de 2018. Disponible en: <http://www.sad.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/Consenso-Psoriasis-2018-FINAL-14112018.pdf>.
- 21 Verónica Ruiz Cañasa MVL. ELSEVIER. [Online].; 2014. Acceso 16 de MAYO de 2018.
. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-inmunologia-322-articulo-aspectos-inmunogeneticos-psoriasis-con-enfasis-S021396261400081X>.
- 22 Roberto Esquivel-García 1. GACETA MÉDICA DE MÉXICO. [Online].; 2018. Acceso 5 de
. ENERO de 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm184o.pdf>.
- 23 Roberto Esquivel-García 1. GACETA MÉDICA DE MÉXICO. [Online].; 2018. Acceso 14 de
. ENERO de 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm184o.pdf>.
- 24 Roberto Esquivel-García 1. GACETA MÉDICA DE MÉXICO. [Online].; 2018. Acceso 2 de MAYO
. de 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm184o.pdf>.
- 25 Hata A1 EGNTKK. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en:
. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31106884>.
- 26 Acevedo ABCEP. SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA. [Online].; 2018. Acceso 10 de
. NOVIEMBRE de 2018. Disponible en: <http://www.sad.org.ar/wp->

- . [content/uploads/2016/04/Consenso-Psoriasis-2018-.pdf](#).
- 27 Verónica Ruiz Cañasa MVL. ELSEVIER. [Online].; 2014. Acceso 19 de MARZO de 2018.
. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-inmunologia-322-articulo-aspectos-inmunogeneticos-psoriasis-con-enfasis-S021396261400081X>.
- 28 Sawabe Y1 HKKMNMFSFATTITOTKHTMSKTY. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en:
. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31062396>.
- 29 Liang J1 LCZZNCYHLMYZ. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en:
. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31106887>.
- 30 AT1. M. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en:
. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31106021>.
- 31 Gowda P1 SVRPRV. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en:
. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31089005>.
- 32 SANTAMARÍA MAC. REPOSITORIO DE TESIS UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.
. [Online].; 2015. Acceso 10 de SEPTIEMBRE de 2018. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4728/1/T-UCE-0006-129.pdf>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo ABCEP. SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA. [Online].; 2018. Acceso 10 de NOVIEMBRE de 2018. Disponible en: <http://www.sad.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/Consenso-Psoriasis-2018-.pdf>
2. C.Z. Díaz-Barrientos a *. REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO. [Online].; 2018. Acceso 17 de ENERO de 2018. Disponible en: <file:///C:/Users/GIAN%20MARCO/Downloads/S0375090618300272.pdf>
3. Cristina Pascutto AABECMAGCG. CONCENSO DE DERMATOLOGÍA DE AREGNTINA. [Online].; 2018. Acceso 13 de DICIEMBRE de 2018. Disponible en: <http://www.sad.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/Consenso-Psoriasis-2018-FINAL-14112018.pdf>
4. García AA. Cirugía 1. Educación quirúrgica, SEXTA EDICIÓN García AA, editor. MÉXICO: MCGRAW; 2017.
5. Restrepo JFP. LECCIONES DE CIRUGÍA Restrepo JFP, editor. BOGOTÁ: PANAMERICANA; 2012.
6. Soleto DAKP. REPOSITORIO DE TESIS UCSG. [Online].; 2014. Acceso 17 de MAYO de 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/1976/1/T-UCSG-POS-EGM-DER-10.pdf>.
7. SANTAMARÍA MAC. REPOSITORIO DE TESIS UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. [Online].; 2015. Acceso 10 de SEPTIEMBRE de 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4728/1/T-UCE-0006-129.pdf>.

LINKOGRAFÍA

1. Ángela Ortega-Hernández 1. MEDIGRAPHIC. [Online].; 2018. Acceso 25 de DICIEMBRE de 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2018/rmd183b.pdf>.
2. Chandra A1 RASSCR. PUBMED. [Online].; 2015. Acceso 14 de MAYO de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25594889>.
3. David Moreno-Ramírez? LFFPR. ELSEVIER. [Online].; 2013. Acceso 14 de AGOSTO de 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel->

formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-cirugia-pacientes-con-psoriasis-tratamiento-S0213925111002425.

