

**Un punto en común
entre la Psoriasis y la
enfermedad celíaca**

**Percepción de los
profesionales del equipo
de Salud**

Griselda A. Sánchez

2018

Universidad FASTA

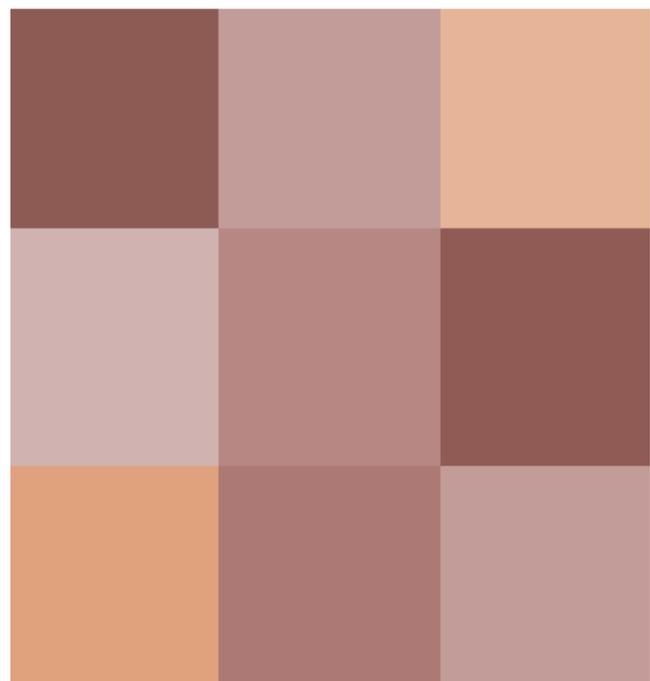
Facultad de Cs. Médicas

Lic. en Nutrición

Tutora: Lic. Lisandra del Valle Viglione

Asesoramiento metodológico: Dra. Mg

Vivivan Minnaard



No digas "no puedo" ni en broma.

*Porque el inconsciente no tiene sentido del humor,
lo tomará en serio y te lo recordará cada vez que lo intentes.*

- Facundo Cabral

Dedicado a:

Mis padres, siempre a mis padres.

Mis hermano/as y mis sobrinos.

Mi marido y su familia.

Mis amigos.

Mi hijo.

- ✧ A Griselda y Chispa, mis padres, quienes en silencio y sin esperar nada a cambio me lo han dado todo con su gran amor. Su nobleza e integridad me han marcado un camino que espero saber transitar con su misma fortaleza y rectitud. Estoy muy feliz de que hoy puedan ver en mis logros, el resultado de sus esfuerzos y sacrificios. Gracias por confiar en mí.
- ✧ A mis hermanos de sangre y hermana de corazón. A Guille, por sus arduos intentos de volverme sabia y responsable. Sé que nunca te rendiste conmigo. A Juan, por ser mi constante puntal y protector incondicional. A Gaby, por aconsejarme siempre con ternura y por cuidar con esmero a mi familia y a mí.
- ✧ A mis sobrinos, Abril y Tomás, por renovar mi vida y hacerme feliz desde el día que nacieron.
- ✧ A mi amor, Héctor, y nuestro hijo Tadeo, porque con ellos absolutamente todo tiene sentido.
- ✧ A mis compañeros en este viaje, mis amigos: Je, Lu, Euge, Mel, Jesi, Anita y Lucía, por acompañarme desde el primer día y hasta el final con el mismo ímpetu. A ellos les debo la compañía en todos estos años, la alegría de compartir triunfos y la tolerancia y apoyo en los fracasos.
- ✧ A mis eternas amigas, con quienes siempre puedo contar: Pau, Alfon y Gra, Sil, Geri, Cari y Ana.
- ✧ A Ángela, a quien le debo su muy atenta participación, indispensable para la elaboración de esta tesis. Y a Jesica y Leticia por su invaluable ayuda.
- ✧ A Cristian, por prestarme su piel.
- ✧ A los médicos, que amablemente me dedicaron su tiempo, colaborando en la realización de esta tesis.
- ✧ A la Universidad Fasta y sus profesores, por facilitarme el camino durante mi carrera.
- ✧ A Vivian Minnard, quien desinteresadamente y con gran predisposición, me acompañó durante el proceso de esta tesis, simplificándome el trabajo con sus sugerencias y su atenta supervisión.

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes, ya que altera al desarrollo de sus actividades cotidianas y puede generar un fuerte impacto psicológico. En ocasiones, es acompañada de comorbilidades que pueden deteriorar aún más su calidad de vida y su sobrevivencia. Es primordial el mejor conocimiento de lo que significa la psoriasis y de lo que supone para el paciente, para lograr su atención integral. Ello requiere incluir al enfoque nutricional dentro del abordaje interdisciplinario de la problemática, a fin de obtener los mejores resultados en su tratamiento, a la luz del beneficio que podría tener para ellos el seguir una dieta libre de gluten.

Objetivo: Indagar la percepción que poseen los profesionales del equipo de salud sobre la psoriasis, sus manifestaciones y síntomas, los factores influyentes sobre la enfermedad y el estado nutricional de los pacientes.

Materiales y métodos: El presente es un estudio cualitativo, descriptivo y de corte transversal, ya que busca determinar la percepción que posee el profesional de salud, sobre la psoriasis y sus manifestaciones, y en relación a la alimentación y los diversos factores influyentes. Se realizó una encuesta a 12 profesionales seleccionados en forma no probabilística, por conveniencia, con preguntas abiertas para recabar sus apreciaciones.

Resultados: En general perciben correctamente a la psoriasis en su calidad autoinmune, de predisposición genética y componente inflamatorio. Casi todos, 11 entrevistados, atribuyen acertadamente al factor emocional, un papel preponderante tanto en la aparición y exacerbaciones de la enfermedad, como en consecuencia del padecimiento de la misma. En cuanto al estado nutricional de estos pacientes, 4 profesionales notaron el predominio de sobrepeso u obesidad y otros 4 no identifican diferencias con la población general. Respecto a la alimentación, es unánime la apreciación de que de alguna manera puede influir en la manifestación de la psoriasis, pero desconocen los mecanismos exactos de ello.

Conclusiones: El equipo de salud está integrado por profesionales de diversas especialidades, por lo que su percepción acerca de los temas tocados muchas veces depende del área de conocimiento en la que se desempeñan. En general poseen una adecuada percepción de la psoriasis, sus factores desencadenantes y sobre el impacto emocional que genera. Sin embargo, presentan una noción poco clara respecto a la influencia que la alimentación y específicamente, la dieta libre de gluten, pueden tener sobre las manifestaciones de la enfermedad.

Palabras claves: Psoriasis – percepción de la enfermedad – autoinmunidad – dieta libre de gluten

Psoriasis is a chronic skin disease that considerably affects the quality of life of patients, as it alters the development of their daily activities and can generate a strong psychological impact. Sometimes it is accompanied by comorbidities that can further deteriorate their quality of life and their livelihood. The best knowledge of what psoriasis means and what it implies for the patient is essential to achieve their comprehensive care. This requires including the nutritional approach, in order to obtain the best results in its interdisciplinary treatment, in light of the benefit that it can have for them to follow a gluten-free diet.

Objective: To investigate the perception of health team professionals about psoriasis, its manifestations and symptoms, the factors influencing the disease and the nutritional status of patients with psoriasis

Materials and methods: The present is a qualitative, descriptive, cross-cutting, non-experimental study, as it seeks to determine the perception of the health professional, on psoriasis and its manifestations, in relation to food and the various factors Influential. We conducted a survey of 12 professionals with open questions to collect their appreciations.

Results: In general they perceive correctly the psoriasis in its autoimmune quality, genetic predisposition and inflammatory component. Almost all, 11 interviewees, rightly attributed to the emotional factor, a preponderant role so much in the appearance and aggravations of the illness, as consequently of the suffering of the same one. As for the nutritional state of these patients, 4 professionals noted the predominance of overweight or obesity and other 4 do not identify differences with the general population. With regard to the feeding, it is unanimous appreciation that in some way may influence the manifestation of psoriasis, but they do not know the exact mechanisms of it.

Conclusions: The health team is integrated by professionals from different specialties, so their perception about the touched topics often depends on the area of knowledge in which they get out of debt. In general, they possess a suitable perception of psoriasis, its triggering factors and on the emotional impact that it generates. However, they present a slightly clear notion with regard to the influence that the feeding and specially, the gluten free diet, can have on the manifestations of the disease.

Key words: Psoriasis - disease perception – autoimmunity - gluten-free diet

Introducción	2
Capítulo I	
“Psoriasis”	6
Capítulo II	
“Autoinmunidad, punto en común entre la psoriasis y la enfermedad celíaca”	19
Diseño metodológico	34
Análisis de datos	41
Conclusiones	69
Bibliografía	74



Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica, de naturaleza inmunológica, de predisposición genética y desencadenantes multifactoriales. Se caracteriza por la afectación de piel, semimucosas, mucosas y anexos, y puede también comprometer articulaciones.

Su manifestación clínica más habitual es la aparición de lesiones cutáneas de tamaño variable, enrojecidas y recubiertas de escamas de diversos tamaños, las cuales siguen un curso crónico, con exacerbaciones y remisiones. Las escamas están formadas por la acumulación de queratinocitos¹ debido a su proliferación acelerada. El enrojecimiento es el resultado de la mayor afluencia de sangre debida a la inflamación. (Ribera Pibernat, 2009).²

La hiperplasia de la epidermis a causa de la hiperproliferación de los queratinocitos es genéticamente determinada e inmunomediada por los linfocitos T. Así, los queratinocitos se van acumulando y la piel se va haciendo hiperplásica lo cual se manifiesta clínicamente por placas gruesas y con abundantes escamas.

El estudio de los factores que inducen esta respuesta epidérmica es aún motivo de investigación constante y con resultados que no han permitido hasta la fecha conocer exactamente cuáles son los mecanismos que conducen a la enfermedad. (Valdivia - Blondet, 2008).³

La psoriasis afecta aproximadamente a 125 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia estimada del 2% al 4% en la población adulta, y suele iniciarse entre los 15 y 35 años, aunque puede hacerlo en niños y en personas mayores. (Ribera Pibernat, 2009).⁴

A lo largo de los años se ha observado la posible asociación entre la psoriasis y la enfermedad celíaca y han sido diversas las investigaciones realizadas al respecto.

Un estudio de casos y controles realizado en Israel demostró que la prevalencia de la enfermedad celíaca en pacientes con psoriasis era mayor en comparación a la

¹ Los queratinocitos son las células predominantes de la epidermis, la capa más superficial de la piel. Contienen una proteína muy dura llamada queratina, la cual estimula el crecimiento de células epiteliales en la piel y de las células que revisten la superficie de la boca, el estómago y los intestinos. Los queratinocitos están en continua renovación y pasan progresivamente de la capa basal a las zonas superiores, por diferenciación celular, hasta la capa córnea, donde forman una capa de células muertas en forma de escamas y rica en queratina. Se calcula que este proceso demora un mes, aunque puede verse acelerado en casos de hiperproliferación (psoriasis).

² El autor también destaca que la psoriasis es una enfermedad crónica con una importante repercusión en la calidad de vida a nivel psicosocial, y en ocasiones las consecuencias pueden ser percibidas por el paciente como limitantes para llevar una vida diaria adecuada.

³ Valdivia-Blondet aclara que las dificultades de la investigación están ligadas al hecho de que no existen modelos animales en razón de que no existe psoriasis en ellos y en los modelos in vitro (en cultivo), la piel psoriásica pierde sus características.

⁴ Por lo general, es más común en los individuos que viven en latitudes más altas o en lugares más fríos, y menos común en los individuos que tienen una mayor exposición al sol. La psoriasis es igualmente común en hombres y mujeres.

prevalencia en los controles, siendo del 0,29% y 0,11%, respectivamente. (Birkenfeld, Dreiherr, Weitzman, & Cohen, 2009).⁵

Otro estudio realizado en India concluyó una mayor prevalencia de celiaquía en los pacientes con psoriasis, del 4,34%, con respecto a la prevalencia observada en la población general, del 1-2% (Ungprasert, Wijarnpreecha, & Kittanamongkolchai, 2017).⁶

Por otra parte, en algunos pacientes psoriásicos se han detectado los mismos anticuerpos, antigliadina, antiendomiso y antitransglutaminasa, que se presentan en los pacientes celíacos. Se ha observado que más del 16% de los pacientes con psoriasis presentan IgG e IgA antiendomiso, antigliadina y antitransglutaminasa. (Agusti Mejias, Messegueurb, & García Ruiza, 2011).⁷

En distintas investigaciones lideradas por Michaëlsson (1993), también se analizaron la presencia de anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca. En uno de estos estudios se descubrió que el aumento de los niveles de anticuerpos séricos frente a la gliadina es más común en los pacientes con psoriasis que en las personas sanas.⁸

En la misma línea, un estudio de casos y controles realizado en Polonia determinó que los pacientes con psoriasis tienen niveles de anticuerpos antitransglutaminasa y antigliadina significativamente más altos que el grupo de control, aunque no se encontraron anticuerpos antiendomiso para IgA en ninguna muestra de suero. (Damasiewicz-Bodzek & Wielkoszyn, 2008).⁹

En otra investigación desarrollada en pacientes con psoriasis y serología positiva para los anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa, se observó una mejoría clínica altamente significativa con una disminución en la severidad de la psoriasis, después de 3 meses de seguir una dieta libre de gluten. Es de destacar que los pacientes estudiados poseían histología normal con biopsia duodenal normal. Por otra

⁵ El trabajo incluyó 12.502 pacientes con psoriasis y 24.285 controles de una base de datos de Israel que contiene la información de una población de 3.800.000 habitantes.

⁶ Se incluyeron cuatro estudios de cohorte retrospectivos con 12,912 casos de psoriasis y 24,739 comparadores en este meta-análisis.

⁷ El autor ha realizado diversos estudios de casos que le han permitido observar, además, una mejoría de las lesiones de psoriasis después de seguir entre 3 y 6 meses una dieta exenta de gluten, sin otro tratamiento farmacológico añadido, mientras que la reintroducción del gluten desencadenó nuevos brotes de psoriasis. Resulta interesante subrayar que en aquellos pacientes que carecían de autoanticuerpos propios de la celiaquía no se observó mejoría de la psoriasis con la dieta sin gluten. En función de estas observaciones, algunos autores recomiendan el despistaje analítico de celiaquía en los pacientes con psoriasis.

⁸ Michaëlsson no encontró diferencias significativas respecto al anticuerpo antiendomiso.

⁹ El objetivo de este estudio fue estimar si en pacientes psoriásicos, la intolerancia al gluten aparece con más frecuencia que en las personas sanas. Los resultados parecen implicar una asociación entre la psoriasis y la enfermedad celíaca asintomática / intolerancia al gluten.

parte, los pacientes con serología negativa para antigliadina, no mostraron ninguna mejoría en sus lesiones cutáneas. (Michaëlsson, y otros, 2000).¹⁰

En la práctica habitual sólo se indica una dieta libre de gluten cuando se diagnostica enfermedad celíaca ante una biopsia positiva.¹¹ Sin embargo, la determinación de anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca en pacientes con psoriasis, podría orientar a la indicación de una dieta libre de gluten a fin de observar potenciales mejorías en las manifestaciones dérmicas.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la percepción que poseen los profesionales del equipo de salud sobre la psoriasis, sus manifestaciones, los factores influyentes sobre la enfermedad y el estado nutricional de los pacientes con Psoriasis?

El objetivo general propuesto es:

- Indagar la percepción que poseen los profesionales del equipo de salud sobre la psoriasis, sus manifestaciones y síntomas, los factores influyentes sobre la enfermedad y el estado nutricional de los pacientes con Psoriasis.

Los objetivos específicos son:

- Analizar la percepción que poseen los profesionales del equipo de salud sobre la psoriasis.
- Examinar la opinión de los profesionales del equipo de salud acerca de las manifestaciones y síntomas de la psoriasis.
- Determinar la apreciación de los profesionales del equipo de salud de los factores que influyen en la Psoriasis.
- Distinguir la impresión que tienen los profesionales del equipo de salud sobre el estado nutricional de los pacientes con Psoriasis.

¹⁰ Cuando se reanudó la dieta ordinaria, la psoriasis se deterioró en 18 de los 30 pacientes con anticuerpos antigliadina que habían completado el período de dieta libre de gluten.

¹¹ La biopsia duodenal es una prueba fundamental para diagnosticar la EC. La misma consiste en la extracción de una pequeña muestra de la zona más superficial del intestino para detectar y analizar posibles alteraciones en la forma del mismo y en sus células.

Capítulo 1:

La psoriasis

La psoriasis

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por la hiperproliferación de queratinocitos como respuesta a la activación del sistema inmune en regiones cutáneas, mediada a través de linfocitos T y asociado a un deterioro de la función de barrera epidérmica, donde ocurren complejas interacciones entre genes susceptibles, mecanismos efectores inmunológicos y desencadenantes ambientales. (Fonseca, Aristizábal, Cruz, Herrera, González, & Castro, 2007).¹²

Se trata de una dermatosis inflamatoria de etiología desconocida, habitualmente de curso crónico, que muestra una gran variabilidad clínica y evolutiva. Su diagnóstico es clínico y se basa en la morfología de las lesiones caracterizadas por placas eritematosas, bien delimitadas y cubiertas por escamas nacaradas. Las características histológicas de la psoriasis son hiperqueratosis de la epidermis con acúmulos de leucocitos polimorfonucleares. (Serna, Vitales, Lopez, & Molina, 2001).¹³

Su manifestación clínica más habitual es la aparición de lesiones cutáneas de tamaño variable, enrojecidas y recubiertas de escamas de diverso grosor¹⁴. Las escamas están formadas por la acumulación de queratinocitos debido a su proliferación acelerada. El enrojecimiento es el resultado de la mayor afluencia de sangre debida a la inflamación.

La lesión suele ser bilateral y más o menos simétrica. En la piel, las zonas que más se afectan son usualmente los codos, las rodillas y la región sacra, aunque puede afectar a cualquier otra parte del cuerpo como las manos, los pies y el tronco, incluido el pliegue interglúteo. La afectación del cuero cabelludo y de las uñas es típica. Las lesiones pueden picar, doler y a veces se agrietan y sangran. En algunas personas puede provocar también la inflamación de algunas articulaciones, manifestándose como artritis psoriásica.

Muchas veces se acompaña de otras morbilidades que pueden afectar aún más la calidad de vida y la sobrevida de los pacientes. La influencia de múltiples factores ambientales puede desencadenar o agravar su evolución, con exacerbaciones y remisiones, sin ser contagiosa.

La prevalencia de la psoriasis en la población de origen europeo es entre el 2% al 3%. En otros grupos étnicos es variable, siendo excepcional entre los indígenas del

¹² Fonseca y colaboradores han contribuido al desarrollo de la terapia biológica, la cual comprende proteínas con actividad farmacológica que intervienen en los diferentes procesos de la fisiopatología de la enfermedad.

