

## Eficacia Clínica del jabón Dermabon® para el control de las lesiones dérmicas producidas por la Psoriasis

### Introducción

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel de origen multifactorial pero con una base genética; puede afectar cualquier región de la piel pero con predeterminación a la piel del cuero cabelludo, codos, rodillas y región lumbosacra. Se caracteriza por la hiperproliferación celular epidérmica que completa el ciclo de regeneración y queratinación en 4 días, por lo cual la piel se manifiesta con placas eritematoescamosas. Las placas pueden ser de diversos tamaños y formas y pueden causar prurito en la lesión.

Los tratamientos para esta enfermedad constan de corticoesteroides, metotrexato, ciclosporina, etretinato u otros medicamentos que inhiban la proliferación celular. Pero estos medicamentos originan otras patologías al alterar el funcionamiento de los demás tejidos, sin contar que la suspensión de los mismos ocasiona la reincidencia de las lesiones.

Por estas razones los pacientes buscan diferentes maneras de controlar la aparición de las lesiones de una manera más natural. Entre estos métodos está el uso del alquitrán de hulla, aunque por las incomodidades de su olor es usualmente evitado. Debido a esto se creó un jabón de uso diario con el que se puedan gozar de los beneficios del alquitrán de hulla pero sin el olor penetrante en la piel de los enfermos o la probabilidad de manchar su ropa con la transpiración.

### Antecedentes

La Psoriasis es una enfermedad presente en aproximadamente el 2% de la población mundial, no tiene cura y es crónica, produce lesiones escamosas engrosadas e inflamadas con variación en la extensión de la piel dañada. Las lesiones aparecen en casi todo el cuerpo pero los sitios predilectos son los codos y rodillas. Se dice que la aparición de esta enfermedad es por una predisposición genética.

Por las características de las lesiones, esta enfermedad tiene implicaciones sociales y emocionales por la reacción ante la cual la sociedad marca a las personas, creando problemas sociales y una disminución de autoestima, pues hay un constante rechazo por parte de la sociedad por miedo a ser contagiados pues las lesiones son usualmente visibles. Y para encontrar una alternativa con menos efectos secundarios o menos agresivos comparado con otros productos para el tratamiento contra la psoriasis, pues algunos tratamientos suelen ser dañinos para algunos órganos con el paso del tiempo, y como no se puede suspender su uso pues las lesiones reinciden, es importante encontrar una alternativa para no dañar la salud de estas personas.

Con esto en mente y la necesidad de encontrar una manera en la cual el estado de la piel vuelva a su estado natural, sin efectos colaterales y donde los pacientes puedan recuperar el autoestima y seguir naturalmente con su estilo de vida, se origina este proyecto para demostrar que el jabón cosmético Dermabon®, es efectivo para el control de las lesiones dérmicas producidas por la psoriasis.

## Definición del Problema

El alquitrán de hulla es un líquido negro formado por hidrocarburos aromáticos, bases nitrogenadas y fenoles, que se utiliza como tratamiento para la psoriasis; sin embargo, los métodos tradicionales de aplicación de este producto, los cuales incluyen cremas y pomadas, son un poco complicado debido a que mancha, huele y su aplicación requiere de mucho tiempo.

En este proyecto de investigación se registraron los efectos del alquitrán de hulla, en presentación de un jabón llamado Dermabon®, el cual contiene 2.13% de alquitrán de hulla. Se probó, a través de este trabajo, que el jabón ayuda en el control de la psoriasis través de una aplicación sencilla, con jabón de uso diario. Para esto se definieron las siguientes preguntas de investigación: ¿Existe una mejoría global, es decir ha habido descamación, la apreciación de la lesión, tanto del paciente como por el investigador, ha mejorado? Por otra parte registraremos: ¿Ha habido prurito, eritemas, irritación?, ¿Las áreas que no estaban afectadas antes del inicio del protocolo, siguen sin estar afectadas o han aparecido eritemas, descamación o prurito?

## Objetivos de Investigación

Comprobar la eficacia que tiene el jabón Dermabon®, elaborado a base de alquitrán de hulla al 2.13% para la mejoría clínica de las lesiones dérmicas ocasionadas por la psoriasis.

Identificar los posibles efectos secundarios que puede traer el jabón Dermabon® en el uso diario en pacientes con lesiones dérmicas por psoriasis.

Definir el tiempo por medio de mejoría de las lesiones dérmicas en los diferentes grados de severidad de la psoriasis con el uso diario del jabón Dermabon®

2

## Justificación

La psoriasis es una enfermedad cuyas causas no son conocidas. Se cree que principalmente se debe a un factor genético. Hay varias medicinas que son utilizadas para controlar esta enfermedad como: corticoides, metotrexato, algunos jabones e incluso pomadas de alquitrán de hulla; pero al final todos estos medicamentos que ayudan a estos pacientes traen consigo algunas consecuencias o efectos secundarios.

El jabón Dermabon® es un nuevo producto que se creó como tratamiento para la psoriasis con varios beneficios, ya que no es un medicamento. Se supone que este jabón cosmético si funciona y para demostrar esto es necesario llevar un registro con varios pacientes que sigan este tratamiento. Hay varios testimonios de personas que lo han utilizado pero no se ha llevado un registro acerca de ellos, ante el cual se analice la efectividad en un determinado tiempo.

Esta mini empresa, comienza a vender estos jabones, y su objetivo es llegar a expandir la venta a distintos lugares de México o al extranjero. Como proyecto de este semestre para la materia de bioestadística estaremos proporcionando ayuda a esta mini empresa con el objetivo de aplicar este tratamiento a varios pacientes con diferentes grados de psoriasis, analizándolos en un determinado rango de tiempo y comprobando su efectividad así como el uso de este dos veces diarias.

## Generalidades De La Psoriasis

La psoriasis es un trastorno inflamatorio, crónico recurrente en el que la piel se enrojece y se cubre con placas eritematoescamosas secas y plateadas puede presentarse en determinadas zonas, por lo general se manifiesta durante la edad adulta temprana. Psoriasis etimológicamente significa: Psor (prurito) , Iasis (estado). Palabra derivada del griego, las lesiones son muy características y no hay duda al establecer el diagnóstico, basta observar las pápulas y placas, además hay hiperplasia epidérmica y queratopoyesis. En la psoriasis pueden influir factores inmunitarios, genéticos, psicossomáticos, ambientales, bacteriológicos además se asocia con otras enfermedades como las circulatorias, metabólicas, articulares etc.

La psoriasis es una enfermedad frecuente que se describe clásicamente con una prevalencia de un 2%-3% en la población general. Sin embargo, en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá se han notificado prevalencias tan altas como de un 4,6% y 4,7%, respectivamente. A nivel pediátrico, da cuenta del 4% de todas las dermatosis que se ven en niños menores de 16 años, correspondiendo entre un 0,5 a un 1,1% de la prevalencia de psoriasis a nivel general.

Se ha visto que la prevalencia es baja en ciertos grupos étnicos específicos, como japoneses, africanos, aborígenes, australianos e indígenas de Sudamérica.

No se han encontrado diferencias por sexo en la prevalencia de la psoriasis en la edad adulta, pero sí en la edad pediátrica. Esto se debe a que existe una mayor incidencia de psoriasis en mujeres jóvenes en comparación con hombres jóvenes.

Las lesiones son de aspecto muy desagradable por lo que produce en el paciente problemas emocionales muy fuertes, en condiciones normales la piel está en una renovación constante con nuevas células que se forman en la dermis, su capa más interna y que ascienden a la epidermis, donde se desprenden las células muertas, en el caso de la Psoriasis la piel produce nuevas células muy rápidamente que forman escamas plateadas. Por lo anterior se crean nuevos vasos sanguíneos para nutrir a estas células inmaduras dando por resultado el enrojecimiento de la piel.

Es muy característico que estas placas iniciales se formen en el cuero cabelludo, detrás de los oídos, en la nuca, entre los hombros, en los codos en rodillas o cerca de las uñas, algunos pacientes también desarrollan artritis psoriasicas, trastorno articular parecido a la artritis reumatoide por lo que puede incapacitar a la persona. En casos poco habituales todo el cuerpo se cubre de placas rojizas y escamosas a esta variante se le llama Psoriasis exfoliativa, así mismo otra de ellas es la Psoriasis pustulosa caracterizada por ampollas que surgen de las palmas de las manos o en las plantas de los pies. La causa de la Psoriasis es desconocida pero se cree que es un trastorno autoinmune tal vez de predisposición hereditaria sobre la que interactúan diversos factores inmunitarios que liberan sustancias pro inflamatorias en las placas de Psoriasis está localizado el gen PSORS8, el cual marca la susceptibilidad para padecer esta enfermedad.

Este padecimiento tiende a sufrir altibajos con síntomas que en muchos casos desaparecen durante meses o incluso años, la reincidencia se puede deber a exposición intensa solar que produce quemaduras, una reacción a un medicamento, estrés etc.

## Tipos De Psoriasis

**Psoriasis de Placas:** Es el tipo de psoriasis más común. Se caracteriza por la aparición de lesiones (rojas) inflamadas cubiertas por escamas de color blanco, las cuales están formadas por células muertas. Puede aparecer en cualquier superficie de la piel, aunque rodillas, codos, cuero cabelludo y torso son las zonas más comunes.

**Psoriasis Guttata** Este tipo aparece generalmente en la juventud o en la adolescencia. Las lesiones de Guttata aparecen como pequeños puntos rojos que tienden a alargarse rápidamente asemejándose a gotas. Normalmente se desarrolla en el torso y en las extremidades, aunque a veces se puede reproducir también en el cuero cabelludo.

**Psoriasis Invertida:** Normalmente aparece como suaves lesiones inflamadas sin escamas y está particularmente sujeta a irritaciones debido a fricciones y sudores, ya que se localiza en pliegues y áreas sensibles de la piel como por ejemplo debajo de los senos, en axilas, ingles, etc.

**Psoriasis Eritrodermica:** Es una forma de psoriasis particularmente inflamatoria que generalmente afecta a la mayor parte de la superficie del cuerpo. Aparece frecuentemente en gente que tiene psoriasis de placas inestable, y se caracteriza por una periódica extensión roja en la piel. El eritema (enrojecimiento) y exfoliación (muda) de la piel suelen ser acompañados por picores y dolores.