4. Gowda P1 SVRPRV. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31089005>.
5. Hata A1 EGNTKK. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31106884>.
6. Jacqueline Habashy DMRPD0DWU0HSC0OMotP. MEDSCAPE. [Online].; 2019. Acceso 3 de ENERO de 2019. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview>.
7. Khosravi H BD. . [Online].; 2016. Acceso 30 de MAYO de 2019. Disponible en: <http://www.archivesofmedicine.com/medicine/an-ultra-elderly-presentation-of-psoriasis-an-emerging-population.php?aid=17928>.
8. Kim BY CJKBYS. ANNALS OF DERMATOLOGY. [Online].; 2015. Acceso 11 de JULIO de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323599/>.
9. Liang J1 LCZZNCYHLMYZ. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31106887>.
10. Manzur-Barbur MC TES. REVISTA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS. [Online].; 2014. Acceso 7 de ABRIL de 2019. Disponible en: <http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/3-2/19PSORIASISCOL.pdf>.
11. MAYOCLINIC. MAYOCLINIC. [Online].; 2018. Acceso 4 de ENERO de 2018. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/psoriasis/multimedia/psoriasis-pictures/sls-20076486>.
12. Pascutto C. SERVICIO DE SALUD DE CASTILA-ESPAÑA. [Online].; 2013. Acceso 18 de JUNIO de 2018. Disponible en: <https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/psoriasis.pdf>.
13. Roberto Esquivel-García 1. GACETA MÉDICA DE MÉXICO. [Online].; 2018. Acceso 2 de MAYO de 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm184o.pdf>.
14. Sawabe Y1 HKKMNMF5FATTITOTKHTMSKTY. PUBMED. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31062396>.

15. Verónica Ruiz Cañasa MVL. ELSEVIER. [Online].; 2014. Acceso 19 de MARZO de 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-inmunologia-322-articulo-aspectos-inmunogeneticos-psoriasis-con-enfasis-S021396261400081X>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

1. Cómo los factores del estilo de vida y sus mecanismos patogénicos asociados afectan la psoriasis (Base de datos en Internet) Seonad K. Madden^aKatie L. Flanagan^{b,c,d,e,1}2019-(Citado el 9 de febrero del 2019). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/>
2. Developing Costimulatory Molecules for Immunotherapy of Diseases (Base de datos en Internet) Manzoor Ahmad Mir-2019-(Citado el 9 de febrero del 2019). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/>
3. Evaluación del perfil de expresión del receptor tipo Toll en pacientes con psoriasis vulgar (Base de datos en Internet) Gülhan Gürel^aSeda Sabah-Özcan^b2019-(Citado el 9 de febrero del 2019). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/>
4. Evaluación y relevancia clínica de los niveles séricos de IL-19 en la psoriasis y la dermatitis atópica mediante un inmunoensayo novedoso sensible y específico (Base de datos en Internet) Konrad, RJ , Higgs, RE , Rodgers, GH , Ming, W. , Qian, Y.-W. , Bivi, N. , Mack, JK , Siegel, RW , Nickoloff, BJ 2019-(Citado el 9 de febrero del 2019). Disponible en: <https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic>
5. **Las respuestas de Th1, Th17 y Treg están moduladas de manera diferente por los inhibidores de TNF- α y el metotrexato en pacientes con psoriasis** -Furiati, SC^a , Catarino, JS^b , Silva, MV^b , Silva, RF^a , Estevam, RB^b , Teodoro, RB^b , Pereira, SL^{a,b} , Ataide, M.^b , Rodrigues, V., Jr.^b ,
6. Rodrigues, DBR^{a, b}una Universidad de Uberaba, de Uberaba, Minas Gerais, Brasil-Laboratorio de Inmunología, Departamento de Ciencias Biológicas y Cefores, Citado el 9 de febrero del 2019). Disponible en: <https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic>

ANEXOS

01/11/2017

Estudio Histopatológico

Pedido:	138795	Examen:	H 6139
SOLICITA Dr (a):	ENRIQUE SALGADO		
PACIENTE:	PILLO CHANGO ROSA MARLENE		
EDAD:	44 años		
FECHA:	01-Nov.-2017 14:55	FECHA VALIDACION:	09-Nov-2017 12:23

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

DATOS DE LA SOLICITUD

Impresión diagnóstica
Psoriasis pustulosa (von Zumbusch)
Dermatitis pustular subcórnea
Pustulosis exantemática generalizada aguda
eritema multiforme mayor.

Origen exacto de la muestra
Piel de abdomen

Información Clínica
Paciente con antecedentes psoriasis desde hace 20 años tratada hasta hace 3 años con Metotrexato. hace 2 semanas presenta placas eritematosas con pústulas en tórax abdomen y extremidades superiores e inferiores refiere que hace una semana por prescripción médica particular toma 80 mg de prednisona

INFORME

MACROSCOPICO
Se recibe elipse de piel que mide 1x0.5 cm, cara epidérmica irregular blanquecina SPT (1c)

MICROSCOPICO
Piel con ortoqueratosis, paraqueratosis, presencia de vesículas subcórneas que contienen numerosos leucocitos polimorfonucleares, la epidermis es psoriasiforme con pústulas espongiiformes y exocitosis de leucocitos polimorfonucleares, además zonas con ausencia de la capa granulosa, en dermis papilar se encuentra moderado infiltrado inflamatorio linfoproliferativo y algunos polimorfonucleares de localización perivascular, los vasos son dilatados y congestivos.