¹³ La piel normal está constituida por tres capas: epidermis; dermis e hipodermis. La epidermis es la parte más superficial y se encuentra constituida por dos grupos de células: queratinocitos o células no dendríticas y células dendríticas. Los queratinocitos a su vez se organizan en capas o estratos y cumplen con varias funciones, la más conocida es la de producir queratina, pero además sintetizan otras sustancias químicas. (Navarrete Franco, 2003)

¹⁴ Las escamas tienen un color blanco nacarado muy típico y el eritema suele ser brillante y homogéneo.

continente americano. En nuestro país no existen estadísticas de incidencia y prevalencia de esta enfermedad. (Sociedad Argentina de Dermatología, 2010).

Su prevalencia es similar en hombres y en mujeres, aunque en éstas suele aparecer algo más precozmente.

La psoriasis puede comenzar en cualquier momento de la vida, desde el nacimiento hasta edad muy avanzada, aunque en general suelen aparecer sus primeras manifestaciones entre los 15 y los 30 años de vida, sin diferencias en cuanto al sexo. (Chouela, 2011).¹⁵

Desde un punto de vista clínico y evolutivo existen dos patrones de psoriasis, un patrón de inicio precoz (Tipo I) y otro de inicio tardío (Tipo II). La psoriasis tipo I suele iniciarse entre los 16 y 22 años y siempre antes de los 40 años, presenta una evolución irregular, con brotes frecuentes y tiende a generalizarse. En este grupo de pacientes parece existir una susceptibilidad genética para padecer la enfermedad. Por el contrario, la psoriasis tipo II no suele aparecer hasta los 50-60 años, tiende a ser más leve y localizada, y parece poseer una menor base genética. (Ribera Pibernat, 2010).¹⁶

Para tener psoriasis hace falta una predisposición genética¹⁷ y la actuación de factores desencadenantes, algunos todavía no identificados. Además, los diferentes genes identificados responden a factores desencadenantes distintos, por este motivo los factores que hacen que aparezca o que empeore la psoriasis es distinto de unas personas a otras.

El determinismo genético, la activación y desregulación del sistema inmune, con la subsiguiente cascada de eventos inflamatorios, mediados por citoquinas, son la base para comprender el desarrollo de la psoriasis.

Desde el punto de vista genético, es una enfermedad poligénica y multifactorial que condicionan la edad de comienzo y las manifestaciones clínicas de la psoriasis. Si bien la psoriasis es una enfermedad de causa desconocida, en ella convergen multitud de factores predisponentes y desencadenantes.

¹⁵ Chouela ha realizado diversos estudios genéticos sobre la psoriasis, en los que se han determinado que existen locus de susceptibilidad para padecer la psoriasis, denominados PSORS.

¹⁶ El autor menciona que los estudios genéticos planteados para identificar los genes responsables y sus alteraciones se iniciaron hace unos 10 años centrados en los pacientes con psoriasis Tipo I, y han permitido identificar hasta 20 genes distintos asociados a la presencia de psoriasis. Aunque de momento sólo uno, el llamado PSOR1 localizado en el cromosoma 6p21, se ha confirmado que juega un papel importante en el mecanismo celular y molecular que origina las lesiones de la enfermedad.

¹⁷ Para Serna, Vitales, Lopez, & Molina (2001), la psoriasis es una enfermedad hereditaria aunque no se conoce todavía el modo de herencia. Según estos autores, se detectan antecedentes familiares en aproximadamente la tercera parte de los enfermos, y el riesgo de presentar la enfermedad es de un 10%-15% si uno de los progenitores la padece y de un 50% si son los dos padres los afectados.

La enfermedad no es hereditaria, pero hay una predisposición genética para padecerla, y un tercio de los afectados tiene familiares directos con psoriasis. Se sabe que, además de esta predisposición, son necesarios otros factores desencadenantes como traumatismos, infecciones, hormonales, factores metabólicos, fármacos, psicológicos, alcohol. La exposición solar suele mejorar las lesiones psoriásicas, pero en un reducido porcentaje de pacientes las puede desencadenar. (Ribera Pibernat, Psoriasis. Guía de Tratamientos, 2009).¹⁸

Existe una gran variedad de factores desencadenantes, tanto del episodio inicial como de empeoramientos o de reaparición después de remisiones aparentemente completas:

Infecciones	Causadas por bacterias (<i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>), hongos (<i>Malassezia</i> , <i>Candida albicans</i>) o virus (papilomavirus, retrovirus, virus de la inmunodeficiencia humana). ¹⁹
Fármacos	Tratamientos como las sales de litio, betabloqueantes, antimaláricos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o la retirada de los tratamientos con corticosteroides.
Dieta	Factores dietéticos tales como el gluten y el alcohol. ²⁰
Traumatismos	Es muy frecuente que los pacientes psoriásicos presenten el fenómeno de Koebner ²¹ , y las lesiones aparezcan en la piel inicialmente sana que recibe un traumatismo, rasguño, cortaduras, rascado, quemaduras solares, etcétera, tras un período de incubación de entre 7 y 14 días.
Factores psicológicos	Aunque no se asocia a ningún trastorno de la personalidad, el estrés emocional puede desencadenar o agravar la psoriasis. ²²
Factores climáticos	Los climas fríos se asocian a empeoramientos de la enfermedad y los calurosos a la mejora. En general, los pacientes mejoran con la exposición al sol; sólo entre el 5 y el 10 por ciento presentan psoriasis fotosensibles.
Factores endócrinos	No está clara la relación, aunque se evidencian picos de máxima incidencia en la pubertad y la menopausia, mejora con el embarazo y empeora tras el parto.

Fuente: Adaptado de Sociedad Latinoamericana de Psoriasis (2009)

¹⁸ El curso de la psoriasis es caprichoso, ya que puede desaparecer y volver a aparecer en los mismos sitios del cuerpo o en otros. Cada individuo afectado tiene su particular psoriasis, y lo que funciona en unos puede que no sirva o incluso vaya mal a otros.

¹⁹ Las infecciones estreptocócicas, en especial la faringitis, son uno de los factores desencadenantes que con más frecuencia se encuentra implicado en estos pacientes.

²⁰ La alimentación tiene un efecto importante en el desarrollo y evolución de la enfermedad y si bien no representa la única forma de tratamiento, los cuidados nutricionales deben formar parte de él.

²¹ El fenómeno de Koebner es la aparición de lesiones de psoriasis idénticas luego de una injuria externa o interna (infecciones); si bien no es exclusiva de la psoriasis es estereotípica de ella. En general está limitada al área del trauma, aunque puede extenderse. (Achenbach, 2011)

²² Los factores psicológicos, como la ansiedad, el estrés y la depresión, influyen mucho en la psoriasis, por lo que muchas veces los brotes van precedidos de problemas personales, familiares o laborales.

Según Valdivia-Blondet (2008), en condiciones normales, los queratinocitos basales se dividen por mitosis dando lugar a dos nuevas células las que van madurando y ascendiendo a estratos superiores hasta llegar al estrato córneo en donde completa su queratinización y después de aproximadamente 28 días a partir de su nacimiento en el estrato basal, mueren y se desprenden de la piel. La piel psoriásica se caracteriza porque este ciclo se completa en sólo 4 días; así los queratinocitos se van acumulando y la piel se va haciendo hiperplásica lo cual se manifiesta clínicamente por placas gruesas y con abundantes escamas.

La psoriasis es muy variable en cuanto a morfología, distribución, extensión y sintomatología. A menudo, coexisten en un mismo paciente y en el transcurso de la enfermedad diversos patrones clínicos de presentación.

La psoriasis vulgar o en placas es la forma más común de psoriasis²³, y se caracteriza por presentar placas sobreelevadas, bien delimitadas, redondeadas u ovaladas, infiltradas al tacto, con hiperqueratosis y descamación plateada en su superficie. La distribución de las placas suele ser simétrica, y las localizaciones más típicamente afectadas son los codos y las rodillas, la región lumbosacra y el cuero cabelludo. La presencia de una erosión en el pliegue interglúteo llamado signo de Brunsting²⁴ es un marcador muy indicativo de psoriasis en pacientes con mínima afectación dermatológica. Otras localizaciones que están afectadas con frecuencia son las manos, los pies, las uñas y los pliegues cutáneos. Raramente pueden observarse lesiones en las mucosas, aunque algunos autores consideran la lengua geográfica como una manifestación de la enfermedad, o en semimucosas como el glande o el introito vaginal. (Julià, Darwich, & Mascaró, 2009).²⁵

Las lesiones pueden medir desde pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro. Si las placas cubren mucha superficie corporal se habla de psoriasis generalizada.²⁶ Las lesiones se inician como pequeñas máculas eritematosas que se extienden por la periferia y confluyen formando grandes placas de varios centímetros de diámetro. La presentación y la localización de las lesiones pueden variar según el estadio de la enfermedad. En el 10-55% de los pacientes se comprueba compromiso

²³ La psoriasis vulgar afecta el 80% de los pacientes.

²⁴ Lesión que se sitúa característicamente en el pliegue interglúteo y que, frecuentemente, pasa desapercibida por el propio paciente.

²⁵ Para estos autores, la valoración integral del paciente, incluyendo la forma, severidad y extensión de la psoriasis, así como el impacto en la calidad de vida del paciente, es de vital importancia a la hora de elegir el mejor tratamiento.

²⁶ Las lesiones más grandes a menudo resultan de la coalescencia de otras más pequeñas, como ocurre en la psoriasis geográfica.

ungueal que incluye hoyuelos o “uña en dedal”, onicolisis²⁷, hiperqueratosis subungueal y manchas en “gotas de aceite”.

La psoriasis en gotas o guttata es muy frecuente en niños y adultos jóvenes.²⁸ Tiene un inicio brusco, en general tras una infección estreptocócica de vías respiratorias altas. Es una erupción de pequeñas pápulas eritematodescamativas, de 2-10 mm, de distribución generalizada afectando tronco y raíz de extremidades. Las lesiones son abundantes y diseminadas y puede afectar la cara y el cuero cabelludo, pero respeta palmas y plantas. El brote es poco persistente, puede durar semanas a pocos meses y remite espontáneamente. Es una forma de buen pronóstico, aunque a veces puede haber recidivas²⁹. (Vidal Olmo & Vicente Villa, 2007).³⁰

La psoriasis invertida o psoriasis flexural o de los pliegues puede afectar de forma predominante a los grandes pliegues cutáneos, en especial la región submamaria, las axilas, las ingles y la región perineal, y raramente de forma exclusiva. La morfología de la placa difiere de modo notable de la psoriasis en placas³¹ ya que la maceración propia de estas localizaciones da lugar a placas eritematosas brillantes, bien delimitadas, sin hiperqueratosis ni escamas en su superficie. La fricción, maceración y sobreinfección propias de las flexuras son factores que complican el manejo y tratamiento de esta forma de psoriasis. (Ribera Pibernat, Psoriasis. Guía de Tratamientos, 2009).

En niños es poco frecuente, excepto una forma particular conocida como psoriasis del área del pañal.

Es una forma muy incómoda y puede ser dolorosa e invalidante si se producen fisuras en el fondo de los pliegues. Es de difícil tratamiento con los medicamentos tópicos por la irritación que pueden producir y porque los corticosteroides tópicos deben usarse con limitaciones en esta localización.

La psoriasis pustulosa se caracteriza por la presencia de pústulas estériles³², aisladas o coalescentes. Cuando predomina el proceso inflamatorio, los pacientes pueden desarrollar pústulas generalizadas o psoriasis de von Zumbusch, o

²⁷ La onicolisis es la separación de la uña del lecho ungueal.

²⁸ Sólo el 14-17% de los pacientes revela psoriasis en gotas como manifestación inicial, pero el 44-49% de los niños podría desarrollarla durante la evolución de la enfermedad. Representa alrededor del 2% del total de los casos de psoriasis.

²⁹ Según Ribera Pibernat (2009), Suele aparecer tras una infección por estreptococos, generalmente una faringe-amigdalitis. En algunos casos se transforma en psoriasis en placas. Los brotes pueden repetirse cada vez que se padecen anginas.

³⁰ Para estos autores, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y pocas veces se precisará una biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico.

³¹ Las placas suelen ser más rojas y menos descamativas.

³² Las pústulas estériles son granos de pus no infecciosos.

localizadas, más a menudo en las palmas o plantas, denominada palmoplantar. (Feldman, Koo, Lebwohl, Menter, & Van Voorhees, 2005).³³

La forma generalizada de psoriasis pustulosa, de inicio agudo o tipo Von Zumbusch evoluciona en brotes bien limitados y recidivantes. El brote se acompaña de fiebre, artralgias, leucocitosis, aumento de la velocidad de sedimentación, hipocalcemia. El pronóstico es grave con un elevado índice de mortalidad a mediano y largo plazo. Es infrecuente y suele estar desencadenada por la retirada de tratamientos sistémicos como los corticoides, por infecciones o por fármacos.

La psoriasis pustulosa localizada palmoplantar³⁴ a menudo se acompaña de placas eritematosas escamadas, con pústulas en las palmas y plantas. El tamaño de las pústulas varía entre 1 mm y 1 cm; son amarillentas al inicio y luego pardas. Aunque puede tener afectación general, es de mejor pronóstico, y pasado el brote vuelve a evolucionar en la forma clásica.

La eritrodermia psoriásica es una forma particularmente grave que aparece en un 1%-2% de los pacientes en los que la psoriasis se extiende a toda o casi toda la superficie cutánea. (Serna, Vitales, Lopez, & Molina, 2001).³⁵

La eritrodermia puede ser el resultado de la progresión de una psoriasis en placas o bien la manifestación de una psoriasis inestable, secundaria a una infección, tratamiento tópico agresivo con alquitrán o la retirada de otros tratamientos sistémicos como los corticoides, la ciclosporina o el efalizumab.

En estos casos la piel se encuentra muy roja, caliente y se descama de forma abundante. Es una forma grave de psoriasis que suele requerir ingreso hospitalario, pero afortunadamente es muy poco frecuente.

Se identifica en alrededor del 10% de los pacientes en algún momento de la vida y los episodios reiterados no son inusuales. Los pacientes podrían presentar malestar general, prurito intenso, hiper o hipotermia, deshidratación, sobreinfección secundaria por microorganismos piógenos, insuficiencia renal y alteraciones cardíacas que en ocasiones pueden ocasionar la muerte. Las deformaciones ungueales son frecuentes.

La artropatía o artritis psoriásica es una inflamación de las articulaciones que puede darse con o sin afectación de la piel, incluso puede aparecer antes de que aparezcan las lesiones de psoriasis en la piel. Aparece hasta en el 25% de los

³³ Adaptación de un documento original de la National Psoriasis Foundation (EE.UU.) para Aepso. Adaptación para Argentina por el Dr. Edgardo Chouela y Dr. Fernando Stengel.

³⁴ Para algunos autores se trata de una variante de psoriasis, mientras que para otros es una entidad independiente. Es más frecuente en mujeres y la edad de máxima incidencia es entre los 30 y 40 años. Es bien conocida su fuerte asociación con el hábito tabáquico, lo que ha motivado en los últimos años, que algunos autores sugieran que podría tratarse de una enfermedad autoinmune inducida por el tabaco.

³⁵ Este autor considera que los tratamientos sistémicos deben reservarse justamente a este tipo de psoriasis.

pacientes y en alrededor del 10% de los casos la afectación articular precede a las manifestaciones cutáneas. (Flor García y otros, 2013).³⁶

Las articulaciones más afectadas son las interfalángicas distales de manos y pies y las de columna vertebral. Es relativamente parecida a la artritis reumatoide, diferenciándose de la misma en su predilección por los hombres, la afectación interfalángica distal de los dedos, su asimetría, su tendencia deformante y su seronegatividad. Casi siempre se asocia a lesiones ungueales. Hay inflamación, dolor articular y posteriormente anquilosis³⁷, rigidez y deformidad permanentes. (Cedeño & Ríos, 2005).³⁸

La patogénesis exacta no está clara. Sin embargo, el diagnóstico y la terapia temprana mejoran los resultados a largo plazo. (Lockwood, 2017).³⁹

La psoriasis ungueal o en las uñas es muy variable, algunos pacientes no la tienen, otros tienen pequeños puntos en las uñas, parecidas a las marcas de un dedal, algunos tienen engrosamiento y deformación de la uñas y otros manchas amarillas que corresponden al despegamiento de la uña de su lecho. Las lesiones ungueales pueden asociarse a cualquier tipo de psoriasis.

Además de las molestias para realizar algunos trabajos manuales, la afectación ungueal suele preocupar por su visibilidad. Su diagnóstico es difícil, porque todas las enfermedades de las uñas se parecen mucho, por lo que siempre es aconsejable la valoración de un dermatólogo. (Ribera Pibernat, Psoriasis. Guía de Tratamientos, 2009).

Las manifestaciones clínicas de la psoriasis ungueal son muy variadas y dependen de la zona anatómica afectada. El punteado ungueal es el signo más frecuente, aunque no exclusivo de la psoriasis⁴⁰. Se caracteriza por la aparición de pequeñas depresiones, generalmente múltiples, que se reparten sobre la lámina ungueal. La hiperqueratois subungueal consiste en una colección de escamas entre la lámina y el lecho, llamada hiperqueratosis subungueal, que provoca cambio en el color de la uña y onicolisis. Las hemorragias en astilla se caracterizan por la aparición de

³⁶ No se puede saber de antemano quién tendrá artritis psoriásica, ya que no hay análisis de sangre que permita predecirlo. Sin embargo, se sabe que las personas con psoriasis más graves y con afectación ungueal más importante tienen más probabilidades de padecer artritis. También menciona que la artropatía puede manifestarse en cualquier momento, aunque su aparición es más probable entre los 30 y los 50 años.

³⁷ La anquilosis es una disminución de la movilidad o en los casos más avanzados, la fijación de una articulación. Corresponde a una rigidez parcial o total, temporal o permanente. La anquilosis reúne varios signos clínicos como rigidez, dolor en reposo, a veces acompañado de un pequeño calor localizado en la periferia de la articulación.

³⁸ Estos autores coinciden en indicar que este tipo requiere tratamientos más agresivos, debido a la gravedad del cuadro.

³⁹ En algunos casos, si no se trata, puede provocar daños irreversibles en las articulaciones.

⁴⁰ Afecta al 75% de los pacientes con psoriasis de la uña.

lesiones lineales de color rojo-oscuro. El eritema de la lúnula o lúnula roja, es un signo compartido por otras patologías en las que la lúnula toma un color rojo más o menos intenso. Las líneas de Beau son estriaciones transversales de las uñas, que pueden aparecer en otros procesos inflamatorios. En la distrofia ungueal la uña se afecta en su totalidad perdiendo sus características habituales. Suele ser un signo de enfermedad agresiva. Las manchas de aceite se caracterizan por la presencia de una decoloración ungueal que habitualmente se inicia en el pliegue distal y progresa hacia el resto de la uña. Estas alteraciones ungueales pueden suponer una vía entrada para infecciones secundarias.