**Psoriasis Pustulosa:** Este tipo se desarrolla principalmente en los adultos y se caracteriza por pústulas blancas, formadas por células blancas de la sangre, rodeadas de piel rojiza. No es contagiosa. Puede localizarse en áreas concretas del cuerpo, como por ejemplo en manos y pies, o también puede estar extendida cubriendo gran parte del cuerpo. Suele desarrollarse por ciclos, empezando con un eritema (enrojecimiento de la piel), seguido este de la formación de pústulas, y finaliza escamando la piel.

**Psoriasis Artrítica** Es un tipo específico de artritis que puede aparecer despacio con síntomas medios o desarrollarse rápidamente. Síntomas: Incomodidad, rigidez, dolor punzante, hinchazón o molestias en una o más articulaciones y reducción en el movimiento de las mismas, afecta a las articulaciones de los dedos, de la parte baja de la espalda, muñecas, rodillas, o tobillos provocando hinchazones en dichas zonas, acompañada de cansancio y agarrotamiento, cambio de uñas, hinchazón de ojos parecido a la conjuntivitis

**Psoriasis del Cuero Cabelludo.** Del total de afectados de psoriasis, este tipo afecta aproximadamente a la mitad. Se caracteriza por un elevado número de lesiones inflamadas cubiertas por escamas blancas, mostrando generalmente el cuero cabelludo una psoriasis de placas.

**Psoriasis de Uñas.** Afecta tanto a las uñas de los pies como de las manos. Por lo general aparece como agujeros en las uñas de diferentes tamaños, formas y profundidades. A veces, la uña desarrolla un color amarillento y se vuelve muy delgada. También pueden deshacerse fácilmente y estar rodeadas por inflamaciones. Otro posible síntoma, es que la uña se separe o se caiga de la base.

## Factores Influyentes En El Cambio De Calidad De Vida De Pacientes Con Psoriasis

### Factores derivados del paciente y de la enfermedad.

**Edad y sexo:** Estudios recientes indican que la pérdida de calidad de vida es de más prevalencia en el sexo femenino sobre todo en las personas jóvenes.

**Área corporal afectada:** Establece que hay una estrecha relación entre la superficie corporal afectada y la baja en el nivel de calidad de vida.

**Evolución crónica-recurrente:** No hay cura definitiva, los brotes frecuentemente se pueden presentar produciendo en el paciente una sensación de desesperanza al no existir la más remota posibilidad de curarse, por lo que caen estos pacientes en una frustración desesperante buscando diferentes alternativas terapéuticas, pero que no llegan a mejorar con satisfacción los síntomas de la enfermedad.

### Factores derivados de la afectación emocional del paciente por la enfermedad.

Existe una terrible vergüenza en los pacientes con Psoriasis además sienten el rechazo social que inclusive puede llegar a que el paciente se sienta muy humillado y rechazado por las personas presentes en lugares públicos como las piscinas, playas, gimnasios, etc. Además esta repercusión también afecta de manera muy fuerte en las relaciones íntimas y limita muy fuertemente las actividades sociales.

Otra situación importantísima es la afectación de la autoestima ya que el paciente con Psoriasis secundariamente a sentir vergüenza se siente muy limitado, de forma real o no ya que no tiene la confianza de poder acceder a puestos de trabajo ni integrarse a grupos sociales, esto lleva invariablemente a establecer una pérdida de seguridad en sí mismo, sintiéndose apenado con todo su entorno. Lo anterior conlleva al aislamiento socio-familiar y probablemente sea ésta la consecuencia del inicio de hábitos poco saludables como caer en el alcoholismo, consumo de drogas o actividades delictivas.

La sensación de enfermedad grave puede provocar en enfermos con padecimientos crónicos como la Psoriasis una sensación progresiva y creciente de padecer una enfermedad incurable y grave que no da respuesta positiva a los tratamientos y la duración crónica de los brotes. Este problema es más frecuente en pacientes mayores y con una trayectoria larga de la enfermedad.

En su vida no hay control, ya que esta enfermedad por todo lo antes indicado expone al paciente al aislamiento obligándolo a retirarse de cualquier tipo de interrelación o actividad, incluso llegan al grado de suspender los planes de su vida como vacaciones, estudio, trabajo u otro tipo de ocio.

La idea del suicidio no es rara en pacientes con enfermedades crónicas dermatológicas y concretamente en Psoriasis y acné. Al no tener una presentación física agradable las pacientes del sexo femenino son las más vulnerables además por ser un grupo con un riesgo particular debido al estrés social que tienen que soportar. La Psoriasis no es solo una enfermedad de la piel deformante sino que trae implícita una serie de repercusiones tanto físico como somático debe de ser tratada integralmente. La ayuda de psicólogos es importante y trascendental.

## Diagnostico De Psoriasis

El diagnóstico se realiza al revisar la piel es fundamentalmente clínico para buscar las capas típicas de escamas secas y plateadas, en algunos casos puede ordenarse una biopsia de piel para confirmar el diagnóstico, las articulaciones duelen y se inflaman, se toman radiografías y se efectúan análisis de sangre, la ausencia de factor reumatoide en el suero sanguíneo permite distinguir a la artritis psoriasicas de la reumatoide.

Por medio de estudios micológicos se descarta la micosis, la afectación palmo plantar se debe de diferenciar del eccema de contacto y queratodermias.

Todo paciente que presente lesiones cutáneas que sugieran psoriasis se deberá realizar una adecuada anamnesis. Preguntando sobre los hábitos de tomar el sol, antecedentes en la familia, infecciones de reciente aparición, consumo de medicamentos, etc. Esto es con la finalidad de encontrar la causa de las lesiones sospechosas.

Posteriormente se realizará la exploración física inspeccionando todas las regiones de la piel, articulaciones y uñas.

En los exámenes sanguíneos se encuentran datos importantes como aumento de ácido úrico, anemia leve, la velocidad de sedimentación globular alterada. De hecho no deben existir alteraciones pero pudiéramos encontrar estas.

Como ya se ha mencionado puede requerirse biopsia de piel y analizarla anatomopatológicamente para descartar otros trastornos. Puede ser necesario solicitar rayos x en caso de dolores articulares persistentes, que puede ser sugerente de artropatía psoriasicas.

6

## Tipos De Tratamientos

Si solo afecta a pequeñas placas de piel puede ser eficaz el auto tratamiento aplicándose unguento a base de corticoesteroides, o sea aquellos que hacen efecto sobre las lesiones, son los más seguros porque no se entra en el organismo de las personas, además si se presenta un daño es tópico y estos no son tan profundos como cuando se ingieren medicamentos.

## Tratamientos Tópicos

Están entre estos los Corticoides Tópicos de Clase I en oclusión y en casos de afectación de la matriz ungual o del tejido periungual. Su absorción es mínima y no tiene eficacia. Se asoció un tiempo a queratolíticos que contienen urea en altas concentraciones y ácido salicílico, aunando ácido retinoico para favorecer la penetración, definitivamente los resultados fueron muy pobres sobre todo si lo que se desea es tratar la matriz ungual. Se han tenido buenos resultados en la paroniquia psoriásica.

Otra alternativa fueron los tratamientos a base de infiltraciones con corticoides. Así se inyectaba en la matriz o reborde ungual acetónide triamcinolona en agujas de insulina generando un gran dolor y los efectos secundarios eran la atrofia, hipocromías, sobreinfecciones, quistes de inclusiones además de roturas tendinosas.

Actualmente hay otras alternativas más eficaces y no producen dolor o los efectos asociados que conllevan a los corticoides para limitar su uso a las triaquioniquias muy intensas afectan a pocos dedos. El calcipotriol es un fármaco también prometedor que retarda el crecimiento de nuevas células-

Un estudio de investigación a cargo de Baran y Tosti en 1999 ellos trataron a 45 pacientes con psoriasis ungueal usando una laca se uñas con clobetasol-17-propionato al 8%. Las lacas permiten una penetración intras ungueal superior a la de otros fármacos, ha quedado patente en el tratamiento onicomicosis. La novedad de esta investigación era la concentración tan alta de clobetasol propionato al 8% normalmente se usa al 0.05%. No se observó atrofia ni sobreinfecciones en el transcurso del tratamiento, los resultados fueron alentadores obteniéndose una mejora tanto del pitting, como los parámetros del lecho ungueal en especial la onicolisis.

### **Tratamiento Con Fotoquimioterapia**

En este tratamiento la piel se expone a rayos de luz ultravioleta tipo A después de administrar psoralino es un medicamento oral que ayuda a intensificar las propiedades curativas de la luz. a este procedimiento se le conoce como PUVA acrónimo por sus siglas en inglés.

### **Derivados De La Vitamina D**

En la amplia gama de medicamentos para el tratamiento de la psoriasis ha habido grandes avances, ya que se han aportado a la terapia tópica unas moléculas sin el riesgo de atrofia y taquifilaxia de los corticoides que se utilizan.

En cualquier área anatómica donde aparezca la psoriasis ya sea piel, cuero cabelludo o bien las uñas se han visto buenos resultados con los derivados de la vitamina D. Esto es tanto en monoterapia como combinados con otros tratamientos tópicos o sistémicos de los siguientes derivados comercializados tenemos calcipotriol, tacalcitol y calcitriol el que más se ha estudiado en la psoriasis ungueal es el calcipotriol probablemente es porque fue el primero en ser sintetizado. En estudio de 15 pacientes tratados con ungüento de calcipotriol a razón de 50 mg-g 2 veces al día se observaron buenos resultados en lo que respecta a parámetros de la psoriasis del lecho ungueal sobre todo y especialmente de la hiperqueratosis subungueal no siendo así de la matriz definitivamente la tolerancia resultó ser excelente.

Otro tratamiento indicado es el uso de anticancerígenos como el metrotexato su acción es que retarda la formación de nuevas células. Para la psoriasis pustulosa ha resultado eficaz el etretinato que es un derivado de la Vitamina A.