DIAGNOSTICO
Biopsia de piel de abdomen
PSORIASIS PUSTULOSA

SS/ml


Sonia Sofía Mayor de Busto
Dra. Sonia Sofía Mayor de Busto
MEDICA PATOLOGA
M. G. B. Libro 1 Folia 1.169. 3

INFORME

Piel con ortoqueratosis, paraqueratosis presencia de vesículas subcórneas que contienen numerosos leucocitos polimorfonucleares, la epidermis es psoriasiforme con pústulas espongiiforme y exocitosis, además zonas con ausencia de la capa granulosa sin dermis papilar, se encuentra moderado infiltrado inflamatorio linfoproliferativo y algunos polimorfonucleares de localización perivascular con vaso dilatados y congestivos,


12/05/2017

Biometría hemática y química sanguínea básica

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS	
Página 1 De 1				
 Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA LABORATORIO-CLINICO		Fecha de Imp: 2017-12-06 11:46
ORDEN: 201712050050 PACIENTE: PILLO CHANGO ROSA MARLENE DISPENSARIO: HPGL SERVICIO: DERMATOLOGIA PROCEDENCIA: CONSULTA EXTERNA		N.Historia: 224594 Fecha de Ingreso: 2017-12-05 07:14 CI: 0501903926 SEXO: F EDAD: 44 Años HABITACION: MEDICO: SALGADO ZULETA ENRIQUE		
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
GLOBULOS BLANCOS	6.20	10 ³ /uL	5.00	- 10.00
BASOFILOS %	0.1	%	0.0	- 0.5
EOSINOFILOS %	1.9	%	0.5	- 4.0
NEUTROFILOS %	49.7	%	* 55.0	- 65.0
LINFOCITOS %	42.3	%	* 25.0	- 35.0
MONOCITOS %	6.0	%	4.0	- 8.0
HEMATOCRITO	45.6	%	38.0	- 47.0
HEMOGLOBINA	14.80	g/dL	11.50	- 16.50
GLOBULOS ROJOS	4.70	10 ⁶ /uL	4.50	- 6.00
MCH	31.4	pg	27.0	- 32.0
MCHC	32.4	g/dL	* 33.0	- 37.0
MCV	97.0	fL	86.0	- 98.0
CONTAJE DE PLAQUETAS	341	10 ³ /uL	150	- 450
MPV	7.9	fL	* 9.0	- 13.5
VALIDADO POR:		06/12/2017 11:48:29		
Dr. Francisco Ramirez				
QUIMICA SANGUINEA				
CREATININA	0.66	mg/dL	0.55	- 1.02
COLESTEROL	222.0	mg/dL	* 0.0	- 200.0
TRIGLICERIDOS	276.0	mg/dL	* 0.0	- 150.0
TGO	22.0	U/L	15.0	- 37.0
TGP	45.0	U/L	14.0	- 59.0
VALIDADO POR:		05/12/2017 11:35:01		
Dra. Ana Ulloa				
RESPONSABLE DEL LABORATORIO CLINICO :				


23/01/2018

Biometría hemática y química sanguínea básica

		Ministerio de Salud Pública		HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA		Página 1 De 1	
				LABORATORIO-CLINICO		Fecha de Imp: 2018-01-02 09:32	
		Nº Historia: 324594				Fecha de Ingreso: 2018-01-02 07:51	
ORDEN: 201801020073		CI: 0501903926					
PACIENTE: PILLO CHANGO ROSA MARLENE		SEXO: F					
DISPENSARIO: HPGL		EDAD: 44 Años					
SERVICIO: DERMATOLOGIA		HABITACION:					
PROCEDENCIA: CONSULTA EXTERNA		MEDICO: SALGADO ZULETA ENRIQUE					
PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS				
HEMATOLOGIA							
BIOMETRIA HEMATICA							
GLOBULOS BLANCOS	4.80	10 ³ /uL	*	5.00	-	10.00	
BASOFILOS %	0.7	%	*	0.0	-	0.5	
EOSINOFILOS %	2.4	%		0.5	-	4.0	
NEUTROFILOS %	56.5	%		55.0	-	65.0	
LINFOCITOS %	32.8	%		25.0	-	35.0	
MONOCITOS %	7.6	%		4.0	-	8.0	
HEMATOCRITO	48.8	%	*	38.0	-	47.0	
HEMOGLOBINA	15.70	g/dL		11.50	-	16.50	
GLOBULOS ROJOS	5.04	10 ⁶ /uL		4.50	-	6.00	
MCH	32.3	pg	*	27.0	-	32.0	
MCHC	33.3	g/dL		33.0	-	37.0	
MCV	97.0	fL		86.0	-	96.0	
CONTAJE DE PLAQUETAS	246	10 ³ /uL		160	-	450	
MPV	9.1	fL	*	9.0	-	13.5	
VALIDADO POR:				02/01/2018 10:14:32			
Dra. Rocio Negrete							
QUIMICA SANGUINEA							
CREATININA	0.61	mg/dL		0.55	-	1.02	
TGO	22.0	U/L		15.0	-	37.0	
TGP	56.0	U/L		14.0	-	59.0	
VALIDADO POR:				02/01/2018 12:41:35			
Lcda. Teresa Laverde							
RESPONSABLE DEL LABORATORIO CLINICO :							