La psoriasis afecta a la uña en aproximadamente la mitad de los pacientes que padecen la enfermedad y a veces es la primera, e incluso única, expresión del proceso, siendo en demasiadas ocasiones etiquetado de otras patologías, especialmente de micosis. Es más frecuente en psoriasis graves y en pacientes con artropatía psoriásica y es de difícil manejo y tratamiento. (Moreno, 2010).⁴¹

A fin de evaluar la severidad de las lesiones psoriásicas se consideran, entre otras cosas, la extensión de la psoriasis, síntomas localizados, alteración de la calidad de vida, comorbilidades y enfermedades asociadas, respuestas terapéuticas previas, etc. (Guerra, Barba, Blancas González, Gómez Flores, Gómez Trigo, & González Soto, 2004).⁴²

Tabla 2: Niveles de intensidad e impacto en la calidad de vida

Psoriasis leve	<p>No altera la calidad de vida del paciente. El paciente puede minimizar el impacto de la enfermedad y no requerir tratamiento. Los tratamientos no representan riesgos importantes (p. ej., esteroides tópicos de baja potencia). Responde a los tratamientos tópicos. Habitualmente compromete menos del 3% de la superficie corporal.</p>
Psoriasis moderada	<p>Altera la calidad de vida del paciente. El paciente espera que la terapéutica mejore su calidad de vida. Las terapéuticas empleadas pueden ser engorrosas, caras, insumen tiempo y pueden no ser totalmente efectivas. Compromete del 3 hasta el 10% de la superficie corporal.</p>
Psoriasis severa	<p>Altera la calidad de vida del paciente significativamente. No responde satisfactoriamente a los tratamientos que tienen riesgos mínimos. Los pacientes aceptan los efectos adversos de la medicación para mejorar su enfermedad. Compromete más del 10% de la superficie corporal.</p>

Fuente: Adaptado de Ribera Pibernat, Psoriasis. Guía de Tratamientos. (2009)

⁴¹ La afectación ungueal es, por tanto, un signo importante a considerar en cuanto que se comporta como un indicador de gravedad de la enfermedad y deteriora de forma importante la calidad de vida.

⁴² Los autores consideran que es fundamental que todos estos factores se valoren siempre juntos, y no de manera aislada.

Otros factores a considerar en la evaluación de la severidad son la actitud del paciente respecto a la enfermedad, la localización de la enfermedad, como cara, manos, uñas y genitales, la presencia de síntomas tales como dolor, rigidez, sangrado o prurito intenso, el impacto psicosocial sobre el paciente o si el curso de la enfermedad es estable o inestable en la extensión de lesiones existentes, aparición de placas nuevas y pequeñas y presencia de fenómeno de Köebner. (Sociedad Latinoamericana de Psoriasis, 2009).

La forma más sencilla para medir la superficie de las zonas afectas es la palma de la mano, que supone un 1% de la totalidad de la superficie corporal. La psoriasis se considera leve cuando afecta menos del 3% de la superficie cutánea, moderada cuando afecta entre el 3 y el 10% y grave cuando afecta más del 10%.

Sin embargo, existen excepciones. Aunque tengan poca superficie afectada, hay personas que se clasifican en el grupo de psoriasis moderada o grave porque las lesiones se localizan en zonas visibles, molestas o de difícil tratamiento como: cara, palmas, plantas, axilas, ingles, genitales y uñas. También pueden considerarse graves las formas pustulosas, independientemente de la superficie afecta.

Hay otros métodos más complejos para valorar la intensidad de la psoriasis. El procedimiento más utilizado es el índice de intensidad y gravedad de la psoriasis, Psoriasis area and severity index (PASI); éste valora la extensión, la rojez o el enrojecimiento, el grosor o el relieve, y la descamación de las placas, y mediante una fórmula se obtiene una calificación. Si la puntuación que corresponde a un paciente va de 0 a 7, la psoriasis es leve; si ésta va de 7 a 12, es moderada, y si es superior a 12, se considera grave. (Ribera Pibernat, Psoriasis. Guía de Tratamientos, 2009).⁴³

De momento, la psoriasis es una enfermedad crónica que no tiene cura, pero los pacientes disponen de un amplio abanico de opciones terapéuticas, muchas de las cuales son muy efectivas para controlar la enfermedad y aliviar el sufrimiento psicológico de los afectados.

El primer eslabón terapéutico lo componen los tratamientos tópicos, el segundo la fototerapia y los tratamiento sistémicos clásicos, y finalmente, el tercer eslabón, los nuevos fármacos biológicos.⁴⁴

⁴³ Asimismo, es posible que alguien con lesiones poco extensas se sienta psicológicamente muy afectado; en esta situación se clasificará su psoriasis de moderada o grave, y el tratamiento se adecuará a esta clasificación.

⁴⁴ Las posibles opciones terapéuticas vienen determinadas por el tipo de psoriasis, la gravedad, la extensión y la localización de las lesiones. Otro factor a considerar es la importancia estética que puede tener para el sujeto que la padece en función del sexo, edad, actividad profesional y social.

Existen multitud de preparados tópicos que pueden ser más útiles en un paciente que en otro. Algunos pueden ser irritantes y otros necesitan una dedicación diaria importante ya que deben ser aplicados 2 o 3 veces al día.

Los tratamientos tópicos sólo están indicados en formas leves que afecten a menos del 10% de la superficie corporal. En superficies mayores la posible absorción es alta y el tiempo necesario para la aplicación del producto sería muy elevado con lo que el cumplimiento del tratamiento en cada una de las lesiones no se realizaría adecuadamente. Estos tratamientos tópicos incluyen: hidratantes y emolientes⁴⁵, corticosteroides, alquitranes, ditranol, derivados de la vitamina D, queratolíticos y retinoides, tazaroteno, tacrolímús y pimecrolimus.

Existen varias alternativas de tratamiento sistémico, de uso exclusivo dermatológico, los cuales incluyen: fototerapia, fotoquimioterapia, retinoides, e inmunosupresores como ciclosporina, metotrexato, acitretina o hidroxiurea, así como otros tratamientos que se encuentran todavía en investigación. (Lázaro Ochaita & Suárez Fernández, 2001).⁴⁶

El tratamiento sistémico está indicado en psoriasis extensas que no responden a otros tratamientos, formas eritrodérmicas y pustulosas y formas incapacitantes.

En los tratamientos biológicos⁴⁷, los agentes inmunomoduladores están teniendo cada vez más importancia como alternativa para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave. Son fármacos que se utilizan en enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, artritis psoriásica o enfermedad de Crohn. Normalmente se reservan para psoriasis en placas grave que no responde, o en pacientes con contraindicación o intolerantes a la fotoquimioterapia y tratamientos sistémicos incluidos ciclosporina y metotrexato. (Lozano, 2002).⁴⁸

⁴⁵ Los emolientes (vaselina, parafinas, aceite de oliva) aunque solos no suelen ser suficientes, son coadyuvantes de gran utilidad ya que evitan la sequedad y la descamación de la piel.

⁴⁶ Los autores mencionan que ante las múltiples posibilidades terapéuticas existentes, el manejo del paciente de psoriasis debe ser individualizado. La actitud terapéutica va a ser muy variada y personalizada, dependiendo el tratamiento de la edad del paciente, de su implicación en realizar tratamientos más complejos, de su ansiedad ante la enfermedad, etc. En este artículo se han centrados en las indicaciones y manejo de los diferentes tratamientos tópicos posibles haciendo algunas consideraciones sobre los tratamientos sistémicos, habitualmente prescritos para psoriasis graves y con control en centros especializados.

⁴⁷ La decisión de tratar con fármacos biológicos es compleja, no obstante, pacientes en los que un tratamiento ha fallado pueden beneficiarse al cambiar a un fármaco biológico ya que en los estudios se han mostrado más eficaces que algunos de los tratamientos sistémicos tradicionales.

⁴⁸ El autor revisa el tratamiento farmacológico de la psoriasis y las nuevas perspectivas terapéuticas. Su manejo resulta complicado, ya que son muchas y muy variadas las opciones terapéuticas de que dispone el especialista, aunque no existe ningún tratamiento que pueda solucionar de forma definitiva la enfermedad.

La meta en el tratamiento de la psoriasis consiste básicamente en reducir el grado de extensión de las lesiones y que así se afecte en lo mínimo el estilo de la vida social, ocupacional y personal del paciente.

Con un tratamiento adaptado a cada caso y a cada momento evolutivo del mismo, se consiguen remisiones importantes aunque de duración difícil de predecir. Hay que aclararle al paciente su problema y decirle que ningún tratamiento evita la recidiva. (Cedeño & Ríos, 2005).⁴⁹

Recientemente, como consecuencia de un mejor conocimiento de la enfermedad, se ha pasado a considerar a la psoriasis como un proceso inflamatorio generalizado con posible asociación a otras enfermedades.

Diversas investigaciones han confirmado la asociación entre psoriasis y diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, infarto al miocardio, falla cardíaca, y obesidad, tabaquismo, depresión, cáncer y alcoholismo.

En los enfermos con psoriasis se ha observado mayor riesgo de aterosclerosis, que puede ser explicado, en parte, por un metabolismo anormal de lípidos, lipoproteínas séricas y triglicéridos significativamente altos en comparación con sujetos control, mientras que el colesterol de alta densidad se encuentra disminuido. La psoriasis también ha sido asociada a otros factores que favorecen el riesgo cardiovascular, con mayor morbimortalidad, sobre todo en aquéllos con enfermedad severa. Además, el alcoholismo y la cirrosis hepática son más frecuentes en estos pacientes⁵⁰. El tabaquismo se ha relacionado especialmente con la variedad pustulosa. La manifestación extracutánea más conocida es la artritis psoriásica, la cual, según estudios epidemiológicos recientes, es más frecuente de lo que se aceptaba con anterioridad. Se le define como una artropatía inflamatoria, sobre todo de pequeñas articulaciones y seronegativa. (Maldonado García, Cardona Hernández, & Santa Cruz, 2013).⁵¹

Los pacientes con psoriasis moderada o severa, sobre todo en la cuarta década de la vida, presentan un riesgo mayor de padecer infarto de miocardio y la sobrevida

⁴⁹ Los autores realizan una revisión que tiene como objetivo resaltar la importancia de conocer más a fondo los aspectos etiológicos, clínicos, histológicos y terapéuticos de esta patología dermatológica que actualmente ocasiona alteraciones de la calidad de vida del paciente y su familia, y puede llevar a una disminución de su autoestima afectando las áreas psicosociales e incidiendo en su calidad de vida.

⁵⁰ La prevalencia de alcoholismo en los enfermos con psoriasis es de 18%, comparada con 2% en controles.

⁵¹ En este artículo de revisión, se resume la evidencia actual sobre las comorbilidades no artropáticas más frecuentes que se presentan en los enfermos con psoriasis, y la importancia de ser diagnosticadas oportunamente para brindar un tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida.

disminuye 3 años para el hombre y 4 años para la mujer como consecuencia de eventos cardiovasculares.

Además, en la evaluación del paciente debe considerarse la presencia de patologías secundarias a tratamientos previos de la enfermedad, entre ellas cáncer de piel, hepatopatías⁵² e insuficiencia renal o pulmonar.

Tanto el compromiso cutáneo como articular de la Psoriasis, pueden afectar la movilidad y el estado de ánimo de los pacientes, pudiendo entorpecer el desarrollo educativo, laboral y social hasta el punto de producir un estado de discapacidad transitoria o permanente.

La afectación psicológica y la alteración de la calidad de vida en la psoriasis son muy importantes. Aproximadamente el 60% de los pacientes presenta algún grado de trastorno depresivo, y el 10% de los que padecen psoriasis severa tiene pensamientos suicidas, que el dermatólogo debe detectar para su prevención, orientación y derivación para asistencia especializada. (Sociedad Latinoamericana de Psoriasis, 2009).

⁵² Desde la aparición de métodos serológicos para la detección de los virus de las hepatitis B y C se ha visto que estos pacientes presentan además, una elevada prevalencia de estos marcadores serológicos. En la actualidad el espectro de agentes involucrados en la etiología de la enfermedad hepática incluye drogas hepatotóxicas tales como metotrexate, retinoides y psoralenos, el alcohol y los virus de las hepatitis B y C.

Capítulo 2:

Autoinmunidad: Punto en común entre la psoriasis y la enfermedad celíaca

Una enfermedad autoinmune es una enfermedad causada por el sistema inmunitario, que ataca a las células del propio organismo. El sistema inmunitario se convierte en el agresor y ataca y destruye a los propios órganos y tejidos corporales sanos, en vez de protegerlos. En estos casos, existe una respuesta inmunitaria exagerada contra sustancias y tejidos que normalmente están presentes en el cuerpo.

Panzeri (2009)⁵³ considera que la psoriasis es una enfermedad autoinmunitaria debido a que se produce un daño de lo propio, una autoagresión. Los linfocitos T del ganglio linfático donde se efectúa la presentación antigénica, al recibir señales relacionadas con la agresión de la piel, en lugar de auto-eliminarse por el mecanismo de apoptosis⁵⁴, preservando de esta manera a lo propio, deciden ejecutar el mensaje recibido, viajando por los vasos linfáticos eferentes al sitio cutáneo que van a agredir.

Hay también un determinismo genético que hace al paciente vulnerable a la psoriasis provocando que sus queratinocitos y sus vasos capilares presenten anomalías estructurales.

La psoriasis comienza en el sistema inmune, principalmente en unas células de la sangre llamadas linfocitos T. En este caso, los linfocitos T se activan indebidamente y desencadenan muchas respuestas celulares, entre ellas, la proliferación y dilatación de los vasos sanguíneos de la piel, lo que se manifiesta en el color rojo de las lesiones. También desencadenan una proliferación de unas células de la epidermis, llamadas queratinocitos. (Ribera Pibernat, 2009).⁵⁵

Los linfocitos T son linfocitos producidos en la médula ósea que luego maduran en el timo. Los linfocitos desarrollados circulan por la sangre y el sistema linfático hasta que son activados al contactar con un antígeno específico, el cual interactúa con el receptor de linfocitos T que hay en su superficie. Estos antígenos les deben ser presentados a los linfocitos T por células presentadoras de antígenos, tales como las células dendríticas o los macrófagos mediante moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad. De esta forma, los linfocitos T pueden responder en forma específica contra patógenos y células tumorales. Los linfocitos T así activados son los

⁵³ Panzeri indica que la psoriasis se sustenta en su base genética, su desequilibrio inmune, en la presentación antigénica, la intolerancia a lo propio, la liberación e interacción de citoquinas proinflamatorias, inmunomoduladoras e inductoras de la proliferación vascular y de la proliferación epidérmica. La interpreta también como una enfermedad auto-inmunitaria, pero sin la presencia de auto-anticuerpos circulantes documentados.

⁵⁴ La apoptosis es una vía de destrucción o muerte celular programada o provocada por el mismo organismo, con el fin de controlar su desarrollo y crecimiento, puede ser de naturaleza fisiológica y está desencadenada por señales celulares controladas genéticamente. La apoptosis tiene una función muy importante en los organismos, pues hace posible la destrucción de las células dañadas, evitando la aparición de enfermedades como el cáncer.

⁵⁵ Normalmente, el proceso de recambio celular de la epidermis es de 30 días, pero en las personas con psoriasis dura aproximadamente 4 días, lo que genera la acumulación de células en la capa córnea, y se manifiesta en forma de placas de escamas blanquecinas y descamación exagerada.

responsables de la inmunidad celular destruyendo células infectadas o activando macrófagos, linfocitos B u otros linfocitos T mediante citoquinas y otras proteínas coestimuladoras que se encuentran en su membrana celular.

Ciertas células presentadoras de antígeno procedentes de la piel sensibilizarían a linfocitos T de los ganglios linfáticos regionales, dando lugar a una pequeña población de linfocitos sensibilizados que migrarían a la piel donde, eventualmente, sería activada por factores desencadenantes y promovería la formación de lesiones de psoriasis mediante la liberación de citoquinas. Estas citoquinas⁵⁶ actuarían en el queratinocito aumentando su proliferación, acelerando su migración y alterando su maduración. El resultado macroscópico se traduciría en la placa de psoriasis. (Julià, Darwich, & Mascaró, 2009).⁵⁷

Los mecanismos inmunes participan en la patogénesis de la psoriasis básicamente con la formación de anticuerpos contra el estrato córneo, que se encuentran presentes en casi todas las personas, pero cuyo antígeno permanece “escondido” mientras no sucede su “desenmascaramiento” por la acción hidrolítica de las enzimas de los neutrófilos, los cuales llegarían al lugar de iniciación de la lesión, por la noxa iniciadora. (Valdivia - Blondet, Patogenia de la Psoriasis, 2008).⁵⁸

La célula de Langerhans inicia la respuesta inmune, presentando el antígeno al linfocito T. Estas células son macrófagos derivados de la médula ósea que expresan antígenos y receptores de superficie. Estas son capaces de presentar antígenos a las células T sensibilizadas y de participar en la estimulación alogénica de las células T. En los pacientes psoriásicos fue demostrado un alto nivel de interleuquina-2 y factor de necrosis tumoral (INF- α), linfoquinas secretadas por las células de Langerhans como respuesta a la inducción de los linfocitos T.

Los linfocitos Th1 son los que predominan en las lesiones y liberan citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral α (TNF- α), interleuquinas (IL) 6 y 8, interferón α y el factor estimulador de colonia granulocitomacrófago.

⁵⁶ Las citoquinas son proteínas que regulan la función de las células que las producen u otros tipos celulares. Son producidas fundamentalmente por los linfocitos y los macrófagos activados, aunque también pueden ser producidas por leucocitos polimorfonucleares, células endoteliales, epiteliales y del tejido conjuntivo. Según la célula que las produzca se denominan linfocinas (linfocito), monocinas (monocitos, precursores de los macrófagos) o interleucinas (células hematopoyéticas). Su acción fundamental es en la regulación del mecanismo de la inflamación. Hay citocinas pro-inflamatorias y otras anti-inflamatorias.

⁵⁷ Comentan los autores que la importancia de los linfocitos T en la patogenia de la psoriasis se puso de manifiesto por la eficacia de la ciclosporina A observada en pacientes trasplantados con psoriasis.

⁵⁸ El autor interpreta que los conceptos patogénicos de la psoriasis son múltiples pero cada vez son más numerosos los que sostienen el rol preponderante del linfocito T, sin poder descartar el rol de otros factores sobre la enfermedad. Por otro lado no se puede afirmar con certeza el carácter auto inmunitario de la enfermedad por la ausencia de auto-antígenos y de auto-anticuerpos específicos.