### **El Tazaroteno**

Se ha puesto de manifiesto en los últimos años y ha resultado de gran utilidad en el tratamiento de la psoriasis ungueal. Se ha realizado un estudio con 46 pacientes a cargo de Rigopoulos et al de psoriasis de uñas, formando 2 grupos en uno de ellos los trataron con tazaroteno al 0.1% crema por la noche en oclusión durante doce semanas y en el otro clobetazol propionato al 0.05% crema de la misma forma. Al revisar los resultados se observa mejoría de la hiperqueratosis subungueal, onicolisis, manchas de aceite y pitting en los dos grupos por igual.

Al cabo de doce semanas se observó una notable mejoría en su curación, los efectos secundarios fueron muy escasos pese a esto la discontinuación del tratamiento se sigue de una mejoría prolongada en el tiempo en el grupo tratado con el tazaroteno muy en especial en la hiperqueratosis.

## **El 5- Fluorouracilo Al 1% En Propilenglicol O En Crema Con Urea Al 20%**

Es otro tratamiento que se ha empleado en forma esporádica para el tratamiento de la psoriasis ungueal. Se ha publicado poco sobre este medicamento pero parece mejorar el pitting y las distrofias de origen matricial, pero empeora la onicolisis y tiene como efectos secundarios puede producir hiperpigmentación e irritación. Por lo que se deja a elección de quien lo indica.

### **La Ciclosporina Tópica:**

Es otra alternativa de tratamiento pero hay el inconveniente de la poca penetración transdérmica de la ciclosporina, al inicio de su administración en dermatología fue empleada en forma tópica en diferentes patologías. En este caso las que nos ocupa es la psoriasis ungueal con el fin de optimizar el uso de su empleo.

Tosti et al emplean ciclosporina con una concentración de 10% en vehículo graso. Los pacientes lo aplican durante meses que previamente procede a la avulsión de la lámina ungueal. Los investigadores refieren buenos resultados del lecho ungueal por lo que se recomienda según el caso

### **Tratamiento Con Brea**

Las Breas son muy eficaces pero se limitan a usarse solamente por la noche y alternando corticoides tópicos durante el día. Se deja que desear sobre los nuevos preparados con brea ya que no demuestran mucho avance. Científicamente se tiene que corroborar esta eficacia sobre los ya existentes.

El preparado Exorex es una brea con extracto de cáscara de banana, estudios de mercado sugieren que puede ser tan efectivo como calcipotriol tópico, el inconveniente de este estudio es que se incluyó un número muy pequeño de pacientes por lo que las conclusiones no tienen validez.

### **Tratamiento Con Corticoides Tópicos**

Estos corticoides tópicos son un pilar en el tratamiento de la psoriasis localizada utilizándose según su potencia en la localización más indicada. Un medicamento milagroso Skin Cap contenía solamente piritionato de Zinc, se retiró del mercado demostrando que contenía propionato de clobetasol.

De cualquier manera se ha comprobado con estudios clínicos que los preparados con Clobetasol tópico nombre comercial Termovate scalp demuestran que el 80%-100% de los pacientes así tratados mejoran en dos semanas, por lo que compuestos con Zinc es difícil demostrar su eficacia.

El Valerato de Betametasona es un nuevo vehículo graso para el tratamiento del cuero cabelludo la aceptación de los pacientes a este tratamiento es alta no existiendo razón para no usarlo en otras partes del cuerpo. El preparado graso se funde cuando se aplica sobre el cuero cabelludo deberá tenerse cuidado de no aplicarlo sobre el pelo.

En corticoides de media potencia para la misma cantidad su precio es el mismo sin importar la marca, los envases son de 100 gr, además cubre la misma superficie corporal que otros corticoides tópicos. Es fácil de aplicar.

## El Calcipotriol Tópico

Este medicamento estuvo disponible en Estados Unidos en 1994, este medicamento se usó en monoterapia aplicando dos veces al día. La pomada de fluocinolona demostró igual eficacia.

Los efectos de la droga se produjeron más lentos que los vistos con la clase I o II de corticoides tópicos necesitando de 8-12 semanas para ser efectivo. Los efectos secundarios como la irritación fue en 10-15% de los pacientes. Lo que sucede es que en la parte clínica los pacientes abandonan el tratamiento y no son capaces de mantenerlo por 8-12 semanas para ver la efectividad, sienten irritación y lo suspenden.

La aplicación de calcipotriol tópico que se combine con corticoides tópicos facilita la mejoría de psoriasis y evita la irritación, la mejor combinación ha sido con halobetasol en crema o ungüento o halcionido con solución capilar de calcipotriol, no se ha demostrado la inactivación del calcipotriol pero puede suceder con cualquier otro corticoide.

El calcipotriol no se debe usar combinado con ácido salicílico u otros productos ácidos porque se inactiva en medio ácido.

Definitivamente la mejor forma de tratar psoriasis localizada es aplicar de forma combinada calcipotriol tópico y halobetasol tópico dos veces al día, la mejoría se espera en dos semanas, ha demostrado que es más rápido que usando estas drogas por separado.

Cuando se observa mejoría deben abandonarse los corticoides lo más pronto posible. Puede hacerse de la siguiente manera: Usando los corticoides tópicos durante el fin de semana se continúa aplicando dos veces al día calcipotriol tópico y después abandonar los corticoides tópicos. Aplicando calcipotriol tópico se han publicado casos de hipercalcemia, **raramente** con dosis de mantenimiento inferiores a 120 gr-semana en los pacientes adultos. Los exámenes de Calcio no son necesarios a menos que pueda haber predisposición a la hipercalcemia en esos lugares. El prospecto para el calcipotriol Tópico no recomienda su utilización en la cara o áreas de pliegues debido a la irritación. Si se utiliza combinando corticoides tópicos al principio la irritación es mínima.

El calcipotriol tópico puede ser un tratamiento seguro para el control a largo plazo de áreas como la cara o los genitales, debido a que no existe riesgo de atrofia Tazaroteno tópico.

## Tacrolimus

El tacrolimus es un modulador específico de la función de las células T aprobado para el tratamiento del rechazo de trasplante renal. El tacrolimus tópico, formulado al 0.03-0.3%, ha causado reciente entusiasmo. Es efectivo para la dermatitis atópica pero menos para la psoriasis. Pudiendo ser debido a la baja absorción en las placas de psoriasis. Mientras este mecanismo no se esclarezca, su penetración y eficacia en placas de psoriasis puede mejorarse mediante la utilización simultánea con ácido salicílico u otros agentes queratolíticos.

**Fototerapia UVB:**

Los tratamientos con UVB se realizan de 3 a 5 veces a la semana o más. Son muy seguros. Tienen algunos riesgos de foto toxicidad, pero las quemaduras por UVB no suelen ser graves. Los efectos secundarios a largo plazo incluyen foto envejecimiento, es por ello que si no existen lesiones de psoriasis en región facial ésta no debe ser tratada. El cáncer cutáneo es otro riesgo potencial, pero éste debe ser bajo ya que los estudios realizados en pacientes que realizaron terapia de Goeckerman (UVB + Breas) durante años, no presentan un aumento de dicho riesgo. En pacientes que ya han presentado un cáncer cutáneo, los tratamientos alternativos deben ser tenidos en cuenta pero aún así el riesgo es probablemente bajo. Si el paciente ha tenido un melanoma, el tratamiento con acitretina debe ser considerado como una alternativa.

**Combinando UVB con tratamientos tópicos u orales hacen más efectivo el tratamiento.**

Típicamente los miembros inferiores presentan placas gruesas y estas lesiones presentan un aclarado más lento. Puede aplicarse radiación suplementaria en estas áreas pero puede ayudar el tratamiento complementario con calcipotriol o tarazoteno. La utilización de corticoides durante los tratamientos con fototerapia debe evitarse para prevenir cortos periodos de remisión, ] aunque esta opinión ha sido rechazada en algún estudio. Para formas graves de enfermedad y en pacientes individualizados, que improbablemente se aclararían con UVB solamente se pueden utilizar modalidades diarias de tratamiento como son la cura de Goeckerman (UVB mas breas bajo oclusión) o Ingram (UVB más antralina). Estas estrategias diarias de tratamiento son muy efectivas y seguras. Desafortunadamente, estos tratamientos necesitan una importante disposición de tiempo y sólo se adaptan a personas jubiladas, personas que pueden disponer de su tiempo de trabajo, cambiar de trabajo o desempleados. Los tratamiento vía oral como acitretina o metotrexato pueden mejorar los efectos de UVB.

10

**Psoralenos Combinados Con Fototerapia UVA (PUVA):**

La PUVA es un tratamiento muy efectivo para la psoriasis pero los efectos secundarios son mayores que con UVB. Existe un mayor riesgo de reacciones fototóxicas tipo quemaduras solares, son más graves que las quemaduras que ocurren con UVB. Existe un aumento en el riesgo para el posterior desarrollo de carcinomas epidermoide. Además, entre los pacientes que han sido tratados con PUVA durante años es excepcional la aparición de lesiones pigmentadas, léntigos post-PUVA. En un estudio de seguimiento a largo plazo se sugiere la existencia de un aumento de riesgo de desarrollar melanoma. Una ventaja de la PUVA es que puede usarse como tratamiento de mantenimiento (una vez a la semana o una vez al mes según la necesidad) después de la fase de aclarado inicial (2 a 3 semanas). La acitretina mejora la eficacia de la PUVA. Ayuda a reducir el número de tratamientos necesarios (y con optimismo, por lo tanto), el riesgo de carcinogénesis a largo plazo. Si alguno de los tratamientos para la psoriasis reduce el riesgo de cáncer cutáneo, éste son probablemente los retinoides orales.

**Acitretina (Retinoides)**

La acitretina es moderadamente eficaz para la psoriasis en placas. Es más efectivo como monoterapia para la psoriasis pustulosa y la eritrodermia psoriásica. La acitretina puede ser un tratamiento seguro para la psoriasis, excepto por los efectos secundarios teratogénicos que permanecen al menos 2 ó 3 años después de finalizado el tratamiento. La acitretina puede ser transformado "in vivo" en presencia de etanol a etretinato el cual tiene incluso una vida media más larga. En cualquier caso, si una mujer en edad fértil necesita tratamiento con retinoides orales debe tenerse en cuenta la posibilidad de la usar isotretinoína

en lugar de acitrenina. Ambas drogas son potentes teratógenos, el embarazo puede ser seguro si se produce un mes después de dejar el tratamiento con isotretinoína.