19/02/2018

Biometría hemática y química sanguínea básica

	Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA	Fecha de Imp: 2018-02-20 12:15
	LABORATORIO-CLINICO	N° Historia: 324594	Fecha de Ingreso: 2018-02-19 08:08
ORDEN: 201802190100 PACIENTE: PILLO CHANGO ROSA MARLENE DISPENSARIO: HPGL SERVICIO: DERMATOLOGIA PROCEDENCIA: CONSULTA EXTERNA	CI: 0501903926 SEXO: F EDAD: 44 Años HABITACION: MEDICO: SALGADO ZULETA ENRIQUE		
PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS
HEMATOLOGIA			
BIOMETRIA HEMATICA			
GLOBULOS BLANCOS	5.00	10 ³ /uL	5.00 - 10.00
BASOFILOS %	0.6	%	0.0 - 0.5
EOSINOFILOS %	2.9	%	0.5 - 4.0
NEUTROFILOS %	63.3	%	55.0 - 66.0
LINFOCITOS %	26.0	%	25.0 - 35.0
MONOCITOS %	7.2	%	4.0 - 8.0
HEMATOCRITO	43.7	%	38.0 - 47.0
HEMOGLOBINA	14.10	g/dL	11.50 - 16.50
GLOBULOS ROJOS	4.57	10 ⁶ /uL	4.50 - 6.00
MCH	32.9	pg	27.0 - 32.0
MCHC	34.4	g/dL	33.0 - 37.0
MCV	96.0	fL	86.0 - 98.0
CONTAJE DE PLAQUETAS	262	10 ³ /uL	150 - 450
MPV	8.3	fL	9.0 - 13.5
VALIDADO POR:		19/02/2018 10:29:57	
Dra. Rocio Negrete			
QUIMICA SANGUINEA			
CREATININA	0.80	mg/dL	0.55 - 1.02
TGO	23.0	U/L	15.0 - 37.0
TGP	51.0	U/L	14.0 - 59.0
VALIDADO POR:		19/02/2018 11:53:54	
Dra. Ana Ulloa			
RESPONSABLE DEL LABORATORIO CLINICO :			

01/11/2019

Elemental y microscópico de orina

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS
ORINA			
GOTA FRESCA (GRAM)			
COCOS GRAM POSITIVOS +			
ELEMENTAL Y MICROSCOPICO DE ORINA			
COLOR	Amarillo		
ASPECTO	Lig. Turbio		
DENSIDAD	1.020		
pH	8.0		
PROTEINAS	Negativo	mg/dL	
GLUCOSA EN ORINA	Negativo	mg/dL	
UROBILINOGENO	Negativo	mg/dL	
BILIRRUBINAS	Negativo		
SANGRE	Negativo		
NITRITOS	Negativo		
LEUCOCITOS	Negativo		
CETONAS	Negativo	mg/dL	
HEMATIES	1-2	/campo	
PIOCITOS	2-4	/campo	
CELULAS EPITELIALES	10-12	/campo	
BACTERIAS	-		
VALIDADO POR: Lcda. Gabriela Jarama			
Fecha de Imp: 2019-01-11 18:33			
Fecha de Ingreso: 2019-01-11 17:36			

Orden: 201901110191
 Paciente: PILLO CHANGO ROSA MARLENE
 Dispensario:
 Servicio: EMERGENCIAS (EM)
 Procedencia: URGENCIAS

CI: 0501903926
 Sexo: F
 Edad: 45 Años
 Habitación:
 Médico:

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA
 LABORATORIO-CLINICO
 N.º Historia: 324594

Ministerio de Salud Pública
 Página 1 De 1

Responsable del Laboratorio:
 MD Johana Brito

11/01/2019

Biometría hemática y química sanguínea básica
Tiempos de coagulación

Página 1 De 1

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA
 LABORATORIO-CLINICO

Fecha de Imp: 2019-01-11 17:58
 Fecha de Ingreso: 2019-01-11 17:19

ORDEN: 201901110187
 PACIENTE: PILLO CHANGO ROSA MARLENE
 DISPENSARIO:
 SERVICIO: EMERGENCIAS (EM)
 PROCEDENCIA: URGENCIAS

CI: 0501903926
 SEXO: F
 EDAD: 45 Años
 HABITACION:
 MEDICO:

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS
HEMATOLOGIA			
BIOMETRIA HEMATICA			
GLOBULOS BLANCOS	14.20	10 ³ /uL	5.00 - 10.00
BASOFILOS %	0.5	%	0.0 - 0.5
EOSINOFILOS %	1.0	%	0.5 - 4.0
NEUTROFILOS %	85.3	%	55.0 - 65.0
LIFOCITOS %	8.7	%	25.0 - 35.0
MONOCITOS %	4.5	%	4.0 - 8.0
HEMATOCRITO	43.0	%	38.0 - 47.0
HEMOGLOBINA	13.44	g/dL	11.50 - 16.50
GLOBULOS ROJOS	4.26	10 ⁶ /uL	4.50 - 6.00
MCH	33.6	pg	27.0 - 32.0
MCHC	33.2	g/dL	33.0 - 37.0
MCV	101.0	fL	86.0 - 98.0
CONTAJE DE PLAQUETAS	260	10 ³ /uL	150 - 450
MPV	9.3	fL	9.0 - 13.5
11/01/2019 17:59:51			
VALIDADO POR:	Lcda. Gabriela Jarama		
COAGULACION			
TTP	31.40	seg	20.00 - 45.00
TP	11.10	seg	10.00 - 13.50
NR	0.92		0.00 - 2.00
11/01/2019 17:59:51			
VALIDADO POR:	Lcda. Gabriela Jarama		
QUIMICA SANGUINEA			
QUIMICA BASICA			
GLUCOSA	86.0	mg/dL	74.0 - 100.0
CREATININA	0.68	mg/dL	0.55 - 1.02
NITROGENO UREICO (BUN)	14.0	mg/dL	7.0 - 18.0
11/01/2019 17:59:51			
VALIDADO POR:	Lcda. Gabriela Jarama		