El TNF- α , a su vez, estimula la síntesis de numerosas citoquinas proinflamatorias, favorece la activación de los linfocitos T, por parte de las células de Langerhans; induce la síntesis de moléculas de adhesión en las células endoteliales y en queratinocitos, lo cual favorece la llegada de células inflamatorias a la piel; promueve la proliferación de queratinocitos y estimula al queratinocito psoriásico a producir el factor de crecimiento vascular endotelial y causa la formación de vasos sanguíneos. (Romagosa & Pérez Bruzón, 2009).⁵⁹

El linfocito T expresa en su superficie el receptor que reconoce a su antígeno específico, y la célula de Langerhans libera citoquinas que modifican el microambiente cutáneo a la espera del linfocito T. Son citoquinas proinflamatorias dominantes como la interleuquina 1 (IL-1)⁶⁰ y el factor de necrosis tumoral (TNF)⁶¹ las que realizan un intenso trabajo para la expresión de la enfermedad junto con la interleucina, entre otras. En la piel de los pacientes psoriásicos el INF- α linfocitario estimula, además, la proliferación de los queratinocitos, aspecto esencial en la patogenia de la enfermedad psoriásica.

Se sabe que el queratinocito desempeña una función inicial en su propia hiperproliferación. Los queratinocitos epidérmicos participan también en la respuesta localizada, y tal vez sistémica de las células T. Ellos sintetizan y secretan una sustancia con actividad IL-1, la cual estimula la producción de los timocitos. Esta misma sustancia promueve la activación de la IL-2 por los linfocitos Th-1.

Según menciona Panzeri (2009), los queratinocitos exhiben alteraciones en su diferenciación condicionadas por la base genética y presentan, además, una hiperplasia que depende de las citoquinas liberadas y que histopatológicamente se traduce en acantosis⁶², siendo dependiente de una reducción de la tasa mitótica; el ADN se sintetiza con mayor premura, generando mayor densidad de queratinocitos que viajan a través de la epidermis más rápidamente. En estos pacientes entra en

⁵⁹ Los autores presentan un artículo de revisión donde se pretende poner a disposición de los médicos, especialmente de los dermatólogos, los elementos más importantes sobre la patogénesis de la psoriasis, para que sirva de guía y análisis en la orientación, tratamiento y seguimiento de quienes la padecen.

⁶⁰ La IL-1 es una citocina producida por múltiples estirpes celulares, principalmente por macrófagos activados. Se produce en grandes cantidades como respuesta a infecciones o cualquier tipo de lesión o estrés. Es un mediador clave en la respuesta inflamatoria ocasionando fiebre. Es liberada por los macrófagos, monocitos y células dendríticas en respuesta al factor de necrosis tumoral alfa (TNF α).

⁶¹ El factor de necrosis tumoral es una proteína del grupo de las citocinas liberadas por las células del sistema inmunitario que interviene en la inflamación, la apoptosis y la destrucción articular secundarias a la artritis reumatoide, así como en otras patologías.

⁶² La acantosis pigmentaria es un trastorno cutáneo en el cual se presenta piel oscura, gruesa y aterciopelada en áreas flexibles y pliegues del cuerpo.

proliferación todo el pool de queratinocitos germinativos de la epidermis, el 100% y no el 60% que habitualmente se pone en juego.

Estos queratinocitos y capilares afectados, contactan con la capa base epidérmica, que rápidamente se rodea de mastocitos, que se degranulan y liberan histamina⁶³ originando el prurito característico.

Por tanto, se deduce que los determinantes antigénicos del estrato córneo normalmente están escondidos y que las psoriasis se vuelven disponibles, se unen a los anticuerpos, activan el complemento y originan factores quimiotácticos, responsables de la migración leucocitaria epidérmica.

Como muchas otras entidades de base inmunogenética, solo una pequeña parte de los individuos "marcados" llegan a padecer la enfermedad, pues es necesaria la presencia de otras condiciones para su desarrollo, tales como los factores desencadenantes o de riesgo. (Romagosa & Pérez Bruzón, 2009).⁶⁴

Son numerosos los estudios⁶⁵ que observaron una asociación entre la EC y la psoriasis. La enfermedad celíaca es un trastorno sistémico que afecta a individuos genéticamente predispuestos, que desarrollan una respuesta autoinmune ante la ingesta de alimentos que contienen gluten. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica, de origen multifactorial, con un importante componente inmunitario. (Rafaelli, y otros, 2017).⁶⁶

Otros estudios⁶⁷ muestran que los celíacos presentan un riesgo mayor de desarrollar psoriasis que la población general. En estos pacientes se encuentran frecuentemente niveles elevados de IgA y/o IgG antigliadina y 42% de estos tienen

⁶³ La histamina es un compuesto que actúa en el organismo como hormona y como neurotransmisor. Tiene un papel fundamental en las reacciones alérgicas y el sistema inmunitario, es decir, en aspectos relacionados con cuerpos extraños que se introducen en el organismo. La mayor parte de la histamina en el tejido corporal se encuentra en gránulos de células llamadas mastocitos o en los basófilos. Los mastocitos son especialmente numerosos en sitios de lesiones potenciales (nariz, boca y pies), superficies internas del cuerpo, y en los vasos sanguíneos.

⁶⁴ La acción de los factores medioambientales en los psoriáticos se encuentra mediada por la interacción conjunta de los sistemas neuroendocrino, inmunitario o directamente por la epidermis.

⁶⁵ Woo y cols. (2004); Calderon, y otros (2006 y 2007); Abenavoli, Leggio, Gasbarrini, & Addolorato (2007); Kim (2010); Ludvigsson (2016).

⁶⁶ Los autores han realizado un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la EC en pacientes con psoriasis en nuestro medio. Se incluyeron 200 pacientes con diagnóstico de psoriasis a quienes se les realizó un screening serológico para EC, que incluyó la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa IgA (aTG-IgA) y anticuerpos antipeptidos desaminados de la gliadina IgG (aDPG-IgG). La prevalencia de EC fue del 2% en nuestra población de pacientes con psoriasis, superior a la hallada en la población general y pediátrica de la Argentina.

⁶⁷ Michaëlsson, y otros (1991 y 1993); Ojetti y otros (1998, 2001 y 2003); Birkenfeld, Dreier, Weitzman, & Cohen (2009); Montesu (2010).

además un incremento en el número de células inflamatorias predominantemente mononucleares en intestino. (Matamoros, 2014).⁶⁸

Aproximadamente un 16-30% de los pacientes con psoriasis, tienen anticuerpos típicos de la EC, y de ellos la mitad, presentan enteropatía de distinta intensidad. (Marcos Fonalleras, Sánchez Garrido, González Bernardo, & Rodrigo Sáez, 2016).⁶⁹

La enfermedad celíaca es una enfermedad sistémica autoinmune producida por la intolerancia permanente a una secuencia determinada de aminoácidos, las prolaminas tóxicas, mediada por células T en individuos genéticamente predispuestos. La lesión que se produce revierte con la supresión del gluten de la dieta y reaparece con la reintroducción del mismo. (Bai, y otros, 2013)⁷⁰

La EC es considerada como una enfermedad común a nivel mundial. Empleando métodos serológicamente más sensibles, se calcula que la EC afecta alrededor de 1:100 a 1:300 personas sanas. La relación entre mujeres y hombres es 2-3:1 y se presenta frecuentemente sin síntomas gastrointestinales.

Es una enfermedad con gran variabilidad clínica con un rango que va desde formas clínicas muy severas hasta formas totalmente asintomáticas.

En la forma típica, los síntomas están relacionados con la severidad de la lesión intestinal que produce y son predominantemente digestivos. Esta forma de presentación es más frecuente en niños que en los adultos.

La forma atípica, subclínica o monosintomática es de comienzo generalmente más tardío con síntomas más leves e intermitentes. Son más frecuentes los síntomas extraintestinales.

La forma silente o asintomática corresponde a individuos que no presentan signos o síntomas y que han sido identificados a través de estudios de rastreo, presentando serología positiva, realizados en grupos de riesgo, en población general o por hallazgos endoscópicos. Esto es frecuente en familiares de celíacos de primer orden. (Polanco Allué, 2008).⁷¹

⁶⁸ Los mecanismos posiblemente implicados en la asociación de ambas entidades son desconocidos y se plantean diversas hipótesis.

⁶⁹ La dieta libre de gluten mejora las manifestaciones cutáneas de la enfermedad, incluso en los casos con lesiones intestinales leves, e incluso ausentes.

⁷⁰ Los autores elaboraron la Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca en el primer nivel de atención. La misma tiene como propósito sistematizar las prácticas de detección precoz y diagnóstico de la enfermedad celíaca, en el Primer Nivel de Atención de nuestro país. Tiene como finalidad disminuir la incidencia de las complicaciones que se asocian al retraso en el diagnóstico y la evolución de la enfermedad. Su objetivo general es generar recomendaciones basadas en evidencia científica orientadas a mejorar el rastreo y el diagnóstico de la enfermedad celíaca en la población general.

⁷¹ Esta gran variabilidad clínica ha sido reconocida en las últimas décadas, gracias al advenimiento de las pruebas serológicas que nos han permitido estudiar grupos de riesgo y realizar la búsqueda de pacientes en la población general

Se consideran grupos de riesgo a los individuos que presentan determinadas patologías o son familiares de pacientes celíacos, ya que la asociación con la enfermedad celíaca se produce con una frecuencia superior que en la población general. Se consideran grupos de riesgo para padecer la enfermedad a los familiares de primer grado de pacientes celíacos, como padres, hermanos e hijos de pacientes con diagnóstico de EC. En estos la prevalencia oscila entre un 5 al 15 %. Pueden permanecer asintomáticos o con expresión clínica leve. (Polanco Allué, Roldán Martín, & Arranz Leirado, 2006).⁷²

También corresponden a este grupo los pacientes con enfermedades autoinmunes, éstas suelen preceder a la enfermedad celíaca, pero también pueden presentarse simultáneamente y en raras ocasiones después del diagnóstico. Una de las enfermedades autoinmunes asociadas es la psoriasis.⁷³

La presencia de los anticuerpos específicos anti-endomisio y/o anti-transglutaminasa en el momento del diagnóstico y su desaparición al suprimir el gluten de la dieta, apoya el diagnóstico de EC. Sin embargo, no es seguro establecer un diagnóstico de EC, basado únicamente en los hallazgos de la serología, pues aunque los anticuerpos son muy específicos, pueden existir falsos positivos y negativos.

Hay dos grandes grupos de anticuerpos, unos dirigidos frente a proteínas alimentarias, como los anticuerpos anti-gliadina⁷⁴ y otros que son auto-anticuerpos que reconocen proteínas no colágenas, producidas por los fibroblastos, como los anticuerpos anti-endomisio.⁷⁵

⁷² Deberá sospecharse la presencia de enfermedad celíaca en aquellas personas (niños o adultos) que posean síntomas típicos, atípicos o que pertenezcan a un grupo de riesgo. La presentación de los síntomas o signos varía en las diferentes edades, siendo más frecuente la aparición de los síntomas mencionados en la forma típica en los niños.

⁷³ Otras enfermedades autoinmunes asociadas son la diabetes tipo 1, déficit selectivo de IgA, Tiroiditis de Hashimoto, Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoidea, psoriasis, alopecia areata, Síndrome de Sjörgren, Hepatitis autoinmune, Nefropatía con depósitos de IgA y también enfermedades genéticas como Síndrome de Down, Williams y Turner

⁷⁴ Los anticuerpos antigliadina no son específicos de la EC, sino que se detectan también en otras enfermedades, e incluso en controles normales.

⁷⁵ Estudios recientes han demostrado que todos estos autoanticuerpos, reconocen el mismo antígeno (transglutaminasa tisular), pero usando distintos sustratos antigénicos.

Los marcadores utilizados para el rastreo de enfermedad celíaca son:

Tabla N° 1: Anticuerpos indicadores de EC
Anticuerpos anti gliadina (AGA), que pueden ser de clase IgA como IgG.
Anticuerpos anti endomisio (EMA), que pueden ser de clase IgA como IgG.
Anticuerpos anti transglutaminasa tisular humana (a-tTG), que pueden ser de clase IgA como IgG.

Fuente: Adaptado de Bai, y otros (2013), en *Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca en el primer nivel de atención*

Ante la sospecha clínica, se recomienda realizar el rastreo de EC a través del marcador sérico IgA Anticuerpos anti transglutaminasa tisular humana (a-tTG-IgA)⁷⁶.

Si la serología es negativa, se debe buscar una posible deficiencia de IgA. En caso de inmunodeficiencia de IgA confirmada, se recomienda utilizar los marcadores serológicos Anticuerpos IgG Anti-Transglutaminasa (a-tTG-IgG) para la detección de EC y derivar al especialista.

Entre los anticuerpos con gran especificidad en la enfermedad celíaca, se encuentran los anticuerpos anti-endomisio (EMA). Éstos son considerados los anticuerpos de referencia. Los anticuerpos anti-transglutaminasa (a-tTG), a altos niveles suelen ser específicos de EC pero títulos bajos se han detectado también en otras enfermedades autoinmunes, infección, tumores, enfermedades cardíacas o hepáticas y psoriasis. De ahí que deba confirmarse con la determinación de EMA. (Miranda Díaz, Alonso Romero, & Millán Jiménez, 2012).⁷⁷

No está clara la relación de los anticuerpos AGA con la patogenia de la EC y pueden reflejar el aumento de la permeabilidad intestinal, como indica la producción de anticuerpos contra otras proteínas de la dieta, y su aparición en otras enteropatías. (Arranz & Garrote, 2010).⁷⁸

El auto-antígeno en la EC es la enzima transglutaminasa tisular (TGt, TG2), presente en los enterocitos, en la matriz extracelular de la lámina propia intestinal y en la piel, específicamente en el citoplasma de los queratinocitos basales y en el endotelio de los vasos sanguíneos dérmicos. (Matamoros, 2014).

La respuesta inmune responsable de la enteropatía observada en la enfermedad celíaca incluye una respuesta innata mediada por linfocitos intraepiteliales de la

⁷⁶ El anticuerpo IgA Anti-Transglutaminasa (a-tTG-IgA) se encuentra universalmente recomendado para la el rastreo de EC.

⁷⁷ En su trabajo, estos autores se han centrado en los nuevos criterios diagnósticos para la EC pero ellos indican también que su conocimiento abarca muchos más aspectos: dietéticos, evolutivos, complicaciones, asociaciones con otras enfermedades, etc.

⁷⁸ Según los autores, aunque no está claro aún cuál es el efecto de los anticuerpos específicos, la disponibilidad de marcadores serológicos e inmunogenéticos como herramientas diagnósticas ha propiciado el avance en el conocimiento de la enfermedad celíaca y la revisión de los criterios diagnósticos, especialmente en los individuos adultos con expresión mínima o atípica de la enfermedad.

mucosa y una respuesta adaptativa mediada por linfocitos de la submucosa. Esta respuesta adaptativa, humoral y celular, va dirigida frente al antígeno exógeno desencadenante de la EC, las gliadinas, fracción soluble en alcohol del gluten, pero también frente a autoantígenos transglutaminasa tisular 2. En consecuencia, lo más característico de la respuesta inmune en la EC es la presencia de anticuerpos AGA, anti-péptidos desamidados de gliadina (DGP) y anti-Tg2. (García Ruiz de Morales, Calleja Antolín, & Llorente Herranz, 2013).⁷⁹

Se conocen desde hace tiempo algunos hechos que apuntan a favor de la patogenia de origen autoinmune de la EC, como son su dependencia del sistema HLA, el infiltrado linfocítico existente en los órganos diana, la presencia de auto-anticuerpos específicos y la existencia de manifestaciones clínicas extradigestivas. Los conocimientos actuales permiten clasificar la EC dentro de las enfermedades autoinmunes, habiéndose determinado la transglutaminasa tisular (tTG) como el auto-antígeno contra el cuál se dirige la respuesta inmune anómala. (Molina Arias & Martínez-Ojinaga Nodal, 2013).⁸⁰

Muchas de las enfermedades que se asocian a EC comparten con ella determinadas variantes del complejo mayor de histocompatibilidad HLA⁸¹. La mayoría de las células humanas nucleadas presentan en su membrana por lo menos 12 antígenos HLA. Cada individuo porta los mismos doce antígenos en todas sus células. Estas moléculas HLA se expresan en la superficie de las células presentadoras de antígenos, con lo que posibilitan el reconocimiento antigénico y la respuesta de los linfocitos T, iniciándose así la respuesta inmune adaptativa.

Las proteínas de la dieta presentes en el trigo, cebada, avena y centeno, interactúan con moléculas HLA para activar una respuesta inmunológica en la mucosa, produciendo daño tisular. (Heredia, Castro, & Palma, 2007).⁸²

⁷⁹ La hipótesis actualmente vigente, a la que adhieren los autores, sobre la patogenia de la EC es que existe un incremento de la permeabilidad mucosa a la gliadina del gluten y una pérdida de tolerancia a la misma. Péptidos no digeridos de gliadina resistentes a la proteólisis son desamidados en la submucosa por la Tg-2, que transforma los residuos de glutamina en residuos de ácido glutámico cargados negativamente, favoreciendo así su unión a moléculas HLA DQ2 y DQ8 presentes en células presentadoras de antígeno de submucosa y en linfocitos T CD4 de lámina propia.

⁸⁰ También destaca el autor que es bien conocido que numerosas enfermedades autoinmunes se presentan con mayor frecuencia en pacientes celíacos y en sus familiares de primer grado, que en la población general, siendo varios los mecanismos patogénicos que se han relacionado con este aumento de prevalencia de autoinmunidad en la EC.

⁸¹ El Complejo Mayor de Histocompatibilidad es una región genética ubicada en el brazo corto del cromosoma 6 de los seres humanos que codifica para los llamados Antígenos HLA que fueron originariamente reconocidos por el papel que desempeñan al disparar la respuesta de células T que causa el rechazo del trasplante de tejidos.

⁸² Los autores mencionan además, que la patogenia consiste en la interacción entre factores genéticos, inmunológicos y ambientales, existiendo marcadores genéticos específicos como HLA-DQ2 y HLA-DQ8.

Como se ha dicho antes, la psoriasis es un proceso de carácter autoinmune como origen de la enfermedad, punto que comparte con la celiaquía. Cada vez son más los estudios que señalan una relación entre celiaquía y psoriasis. Los primeros estudios se remontan a 1993 desde la Universidad sueca de Uppsala. El estudio del Dr. Michaelsson (1993) llegó a la conclusión de que un 16% de pacientes con psoriasis había incrementado sus anticuerpos de gliadina.⁸³

En el 2000 la misma Universidad de Uppsala realizó un estudio con pacientes con psoriasis a los que se les sometió a dieta sin gluten y otros que siguieron tomando gluten en sus comidas. Después de tres meses, la psoriasis de los pacientes que habían realizado la dieta sin gluten había mejorado mientras que no lo había hecho la de aquellos que no la realizaron. Cuando los pacientes volvieron a sus hábitos alimenticios, la psoriasis empeoró para más de la mitad de los que habían notado mejoría. Esto señala una relación entre el consumo de gluten y la psoriasis.⁸⁴

Sin embargo en los últimos años son muchos los investigadores que se han centrado en tratar de aclarar esta relación⁸⁵. Parece que hay un incremento en la frecuencia de la enfermedad celíaca entre las personas con psoriasis. Celiaquía y psoriasis, son enfermedades autoinmunes y se cree que ambas podrían ser originadas por células hiperactivas o activadas inapropiadamente, en el intestino en el caso de la celiaquía y en la piel, en el caso de la psoriasis.