Otros efectos secundarios de la acitretina incluyen hipertrigliceridemia y hepatotoxicidad. La monitorización debe incluir niveles de triglicéridos y función hepática al inicio del tratamiento y a intervalos de 2-4 semanas hasta determinar los niveles alcanzados. Si se produce hipertrigliceridemia, pueden usarse fármacos hipolipemiantes. La pancreatitis puede producirse con niveles extremadamente altos de triglicéridos. La acitretina puede producir alopecia y otros efectos secundarios de los retinoides. Los tratamientos utilizando dosis bajas (25 mg día o cada 2 días) se tolera bien y se usa para mejorar la eficacia de la fototerapia. Estas dosis de acitretina son útiles en el tratamiento de psoriasis palmo-plantar.

### **Metotrexato**

El Metotrexato es una droga muy eficaz en el tratamiento de la psoriasis. Desafortunadamente, presenta efectos secundarios agudos y crónicos graves, incluyendo toxicidad hematológica y toxicidad hepática tanto aguda como crónica. Este tratamiento debe restringirse a pacientes con formas de psoriasis refractaria a otros tratamientos e incapacitante. La meta del tratamiento con metotrexato es el control de las lesiones cutáneas y no lo es tanto la desaparición total de la misma. Una dosis controlada y objetivar parámetros bioquímicos son importantes. Deben realizarse análisis al inicio del tratamiento; incluyendo un completo recuento hemático y valoración de la función hepática. Lo más común es iniciar el tratamiento con una dosis de prueba de 2.5 a 5.0 mg seguido de un análisis de 5 a 7 días. Se continúa con monitorización semanal durante el incremento de dosis hasta un máximo de 15-25 mg semana. Debido a que el metotrexato se elimina mediante excreción renal, debe tenerse precaución en pacientes con sospecha de afectación renal especialmente en ancianos. Antes de utilizar el metotrexato los dermatólogos deben estar familiarizados con las recomendaciones de la conferencia de consenso de 1998, en las cuales se detallan las recomendaciones de inicio de tratamiento y monitorización analítica e histológica de la función hepática.

11

Además, se da una descripción de leucovorin (ácido folínico) que contrarresta la sobredosis por metotrexato, así como una lista detallada de las drogas que presentan interacciones con el metotrexato aumentando su toxicidad y el mecanismo de dicha interacción. Aunque se olvida frecuentemente, el médico debe reflejar y basar los motivos (historia, examen físico) para la elección del metotrexato y la proporción riesgo/beneficio con el consentimiento del paciente.

Los estudios de laboratorio deben repetirse una semana después de cada aumento de dosis de la medicación. Después de alcanzar una dosis estable, la frecuencia de los test de laboratorios puede disminuirse. En algunos trabajos se recomienda continuar repitiendo análisis de sangre cada 4-6 semanas, sin embargo tal frecuencia de repetición de pruebas no es necesario en pacientes con una dosis estable de metotrexato. Algunos factores pueden aumentar los niveles sanguíneos de metotrexato incluyendo la administración simultánea de otros inhibidores del metabolismo del ácido fólico ( como es el antibiótico de frecuente uso trimetoprim-sulfametoxazol y la reducción del aclaramiento renal (lo cual puede ocurrir con los antiinflamatorios no esteroideos).

Es importante que los pacientes estén informados de dichas interacciones, de todas formas no está claro que la frecuencia de las pruebas de laboratorio por si solas puedan prevenir estos sucesos. El ácido folínico (Leucovorin) puede administrarse si se produce toxicidad hematológica aguda, debiendo administrarse tan pronto como sea posible. El ácido fólico no sustituye al ácido folínico en esta indicación.

## Hidroxiurea

Pueden utilizarse otros moduladores del sistema inmune como la Hidroxiurea. La ventaja de la hidroxiurea es que puede utilizarse como alternativa al metotrexato en caso de cirrosis. Debe controlarse la posible toxicidad hematológica sobre la médula ósea.

## Micofenolato Mofetilo

Micofenolato mofetilo (CellCept) puede representar una ayuda como tratamiento inmuno modulador adyuvante en el tratamiento de la psoriasis. La dosis inicial es 1 gr. vía oral 2 veces a 1 día. Pueden necesitarse dosis superiores de 3-4 gr. al día. Debe realizarse un estrecho seguimiento del número de neutrófilos, en el 2% de los pacientes pueden ocurrir neutropenias graves.

## Alquitrán De Hulla

El alquitrán de hulla es una mezcla compleja de centenares de sustancias obtenidas por condensación durante la combustión de carbón. El alquitrán se ha utilizado durante más de un siglo y se asume que tiene efectos antimitóticos y es un producto sensibilizador de radiaciones UVA. Su uso fue popularizado por Goeckerman, en un régimen terapéutico que combinaba la aplicación diaria de alquitrán junto con baños de alquitrán y fototerapia. Actualmente, existen productos con distintos extractos de alquitrán vehiculizados en cremas o ungüentos más fáciles de manipular por el paciente. Estos productos refinados son más cosméticos pero menos efectivos que el alquitrán crudo.

La seguridad de los alquitranes es una de sus grandes virtudes. No se conocen efectos de toxicidad sistémica. La irritación local es infrecuente excepto en psoriasis inestables o pustulosas, cara, región genital y pliegues cutáneos.

La foliculitis es el efecto secundario más común. Sólo la carcinogenicidad del alquitrán en piel de animales de experimentación y en trabajadores del carbón ensombrece su uso. Sin embargo, la larga experiencia de su uso clínico dicta que el riesgo de cáncer cutáneo asociado al uso de alquitranes terapéuticos es, si existente, mínimo. Aun así, existen zonas donde debe evitarse su uso como el área genital. Sí existen estudios que demuestran mayor riesgo de cáncer cutáneo en pacientes tratados con el método Goeckerman, y al disponer de otras medidas terapéuticas, ha dejado de utilizarse.

La eritrodermia psoriásica y la psoriasis pustulosa son formas que no toleran los alquitranes aun en sus preparados menos potentes, por lo que no deben utilizarse. Más común es el uso de derivados del alquitrán para el tratamiento adyuvante de la psoriasis, pues permite reducir la placa de psoriasis y aporta un efecto antiinflamatorio beneficioso para el paciente.

Puede usarse para obtener jabón de alquitrán de hulla, que se usa como champú medicinal para matar y eliminar los piojos y como tratamiento para la caspa y la psoriasis. Cuando se usa como tratamiento médico en los Estados Unidos, los preparados de alquitrán de hulla se consideran fármacos de venta libre sin receta médica OTC y están sujetos a la regulación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los EUA. El champú de alquitrán de hulla se comercializa bajo diferentes marcas comerciales

Los alquitranes pueden ser de especial utilidad en los casos de psoriasis en placas estable y en niños y, como monoterapia, en psoriasis localizada moderada o en psoriasis del cuero cabelludo. Están contraindicados en psoriasis inestable.

Se dispone de pocos estudios sobre el uso de alquitranes a largo plazo. Al parecer, se trata de un tratamiento seguro que no presenta toxicidad sistémica significativa.

Pueden ser irritantes locales y producir foliculitis en la zona perilesional; además, son de difícil aplicación, pueden manchar la ropa y la piel y presentan un olor y un aspecto relativamente desagradables que los hacen poco aceptados por los pacientes. Los preparados de más reciente comercialización, de coaltar refinado, obvian algunos de estos problemas cosméticos.

### **Dermabón®**

José María Licona Sáenz es un Ingeniero Minero que lleva más de 40 años padeciendo de Psoriasis y el cual se ha puesto en manos de toda clase de especialistas (alópatas, Homeópatas, Naturistas, etc. ), después de probar un sin número de medicinas ya sea tomadas o untadas, con resultados muy pobres. El cual como máximo de tres meses tenía recaídas muy complicadas. Las cuales se presentaban más agresivas que al iniciar el tratamiento.

Por ello el Ing. Licona ha estudiado e investigado infinidad de elementos, sustancias y compuestos químicos de origen orgánico e inorgánico buscando alternativas de alivio o de control para la Psoriasis. Con toda esa investigación logró la elaboración de un jabón para uso diario con un control muy eficiente de la Psoriasis.

### **Metodología**

Para poder comprobar la eficacia que tiene el jabón Dermabon®, elaborado a base de alquitrán de hulla al 2.13% para la mejoría clínica de las lesiones dérmicas ocasionadas por la psoriasis e identificar los posibles efectos secundarios que puede traer el jabón Dermabon® en el uso diario, se realizó un estudio longitudinal, se incluyeron a 35 personas con diagnóstico previo de psoriasis, las cuales fueron invitadas a participar en el estudio.

Se incluyeron pacientes de sexo masculino o femenino con diagnóstico previo de psoriasis mayores de 18 años.

Se excluyeron pacientes con psoriasis muy severas y pacientes con deterioro psicoorgánico, así como pacientes portadores de patologías agravadas por corticoides.

Se eliminaron a los pacientes que no acudieron de manera regular a sus citas.

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional. Con una proporción esperada: 90 % un Nivel de confianza del 95.0% un efecto del diseño de 1.0. Obteniendo un tamaño muestral de 35 individuos.

Para las variables de estudio se tomó como referencia el estudio realizado por Fuenzalida (2007), quien realizó un estudio donde valoró la efectividad y la seguridad del uso de clobetasol al 0.05% en lesiones psoriásicas en cuello cabelludo.