15/01/2019

Epicrisis

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
HOSPITAL GENERAL LATACUNGA	PELO GIANGO	ROSA MAILENE	F	1	324584 / 05019003828

1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: PSORIASIS PUSTULOSA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: LAPAROTOMIA POR EMBARAZO ECTÓPICO

ALERGIAS: CORTICOIDES, PENICILINA, DICLOXACILINA

MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR ABDOMINAL

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE ACUDE POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO DE 17 HORAS DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE NAUSEAS

LLEGA AL VOMITO: POR LO QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD

EXAMEN FISICO: CONCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA. ABDOMEN: SUAVE, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN FOSA ILIACA DERECHA, MC BURNEY POSITIVO, RSOAS NEGATIVO, BLUMBERG NEGATIVO, VALSALVA NEGATIVO

2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

11/01/2019: PACIENTE INGRESA AL SERVICIO DE CIRUGIA PARA OBSERVACION Y RESOLUCION QUIRURGICA

12/01/2019: SE REALIZA APENDICECTOMIA ENCONTRANDO: APENDICE RETOCECAL, NECROTICA Y CON GLERAS EN TODA SU EXTENSION

PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES (APENDICITIS GRADO III)

13/01/2019: PACIENTE ESTABLE, ABDOMEN SUAVE DEPRESIBLE LEVEMENTE DOLOROSO ALREDEDOR DE HERIDA QUIRURGICA, LA CUAL NO PRESENTA SIGNOS DE INFLAMACION

14/01/2019: DERMATOLOGIA, PACIENTE QUE POSTERIOR A CIRUGIA SE REACTIVA PSORIASIS PUSTULOSA, PRESENTANDO MANCHAS ROJAS CON PUSTULAS EN CUELLO, ABDOMEN Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES

14 AL 15/01/2019: PACIENTE ESTABLE EN PROCESO DE CICATRIZACION SIN SIGNOS DE INFLAMACION, SIN DOLOR

3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LABORATORIO: LEUCOCITOS 14.200, NEUTROFILOS: 85,3, HEMATOCRITO 43 HEMOGLOBINA 13,40, PLAQUETAS 260000

TTP 31, TP 11 INR 0,92, CREATININA 0,68, GLUCOSA 86, BUN 14, EMO NEGATIVO

ECO ABDOMINAL: ESTUDIO BASTANTE LIMITADO POR CONDICION PONDERAL DE LA PACIENTE E INTERPOSICION DE GAS INTESTINAL

SNS-MSP / HCU-form.006 / 2008

EPICRISIS (1)

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

CLORURO DE SODIO 0.9 % INTRAVENOSO 1000 MILITROS CADA 12 HORAS
 OMEPRAZOL 40 MILIGRAMOS INTRAVENOSO DIA
 CIPROFLOXACINO 200 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 12 HORAS
 METRONIDAZOL 500 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 8 HORAS
 KETOROLACO 30 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 8 HORAS
 TRAMADOL 50 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 8 HORAS
 METOCLOPRAMIDA 10 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 8 HORAS
 METOTREXATO 500 MILIGRAMOS VIA ORAL LUNES Y MARTES
 ACIDO FOLICO 7 TABLETAS CIA ORAL DIA

AL ALTA

CIPROFLOXACINO 500 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
 METRONIDAZOL 500 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
 PARACETAMOL 1 GRAMO VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
 METOTREXATO 15 MILIGRAMOS SEMANAL
 ACIDO FOLICO 5 MILIGRAMOS DE MIERCOLES A DOMINGO

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO			6 DIAGNÓSTICOS EGRES		
	PRE SENTIVO DEF	CIE PRE DEF		PRE SENTIVO DEF	CIE PRE DEF
1		R100 X	1		K559 X
2			2		L401 X
3			3		

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

PACIENTE QUE PRESENTA FAVORABLE EVOLUCION AL TRATAMIENTO. HERIDA QUIRURGICA
 SIN SIGNOS DE INFLAMACION, LESIONES DERMATOLÓGICAS EN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR DERMATOLOGIA,
 POR LO QUE SE DECIDE ALTA HOSPITALARIA