Reportes más recientes, de estudios en los que se excluyeron a los pacientes con enfermedad celíaca conocida, han demostrado la presencia de infiltración linfocitaria duodenal aumentada en pacientes con psoriasis y AGA positivo. (Calderon, y otros, 2007).⁸⁶

Los mecanismos posiblemente implicados en la asociación de ambas entidades son desconocidos aunque se plantean diversas hipótesis: la alteración de la permeabilidad intestinal existente en ambas entidades podría ser un factor de relación entre ellas. Los linfocitos T CD4+⁸⁷ jugarían un importante rol en la fisiopatología de

⁸³ Niveles elevados de este anticuerpo son indicadores de celiaquía.

⁸⁴ Aunque la relación aún no está clara, la psoriasis es en algunos casos una manifestación más de la EC. Lo que no significa que todas las personas con psoriasis sean celíacas.

⁸⁵ En 2015 se publicó un estudio realizado por investigadores italianos que estudiaba la relación entre celiaquía y psoriasis y la influencia entre la dieta sin gluten y la psoriasis. En total 187 pacientes fueron estudiados y un 87,5% mejoraron su psoriasis después de seis meses de dieta sin gluten. En este estudio insisten en que se desconocen los mecanismos por los que se produce y se desarrolla esta relación, pero apuntan hacia la genética, ya que hay una gran cantidad de genes relacionados con la celiaquía y muchos trastornos autoinmunes.

⁸⁶ Pese a que esta investigación no demostró una elevada prevalencia de EC en pacientes con psoriasis, se trata de un trabajo preliminar, que estimula a un estudio más profundo de la relación que pueda existir entre estas dos patologías en pacientes chilenos.

⁸⁷ Los linfocitos T CD4+ corresponden a células T helper cuya función es la de cooperación: facilitan la respuesta inmunitaria cooperando con el resto de las células del sistema, también son responsables de la hipersensibilidad retardada cuya finalidad es que los linfocitos y las

ambos procesos. Están incrementados en sangre, dermis y epidermis de pacientes con psoriasis y en la EC son quienes median la respuesta inmune adaptativa que se da en la lámina propia intestinal. En la EC existe disminución de los niveles de vitamina D como consecuencia del síndrome malabsortivo, mientras que dicho déficit se cree que está implicado en el origen de las lesiones cutáneas de psoriasis. La vitamina D y sus análogos se indican en muchos de estos pacientes por su efecto antiproliferativo e inmunorregulador, evidenciándose mejoría de las lesiones cutáneas. (Matamoros, 2014).⁸⁸

Una vez que se ha diagnosticado la enfermedad celíaca, el único tratamiento existente en la actualidad consiste en mantener una dieta estricta sin gluten y mantenida toda la vida, lo que permite la normalización de los síntomas a partir de las dos semanas, la normalización serológica entre los 6 y 12 meses y la recuperación de las vellosidades intestinales en torno a los 2 años. Está demostrado que la ingestión incluso de muy pequeñas cantidades de forma continuada puede dañar las vellosidades intestinales o provocar otros trastornos y alteraciones no deseables, incluso en ausencia de síntomas. La dieta libre de gluten debe aportar todos los nutrientes necesarios para el paciente según su edad, según la etapa evolutiva de la enfermedad y según la situación de gravedad. (Calvo Romero, 2013).⁸⁹

Muchos pacientes celíacos refieren una mejoría rápida con dieta libre de gluten, que se presenta tan precozmente como en las primeras 48 horas. No obstante, en un porcentaje variable, del 20-40% de los casos, la respuesta no es tan precoz y tarda varias semanas en ser claramente manifiesta y los resultados objetivos confirmados por la analítica, se observan mejor al cabo de 2-4 meses.

Por otra parte, debido a que los alimentos exentos de gluten son en general más costosos que los contenidos en una dieta normal y a causa de las limitaciones que conlleva su estricta adherencia, ya que limita notablemente la vida social de los pacientes que la presentan, no se debería recomendar una dieta libre de gluten, a

células fagocíticas eliminen el antígeno. Los linfocitos CD4+ sólo reconocen al antígeno si les es presentado junto a la molécula del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II en la superficie de los macrófagos.

⁸⁸ La autora realiza una revisión bibliográfica con el objetivo de comprender las diferentes formas de intolerancia al gluten y conocer sus múltiples manifestaciones cutáneas con implicancia en la práctica dermatológica.

⁸⁹ Numerosos estudios publicados concluyen que el desarrollo de enfermedades autoinmunes en pacientes celíacos se incrementa al aumentar el tiempo de exposición al gluten y cuanto mayor sea la edad al diagnóstico, por ello el realizar una dieta estricta de gluten de forma permanente podría en cierto modo disminuir la incidencia de dichas patologías.

menos que el diagnóstico esté firmemente establecido, confirmado por biopsia. (Marcos Fonalleras, Sánchez Garrido, González Bernardo, & Rodrigo Sáez, 2016).⁹⁰

Las lesiones cutáneas de psoriasis en celiaquía se caracterizan por ser resistentes a los tratamientos habituales y mostrar mejoría luego de 3 a 6 meses de instaurarse una dieta libre de gluten, independientemente de la existencia o no de un aumento en el número de células inflamatorias intestinales, y aun en ausencia de otros tratamientos. (Matamoros, 2014).

Teniendo en cuenta los posibles vínculos mecánicos entre las dos enfermedades, la dieta sin gluten, la piedra angular para el tratamiento de la EC, también puede tener un papel en el tratamiento de la psoriasis. De hecho, el beneficio de la dieta libre de gluten entre los pacientes con psoriasis se ha observado en estudios no aleatorios.

La dieta libre de gluten supone supresión de la dieta de todos los productos que contienen gluten, concretamente todos los productos que incluyen harinas de trigo, cebada, centeno y avena. (Polanco Allué, 2008).⁹¹

El código alimentario argentino⁹² entiende por “alimento libre de gluten” el que está preparado únicamente con ingredientes que por su origen natural y por la aplicación de buenas prácticas de elaboración, que impidan la contaminación cruzada, no contiene prolaminas procedentes del trigo, de todas las especies de *Triticum*, como la escaña común (*Triticum spelta* L.), kamut (*Triticum polonicum* L.), de trigo duro, centeno, cebada, avena ni de sus variedades cruzadas. El contenido de gluten no podrá superar el máximo de 10mg/Kg.

Los alimentos naturalmente libres de gluten son aquellos que no contienen ninguna de las prolaminas tóxicas en su composición, sin que haya mediado ninguna manipulación técnica. Son los productos más aptos para la dieta del sujeto celíaco, ya que en principio son los más seguros. Igualmente se consideran aptos para dietas sin gluten productos elaborados con harinas procedentes de los cereales tóxicos pero que no superan el contenido máximo autorizado, estando la mayoría de estos productos

⁹⁰ Agrega el autor que se puede intentar un ensayo terapéutico con dieta sin gluten en casos dudosos, porque si la respuesta de los pacientes es clínica y analíticamente positiva, es muy probable que el paciente tenga una EC larvada.

⁹¹ Actualmente no existe unanimidad en cuanto a considerar a la avena una proteína segura para el sujeto celíaco, ya que, al ser su contenido en prolaminas muy inferior al de los tres cereales reconocidos como tóxicos, sus efectos podrían manifestarse a más largo plazo o sólo en individuos con un mayor grado de sensibilidad hacia estas prolaminas. Por ello que, en el momento actual, la recomendación más generalizada es el desaconsejar su consumo.

⁹² Código alimentario Argentino que regula en todo el territorio Argentino a todos los alimentos, condimentos, bebidas o sus materias primas y los aditivos alimentarios que se elaboren, fraccionen, conserven, transporten, expendan o expongan, así como a toda persona, firma comercial o establecimiento que lo haga.

elaborados a partir de los almidones correspondientes que es una fracción de la harina que prácticamente no contiene proteínas.

En cuanto a los alimentos prohibidos, serían todos aquellos elaborados a partir de las harinas tóxicas, excepto los elaborados especialmente para dietas sin gluten, y todos aquellos productos de la industria alimentaria a los que se ha incorporado algunas de las harinas o directamente alguna de las prolaminas tóxicas en el proceso de elaboración. (Calvo Romero, 2013).⁹³

Clasificación de los alimentos en función de su contenido en gluten

Tabla N° 2: Alimentos según su contenido en gluten

Alimentos sin gluten

Cereales: Granos de arroz y de maíz de cualquier marca envasados; harinas de mandioca, de papa, de soja y sus derivados envasadas y de marcas permitidas, como así también premezclas elaboradas con harinas permitidas.

Verduras y frutas: Todos los vegetales y frutas frescas ó congeladas en su estado natural y aquellas envasadas que se encuentren dentro del listado de alimentos para celíacos.

Leche líquida: de todas las marcas

Leche en polvo, yogurt y quesos: aquellos incluidos en el listado de alimentos aptos para celíacos.

Carnes y huevos: de vaca, ave, cerdo, cordero, conejo, pescados, mariscos, vísceras, liebre, cabra, vizcacha, peludo, etc. y huevos. Con respecto a los fiambres y embutidos, consumir solo aquellos incluidos en el listado de alimentos.

Aceites y grasas: aceites, manteca y crema de leche de todas las marcas.

Maníes, almendras, nueces y semillas: elegir aquellas con cáscara y/o envasadas para evitar la contaminación cruzada con alimentos que contengan gluten.

Azúcar y miel pura: de todas las marcas.

Dulces: Se recomienda consumir solamente dulces, golosinas, amasados de pastelería, galletitas que se encuentren en el listado de alimentos aptos para celíacos.

Agua: es fundamental el consumo de aproximadamente 2 litros de agua potable a lo largo del día.

Bebidas gaseosas azucaradas: se recomienda consultar el listado de alimentos aptos.

Café de grano molido: se podrá consumir libremente.

Condimentos: pueden contener gluten por eso se recomienda elegir hierbas frescas, pimienta en grano, azafrán en hebras o bien aquellos secos y envasados que se encuentren publicados en el listado de alimentos aptos.

Alimentos con gluten

Todas las harinas elaboradas en base a trigo, avena, cebada y centeno, como también las preparaciones elaboradas con las mismas: Pan, galletitas, alfajores, masitas, tortas, pastas como fideos, ravioles, ñoquis, etc.

Bebidas elaboradas en base a alguno de estos cereales por ejemplo: cerveza y whisky

Alimentos que pueden contener gluten

Aquellos alimentos que han sido sometidos a un proceso de elaboración/industrialización y pueden contener gluten como aditivos, conservantes, espesantes. Para este tipo de productos es necesario consultar el listado integrado de alimentos libres de gluten publicado por la ANMAT anualmente y actualizado bimestralmente. Es importante revisar las actualizaciones del listado fundamentalmente por aquellos productos que se den de baja del mismo.

Fuente: Adaptado de Bai, y otros (2013), en *Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca en el primer nivel de atención*

⁹³ Concluye el autor que en la actualidad, la dieta sin gluten puede ser muy variada, deliciosa, equilibrada y segura y una buena norma sería basar esta dieta en alimentos naturales, que no contengan gluten, reservando el consumo de productos manufacturados denominados "sin gluten" para casos y situaciones concretas.

El principal efecto secundario descrito asociado a una dieta exenta de gluten es la aparición de estreñimiento, tanto en la población infantil como en la adulta, y generalmente se adscribe a una menor ingesta de fibra procedente de cereales. Este efecto puede, sin embargo, ser fácilmente subsanable con un mayor consumo de frutas, hortalizas y legumbres. Igualmente, recomendaciones dietéticas en este sentido evitarían otro de los efectos secundarios relacionados con el consumo de productos especiales aptos para celíacos, que por su mayor contenido en grasas para mejorar su palatabilidad y aspecto, contribuirían a situaciones de hiperlipidemias no deseables. (Polanco Allué, 2008).⁹⁴

El cumplimiento de la dieta sin gluten es notablemente inferior cuando la EC se detecta en un programa de cribado que si ésta se diagnostica en el estudio de pacientes sintomáticos. Por otro lado, la necesidad de realizar este tipo de dieta y las restricciones que ello comporta podría condicionar unos efectos psicológicos adversos e interferir en la calidad de vida de estos pacientes. Por todo ello, hoy día no se considera adecuado el cribado en la población general, y éste se limita a los grupos de riesgo de EC. (Fernández-Bañares, Esteve-Comas, & Rosinac, 2005).⁹⁵

Hay numerosas razones por las cuales hay baja adherencia a la dieta libre de gluten, y estas incluyen: la falta de aceptación del tratamiento, su costo, la falta de disponibilidad, el etiquetado inadecuado de los alimentos, la presión social, la calidad de vida y las prácticas culturales. Sobre todo, una dieta libre de gluten tiene un gran número de restricciones sociales y financieras como comer fuera de casa, viajar, la vida familiar o el ambiente escolar y laboral, que son todas partes de la vida de los pacientes celíacos. (Baltodano Loría, 2011).⁹⁶

Se debe considerar que el tratamiento de estos desórdenes implica restricciones alimentarias de por vida y un mayor gasto económico, con la consecuente repercusión en el perfil psicológico de estos individuos y en las actividades sociales y familiares. El conocimiento por parte de los dermatólogos es fundamental, a fin de realizar un diagnóstico temprano que permita la instauración de una dieta libre de gluten para

⁹⁴ Un estudio americano ha determinado el impacto que tiene seguir la dieta sin gluten en un grupo de 253 pacientes, destacando que el 86% tiene dificultades para comer fuera de casa, el 82% refiere problemas para viajar, el 67% tiene un impacto familiar y el 41% afirma que repercute en su trabajo. Muchos pacientes siguen la dieta para evitar la aparición de síntomas, más que para el control a largo plazo de la enfermedad. Por ello, es importante la labor de información y sensibilización de los pacientes

⁹⁵ Los autores refieren que es necesario realizar estudios de cohortes con seguimiento a largo plazo para valorar la relación coste-efectividad del cribado en la población general y estudiar la historia natural de los sujetos asintomáticos, pero con atrofia vellositaria en la biopsia intestinal.

⁹⁶ El autor indica que, debido a la baja adherencia a la dieta libre de gluten, se deben buscar alternativas terapéuticas y de apoyo para mejorar la calidad de vida de los pacientes celíacos.

mejorar la calidad de vida de estos pacientes y evitar la aparición de comorbilidades autoinmunes y/o neoplásicas. (Matamoros, 2014).⁹⁷

⁹⁷ En los últimos años se ha incrementado notoriamente la prevalencia de desórdenes relacionados con la exposición al gluten y se cree que ello es debido tanto a los cambios en los hábitos de vida, principalmente en la alimentación, como a la mayor sospecha clínica y al desarrollo de mejores métodos de diagnóstico.



Diseño metodológico

Diseño metodológico

En este trabajo de investigación se pretende evaluar la percepción que poseen los profesionales del equipo de salud sobre la psoriasis, sus manifestaciones y síntomas, los factores influyentes sobre la enfermedad y el estado nutricional de los pacientes con Psoriasis.

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, cualitativo, ya que, a través de la recolección de datos mediante encuesta, se intenta interpretar las percepciones de los profesionales entrevistados.

A su vez, el diseño de esta investigación es de corte transversal, según el período y secuencia de estudio, debido a que los datos son recogidos en un único punto en el tiempo, en un grupo de personas, en un momento y un lugar determinado, donde las apreciaciones se registran por única vez.

La población de estudio se constituye por los profesionales del equipo de salud. La muestra de 12 profesionales fue seleccionada en forma no probabilística, por conveniencia, y está integrada por médicos clínicos, dermatólogos, gastroenterólogos, inmunólogos, psicólogos y nutricionistas.

Para la elaboración de las encuestas se utilizaron preguntas abiertas y han sido realizadas, en su mayoría, mediante entrevistas personales con el participante.

A continuación se definen las variables seleccionadas en esta investigación para llevar a cabo los objetivos planteados.

🌀 Creencia sobre una enfermedad.

Definición conceptual: Idea o pensamiento que se asume como verdadero acerca de la alteración de la salud de una persona.

Definición operacional: Idea o pensamiento que los profesionales de salud asumen como verdadero acerca de la psoriasis. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

🌀 Creencia sobre la influencia de una enfermedad en la vida de los pacientes.

Definición conceptual: Idea o pensamiento que se asume como verdadero acerca de cómo se modifica la vida de una persona ante la alteración de su salud.

Definición operacional: Idea o pensamiento que el profesional de salud asume como verdadero acerca de cómo se modifica la vida de los pacientes con psoriasis. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

∞ Percepción acerca del estado nutricional.

Definición conceptual: Conocimiento por medio de las impresiones que comunican los sentidos de la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptación fisiológica que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes.

Definición operacional: Conocimiento por medio de las impresiones que comunican los sentidos que tiene el profesional de salud acerca de la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptación fisiológica que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

∞ Asociación entre dos enfermedades.

Definición conceptual: Relación o conexión mental que se realiza entre dos maneras diferentes de alteración de la salud.

Definición operacional: Relación o conexión mental que realiza el profesional de salud entre la psoriasis y la enfermedad celíaca. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

∞ Percepción sobre fortalezas y debilidades.

Definición conceptual: Precisión con la que se comprende la posibilidad que posee un acontecimiento de favorecer o agravar una situación.

Definición operacional: Precisión con la que el profesional de salud comprende la posibilidad que posee el abordaje interdisciplinario de favorecer o agravar a los pacientes con psoriasis. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

∞ Creencia sobre el beneficio de la consulta al nutricionista.

Definición conceptual: Idea o pensamiento que se asume como verdadero en referencia a las ventajas de consultar al nutricionista.

Definición operacional: Idea o pensamiento que el profesional de salud asume como verdadero en referencia a las ventajas de que los pacientes con psoriasis consulten al nutricionista. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

- Opinión sobre los factores que influyen en la manifestación de una enfermedad.

Definición conceptual: Concepto o parecer que se tiene acerca de los fenómenos que inician o modifican la alteración de la salud.

Definición operacional: Concepto o parecer que tiene el profesional de salud acerca de los fenómenos que inician o modifican la psoriasis. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

- Opinión acerca del componente dietético como causante del origen de una enfermedad.

Definición conceptual: Concepto o parecer que se tiene acerca del aspecto alimentario como causante del inicio de la alteración de la salud.

Definición operacional: Concepto o parecer que el profesional de salud tiene acerca del aspecto alimentario como causante del inicio de la psoriasis. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

- Opinión sobre sintomatología frecuente.

Definición conceptual: Concepto o parecer que se tiene respecto a la repetición en la presentación de las señales de alteración de la salud.

Definición operacional: Concepto o parecer que tiene el profesional de salud respecto a la repetición en la presentación de la sintomatología extradermatológica en los pacientes con psoriasis. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

- Creencia acerca de la frecuencia de sintomatología digestiva en pacientes en relación a persona sana.