<b>Variable Independiente</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de Medición</b>
Tiempo de Jabón de Alquitrán de Hulla	Uso del jabón DERMABON hecho a base de Alquitrán de Hulla	Días	Cuantitativa Discontinua
<b>Variable Dependiente</b>			
Mejoría Global	Cambio o modificación hecha en algo para mejorarla.	1. Empeoro 2. Sin Cambios 3. Mejoro 4. Mejoría Notable 5. Sano	Cualitativa Ordinal
Prurito	Comezón, picazón que se produce en la zona con lesión.	1. Ausente 2. Leve 3. Moderado 4. Severo	Cualitativa Ordinal
Eritema	Inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas.	1. Ausente 2. Leve 3. Moderado 4. Severo	Cualitativa Ordinal
Descamación	Desprendimiento de la epidermis seca en forma de laminillas.	1. Ausente 2. Leve 3. Moderado 4. Severo	Cualitativa Ordinal
Apreciación por el Paciente	Apreciación global de su condición durante el tratamiento.	1. Peor 2. Igual 3. Mejor 4. Sano(Sin lesiones)	Cualitativa Ordinal
Irritación	Sensación de ardor o quemadura en la piel.	1. Ausente 2. Leve 3. Moderado 4. Severo	Cualitativa Ordinal
Efectos del Jabón en Áreas no Afectadas	Efecto del jabón en piel sin lesiones de psoriasis.	Eritema: 1. Si 2. No Descamación 1. Si 2. No Aplicación: 1. Si 2. No	Cualitativa Nominal
<b>Variables de Control</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de Medición</b>
Variable	Definición	Indicador	Escala de Medición
Sexo	Genero	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa Nominal
Edad	Años de vida cumplidos al momento de investigación.	Edad en Años	Cuantitativa Continua
Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos	Referente a la Persona	Cualitativa Nominal

	continuada		
Edad de Diagnostico	Edad en el que se diagnostico la enfermedad	Edad en años	Cuantitativa Discreta
Tratamiento Actual	Procedimiento actual empleando para controlar la psoriasis.	Referente a la Persona	Cualitativa
Lesiones Basales	Daño corporal presentado al momento de la primera valoración.	1. Ausentes 2. Leve 3. Moderado 4. Severo	Cualitativa Nominal

### Procedimiento

El protocolo del jabón cosmético de alquitrán de hulla DERMABON®, para las lesiones dérmicas producidas por la psoriasis tendrá una duración de aproximadamente cinco meses. La obtención de los pacientes se realizara por diversos medios: publicidad en el Tecnológico de Monterrey Campus Chihuahua, publicidad en consultorios médicos, medios de comunicación, foros de comunicación por internet.

Primeramente se localizaron a las personas con psoriasis. , una vez captado el paciente con psoriasis se citó en la oficina del PIT<sup>2</sup>, los pacientes fueron entrevistados y atendidos por los alumnos de segundo semestre de la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico de Monterrey, Campus Chihuahua.

Se realizo una primera entrevista en donde se determinaba si el paciente cumplía con los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Se hizo un diagnostico basal de las lesiones, previa autorización del paciente se tomó una fotografía de la lesión más severa, la cual sirvió de referencia y se le dio seguimiento durante el tiempo de estudio

Cada paciente firmo una Carta de consentimiento Informado (Anexo I) para participar en el estudio.

Se les entrego un jabón DERMABON® se les dio las instrucciones de uso y se le indico la fecha de la siguiente cita.

Las instrucciones de uso fueron las siguientes: Bañarse 2 veces diarias, de cabeza a pies, cerrando bien los ojos para evitar que penetre el jabón, permanecer mínimo 3 minutos enjabonado.

En las citas subsecuentes, que fueron ala primer, tercer, quinta y séptima semana después de haber iniciado el uso del jabón, se tomo una fotografía de la lesión de referencia y se realizaba la entrevista en base al cuestionario estandarizado. (Anexo II)

**Resultados**

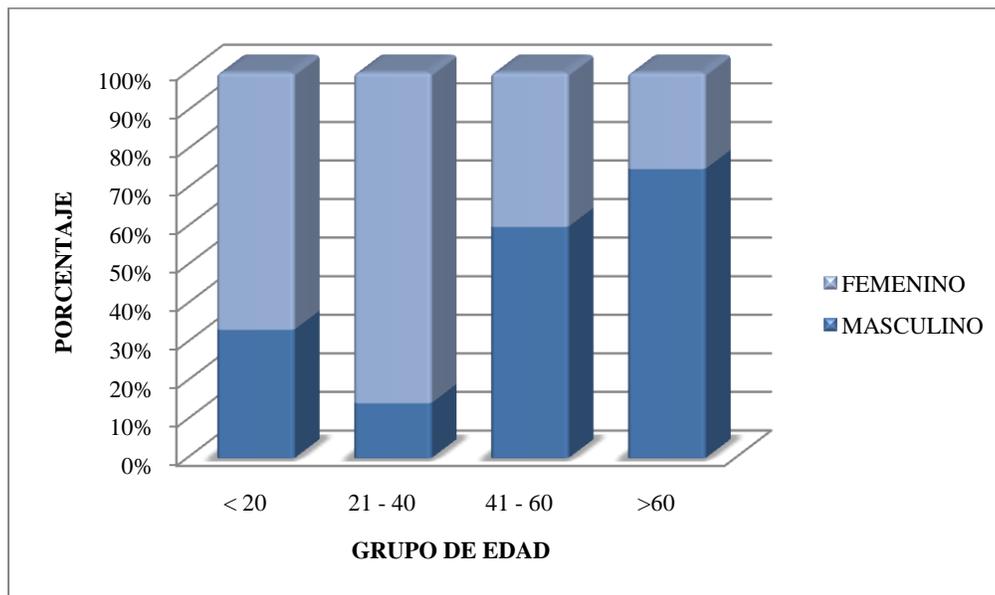
Se captaron 35 pacientes para el estudio, 6 de ellos fueron eliminados ya que no asistieron a la primera evaluación. Los pacientes fueron localizados, pero no mostraron interés en seguir participando en el estudio.

De los 29 pacientes restantes que participaron en el estudio, el 48% eran hombres, el grupo de 41 a 60 años de edad fue el más frecuente en el sexo masculino y en de mujeres se encontró entre los 21 a 60 años. Existió diferencia estadísticamente significativa de las edades entre ambos sexos. (Estadístico T=2.0 Valor p=0.05). Tabla y Grafica 1.

**Tabla 1. Distribución por Grupo de Edad y Sexo**

Grupo de edad	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
< 20	1	7.1	2	13.3
21 - 40	1	7.1	6	40
41 - 60	9	64.3	6	40
>60	3	21.4	1	6.7
<b>Media y DE</b>	<b>48 ±12.8</b>		<b>38 ±14.2</b>	

**Grafica 1. Distribución por Grupo de Edad y Sexo**

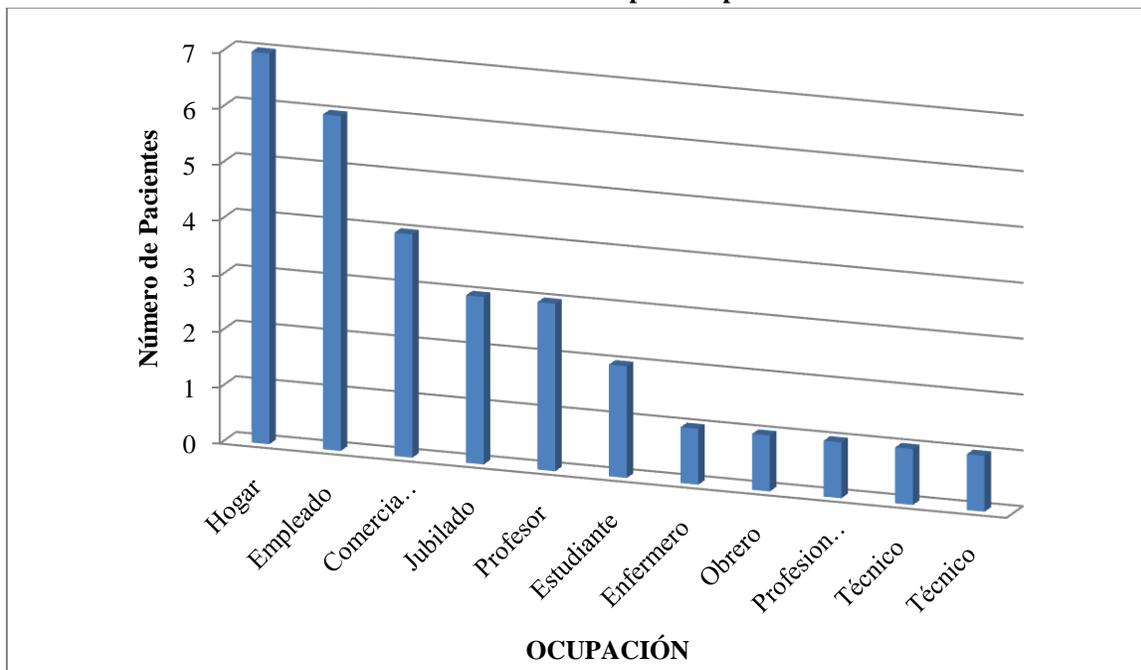


Las ocupaciones de los pacientes estudiados fueron muy variadas, el 24.1 % eran mujeres dedicadas al Hogar. Tabla 2 y Grafica 2.