8 MÉDICOS TRATANTES

	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1	DRA. MARIA PULIDO	CIRUGIA GENERAL		11/01/2019-15/01/2019
2	DRA. LILIANA QUISANGA	CIRUGIA GENERAL		11/01/2019-15/01/2019
3	DR. RAUL TRUJILLO	CIRUGIA GENERAL		11/01/2019-15/01/2019
4	DR. OSCAR VASCONEZ	CIRUGIA GENERAL		11/01/2019-15/01/2019
5	DR. ENRIQUE SALGADO	DERMATOLOGIA		11/01/2019-15/01/2019

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA X	ASINTOMÁTICO	DISCAPACIDAD MODERADA	RETRO AUTORIZADO	DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS	DÍAS DE ESTADA	5
ALTA TRANSITORIA	DISCAPACIDAD LEVE	DISCAPACIDAD GRAVE	RETRO NO AUTORIZADO	DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS	DÍAS DE INCAPACIDAD	
FECHA	15/01/19	HORA	12:00:00	NOMBRE DEL PROFESION AL	Dr. Byron Sánchez	CIRUGIA GENERAL
						EMP 11113 L27 F3 No. 11
						EPICRISIS (2)

12/01/2019

Protocolo operatorio

APELLIDO PATERNO PILLO	MATerno CHANGO	NOMBRES ROSA MARLENE	No. HISTORIA CLÍNICA 324504/0501903028
SERVICIO CIRUGIA	SALA MUJERES	CAMA 34	
DIAGNÓSTICOS		OPERACIÓN	
PRE OPERATORIO:		PROYECTADA: APENDICECTOMIA	
APENDICITIS AGUDA		ELECTIVA: EMERGENCIA X PALLATIVA	
POST OPERATORIO:		REALIZADA:	
APENDICITIS AGUDA GRADO III		APENDICECTOMIA	
EQUIPO OPERATORIO			
CIRUJANO: DR RAÚL TRUJILLO		INSTRUMENTISTA: LCDA SINCHIGUANO	
PRIMER AYUDANTE: MD AYALA		CIRCULANTE: SRA CHICAIZA	
SEGUNDO AYUDANTE:		ANESTESISTA: DRA DE JESUS	
TERCER AYUDANTE:		TIPO DE ANESTESIA:	GENERAL
FECHA: 12/01/2019	HORA DE INICIO: 10:05	HORA DE FINALIZACIÓN:	10:57
TIEMPOS QUIRÚRGICOS			
DIÉRESIS			
INCISIÓN DE MCBURNEY DE MAS O MENOS 8 CM			
EXPOSICIÓN			
MANUAL E INSTRUMENTAL			
EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS			
1. APÉNDICE RETROCECAL NECROTICA Y CON GLERAS EN TODA SU EXTENSIÓN			
2. BASE DE BUENA CALIDAD			
3. LIQUIDO INFLAMATORIO ESCASO EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS			
PROCEDIMIENTO OPERATORIO			
1. ASEPSIA Y ANTISEPSIA			
2. COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS			
3. DIÉRESIS DESCRITA HASTA CAVIDAD			
4. IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS QUIRÚRGICOS			
5. IDENTIFICACIÓN DE LA APÉNDICE Y BASE APENDICULAR			
6. PINZAMIENTO SECCIÓN Y LIGADURA TRANSFECTIVA DE LA BASE APENDICULAR			
7. PINZAMIENTO SECCIÓN Y LIGADURA DEL MESO APENDICULAR			
8. SECADO DE LA CAVIDAD			
9. CORROBORACIÓN HEMOSTASIA			
10. CONTEO DE MATERIAL BLANCO COMPLETO			
11. SÍNTESIS POR PLANOS			