Definición conceptual: Idea o pensamiento que se asume como verdadero acerca de la repetición observada en la presentación de signos de trastornos digestivos en una persona con salud alterada, en relación a la persona sana.

Definición operacional: Idea o pensamiento que el profesional de salud asume como verdadero acerca de la repetición observada en la presentación de la sintomatología digestiva en pacientes con psoriasis, en relación a la persona sana. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

- Opinión acerca de la frecuencia de presentación de anticuerpos específicos de enfermedad celíaca y decisiones tomadas al respecto.

Definición conceptual: Concepto o parecer que se tiene acerca de la repetición en la presentación de anticuerpos específicos de una enfermedad y decisiones tomadas al respecto.

Definición operacional: Concepto o parecer que tiene el profesional de salud acerca de la repetición en la presentación de anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca en los pacientes con psoriasis y las decisiones tomadas al respecto. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

- Percepción sobre la influencia de la alimentación en la sintomatología dermatológica.

Definición conceptual: Precisión con la que se comprende la modificación que genera la alimentación en los signos de alteración de la salud.

Definición operacional: Precisión con la que el profesional de salud comprende la modificación que genera la alimentación en la sintomatología dermatológica. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

- Opinión sobre las mejorías en pacientes que modifican su alimentación o que han seguido una dieta libre de gluten.

Definición conceptual: Concepto o parecer que se tiene respecto al alivio experimentado por las personas al modificar su alimentación.

Definición operacional: Concepto o parecer que tiene profesional de salud respecto al alivio experimentado por los pacientes con psoriasis al modificar su alimentación o al excluir al gluten de su dieta. La información se recolecta a través de una entrevista de preguntas abiertas.

El instrumento que utilizado para la recolección de los datos es una entrevista elaborada con preguntas abiertas, la cual fue creada para tal fin, conteniendo todos los aspectos a evaluar y, adjuntada a la misma, el consentimiento informado requerido. Los mismos se presentan a continuación:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es realizada por Griselda A. Sánchez para alcanzar el título de Licenciada en Nutrición de la Universidad FASTA. El objetivo del siguiente trabajo es indagar acerca de la percepción sobre la psoriasis que tienen los profesionales del equipo de salud.

Se le invita a participar del siguiente trabajo de investigación, el cual consiste en la realización de una encuesta de apreciación sobre la enfermedad, que servirá de base para la presentación de mi Tesis de grado.

Dicha entrevista consiste en la recolección de datos relacionados con el tema arriba enunciado. La misma no provocará ningún efecto adverso hacia su persona, ni implicará ningún gasto económico, pero contribuirá para el desarrollo de dicha investigación.

La firma de este consentimiento no significa la pérdida de ninguno de sus derechos que legalmente le corresponden como sujeto de la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en Argentina.

Yo,, he recibido de la estudiante de Nutrición, Griselda A. Sánchez, información clara y precisa, y en mi plena satisfacción sobre esta investigación, voluntariamente deseo y acepto participar.

Firma del profesional

Aclaración

Firma del estudiante

Aclaración

Fecha:

ENTREVISTA

Especialidad:

Sexo:

Edad:

Antigüedad en la profesión:

1. ¿Qué cree Usted de la Psoriasis?
2. ¿De qué manera cree Usted que influye la psoriasis en la vida de los pacientes?
3. ¿Cómo percibe Usted el estado nutricional de la persona con psoriasis?
4. ¿Qué asociación encuentra entre la psoriasis y la enfermedad celíaca?
5. ¿Qué fortalezas y debilidades observa en el abordaje interdisciplinario en un equipo de salud en pacientes con psoriasis?
6. ¿Considera beneficioso que los pacientes con psoriasis consulten al Nutricionista? ¿Por qué?
7. ¿Qué factores cree Usted que influyen en la manifestación de la psoriasis?
8. ¿Puede considerar al componente dietético como causante en el origen de la psoriasis? ¿En qué forma?
9. ¿Qué sintomatología extra dermatológica observa con más frecuencia en los pacientes con psoriasis?
10. ¿Cree Usted que es más frecuente la sintomatología digestiva en pacientes con psoriasis en relación a la persona sana? ¿A qué cree que se debe?
11. ¿Con qué frecuencia observa la presencia de anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca en los pacientes con psoriasis? ¿Qué decisiones toma al respecto?
12. ¿Podría decir Usted que la sintomatología dermatológica en lo pacientes con psoriasis puede verse influida por la alimentación? ¿Por qué?
13. ¿Ha observado Usted mejoría en pacientes con psoriasis que hayan modificado su alimentación en alguna forma? ¿Ha visto mejoras en pacientes que hayan seguido una dieta libre de gluten?

Fuente: Elaboración propia

Análisis de datos

Análisis de datos

Los siguientes datos corresponden a los 12 profesionales del equipo de salud entrevistados en relación a sus consideraciones sobre la psoriasis.

Tabla N° 1: Características de la muestra

E	Especialidad	Sexo	Edad	Antigüedad en la profesión
1	Médico dermatólogo	Masculino	64 años	37 años
2	Médico clínico. Residente en Nutrición y diabetes	Masculino	34 años	5 años
3	Residente en Dermatología	Femenino	24 años	1 año
4	Residente en Dermatología	Femenino	28 años	2 años
5	Médico gastroenterólogo	Masculino	31 años	3 años.
6	Médico generalista	Femenino	50 años	27 años
7	Médico Inmunólogo	Femenino	35 años	10 años
8	Lic. en Psicología	Femenino	66 años	33 años
9	Lic. en Nutrición	Masculino	41 años	14 años
10	Lic. en Nutrición	Femenino	33 años	9 años
11	Lic. en Nutrición	Femenino	33 años	3 años
12	Lic. en Psicología	Femenino	55 años	15 años

A continuación se presentan las respuestas obtenidas a través de las entrevistas de preguntas abiertas realizadas a los 12 profesionales del equipo de salud, en relación a sus consideraciones sobre la psoriasis.

1. Creencia sobre la psoriasis.

E₁: Es una enfermedad más. Afecta al 1% de la población y tampoco es "la" psoriasis, hay muchas formas clínicas y es muy diversa la intensidad. No es todo lo mismo para todo el mundo.

E₂: Es simplemente una enfermedad autoinmune de la piel.

E₃: Es una enfermedad inflamatoria crónica e intermitente, frecuente con gran afectación emocional a quien la padece.

E₄: Es una enfermedad inflamatoria de la piel, muy frecuente en nuestro medio con repercusiones en la vida diaria de un paciente.

E₅: Es una enfermedad inmunológica que afecta a la piel produciendo lesiones escamosas engrosadas e inflamadas.

E₆: Es una enfermedad dermatológica que puede afectar en distinto grado a las personas, a veces en grado severo, en la piel y también a veces en las articulaciones.

E₇: Es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente la piel y en ocasiones las articulaciones y que puede provocar importante discapacidad cuando afecta las articulaciones, de ahí la importancia de controles.

E₈: Es una enfermedad que se manifiesta en la piel y en la que causas y consecuencias están ligadas a factores emocionales.

E₉: Es una enfermedad que produce manchas en la piel, picazón, descamación y dolor.

E₁₀: Es una enfermedad inflamatoria no contagiosa que ocurre en la piel, como un sarpullido.

E₁₁:

E₁₂: Es una enfermedad de la piel, infecciosa que produce descamaciones en diferentes zonas del cuerpo y de origen auto inmune.

Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 1: Creencia sobre la psoriasis.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Aunque no todos los entrevistados poseen los conocimientos específicos, gran parte de ellos coinciden en identificar a la psoriasis como una enfermedad autoinmune e inflamatoria con manifestaciones en la piel, con un componente emocional tanto en el origen del cuadro como por las consecuencias del mismo.

2. Creencia sobre la manera en que influye la psoriasis en la vida de los pacientes.

E1: En la mayoría no le afecta mayormente y en otros, de acuerdo a la intensidad, afecta la calidad de vida; impide las relaciones sociales (para una persona que tiene todo el cuerpo comprometido, no es fácil encontrar una pareja), por otro lado hay formas que afectan las articulaciones, son muy poco frecuentes pero en ocasiones son peores que la artritis reumatoidea, son muy invalidantes

E2: Cuando las lesiones son muy exuberantes, la enfermedad afecta social y laboralmente al paciente.

E3: Influye negativamente en la vida de los pacientes. Tienen una general insistencia con múltiples tratamientos, no están conformes. Suelen aislarse.

E4: La psoriasis influye en la vida de los pacientes por los síntomas que genera según la extensión, como prurito, la imagen estética y el compromiso sistémico que puede afectar.

E5: Tiene un alto impacto sobre la parte emocional de los pacientes, sobre todo por la estética.

E6: Puede influir mucho, depende del grado, afectando su exposición, su actividad social, su autoestima, su percepción de salud.

E7: Además de las lesiones de la piel y el dolor y la discapacidad que puede producir la artritis, estéticamente también es importante para su vida social, emocional, etc., la cuestión estética, como toda enfermedad dermatológica, y la cuestión del dolor, y como es una enfermedad crónica, tener que tomar medicación, etc.

E8: Negativamente, ya que suele producir muchos conflictos en la vida de relación.

E9: En muchos pacientes afecta la vida en varios sentidos, pero al ser una enfermedad que se visualiza en la piel produce depresión, falta de ánimo.

E10: Influye mucho en su calidad de vida por su picazón y dolor.

E11: Influye en lo visual, imagen visual y estética.

E12: La psoriasis influye fuertemente en la vida social de los pacientes cuando se encuentra en las etapas más virulentas. Generalmente tratan de que su enfermedad pase desapercibida y cubren con ropa sus partes más afectadas.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 2: Creencia sobre la manera en que influye la psoriasis en la vida de los pacientes.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

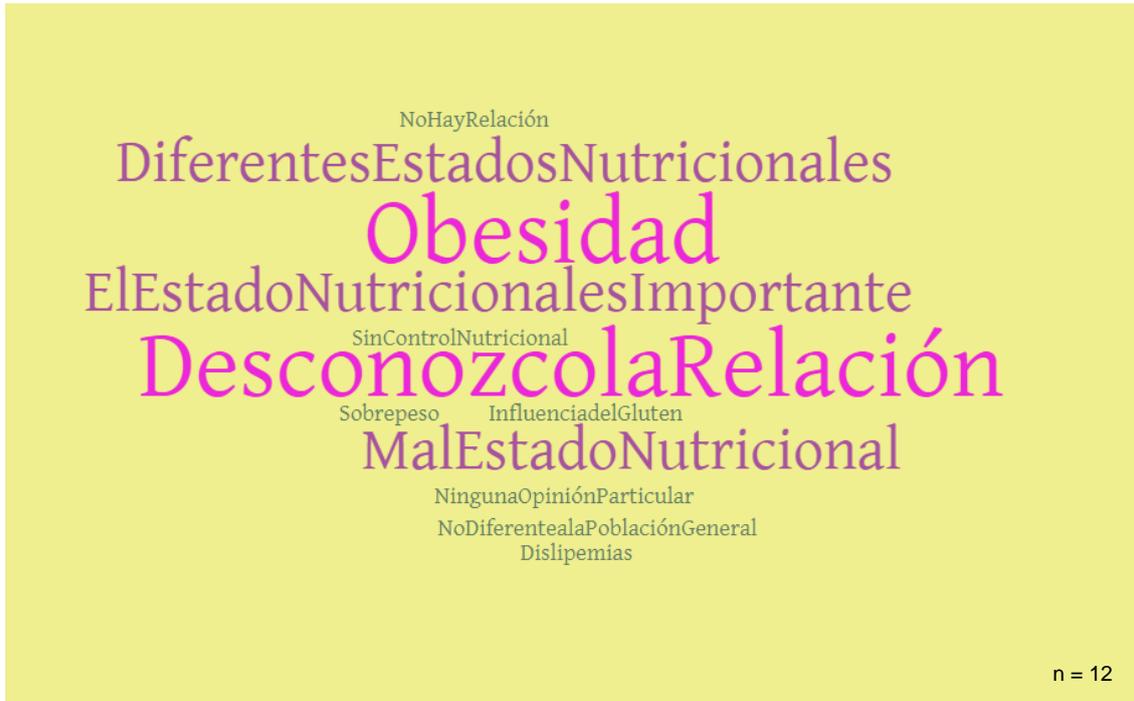
La creencia generalizada de los entrevistados acerca de la influencia de la psoriasis en la vida de los pacientes, se enfoca predominantemente en la manifestación estética y las consecuentes alteraciones de las actividades sociales. También mencionan la afectación de la calidad de vida y destacan el alto impacto emocional que tiene esta enfermedad.

3. Percepción acerca del estado nutricional de las personas con psoriasis.

- E1: No creo que sea diferente a la de la población general
- E2: Tienen un mal estado nutricional. Muchos presentan obesidad, dislipemias ...
- E3: Los pacientes presentan diferentes estados nutricionales, se observa bastante sobrepeso.
- E4: No hay relación entre la dieta o estado nutricional con la psoriasis, aunque hay estudios que hablan sobre la influencia del gluten sobre la psoriasis.
- E5: En mi experiencia, los pocos pacientes que vi, no tenían un control nutricional, la mayoría eran obesos.
- E6: No, he visto tanto gente con psoriasis gorda, como flaca, por ahí sí más con el estado emocional, pero no tanto con el estado nutricional.
- E7: No tengo ninguna opinión particular respecto a esos pacientes.
- E8: Creo que como en la vida de todas las personas el estado nutricional debe ser relevante. Desconozco la relación directa entre el aspecto nutricional y la enfermedad.
- E9: Como en todas las enfermedades el estado nutricional es importante.
- E10: No tengo información si la calidad de la alimentación influye en la enfermedad.
- E11: Opino que por lo general, los pacientes con psoriasis no tienen un buen estado nutricional.
- E12: No conozco mucho la incidencia de la nutrición en los enfermos de psoriasis, pero considero que debe tener importancia los alimentos que consumen.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 3: Percepción acerca del estado nutricional de las personas con psoriasis.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

En este caso se obtuvieron respuestas diversas. Un tercio de los entrevistados expresan observar en los pacientes con psoriasis, obesidad o sobrepeso o un mal estado nutricional general, aunque la mayoría de ellos no saben identificar las causas. El resto no encuentra diferencias con el estado nutricional de las personas sanas. También se observa que la tercera parte de los entrevistados opinan que la alimentación se relaciona con la enfermedad, pero no saben precisar de qué manera.

4. Asociación que encuentran entre la psoriasis y la enfermedad celíaca.

E1: No necesariamente están relacionadas, aunque no sé las últimas estadísticas si indican si hay más frecuencia. Si los pacientes con psoriasis, dado que es una enfermedad autoinmune tienen más frecuencia de contraer otra inmune eso es un tema que tendría que leer. Que tenga una enfermedad celíaca no significa que con una dieta libre de gluten mejore la psoriasis, son asociaciones, no es paralelismo. Habría que revisar la bibliografía.

E2: Ambas son enfermedades autoinmunes relacionadas por HLA.

E3: Desconozco, pero el componente inmunitario podría estar relacionado.

E4: Desconozco, pero en el caso de que haya relación, podría tener un papel el factor genético, mecanismo inmunitarios, pero la coexistencia de los dos cuadros podría ser algo fortuito.

E5: Dentro de las manifestaciones extraintestinales de la celiaquía la psoriasis ocupa cerca del 4% y un porcentaje de pacientes mejoran con la dieta libre de gluten.

E6: No lo sé, es cierto que las personas con enfermedad celíaca tienen muchos trastornos de la piel, por la falta de absorción de nutrientes, pero no relacionado con psoriasis. La EC también tiene un componente autoinmune y como toda enfermedad autoinmune, puede tener múltiples manifestaciones y también la psoriasis puede serlo.

E7: No lo vemos muy frecuentemente, la celiaquía no es tan infrecuente, pero no suele ser tan frecuente la asociación, quizás porque uno no lo busque en forma sistemática.

E8: Suelen aparecer asociadas frecuentemente. Desde el punto de vista fisiológico la psoriasis, aunque no en todos los casos sería un síntoma de la celiaquía.

E9: He leído en algunos artículos que hay mayor probabilidad de desarrollar una de ellas cuando se tiene la otra.

E10: No tengo información al respecto.

E11: Son dos enfermedades autoinmunes e inflamatorias.

E12: Desconozco si tiene relación.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 4: Asociación que encuentran entre la psoriasis y la enfermedad celíaca.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Si bien la mayoría de los entrevistados expresan desconocer la asociación que puede encontrarse entre la psoriasis y la enfermedad celíaca, ellos mismos sugieren que, al ser ambas enfermedades autoinmunes, es posible que puedan relacionarse de alguna forma. Por otra parte, los que manifestaron que no necesariamente estén relacionadas, mencionaron que quizás se deba a que no hay una búsqueda sistemática de una enfermedad ante la presencia de la otra. Y por último, tres de los entrevistados, reconocen a la psoriasis como una manifestación extraintestinal de la enfermedad celíaca.

5. Percepción sobre las fortalezas y debilidades del abordaje interdisciplinario en pacientes con psoriasis.

E1: En la práctica, la realidad es que no hay abordaje interdisciplinario, lo ve el dermatólogo, sin embargo, las psoriasis que tienen compromiso articular o general se ha descrito mayor frecuencia de hipertensión y obviamente sí lo ve el clínico, pero si uno va a decir que hay abordaje multidisciplinario, está mintiendo, dado que un 90% de las psoriasis son pequeñas lesiones escamosas que incluso el paciente está acostumbrado a tener no es lo mismo el paciente que tiene una plaquita de psoriasis en el codo o en el cuero cabelludo que lo tiene toda la vida o aquel le compromete todo el cuerpo y es muy visible es complicado para su vida social y afectaría su calidad de vida.

E2: Mejorar la calidad de vida del paciente y mejorar el tratamiento y pronóstico.

E3: Sería una fortaleza poseer equipo interdisciplinario para observar la progresión de la psoriasis a enfermedades sistémicas, por ejemplo, con reumatólogos, psicólogos, etc.

E4: En nuestro hospital se realizan trabajos interdisciplinarios con reumatología para valoración de compromiso sistémico.

E5: No es mi especialidad.

E6: Siempre trabajar en interdisciplina ayuda a mejorar la salud de las personas, también es una oportunidad, ya que lo que uno no ve lo ve el otro, y los profesionales se van nutriendo del aporte de otros profesionales. Como debilidad, en el caso del paciente psoriásico, como es una enfermedad crónica, tal vez la incomodidad de tener que estar yendo a un lado, o a otro, con múltiples consultas, y eso puede ser una incomodidad, el tiempo y el dinero que demanda.

E7: Fortalezas, por los distintos puntos de vista, quizás ahora está en auge la inmuno nutrición y es un factor que también puede aportar a la mejoría del paciente. El trabajo en equipo siempre suma, porque son muchos ojos que ven más que dos. Debilidades: puede haber algún tipo de confusión en el informe a los pacientes, pero es lo mínimo.