**Tabla 2. Distribución por Ocupación**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	7	24.14%
Empleado	6	20.69%
Comerciante	4	13.79%
Jubilado	3	10.34%
Profesor	3	10.34%
Estudiante	2	6.90%
Enfermero	1	3.45%
Obrero	1	3.45%
Profesionista	1	3.45%
Técnico	1	3.45%
Total	29	100.00%

**Grafica 2. Distribución por Ocupación**

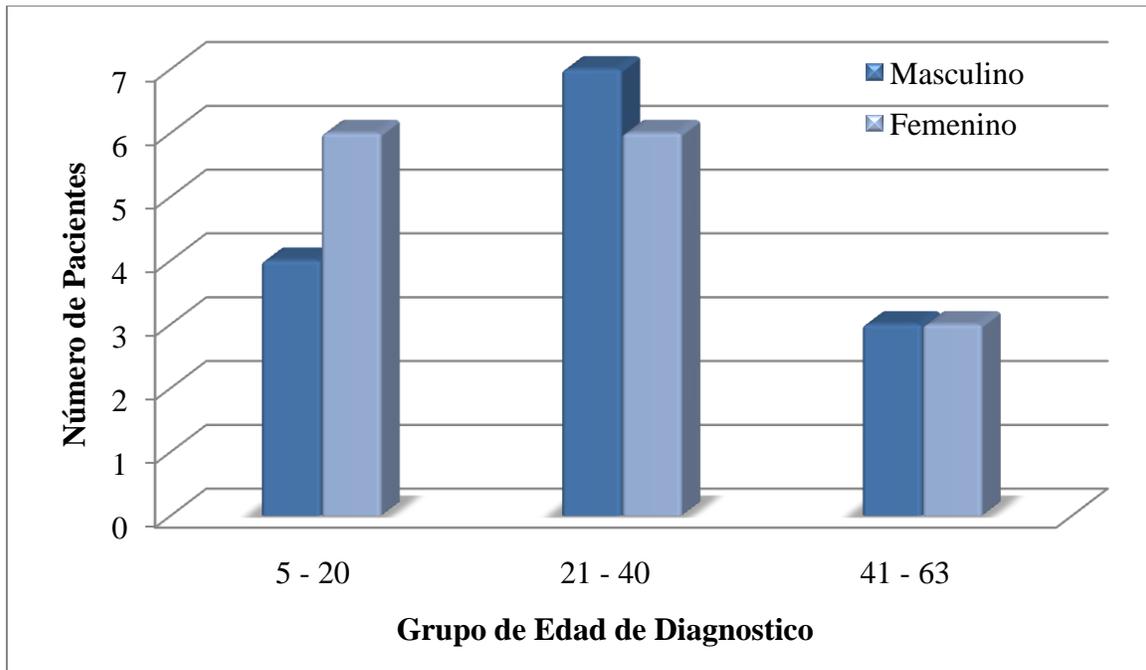


De acuerdo a la edad de diagnóstico de la Psoriasis, la mayoría de los pacientes refirieron haber sido diagnosticado entre los 21 y 44 años de edad, esto fue similar en ambos grupos de sexo. (Estadístico T=0.25 Valor p=0.80). Tabla y Grafica 3.

**Tabla 3. Distribución por Grupo de Edad de Diagnóstico y Sexo**

Grupo de edad de Diagnóstico	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
5-20	4	13.79	6	40	10	34.48
21 - 40	7	24.14	6	40	13	44.83
41 - 63	3	10.34	3	20	6	20.69
Media y DE	29±13.2		28 ±15.2		28.4 ±14.0	

**Grafica 3. Distribución por Grupo de Edad de Diagnóstico de Psoriasis y Sexo**

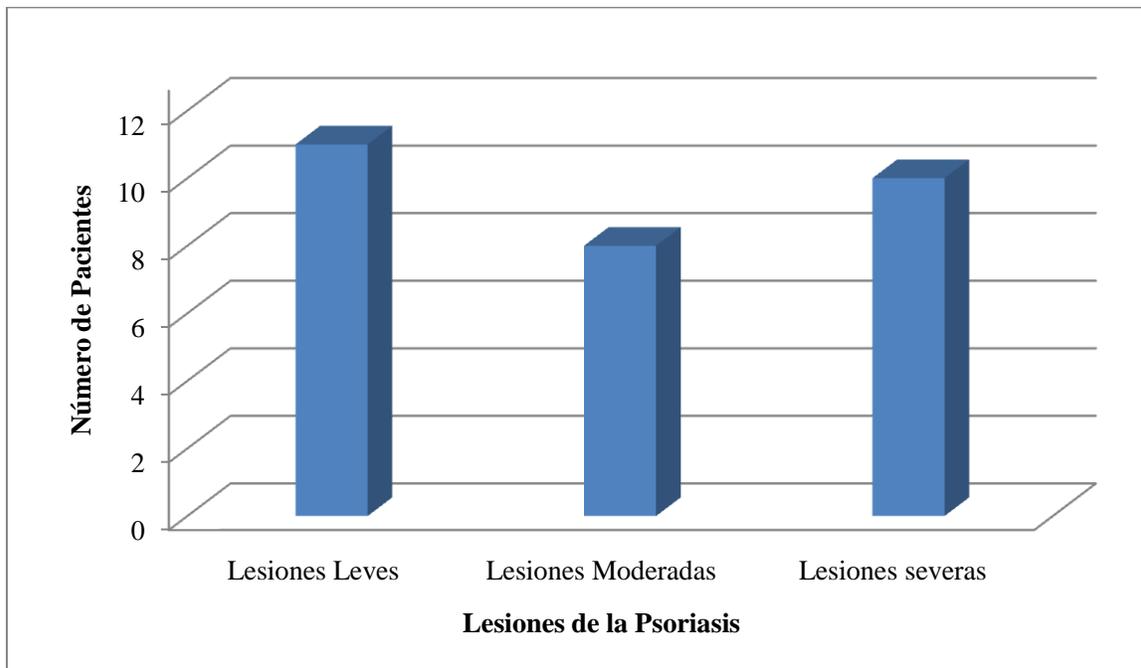


La valoración basal de las lesiones por Psoriasis de los pacientes de de los pacientes fue en lesiones leves: Pitiriasis simple y difusa o placas de menos de 1 cm de diámetro, lesiones moderadas: Presencia de placas costrosas de más de 1 cm de diámetro en número igual o inferior a 5 y lesiones Severa: Presencia de 5 o más placas costrosas de más de 1 cm de diámetro o placa costrosa inicial de más de 5 cm de diámetro. Se encontró un número similar de pacientes en cada grupo de estudio, lo que dio la oportunidad de observar los efectos del jabón en los diferentes niveles de gravedad de las lesiones. Tabla y Grafica 4.

**Tabla 4. Distribución Nivel de Lesión en la valoración basal de los Pacientes con Psoriasis**

Valoración Basal	Frecuencia	Porcentaje
<b>Lesiones Leves</b>	11	37.90%
<b>Lesiones Moderadas</b>	8	27.60%
<b>Lesiones Severas</b>	10	34.50%
<b>Total</b>	29	100.00%

**Grafica 4. Distribución Nivel de Lesión en la valoración basal de los Pacientes con Psoriasis**

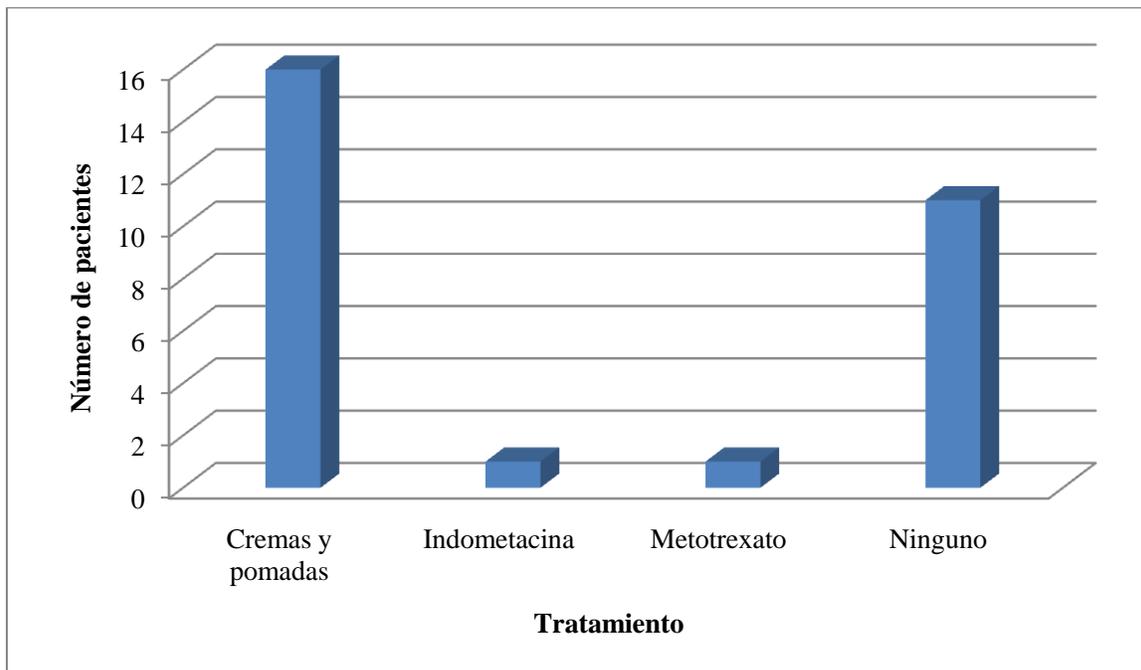


La mitad de los pacientes utilizaban regularmente algún tipo de crema o pomada, en la mayoría del os casos auto medicadas, el 44% de ellos no estaba utilizando ningún tipo de medicamento al momento de iniciar el protocolo. Tabla y Grafica 5.

**Tabla 5. Distribución por Tipo de Tratamiento de los Pacientes con Psoriasis**

Tratamiento Actual	Frecuencia	Porcentaje
<b>Cremas y pomadas</b>	16	55.17%
<b>Indometacina</b>	1	3.45%
<b>Metotrexato</b>	1	3.45%
<b>Ninguno</b>	11	37.93%
<b>Total</b>	29	100.00%

**Grafica 5. Distribución por Tipo de Tratamiento de los Pacientes con Psoriasis**



Se realizó un seguimiento de los pacientes hasta que presentaron una mejoría notable, o hasta que los pacientes decidieron abandonar el estudio previo una última valoración. Las valoraciones se realizaron a la primera semana después de haber iniciado con el uso del jabón, posteriormente se valoraron cada dos semanas. Existieron tres pacientes a los cuales no se les pudo realizar una valoración a la primera semana, debido a que eran pacientes foráneos.

El 38 % de los pacientes tuvieron un seguimiento de 37 días, 7 pacientes terminaron su seguimiento después de 22 días (24.10%). El tiempo promedio de seguimiento de los pacientes fue de 42 días  $\pm$ 18 días. Tabla 6

**Tabla 6. Distribución por Tiempo de Seguimiento**

Días de seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
22	7	24.10%
37	11	37.90%
52	7	24.10%
67	1	3.40%
81	3	10.30%
<b>Total</b>	29	100.00%

Los pacientes con lesiones Severas tuvieron un tratamiento promedio de 47 días  $\pm$ 22 días, los pacientes con lesiones leves tuvieron un promedio de seguimiento de 42  $\pm$ 175 días y lesiones moderadas 37  $\pm$ 11 días, no existió diferencia en el promedio de tiempo de seguimiento (F= 0.72 p= 0.49).