SÍNTESIS

POR PLANOS

COMPLICACIONES DEL ACTO OPERATORIO

NINGUNA

SANGRADO ESCASO

EXAMEN HISTOPATOLÓGICO

SI NO

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

DICTADA POR:
DR RAÚL TRUJILLO

FECHA DEL DICTADO			
HORA	DÍA	MES	AÑO
11:20	12	1	2019

ESCRITO POR: MD. GUADALUPE AYALA


DR RAÚL TRUJILLO
FIRMA Y NOMBRE DEL CIRUJANO

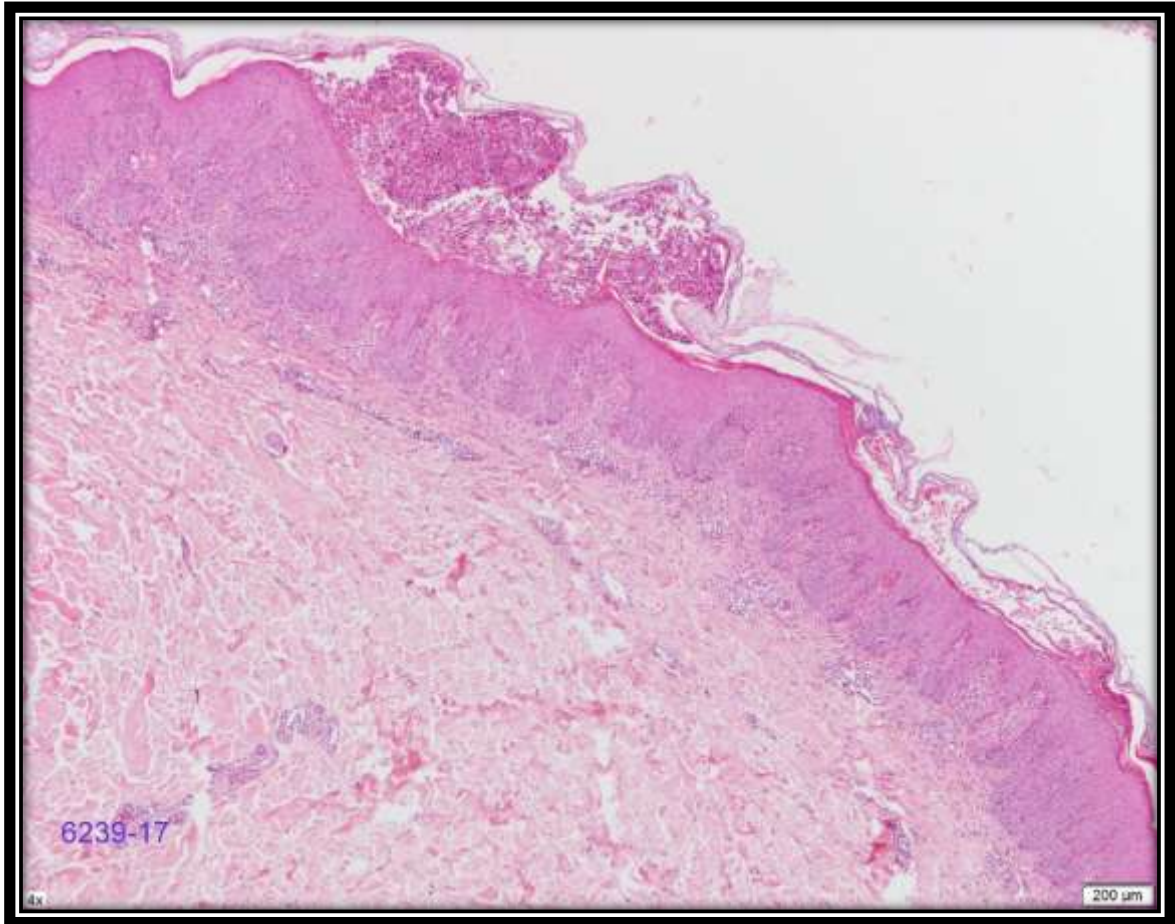