E8: La fortaleza estaría en el verdadero trabajo en equipo y el abordaje integral del paciente. Las debilidades serían las deficiencias en algunos de los aspectos mencionados.

E9: Fortalezas abordar al paciente desde todos los aspectos tomándolo como un todo, lo que se puede intercambiar con los otros profesionales.

E10: No he trabajado con pacientes con psoriasis.

E11: No trabajo en equipo de salud.

E12: Consideró al enfoque interdisciplinario como la mejor herramienta para los tratamientos de este tipo afecciones, el paciente requerirá sin dudas, de tratamiento dermatológico, psicológico y en su medida nutricional.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 5: Percepción sobre las fortalezas y debilidades del abordaje interdisciplinario en pacientes con psoriasis.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

En este caso, lo que debe destacarse es la coincidencia en todos los entrevistados al reconocer la importancia del equipo interdisciplinario en la atención de todos los pacientes en general, independientemente de la enfermedad tratada. Sin embargo, la mayoría reconoce no trabajar de esta manera y que, al paciente con psoriasis, se lo ve en forma aislada, principalmente en consulta con dermatología y, en algunos casos, derivado a reumatología o tratamiento psicológico.

Por otra parte, mencionan como fortalezas del abordaje interdisciplinario en general, la posibilidad de valorar integralmente al paciente y lograr una mejora en la calidad de vida del mismo, en su tratamiento y pronóstico. Asimismo, mencionan la ventaja de evaluar al paciente desde diversos puntos de vista, lo que redundaría no sólo en beneficio del paciente, sino además, que los profesionales se pueden nutrir unos de otros.

Como debilidades del enfoque interdisciplinario, se ha mencionado que en general implicaría más tiempos de consultas y mayor costo para el paciente. Además, a causa de las múltiples consultas, los diversos informes médicos podrían generar confusión en los pacientes.

6. Creencia sobre el beneficio de la consulta al nutricionista por parte de los pacientes con psoriasis.

E1: Creo que no es relevante. Hoy por hoy, por los conocimientos que tengo, creo que no.

E2: Sí, porque aumenta el consumo calórico y deberían ser controlados.

E3: Sí, cuando hay obesidad.

E4: Podría ser valorado, pero en nuestro medio no se realiza.

E5: Sí. Porque tiene implicancia en el desarrollo y evolución de la enfermedad.

E6: Sí. La nutrición no es algo exclusivamente estético para bajar de peso, yo aplico el concepto "somos lo que comemos", así que si hay aspectos que se puedan mejorar, y que la persona puede detectar, a veces no nos damos cuenta pero la misma persona, si está atenta puede detectar alimentos que le favorecen, que siente que le mejoran. Con un buen consejo nutricional es una herramienta terapéutica que puede ser muy útil.

E7: Si hay algún problema nutricional evidente, alguna comorbilidad, o algún problema de obesidad, sí. Ahora está muy en auge la inmuno nutrición y la dieta puede ser un factor que ayude, podría ser oportuno, pero siempre un nutricionista que a veces uno no sabe que hay una dieta en particular no hemos tenido acercamiento.

E8: Sí, porque es necesario establecer la relación del origen de la psoriasis con la celiaquía en cada paciente y de haber un trastorno a esos niveles, la evaluación y el seguimiento nutricional es imprescindible.

E9: Lo considero beneficioso, porque una alimentación saludable no solo es importante para la persona con psoriasis.

E10: Me interesaría saber qué asociación tiene la alimentación con la enfermedad.

E11: Sí, lo considero beneficioso porque por lo general tienen un desorden alimentario.

E12: No poseo demasiada información al respecto, pero al ser un tipo de enfermedad infecciosa, la alimentación debe ser un factor a tener en cuenta.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 6: Creencia sobre el beneficio de la consulta al nutricionista por parte de los pacientes con psoriasis.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Sólo dos de los entrevistados no considera relevante la consulta al nutricionista por parte de los pacientes con psoriasis, aunque uno de ellos menciona que podría ser valorada. El resto piensa que es beneficioso por diversas razones, aunque la mayoría lo asocia a la obesidad que considera frecuente en estos pacientes. Además, tres de los profesionales entrevistados refieren la importancia de implementar una nutrición adecuada como una muy útil herramienta terapéutica en general. Incluso uno de los entrevistados indica que es necesario establecer la relación de la psoriasis con la celiaquía y que en ese caso, el seguimiento nutricional sería imprescindible.

7. Opinión sobre los factores que influyen en la manifestación de la psoriasis.

E1: Es puramente genético. Lo de lo emocional o alimentario es un mito. La alimentación es diferente en todas partes del mundo, y es el 1% el que tiene psoriasis (no se observa diferencia en la prevalencia por variar la alimentación). Sí influyen los factores ambientales, si el paciente vive en zonas tropicales y es una psoriasis que se beneficia con el sol, estará mejor que el que vive en Suecia, de hecho los suecos con psoriasis intentan veranear en las costas del mediterráneo.

E2: El estrés es uno de los factores que favorece el desarrollo de la psoriasis.

E3: Influye el estrés, el componente genético, el factor infeccioso, o de naturaleza idiopática.

E4: Los más frecuentes son el estrés y el factor genético, o idiopático.

E5: Genético más emocional.

E6: Lo psico-emocional influye, pero a veces hay factores que no podemos detectar qué, que pueden ser ambientales, climáticos, que hacen que una persona esté más brotada que otras, o la misma persona en distintos momentos más brotadas. Lo emocional influye muchísimo.

E7: Principalmente el estrés, la cuestión emotiva de los pacientes, como toda enfermedad autoinmune, influye muchísimo, también hay una cuestión de predisposición genética. El paciente con psoriasis tiene que hacer un stop y ver qué pasa.

E8: Factores biológicos – psicológicos y sociales

E9: Predisposición genética, estrés, mala alimentación.

E10: El estrés.

E11: Estrés, sedentarismo.

E12: Seguramente los pacientes que se encuentren en una situación de estrés sufrirán mayor manifestación de su enfermedad, lo cual podría derivar en un círculo vicioso, ante las mismas afecciones elevar el estrés.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 7: Opinión sobre los factores que influyen en la manifestación de la psoriasis.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Casi todos los entrevistados sostienen que el principal factor influyente en la manifestación de la psoriasis se relaciona con el componente emocional o psicológico, indicando al estrés como el disparador esencial. Los siguientes factores considerados son el componente genético y la naturaleza idiopática de la enfermedad. Seguido a ellos se menciona la influencia climática y sólo un entrevistado hizo una asociación con la alimentación.

8. Opinión acerca del componente dietético como causante del origen de la psoriasis.

E1: No, está determinado que no, se conocen ya los genes y los mecanismos, y el componente dietético no es uno de ellos.

E2: No es un componente pero influye, aunque no se sabe de qué manera.

E3: Sí, podría considerar al componente dietético como causante de la psoriasis, pero desconozco actualmente la relación.

E4: Desconozco.

E5: No creo que sea una causa directa, sino que podría jugar un rol de gatillo asociado a lo que expresé anteriormente.

E6: No va separado, seguramente que cuando uno está emocionalmente desequilibrado come cosas distintas que cuando está emocionalmente equilibrado. Ahora, como origen único y exclusivo, como disparador, o agravante de la enfermedad, sólo la alimentación, yo no lo he detectado, no digo que no sea.

E7: No reconozco alguno en particular.

E8: Desconozco.

E9: No por sí solo.

E10: Creo que es inmunológico, no debería influir.

E11: No.

E12: No tengo información suficiente sobre este tema.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 8: Opinión acerca del componente dietético como causante del origen de la psoriasis.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

En este caso, la mitad de los entrevistados no reconoce al componente dietético como causante de la psoriasis. Sólo dos indicaron que, si bien no es un factor causante, sí podría ser favorecedor de la manifestación y exacerbaciones de la enfermedad. Uno de los profesionales refirió considerar a la alimentación como causante pero desconoce la relación existente y el resto de los profesionales entrevistados expresó desconocer esta vinculación.

9. Opinión sobre la sintomatología extradermatológica más frecuente en los pacientes con psoriasis.

E1: La más frecuente dentro de la psoriasis pura es la artropatía, artritis psoriásica. La afectación psicológica es secundaria en aquellas personas que tienen todo el cuerpo comprometido, socialmente te retrae, te inhibe. La psicología no induce la psoriasis, si no que tener psoriasis genera una situación problemática.

E2: Lo que más se ve es la artritis y algunos síntomas gastrointestinales.

E3: Lo más frecuente es la artropatía.

E4: La articular, como artritis psoriásica.

E5: La afectación articular.

E6: Dolor articular.

E7: Las artritis psoriásicas.

E8: Ansiedad, alteración en su autoestima, trastornos en su vida de relación, dificultad en la aceptación de la imagen corporal, depresión y angustia.

E9: Dolores articulares, picazón.

E10: No lo sé.

E11: Ninguna.

E12: Además de las manifestaciones en su piel, como dije anteriormente, pueden aparecer temas relacionados con problemas de índole relacional, podría verse afectado su ámbito laboral y producir todo esto situaciones traumáticas en su psiquismo.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras Nº 9: Opinión sobre la sintomatología extradermatológica más frecuente en los pacientes con psoriasis.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

La sintomatología extradermatológica más frecuentemente observada en los pacientes con psoriasis es la artropatía o artritis psoriásica. También fueron destacadas las consecuencias emocionales que derivan de la visibilidad de las manifestaciones dermatológicas que posee esta enfermedad, entre ellas la ansiedad, alteración de la autoestima, trastornos en la vida de relación, dificultad en la aceptación de la imagen corporal, depresión y angustia. Sólo un entrevistado menciona la presencia de síntomas gastrointestinales.

10. Creencia acerca de la frecuencia de la sintomatología digestiva en pacientes con psoriasis en relación a la persona sana.

- E1: No le veo relación pero no es mi especialidad.
- E2: Si lo creo, pero no sé por qué.
- E3: Sí, podría ser más frecuente. A causa de mecanismos inflamatorio/inmunológico.
- E4: Es más frecuente la sintomatología digestiva, a causa de procesos inflamatorios.
- E5: Si. A causa de una combinación de la dieta y el estado emocional.
- E6: No, no he observado.
- E7: No se...
- E8: Si seguramente las alteraciones sean más frecuentes en los casos de psoriasis .Desconozco las causas.
- E9: No.
- E10: No lo sé.
- E11: No.
- E12: No poseo información al respecto.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 10: Creencia acerca de la frecuencia de la sintomatología digestiva en pacientes con psoriasis en relación a la persona sana.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

En general se cree que sí es más frecuente la sintomatología gastrointestinal en los pacientes con psoriasis respecto a las personas sanas. Dos de los profesionales que así lo creen asocian esto a los mecanismos inmunológicos e inflamatorios presentes en esta patología y uno lo atribuye a una combinación de la alimentación y el estado emocional del paciente. Por otra parte, tres de los entrevistados no considera que esta sintomatología sea más frecuente en estos pacientes.

11. Opinión acerca de la frecuencia de presentación de anticuerpos específicos de enfermedad celíaca y decisiones tomadas al respecto.

E1: Es un tema que lo debería estudiar, buscando en bibliografía neutra, ya que hay estudios que están sesgados. No se suele pedir anticuerpos al paciente con psoriasis, cosa que sí se hace en otras enfermedades autoinmunes.

E2: Desconozco la frecuencia pero en caso de presentarse se indica una video endoscopia digestiva alta para detectar enfermedad celíaca.

E3: No suelen solicitarse esos anticuerpos, salvo que haya sintomatología digestiva. En ese caso, se deriva al gastroenterólogo.

E4: No solicitamos anticuerpos en pacientes con psoriasis a menos que presente manifestaciones digestivas.

E5: Se observa en un bajo porcentaje. Pruebo con dieta libre de gluten.

E6: Recordando pacientes celíacos, no recuerdo que ninguno tenga psoriasis, y de los pacientes con psoriasis, no recuerdo que ninguno sea celíaco. No se suele pedir anticuerpos. Por una cuestión del gluten o de la industrialización del gluten, hay mucha gente que se beneficia, o manifiesta sentirse mejor siguiendo una dieta libre de gluten, aún sin ser celíaco. Seguramente los psoriásicos también.

E7: La verdad que no es algo frecuente, pero quizás también influye que no se realiza la búsqueda sistemática, excepto que haya manifestaciones típicas de enfermedad celíaca, pero a veces la enfermedad celíaca da manifestaciones muy sutiles y es uno el que tiene que ir a buscarlas, es una asociación que no es tan presente como otras enfermedades entre sí. No es de rutina hacer screening de anticuerpos sin síntomas de celiaquía.

E8: Desconozco.

E9: No llevo estadística.

E10: No lo sé.

E11: Desconozco.

E12: No poseo información al respecto, en ese caso su alimentación debería estar muy controlada.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 11: Opinión acerca de la frecuencia de presentación de anticuerpos específicos de enfermedad celíaca y decisiones tomadas al respecto



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

En principio, la mitad de los entrevistados por este punto, refieren no tener conocimiento sobre este dato.

Por otra parte, si bien dos profesionales mencionan que no es frecuente la presencia de anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca en los pacientes con psoriasis, la mayoría reconoce que, de todas formas, no se suele indicar la búsqueda serológica salvo que el paciente muestre síntomas típicos de enfermedad celíaca.

Por otro lado, en caso de detectarse estos anticuerpos, el paso siguiente es confirmar la celiaquía. Uno de los profesionales entrevistados manifestó que indicaría una dieta libre de gluten, y otro comentó que, en su experiencia, ha visto mucha gente que dice sentirse mejor siguiendo una dieta libre de gluten, aún sin ser celíaco y cree que quizás los pacientes psoriásicos también

12. Percepción sobre la influencia de la alimentación en la sintomatología dermatológica.

E1: En líneas generales no.

E2: No es algo que pueda decir.

E3: Podría ser. Existen artículos que muestran una leve asociación.

E4: Es posible. Algunos artículos hablan sobre la influencia del gluten.

E5: Sí. Podría tener implicancia en la respuesta inflamatoria.

E6: Seguramente por una cuestión de la industrialización de los alimentos, mucha gente se beneficia y mejora al sacar la comida industrializada.

E7: Podría ser. Porque los factores ambientales influyen, pero no tengo ese conocimiento específico.

E8: Podría decir que sí. Por los factores que la alimentación sana y equilibrada tienen en todas las funciones del organismo en las personas.

E9: No.

E10: No lo sé.

E11: No.

E12: Considero que al ser una afección de origen inflamatorio, la alimentación es un componente importante a tener en cuenta.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 12: Percepción sobre la influencia de la alimentación en la sintomatología dermatológica.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Las reflexiones acerca de la influencia de la alimentación sobre la sintomatología dermatológica han sido variadas. Por un lado, algunos no consideran que sea un factor preponderante y otros, por su parte, creen que sí como causa de una respuesta inflamatoria. El resto, y mayoritariamente, opinan que la alimentación es un componente importante a tener en cuenta, aunque no conocen a ciencia cierta las causas.

13. Observación sobre las mejorías en pacientes con psoriasis que hayan modificado su alimentación en alguna forma y en aquellos que hayan seguido una dieta libre de gluten.

E1: Algunos pacientes han referido mejorías. Sucede con algunos pacientes internados con ayuno prolongado, aunque hay un montón de factores extra cuando están internados que es muy difícil valorar, pero no hay nada que induzca a decir que una dieta con tal característica mejore la psoriasis.

E2: No he visto ese tratamiento

E3: Nunca se realizó.

E4: Desconozco, no lo realizamos en la práctica.

E5: En un bajo porcentaje, sí. Los pacientes con dispepsia refieren mejoría con una dieta libre de gluten.

E6: Sí, mucha gente, aun cuando se hacen los anticuerpos, la biopsia, y no hay enfermedad celíaca, mejoran con una dieta libre de gluten. Mi explicación es más tóxica... tiene que ver con la industrialización, que tiene que ver con todo lo que se agrega... conservantes y todo lo que se usa para la industrialización de los alimentos.

E7: Vi mejoría en pacientes con lupus, otra enfermedad autoinmune. Donde hay algunos estudios que indican que ciertos ácidos grasos evitan la producción de factores inflamatorios, y seguramente se puede extrapolar a otras enfermedades autoinmunes. Sobre dieta libre de gluten no tengo el conocimiento, pero me parece interesante.

E8: Sí, en todos los tratados desde el punto de vista psicológico. También en los que siguen una dieta libre de gluten.

E9: Han mejorado aquellos que incorporaron cambios de hábitos alimentarios.

E10: Me interesaría mucho saber sobre este tema porque lo desconozco.

E11: Tengo un caso muy reciente. No he observado mejorías aún.

E12: No poseo información al respecto.

Fuente: Elaboración realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Nube de palabras N° 13: Observación sobre las mejorías en pacientes con psoriasis que hayan modificado su alimentación en alguna forma y en aquellos que hayan seguido una dieta libre de gluten.



Fuente: Elaboración propia realizada a partir de datos obtenidos mediante entrevista.

Los entrevistados parecen estar de acuerdo en afirmar la importancia atribuida a la alimentación en la mejoría de los pacientes en general, sin embargo desconocen los mecanismos implicados en tal proceso. Respecto al seguimiento de una dieta libre de gluten, también han observado mejoras en pacientes, aún sin ser celíacos y sobre todo en enfermedades que cursan con procesos inflamatorios. De todas formas, y pese a esto, actualmente la dieta libre de gluten sigue siendo indicada solamente cuando hay un diagnóstico certero de enfermedad celíaca.

Conclusiones

La psoriasis es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, de afección multifactorial en pacientes con predisposición genética, que genera un gran impacto psico-social en el individuo que la padece. La enfermedad celíaca es una enfermedad sistémica con respuesta autoinmune ante la ingesta de gluten que también se presenta en individuos genéticamente predispuestos. Se cree que estas patologías, ambas dependientes del sistema mayor de histocompatibilidad HLA, podrían ser originadas por células hiperactivas o activadas inapropiadamente en el intestino, en el caso de la celiaquía, y en la piel, en caso de la psoriasis.

La patogénesis de la enfermedad celíaca presenta un particular modelo donde un antígeno externo, el gluten, es el desencadenante de los eventos iniciales que comprometen aspectos de la inmunidad innata, para luego dar paso a eventos de la inmunidad adaptativa con la participación del auto-antígeno transglutaminasa.

En el presente trabajo de investigación se hizo mención a diversos estudios que han demostrado una prevalencia variable de enfermedad celíaca en pacientes con psoriasis. Es importante por lo tanto, conocer nuestra realidad local al respecto, ya que un subgrupo de pacientes psoriásicos con enfermedad celíaca asociada, podrían beneficiarse de una dieta sin gluten incluso en la severidad de su cuadro cutáneo.

Siendo que la psoriasis es una enfermedad multifactorial y que sus manifestaciones tienen un impacto integral sobre la salud y la calidad de vida del paciente, en este trabajo se propuso indagar la percepción que poseen los profesionales del equipo de salud sobre la enfermedad, sus manifestaciones y síntomas, los factores influyentes y el estado nutricional de los pacientes.