Después de los primeros 7 días de recibir el tratamiento, el 55% de los pacientes refirió haber tenido al menos la disminución de un grado de severidad en las lesiones, para los 22 días del tratamiento el 89% de los pacientes tenían ya una mejoría notable. Ya para la tercera semana se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa en la mejoría de la lesiones de los pacientes. Para los 81 días de tratamiento (antes de tres meses) el 89% de los pacientes ya había sido dado de alta por mejoría de las lesiones. Tabla 7.

**Tabla 7. Mejoría Global de las lesiones de pacientes con Psoriasis de acuerdo a los días de Tratamiento**

Mejoría Global	7 días		22 días		37 días		52 días		67 días		81 días	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aumento de un grado de severidad	1	3.40%	0	0.00%	2	9.10%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Sin cambios: Igual grado de severidad	4	13.80%	3	10.70%	8	36.40%	0	0.00%	1	25.00%	0	0.00%
Mejoró: Disminución de un grado de severidad	16	55.20%	12	42.90%	11	50.00%	3	27.30%	2	50.00%	1	33.30%
Mejoría notable: Disminución de dos grados de severidad	8	27.60%	13	46.40%	1	4.50%	8	72.70%	1	25.00%	2	66.70%
<b>Total</b>	29	100.00%	28	100.00%	22	100.00%	11	100.00%	4	100.00%	3	100.00%
Alta de Pacientes	0	0	1	3.40%	7	24.00%	18	62.00%	25	86.00%	26	89.00%

El prurito es una de las principales manifestaciones clínicas que refieren los pacientes que padecen psoriasis. A la primera semana de tratamiento se observó que el 38% de los pacientes no se presentó prurito, para los 52 días, el 73% de los pacientes que continuaban con el tratamiento referían ya no tener esta molestia.

Tabla .8

**Tabla 8. Pacientes con Psoriasis con Presencia de Prurito en las lesiones por tiempo de Tratamiento**

Prurito	7 días		22 días		37 días		52 días		67 días		81 días	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ausencia de picazón</b>	11	37.90%	15	53.60%	13	59.10%	8	72.70%	1	25.00%	0	0.00%
<b>Leve picazón</b>	14	48.30%	7	25.00%	6	27.20%	3	27.30%	1	25.00%	1	33.30%
<b>Definitivamente molesta</b>	4	13.80%	6	21.40%	3	13.60%	0	0.00%	2	50.00%	2	66.70%
<b>Total</b>	29	100.00%	28	100.00%	22	100.00%	11	100.00%	4	100.00%	3	100.00%

La presencia de eritema en las lesiones estuvo ausente en la mayoría de los pacientes durante su seguimiento, esta se presentó, esta fue evidente solo en los pacientes con más de 67 días de seguimiento, Tabla 9.

**Tabla 9. Pacientes con Psoriasis con Presencia de Eritema en las lesiones por tiempo de Tratamiento**

Eritema	7 días		22 días		37 días		52 días		67 días		81 días	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ausente: Sin eritema</b>	13	44.80%	17	60.70%	13	59.10%	8	72.70%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Leve enrojecimiento de las lesiones</b>	10	34.50%	6	21.40%	4	18.20%	2	18.20%	2	50.00%	1	33.30%
<b>Eritema evidente</b>	6	20.70%	5	17.90%	5	22.70%	1	9.10%	2	50.00%	2	66.70%
<b>Total</b>	29	100.00%	28	100.00%	22	100.00%	11	100.00%	4	100.00%	3	100.00%

La presencia de descamación de las lesiones es la principal característica de la psoriasis. Los pacientes presentaron mejoría gradual a través del tiempo de seguimiento de los pacientes. Para la primera semana de tratamiento el 79% de los pacientes reportó una mejoría importante en la disminución de descamación. Solo un paciente reportó durante el seguimiento no tener una mejoría importante en las lesiones hasta después de los 52 días de tratamiento, Tabla 10.

**Tabla 10. Pacientes con Psoriasis con Presencia de Descamación en las lesiones por tiempo de Tratamiento**

Descamación	7 días		22 días		37 días		52 días		67 días		81 días	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ausente : Sin escamas</b>	8	27.60%	12	42.90%	9	40.90%	7	63.60%	1	25.00%	1	33.30%
<b>Leve: Escamas secas finas difusas</b>	15	51.70%	12	42.90%	9	40.90%	3	27.30%	2	50.00%	2	66.70%
<b>Moderado: Escamas adheridas en placas aisladas</b>	5	17.20%	3	10.70%	3	13.60%	1	9.10%	1	25.00%	0	0.00%
<b>Escamas abundantes adheridas en placas extensas</b>	1	3.40%	1	3.60%	1	4.50%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Total</b>	29	100.00%	28	100.00%	22	100.00%	11	100.00%	4	100.00%	3	100.00%

La irritación de la lesiones posterior a la utilización del jabón se presento en menos del 17% de los pacientes después de la primer semana de aplicación del jabón. Solo 2 pacientes reportaron irritación muy incómoda. Pero para los subsecuentes seguimientos se observo una importante disminución de esta molestia, Tabla 11.

**Tabla 11. Pacientes con Psoriasis con Presencia de irritación en las lesiones por tiempo de Tratamiento**

Descamación	7 días		22 días		37 días		52 días		67 días		81 días	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ausente</b>	17	58.60%	18	64.30%	15	68.20%	7	63.60%	3	75.00%	1	33.30%
<b>Leve: Existe, pero no molesta</b>	7	24.10%	7	25.00%	5	22.70%	4	36.40%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Molesta</b>	3	10.30%	3	10.70%	2	9.10%	0	0.00%	1	25.00%	2	66.70%
<b>Incomodidad</b>	2	6.90%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Total</b>	29	100.00%	28	100.00%	22	100.00%	11	100.00%	4	100.00%	3	100.00%

La apreciación de los pacientes sobre la mejoría que presentaron al utilizar el jabón, nos refleja la satisfacción que sienten los pacientes con el uso del tratamiento. A la primera semana del tratamiento casi el 80% se sentía mucho mejor, para los 52 días de manejo el 100% refería una mejoría. Algunos pacientes manifestaron posteriormente sentirse igual, sin embargo es importante considerar los factores externos que pueden repercutir sobre el paciente y ocasionarle la incidencia de nuevas lesiones, Tabla 12.

**Tabla 12. Apreciación personal de la mejoría de Pacientes con Psoriasis con tratamiento**

Apreciación por el Paciente	7 días		22 días		37 días		52 días		67 días		81 días	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Peor</b>	1	3.40%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Igual</b>	5	17.20%	3	10.70%	3	13.60%	0	0.00%	1	25.00%	1	33.30%
<b>Mejor</b>	23	79.30%	24	85.70%	17	77.30%	11	100.00%	3	75.00%	2	66.70%
<b>Sano (sin lesiones)</b>	0	0.00%	1	3.60%	2	9.10%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
<b>Total</b>	29	100.00%	28	100.00%	22	100.00%	11	100.00%	4	100.00%	3	100.00%

**Conclusiones:**

La población captada para estudio tenía entre 21 y 60 años, distribuida por igual entre hombre y mujeres. Se estudiaron pacientes de diferentes niveles socioeconómicos y de escolaridad, la mayoría de los pacientes tenía ya tiempo de diagnóstico de la enfermedad y habían utilizado diversos tratamientos para su control, no se encontraba en tratamiento continuo con algún médico o dermatólogo.

Se pudo observar que después de la primer semana de tratamiento poco más de la mitad de los pacientes los refirió haber tenido al menos la disminución de un grado de severidad en las lesiones, para los 22 días del tratamiento la mayoría de los pacientes tenían ya una mejoría notable. Se observo una mejoría gradual de las lesiones, disminución de la descamación, de la irritación, prurito y eritema.

De los efectos secundarios que se valoraron, la presencia de eritema en la piel sana únicamente se reporto en 1 paciente y la descamación de piel sana solo en 2 de los casos. Otro hallazgo fue la pigmentación de la piel tanto sana como de las lesiones en dos pacientes, uno de ellos abandono el protocolo porque considero que era desagradable a la vista.

Sobre la aplicación del jabón, el 93% de los pacientes comentaron que era sencilla, los dos pacientes que mencionaron que era complicada, se referían principalmente al tiempo de duración de aplicación del jabón y de la dificultad para que este hiciera espuma.



**PRIMER VISITA**

**7 DÍAS**

**22 DÍAS**



**PRIMER VISITA**



**7 DÍAS**



**22 DÍAS**



**PRIMER VISITA**



**7 DÍAS**

25



**21 DÍAS**

## Referencias

Arias-Santiago, S. (7 de February de 2010). Generalized Outrageous Psoriasis. *The New England Journal of Medicine*, 362(2), 155-155.

Cubandhealth. (2009). *Diagnostico de la psoriasis*. Recuperado el 5 de Febrero de 2010, de [http://www.cubandhealth.com/psoriasis\\_diagnostico.php](http://www.cubandhealth.com/psoriasis_diagnostico.php)

Demabon TM. (2010). *Demabon TM*. Recuperado el 10 de Febrero de 2010, de <http://www.dermabon.com/>

Dermabon en America. (2009). *Dermabon en America*. Recuperado el 10 de Febrero de 2010, de [http://www.vivesinpsoriasis.com/index.php?option=com\\_content&view=section&id=2&Itemid=12](http://www.vivesinpsoriasis.com/index.php?option=com_content&view=section&id=2&Itemid=12)

Guide to medical cures and treatments. (1996). Tratamientos de psoriasis. *The Readers Digest Association*. EUA, New York.

Fuenzalid, H (2007) Evaluación Clínica del Uso de un Champú con Clobetasol al 0,05% en el Tratamiento de la Dermatitis Seborreica Moderada y Severa del Cuero Cabelludo regular *Rev. Chilena Dermatol.* 2007; 23(4):269-274

JAMA and Archives Journals (2010). Costs of psoriasis treatments outpace inflation. *ScienceDaily*. Recuperado el 7 de Febrero de 2010 de <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/01/100118161939.htm>

Lozano, J.A. (2002) Tratamiento De La Psoriasis. Nuevas Perspectivas. *Ámbito Farmacéutico Vol 21 Núm 10 Noviembre*.