Imagen histológica tomada de las biopsias de piel de la paciente

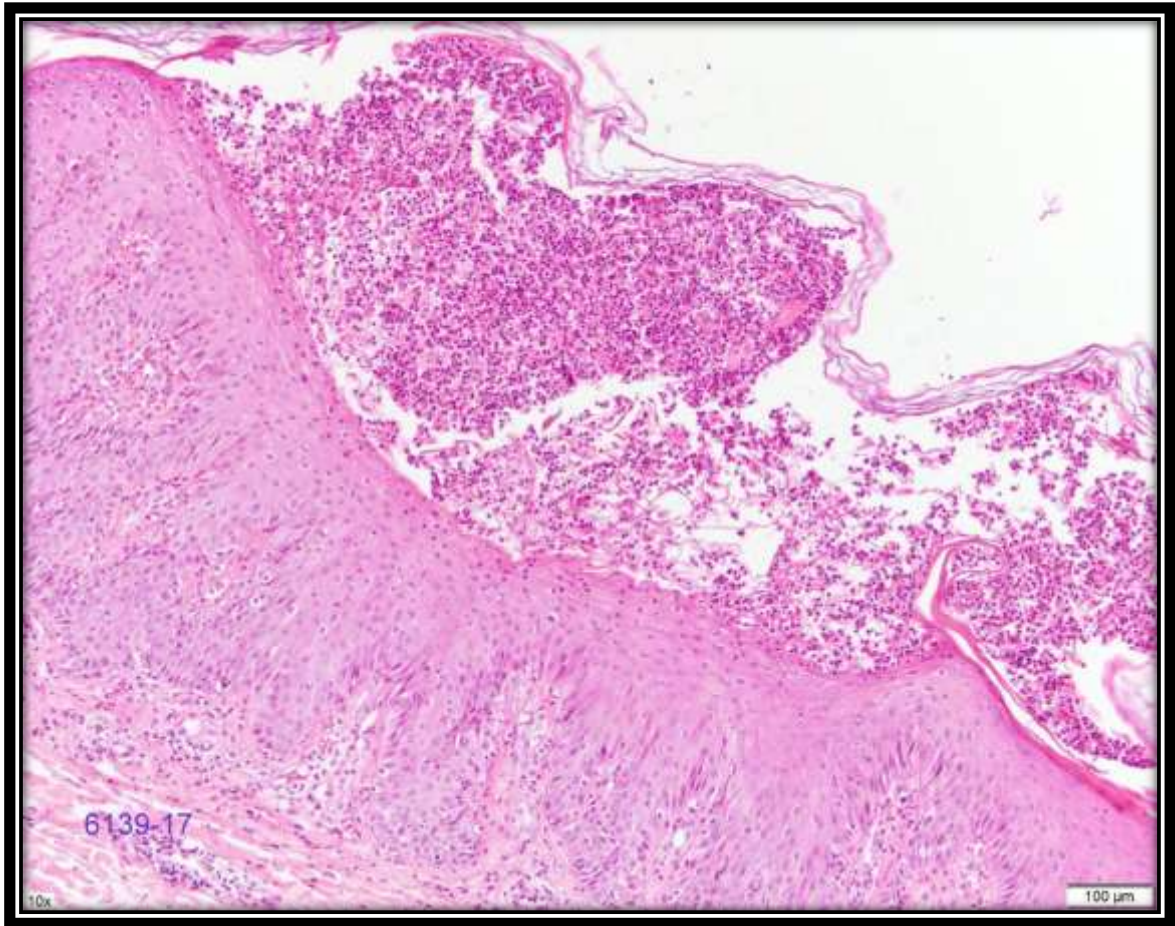


Imagen histológica tomada de las biopsias de piel de la paciente

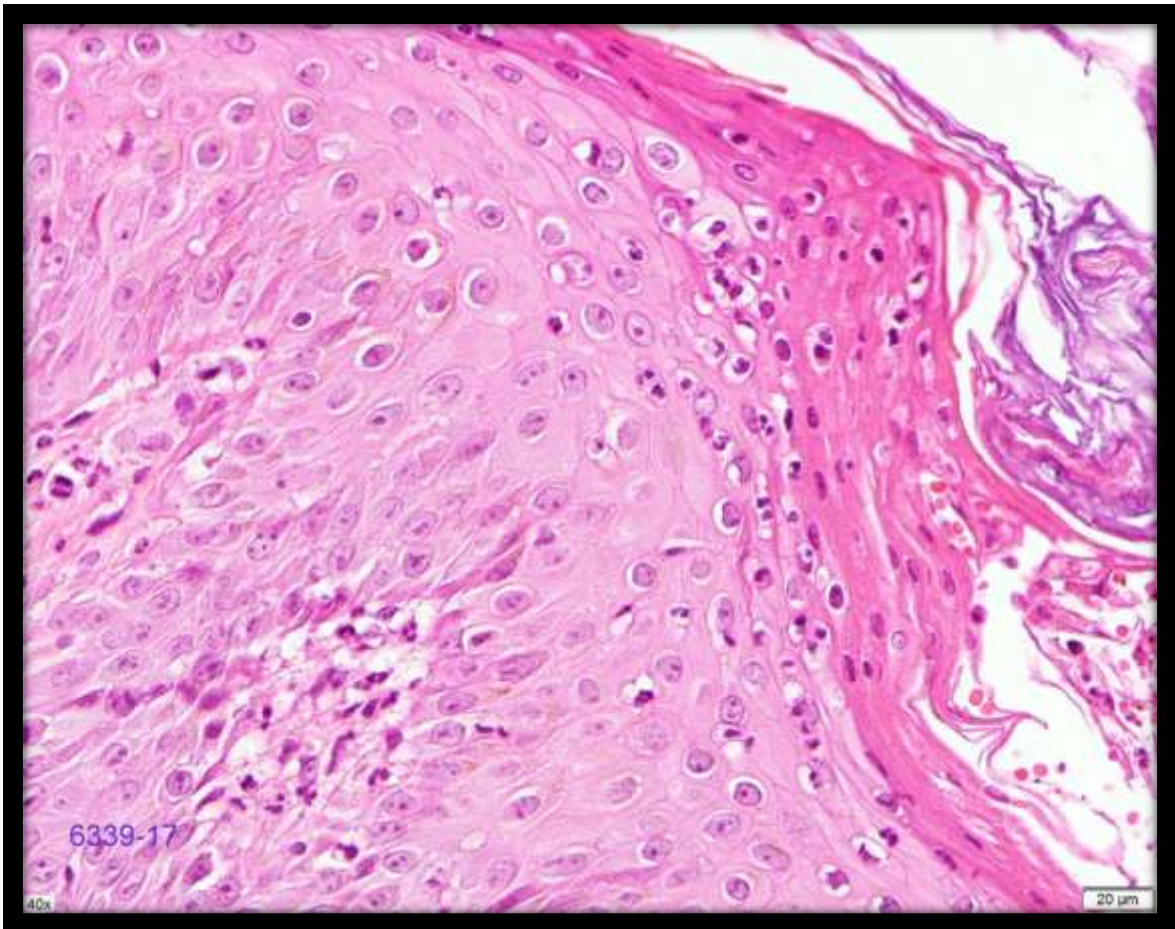


Imagen histológica tomada de las biopsias de piel de la paciente





Fotografías tomadas a la paciente con su consentimiento con fines de investigación