Al solicitarse una apreciación sobre la enfermedad, la mayoría identificó a la psoriasis como una enfermedad autoinmune e inflamatoria y recalcaron la importancia del componente emocional tanto en el origen del cuadro como por las consecuencias del mismo, a causa de la alteración estética que provoca y las consecuentes alteraciones de las actividades sociales.

Al indagar sobre el criterio presente acerca del estado nutricional de las personas con psoriasis, si bien algunos consideran que la mayoría de estos pacientes presentan sobrepeso u obesidad, otros no observan diferencias con la población sana. Sin embargo, lo que ha quedado de manifiesto en sus respuestas, es la creencia en que la alimentación puede influir sobre la enfermedad, aunque desconocen de qué manera.

Cuando se consulta sobre la asociación entre la psoriasis y la enfermedad celíaca, los profesionales suelen desconocer dicha asociación, pero pese a eso, intuyen que podrían tener un nexo a causa del componente autoinmune presente en ambas. Por otra parte, los que manifestaron que no necesariamente estén

relacionadas, mencionaron que quizás se deba a que no hay una búsqueda sistemática de una enfermedad ante la presencia de la otra.

Algo similar sucedió al consultar sobre la apreciación acerca de la frecuencia de la presentación de anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca en los pacientes con psoriasis. En principio se desconoce este dato, y se reconoce que la búsqueda serológica no se suele indicar excepto en los casos en los que el paciente muestre síntomas típicos de enfermedad celíaca.

Al solicitarse una observación sobre las fortalezas y debilidades del abordaje interdisciplinario del paciente con psoriasis, reconocen la importancia del equipo interdisciplinario en la atención de todos los pacientes en general, independientemente de la enfermedad tratada. Sin embargo, la mayoría reconoce no trabajar de esta manera y que, al paciente con psoriasis, se lo ve en forma aislada.

En su mayoría, los profesionales consideraron beneficioso que el paciente con psoriasis realice una consulta al nutricionista, principalmente como tratamiento para el sobrepeso y obesidad que consideran frecuente. Sólo uno de los entrevistados hizo mención a la necesidad de establecer la relación existente entre la psoriasis y la celiaquía y que en ese caso, el seguimiento nutricional sería imprescindible.

Al consultarse sobre los factores que consideran influyentes en la manifestación de la psoriasis, casi todos mencionaron al estrés como el disparador principal. Aun cuando no están determinados los mecanismos que hacen que el componente emocional motive la patología, generalmente se opina que éste tiene un rol preponderante. Sólo un entrevistado hizo mención a la alimentación como factor influyente en la manifestación de la psoriasis

Al indagar sobre la consideración del componente dietético como causante en el origen de la psoriasis, la mitad de los entrevistados no considera que haya tal relación, y la otra mitad de los profesionales, indica desconocer el tema, pero podría creer que la alimentación pueda influir.

Algo parecido se presentó al requerir una reflexión acerca de la influencia de la alimentación sobre la sintomatología dermatológica. Algunos no consideran a la alimentación como un factor causante de sintomatología, y otros, por su parte, creen que sí lo es, a causa de una respuesta inflamatoria. Asimismo, la mayoría considera que la alimentación es un componente importante a tener en cuenta, aunque no conocen a ciencia cierta los motivos por los que podría influir.

Al advertir sobre la sintomatología extradermatológica más frecuente en los pacientes con psoriasis, la mayoría de los profesionales han evidenciado a la artropatía o artritis psoriásica. Seguido a eso, han destacado las consecuencias emocionales que posee la enfermedad: ansiedad, alteración de la autoestima,

trastornos en la vida de relación, dificultad en la aceptación de la imagen corporal, depresión y angustia. Sólo un entrevistado hizo mención a la presencia de síntomas gastrointestinales.

Por otra parte, cuando se solicitó la opinión sobre si es más frecuente la sintomatología gastrointestinal en los pacientes con psoriasis respecto a las personas sanas, la mitad de los profesionales así lo creen y en general asocian esto a los mecanismos inmunológicos e inflamatorios presentes. Uno de ellos lo atribuye a una combinación de la alimentación y el estado emocional del paciente y tres de los entrevistados no considera que esta sintomatología sea más frecuente en estos pacientes.

Al inquirir sobre si han observado mejorías en pacientes con psoriasis que hayan modificado su alimentación en alguna forma, la respuesta general se orientó a reconocer la importancia de la alimentación en la mejoría de los pacientes en general, pero sin embargo desconocen los mecanismos que puedan estar implicados en ese proceso.

Al requerir una observación sobre aquellos pacientes que hayan seguido una dieta libre de gluten, los profesionales también expresaron haber visto mejoras en los pacientes, aún sin ser celíacos y sobre todo en enfermedades que cursan con procesos inflamatorios.

De todas formas, y pese a esto, actualmente la dieta libre de gluten sigue siendo indicada solamente cuando hay un diagnóstico certero de enfermedad celíaca.

Queda así expuesto que, si bien la psoriasis es una de las patologías pertenecientes al grupo de riesgo de padecer enfermedad celíaca, no se realiza actualmente en nuestro medio la búsqueda sistemática de anticuerpos específicos de esta enfermedad, a menos que presenten sintomatología sugerente, quedando entonces, las formas silentes o latentes, sin control.

La oportunidad de investigar la posible presencia de enfermedad celíaca en los pacientes con psoriasis, mediante la búsqueda de anticuerpos específicos, parece estar justificada no sólo por las investigaciones expuestas en este trabajo, sino también porque el tratamiento indicado, la dieta libre de gluten, se presenta en la percepción de los profesionales del equipo de salud, como una terapéutica con potenciales beneficios sobre la salud y mejoría de estos pacientes.

En este trabajo de investigación se pretende entonces, generar un llamado de atención al equipo interdisciplinario de salud, para revisar la manera en que se está llevando a cabo el abordaje integral del paciente con psoriasis, y ver más allá de sus manifestaciones cutáneas o complicaciones reumatológicas, y recordar que estos pacientes pertenecen a un grupo de riesgo de padecer enfermedad celíaca, siendo la

dieta libre de gluten un tratamiento pasible de ser utilizado en beneficio de su salud y mejora de la calidad de vida.

En razón de lo anteriormente mencionado, es imprescindible la labor y el rol del Licenciado en Nutrición para participar en investigaciones que completen y aporten luz sobre los mecanismos implicados en los procesos inflamatorios causados por la ingesta del gluten y que aclaren su participación en la afectación de otros tejidos extra-gastrointestinales, como puede ser, por ejemplo, sobre la piel.

Por otra parte, el nutricionista debe continuar aportando sus conocimientos para que las percepciones idealizadas sobre el beneficio de una adecuada alimentación, dejen de ser sólo ideas y pasen al plano certero del saber científico.

Algunos de los interrogantes a plantearse, son:

- ✎ Los beneficios de la dieta libre de gluten como tratamiento de la psoriasis en pacientes con anticuerpos específicos de enfermedad celíaca positivos, ¿superan al costo que implica su seguimiento?
- ✎ ¿La dieta libre de gluten cumple con los requisitos necesarios para ser propuesta como una prescripción de elección para tratar otras patologías autoinmunes y de componente inflamatorio?

Bibliografía

Bibliografía

- ✎ Achenbach, R. E. (2011). Fenómeno de Koebner. *Revista argentina de dermatología*, 92(3), Recuperado el 03 de enero de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2011000300005&lng=es&tlng=es.
- ✎ Agusti Mejias, A., Messeguerb, F., & García Ruiza, R. (2011). Coexistencia de dermatitis herpetiforme y psoriasis en placas, ¿dos manifestaciones cutáneas de la enfermedad celíaca? *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 102(06), 471-473.
- ✎ Arranz, E., & Garrote, J. (2010). Inmunología de la enfermedad celíaca. *Gastroenterología y Hepatología*, 33(9), 643-651.
- ✎ Bai, J., Bottero, A., González, A., Litwin, N., Martín, G., Martínez, S., y otros. (2013). *Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca en el primer nivel de atención*. 1-75. (M. d. Salud, Ed.) Buenos Aires, Argentina: Presidencia de la Nación.
- ✎ Baltodano Loría, A. (2011). Consideraciones de la dieta libre de gluten en la enfermedad celíaca. *Revista Médica de Costa rica y Centroamérica*, LXVIII(599), 419-421.
- ✎ Birkenfeld, S., Dreiherr, J., Weitzman, D., & Cohen, A. (2009). Coeliac Disease Associated with Psoriasis. *The British Journal of Dermatology*, 161, 1331-1334.
- ✎ Calderon, P., Valdés, P., Zemelman, V., Poniachik, J., Hurtado, C., Garmendia, M., y otros. (2007). Estudio de enfermedad celíaca en pacientes con psoriasis. *Revista Médica de Chile*, 135, 1296-1303.
- ✎ Calvo Romero, M. C. (2013). La dieta sin gluten. En I. P. Allué, *Enfermedad celíaca. Presente y futuro*. (págs. 121-125). Madrid: Ergon.
- ✎ Cedeño, I., & Ríos, J. (2005). Psoriasis: conceptos actuales. *Revista Médico Científica*, 18(1), 34-40.
- ✎ Chouela, E. N. (2011). *Epidemiología y genética de la psoriasis*. 236-239. Buenos Aires

- ✧ Damasiewicz-Bodzek, A., & Wielkoszyn, T. (2008). Serologic markers of celiac disease in psoriatic patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 1055–1061.
- ✧ Feldman, S., Koo, J., Lebwoh, M., Menter, A., & Van Voorhees, A. (2005). *Psoriasis y artritis psoriásica, guía de bolsillo. Algoritmos y opciones de tratamiento*. EE.UU.: National Psoriasis Foundation.
- ✧ Flor García, A., Martínez Valdivieso, L., Menéndez Ramos, F., Barrera Hernández, D., Mejía Recuero, M., & Barreira Hernández, D. (2013). *Actualización en el tratamiento de la psoriasis*. (Sescam, Ed.) 14(1), 1-8.
- ✧ Fonseca, D., Aristizábal, L., Cruz, C., Herrera, L., González, C., & Castro, L. (2007). *Inmunología y terapia biológica en psoriasis*. 15(3). (R. A. Dermatológica, Ed.) Bogotá, Colombia.
- ✧ García Ruiz de Morales, J., Calleja Antolín, S., & Llorente Herranz, M. (2013). Utilidad de los marcadores serológicos: Anticuerpos anti-gliadina y anti-péptidos desamidados de gliadina. En I. P. Allué, *Enfermedad celíaca. Presente y futuro*. Madrid., España: Ergon.
- ✧ Guerra, M., Barba, F., Blancas González, F., Gómez Flores, M., Gómez Trigo, A., & González Soto, R. (2004). Consenso Mexicano para el Manejo de Terapia Biológica en Psoriasis. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, 13(3), 172-184.
- ✧ Heredia, C., Castro, F., & Palma, J. (2007). Enfermedad celíaca del adulto. *Revista Médica de Chile*, 135, 1186-1194.
- ✧ Julià, M., Darwich, E., & Mascaró, J. (2009). *Psoriasis. Actualización*. 1748, 15-22. Barcelona, España: Servicio de Dermatología. Hospital Clínica. Universidad de Barcelona.
- ✧ Lázaro Ochaita, P., & Suárez Fernández, R. (2001). Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 25(4), 105-110.
- ✧ Lockwood, S. (2017). Foco en psoriasis: Reporte del 25° Congreso de la Academia Europea de dermatología y venereología. *Revisión sobre psoriasis*, 13(1), 8-20.

-
- Lozano, J. (2002). *Tratamiento de la psoriasis. Nuevas perspectivas*. 21, 100-110. Navarra, España: Offram.
- Maldonado García, C., Cardona Hernández, M., & Santa Cruz, F. (2013). Comorbilidades en psoriasis. *Revista centro dermatológico Pascua*, 22(1), 15-21.
- Marcos Fonalleras, D., Sánchez Garrido, A., González Bernardo, O., & Rodrigo Sáez, L. (2016). Enfermedad celíaca. *Manual del Residente de Aparato Digestivo*, 413-434.
- Matamoros, E. (2014). Manifestaciones dermatológicas relacionadas con la exposición al gluten. *Archivos Argentinos de Dermatología*, 64(5), 181-191.
- Michaëlsson, G., Gerdén, B., Hagforsen, E., Nilsson, B., Pihl-Lundin, I., Kraaz, W., y otros. (2000). Psoriasis patients with antibodies to gliadin can be improved by a gluten-free diet. *The British journal of dermatology*, 142, 44-51.
- Michaëlsson, G., Gerden, B., Ottosson, M., Parra, A., Sjöberg, O., Hjelmquist, G., y otros. (1993). Patients with psoriasis often have increased serum levels of IgA antibodies to gliadin. *The British journal of dermatology*, 667-73.
- Miranda Díaz, M., Alonso Romero, L., & Millán Jiménez, A. (2012). Enfermedad celíaca: nuevos criterios diagnósticos. *Vox Paediatrica*, 19(2), 28-33.
- Molina Arias, M., & Martínez-Ojinaga Nodal, E. (2013). Autoinmunidad y enfermedad celíaca. En I. P. Allué, *Enfermedad celíaca. Presente y futuro*. (págs. 67-73). Madrid, España: Ergon.
- Moreno, J. (2010). Psoriasis Ungueal. *Épica Derma*, 11-14.
- Moreno-Giménez, J., Jiménez-Puya, R., & Galán-Gutiérrez, M. (2010). Comorbilidades en psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 101(1), 55-61.
- Navarrete Franco, G. (2003). *Histología de la piel*. 46, 130-133. Pascua, México: Rev. Fac. Med. UNAM.
- Panzeri, R. (2009). Interpretación del mecanismo fisiopatogénico de la Psoriasis. *Revista argentina de dermatología*, 90, 118-132.
- Polanco Allué, I. (2008). *Libro blanco de la enfermedad celíaca*. Madrid: ICM.

- ✎ Polanco Allué, I., Roldán Martín, B., & Arranz Leirado, M. (2006). *Protocolo de prevención secundaria de la enfermedad celíaca*. Madrid, España: Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.
- ✎ Rafaelli, C., Neglia, V., Rodríguez Estoup, M., Osorio González, G., Buonsante, M., Pestalardo, M., y otros. (2017). Prevalencia de la enfermedad celíaca en los pacientes con psoriasis. *Dermatología Argentina*, 23(1), 23-28.
- ✎ Ribera Pibernat, M. (2009). *Psoriasis. Guía de Tratamientos*. Barcelona, España.: E.U.R.O.M.E.D.I.C.E., Ediciones Médicas, S.L.
- ✎ Ribera Pibernat, M. (2010). ¿Se hereda la psoriasis? *Épica Derma*, 1, 2-3.
- ✎ Romagosa, M., & Pérez Bruzón, M. (2009). *Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis* (Vol. 13(3)). Santiago de Cuba, Cuba: Medisan.
- ✎ Sarmiento, L., & Peña, S. (2002). *La célula de Langerhans* (Vol. 22). Bogotá, Colombia: Imágenes en biomedicina.
- ✎ Serna, J., Vitales, M., Lopez, M., & Molina, A. (2001). *Dermatología* (Vol. 4). Barcelona, España: Médica Panamericana. Recuperado el 03 de enero de 2018, de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP04.pdf>
- ✎ Sociedad Argentina de Dermatología. (2010). *Consenso Nacional de Psoriasis. Guía de tratamiento 2010*. Buenos Aires, Argentina.
- ✎ Sociedad Latinoamericana de Psoriasis. (2009). Consenso Latinoamericano de Psoriasis. Actualización 2009. *Dermatología Argentina*, 10-33.
- ✎ Trujillo, I., Díaz García, M., Sagaró Delgado, B., & Trujillo, Y. (2001). *Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales*. 40(2), 122-134.
- ✎ Ungprasert, P., Wijarnpreecha, K., & Kittanamongkolchai, W. (2017). Psoriasis and Risk of Celiac Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Indian Journal of Dermatology*. 62(1), 41-46
- ✎ Valdivia - Blondet, L. (2008). Patogenia de la Psoriasis. *Dermatología Peruana*. 18(4), 340-345.
- ✎ Vidal Olmo, I., & Vicente Villa, A. (2007). *Psoriasis. Protocolos dermatología de la Asociación Española de Pediatría*. Madrid, España.

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes, ya que altera al desarrollo de sus actividades cotidianas y puede generar un fuerte impacto psicológico. En ocasiones, es acompañada de comorbilidades que pueden deteriorar aún más su calidad de vida y su sobrevivencia. Es primordial el mejor conocimiento de lo que significa la psoriasis y de lo que supone para el paciente, para lograr su atención integral. Ello requiere incluir al enfoque nutricional dentro del abordaje interdisciplinario de la problemática, a fin de obtener los mejores resultados en su tratamiento, a la luz del beneficio que podría tener para ellos el seguir una dieta libre de gluten.

Objetivo: Indagar la percepción que poseen los profesionales del equipo de salud sobre la psoriasis, sus manifestaciones y síntomas, los factores influyentes sobre la enfermedad y el estado nutricional de los pacientes.

Apreciación acerca de la frecuencia de la presentación de anticuerpos específicos de la enfermedad celíaca en los pacientes con psoriasis y decisiones tomadas al respecto.



Fuente: Elaboración propia

Resultados: En general perciben correctamente a la psoriasis en su calidad autoinmune, de predisposición genética y componente inflamatorio. Casi todos, 11 entrevistados, atribuyen acertadamente al factor emocional, un papel preponderante tanto en la aparición y exacerbaciones de la enfermedad, como en consecuencia del padecimiento de la misma. En cuanto al estado nutricional de estos pacientes, 4 profesionales notaron el predominio de sobrepeso u obesidad y otros 4 no identifican diferencias con la población general. Respecto a la alimentación, es unánime la apreciación de que de alguna manera puede influir en la manifestación de la psoriasis, pero desconocen los mecanismos exactos de ello.

Materiales y métodos: El presente es un estudio cualitativo, descriptivo y de corte transversal, ya que busca determinar la percepción que posee el profesional de salud, sobre la psoriasis y sus manifestaciones, y en relación a la alimentación y los diversos factores influyentes. Se realizó una encuesta a 12 profesionales seleccionados en forma no probabilística, por conveniencia, con preguntas abiertas para recabar sus apreciaciones.

Observación sobre las mejorías en pacientes con psoriasis que hayan modificado su alimentación en alguna forma y en aquellos que hayan seguido una dieta libre de gluten



Fuente: Elaboración propia

Conclusiones: El equipo de salud está integrado por profesionales de diversas especialidades, por lo que su percepción acerca de los temas tocados muchas veces depende del área de conocimiento en la que se desempeñan. En general poseen una adecuada percepción de la psoriasis, sus factores desencadenantes y sobre el impacto emocional que genera. Sin embargo, presentan una noción poco clara respecto a la influencia que la alimentación y específicamente, la dieta libre de gluten, pueden tener sobre las manifestaciones de la enfermedad.

Tesis de Licenciatura
Griselda A. Sánchez
2018