Manresa (2005) Tratamientos tópicos de la psoriasis: actualización. *Med Cutan Iber Lat Am* 2005;33(4):147-157

Nash, K.. (2009) Psoriatic nails. *Dermatology Times*, 30(10), 56.

Pérez-Cotapos S (2007) Epidemiología de la Psoriasis *Rev. Chilena Dermatol.* 2007; 23(4):297-301

Petrou, I..(2009). Reducing risks. *Dermatology Times*, 30(10), 76,78-79.

Todo Psoriasis (2007). Todo psoriasis.com. Recuperado el 10 de Febrero de 2010, de <http://www.todopsoriasis.com/tipopsoriasis.html>

Weinreb, G. (2010). Vascular Biogenics refocuses on psoriasis drug clinical trial: Until now VBL has focused on developing treatments for vascular diseases. *McClatchy-Tribune Business News*.

Zibert, J., Skov, L., Thyssen, J., Jacobsen, G., & Grigorian, M.. (2010). Significance of the S100A4 Protein in Psoriasis. *The Journal of Investigative Dermatology*, 130(1), 150-60.

**Anexos**

**Anexo I**

**Consentimiento de Participación en el Protocolo Médico de DERMABON**

El día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_ del 2010, Yo \_\_\_\_\_  
acepto participar de manera voluntaria en el estudio de Eficacia del Jabón de Alquitrán de Hulla “Dermabón” para el control de las lesiones dérmicas producidas por la Psoriasis, realizado por los alumnos de la Escuela de Medicina del ITESM en colaboración con el Centro de Innovación y Emprendedurismo.

Se me ha explicado la forma en que se llevara a cabo este estudio y me comprometo a asistir y cumplir con las indicaciones que se me han dado para el uso del jabón.

Se me ha informado que por tratarse de un estudio comparativo, seleccionado al azar, puede ser que haya sido asignado a participar en el grupo control, por lo que pondría utilizar un jabón sin la sustancia activa y de igual forma me comprometo a seguir las instrucciones.

Por tratarse de un jabón cosmético no representa ningún riesgo para mi salud y no interfiere de ninguna forma con el tratamiento médico que actualmente tengo para el control de la Psoriasis.

Cualquier molestia o efecto adverso ocasionado por el uso del jabón, como comezón, ardor, enrojecimiento de la piel u alguna otra molestia tópica, debo de suspender inmediatamente el uso del mismo e informar a los responsables de este estudio.

Finalmente se me informó que toda la información y fotografías para fines de este estudio serán propiedad del ITESM, se utilizaran de manera confidencial y únicamente para los fines de este trabajo.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Testigo 1**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Testigo 2**

**Anexo II**

**PROTOCOLO JABÓN COSMÉTICO DE ALQUITRÁN DE HULLA PARA LAS LESIONES DÉRMICAS POR  
PSORIASIS**

**FOLIO:**

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**SEXO: 1. MASCULINO 2. FEMENINO**

**OCUPACIÓN:**

**EDAD DE DIAGNOSTICO DE LA PSORIASIS:**

**TRATAMIENTO ACTUAL:**

**PRIMERA VALORACIÓN:**

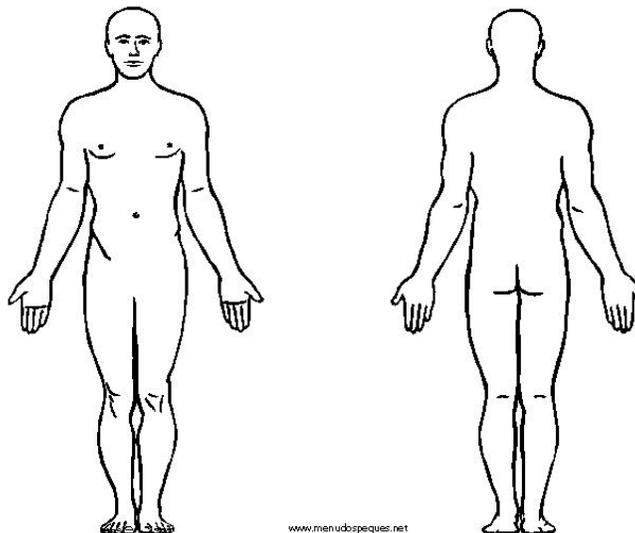
**FECHA:**

**VALORACIÓN BASAL DE LA LESIONES:**

- 1) **Ausentes:** Sin lesiones (sin descamación, sin eritema, sin prurito)
- 2) **Leve:** Pitiriasis simple y difusa o placas de menos de 1 cm de diámetro
- 3) **Moderado:** Presencia de placas costrosas de más de 1 cm de diámetro en número igual o inferior a 5
- 4) **Severa:** Presencia de 5 o más placas costrosas de más de 1 cm de diámetro o placa costrosa inicial de más de 5 cm de diámetro.

28

**ÁREAS AFECTADAS**



**FOTOGRAFÍA BASAL**

**VALORACIÓN (PRIMER, TERCER, QUINTA Y SEPTIMA SEMANA):****FECHA:****Mejoría global:**

1. Empeoró: Aumento de un grado de severidad
2. Sin cambios: Igual grado de severidad
3. Mejoró: Disminución de un grado de severidad
4. Mejoría notable: Disminución de dos grados de severidad
5. Sano: Sin signos de dermatitis seborreica.

**Prurito (anamnesis):**

1. Ausente: Ausencia de picazón
2. Leve: Leve picazón (realmente no molesta)
3. Moderado: Definitivamente molesta
4. Severo: Sensación que causa realmente incomodidad con erosiones secundarias.

**Eritema (examen físico) Definido** como enrojecimiento anormal de la piel. Se determinó por la siguiente escala:

1. Ausente: Sin eritema
2. Leve: Leve enrojecimiento de las lesiones (color rosado)
3. Moderado: Eritema evidente (enrojecimiento fácilmente visible)
4. Severo: Eritema intenso (rojo rutilante).

**Descamación (examen físico):** Se define por la presencia de escamas:

1. Ausente : Sin escamas
2. Leve: Escamas secas finas difusas
3. Moderado: Escamas adheridas en placas aisladas
4. Severo: Escamas abundantes adheridas en placas extensas.

**Apreciación por el paciente.** Apreciación global de su condición, durante el tratamiento.

1. Peor
2. Igual
3. Mejor
4. Sano (sin lesiones)

**Irritación (anamnesis)** Sensación de ardor o quemadura de la piel y se evaluó de la siguiente forma:

1. Ausente:
2. Leve: Existe, pero no molesta
3. Moderado: Molesta
4. Severa: Incomodidad.

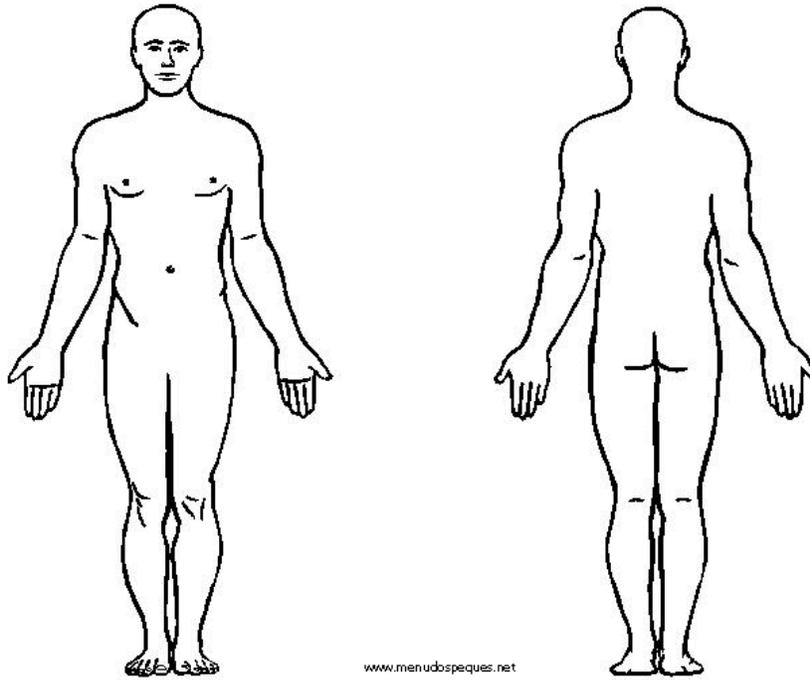
**Áreas no afectadas (piel sin lesiones de psoriasis) (efectos de jabón)**

Eritema: 1. Sí 2. No

Descamación: 1. Sí 2. No

Aplicación: 1. Sencilla 2. Complicada

## ÁREAS AFECTADAS



## FOTOGRAFÍA:

**Autores**

Dra. Ma. Elena Martínez Tapia  
Especialista en Epidemiología Aplicada  
Cedula Profesional: 3171491  
Profesor de Cátedra, Escuela de Medicina del Tecnológico  
de Monterrey  
Email: maelmata@prodigy.net.mx



Alumnos de la Carrera de Médico Cirujano  
Mónica Edith Hernández García  
Matrícula: 755915  
Email: mony\_eengel@hotmail.com

Itzelh Magdalena Terrazas Zúñiga  
Matrícula: 755716  
Email: chela\_terrzas@hotmail.com

Luis Carlos Dávalos Rodríguez  
Matrícula: 755874  
Email: luiscarlos-black@hotmail.com

Enrique Quintana Flores  
Matrícula: A00755536  
Email: quique\_311@hotmail.com

Marcela Rivas García  
Matrícula: A00758632  
Dirección: Luis de Angosturas #17  
Email: marcerivasg@hotmail.com  
Edwin Aguirre Chacón  
Matrícula: A00755346  
Email: oso3791@hotmail.com

Nydia Dessirée Jaurrieta Hinojos  
Matrícula: A00755639  
Email: aidyn17@hotmail.com

Greta Eugenia González Ríos  
Matrícula: A 01185028  
Email: greta\_glez@hotmail.com

Alejandro Granillo Ibáñez  
Matrícula: A00758383  
Email: alex5910@hotmail.com

Enrique Quevedo Fernández  
Matrícula: A00758906  
Email: enrike\_kevedo@hotmail.com